

Цель исследования – оценить влияние диастолической дисфункции (ЛЖ) на отдаленную выживаемость пациентов в зависимости от метода устранения желудочковой тахикардии (ЖТ).

Материал и методы. В исследование были включены 59 пациентов в возрасте от 21 до 68 лет, средний – 48,5 (9,8), 54 – мужчины (92%), в зависимости от метода устранения ЖТ пациенты разделены на 2 группы. Группа I – частичная эндокардиальная резекция и/или криодеструкция (КД) – 20 чел. (34%) и группа II – расширенная эндокардиальная резекция, дополненная КД – 39 (66%) человек.

Результаты. При сравнительном анализе гемодинамических параметров между группами статистически значимых различий не отмечено ($p > 0.05$). Длительность цикла на приступе ЖТ составила: медиана и межквартильный интервал 395 [325-450] мсек. КДД (конечное диастолическое давление) ЛЖ: медиана и межквартильный интервал 21.0 [18.0-27.0] mm Hg. Мономорфная, клиническая ЖТ – 51 (86%), у 8 пациентов 14% ЖТ двух и более морфологических типов. За время наблюдения 482 [82-783] дня общая летальность – 13/20 и 7/39 – была значительно выше в I группе, $p = 0.0009$, как и количество рецидивов ЖТ – 10/20 и 5/39, $p = 0.005$. При проведении логистического регрессионного анализа выявлено, что независимо от метода пластики ЛЖ и метода устранения ЖТ значение КДД ЛЖ является независимым предиктором, оказывающим выраженное влияние на уровень послеоперационной летальности при значении КДД ЛЖ менее 18 mm Hg - OR - 4.96, CI (1.22-19.3), $p = 0.006$.

Выводы. При аневризме ЛЖ передне-перегородочно-верхушечной локализации необходимо удаление всего фиброзно измененного эндокарда, не только со стороны межжелудочковой перегородки, но и со стороны свободной стенки аневризматического мешка. Учитывая большую изменчивость постинфарктного и ишемического ремоделирования сердца в настоящее время (высокий уровень профилактических чрескожных коронарных вмешательств и операций аортокоронарного шунтирования), большой вариабельности локализации аритмогенного очага, предпочтение необходимо отдавать интервенционным и/или гибридным технологиям в лечении ишемических ЖТ. При определении прогноза принимать во внимание степень выраженности диастолической дисфункции ЛЖ сердца.

РЕЗЕРВЫ АДАПТАЦИИ В КОНТИНУУМЕ СОСТОЯНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Фролов А. В.¹, Цехмистро Л. Н.²

¹ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология»

²УО «Белорусский государственный университет физической культуры»,
Минск, Беларусь

ADAPTATION RESERVES IN CARDIOVASCULAR CONTINUUM

Frolov A.V.¹, Cehmistro L.N.²

¹Republican scientific and practical center «Cardiology»,

²Belarusian State University of Physical Culture, Minsk, Belarus

frolov.minsk@gmail.com

Введение. Адаптационные возможности сердечно-сосудистой системы (ССС) обладают важной клинической значимостью, так как обеспечивают гомеостаз организма при постоянном действии эндогенных и экзогенных нагрузок. Однако часто используемому клиницистами термину «резервы адаптации» до сих пор придаётся лишь качественный смысл без конкретного количественного содержания.

Цель – исследование резервов адаптации в континууме состояний ССС в норме и при патологии.

Материал и методы. Обследовано 6 групп испытуемых: 37 спортсменов, ср. возраст 22 ± 4 ; 24 пациента с ВСД, ср. возраст – 43 ± 7 ; 44 пациента с АГ I-II ст., ср. возраст – 41 ± 3 ; 61 пациент с ИБС I-II кл. по НУНА; 45 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), ср. возраст – 53 ± 8 и 31 чел. – здоровые лица, ср. возраст – 34 ± 3 (контроль). Изучены реакции ССС на кардиоваскулярные тесты, активизирующие симпатoadреналовый (АОП – активная ортопроба) или вагусный (ФД – форсированное дыхание 6 мин.⁻¹) контуры вегетативной регуляции, по данным динамики параметров variability сердечного ритма (ВСР).

Результаты. При АОП отношение симпатовагусного баланса в группе контроля повысилось на $66,7 \pm 23,1\%$, а в группах ВСД, АГ, ИБС и ПИКС – на $28,3 \pm 13,5$; $7,7 \pm 5,4^*$; $-3,7 \pm 7,3^*$ и $-1,1 \pm 2,4^*\%$, соответственно (* $p < 0,05$). При ФД в группе контроля общая мощность регуляторных механизмов увеличилась на $52,7 \pm 18,7\%$, а у пациентов с ВСД, АГ, ИБС и ПИКС – на $59,2 \pm 18,2$; $19,7 \pm 6,8$; $4,6 \pm 13,4^*$ и $0,6 \pm 9,5^*\%$, соответственно (* $p < 0,05$). Частота адекватных васкулярных реакций в группе контроля составила 90%, а у пациентов с ВСД, АГ, ИБС и ПИКС – 83, 96, 74 и 68%, соответственно. Количественной оценкой резервов адаптации ССС считали сумму относительных отклонений параметров ВСР, отражающих активность симпатического и парасимпатического отделов регуляции $S = \Delta CS + \Delta PS$. В сравнении с группой здоровых резервы адаптации у пациентов с ВСД были сохранены, в то время как у пациентов с АГ, ИБС и ПИКС снизились в 1,6; 4,5 и 11,7 раза, соответственно.

У спортсменов общая мощность механизмов регуляции составила $80,1 \pm 4,6$ мс, что на 15,1% выше, чем в группе контроля – $69,6 \pm 6,8$ мс ($p < 0,05$). Причём преобладал вагусный тип регуляции: отношение симпатовагусного баланса – $0,8 \pm 0,3$, а в группе контроля – $1,1 \pm 0,1$ ($p < 0,05$).

Выводы. В состоянии покоя существенных различий в общей мощности механизмов регуляции между контролем и группами ВСД, АГ и ИБС не выявлено, однако в группе с ПИКС она достоверно снижена ($p < 0,05$). По данным кардиоваскулярных тестов АОП и ФД у пациентов с АГ, ИБС, ПИКС установлен достоверный регресс резервов адаптации ССС по мере прогресса

тяжести патологии. Адаптационные резервы ССС должны находиться в фокусе внимания клиницистов с целью снижения риска кардиоваскулярных катастроф.

ПРОФИЛАКТИКА ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ: ФОКУС НА ПЕРВИЧНОЕ ЗВЕНО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Фролов А. В.¹, Вайханская Т. Г.¹, Поляков В. Б.², Воробьев А. П.¹,
Мельникова О. П.¹, Апанасевич В. В.¹*

¹ ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь

² ФГБОУ ВО «Пермский государственный национальный исследовательский университет», Пермь, Россия

SUDDEN CARDIAC DEATH PREVENTION: FOCUS ON PRIMARY MEDICAL CARE

Frolov A.V.¹, Vaikhanskaya T.G.¹, Poliakov V.B.², Vorobiov A.P.¹, Melnikova O.P.¹, Apanasevich V.V.¹

¹Republican scientific and practical center "Cardiology", Minsk, Belarus

²Perm State National Research University, Perm, Russia
frolov.minsk@gmail.com

Введение. В 90% случаев причинами внезапной сердечной смерти (ВСС) являются желудочковые тахикардии, поэтому их прогноз – краеугольный камень современной аритмологии. Существующие прогностические модели основаны на информации, не обладающей прямой функциональной связью с нарушениями сердечного ритма. По этой причине их относят к популяционным, а не индивидуальным.

Цель исследования – разработка метода индивидуальной риск-стратификации ВСС на основе комплекса маркеров электрической нестабильности миокарда (ЭНМ) с ориентацией на первичные звенья здравоохранения.

Материал и методы. Использованы неинвазивные ЭКГ-маркеры ЭНМ в фазах де- (фрагментация QRS, пространственный угол QRS-T) и реполяризации (микроальтернация Т зубца, дисперсия интервала QT, синдром J волны) миокарда, вегетативного контроля (турбулентность и ускорение/торможение сердечного ритма), а также фракция выброса левого желудочка. Применён метод пропорциональных рисков Кокса в сочетании с методом нечётких множеств. Данные обработаны с помощью программы «Интекард 77» (РНПЦК). Апробация прогностической модели выполнена у 240 пациентов с ХСН, ср. возраст 50,5±12,1 года, II-III кл. NYHA, ср.ФВ 32,8±10,9%, период наблюдения 37±6 мес. Конечные точки: ВСС, устойчивая ЖТ/ФЖ и эпизоды шоковой терапии.

Результаты. Первичные конечные точки зафиксированы у 27,5% пациентов. По данным отношений рисков выявлен комплекс независимых