

способом лечения ИБС. А хирургическое лечение требует безопасных и точных методов контроля гемодинамики для оптимального управления состоянием пациента [1].

**Цель исследования:** Провести сравнительный анализ прямого (инвазивного) и компенсационного (неинвазивного, разгруженной артерии) методов интраоперационного мониторинга артериального давления (АД).

**Материалы и методы:** Во время проведения стентирования проведено 37 измерений АД двумя методами: прямым (К. Февр, 1856 г.) в бассейне левой коронарной артерии (камера Комбитранс, В. Браун, Германия) и компенсационным [2] (Я. Пеньяз, 1969 г.) во II пальце кисти (регистратор «Кардиотехника-САКР-И», НАО «ИНКАРТ», Россия).

**Результаты:** Измерение АД производилось на базе оперблока отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения клиники им. Петра Великого СЗГМУ им И.И. Мечникова. Все пациенты имели установленный диагноз (основной): ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения различного функционального класса (2–3), острый инфаркт миокарда различной локализации. Расхождение абсолютных значений систолического (САД) и диастолического (ДАД) давления, зафиксированных одновременно обоими методами, составило  $5,2 \pm 3,3$  мм рт. ст.,  $p < 0,001$ . Значения САД и ДАД значимо коррелируют (коэффициент корреляции 0,96 и 0,92 соответственно,  $p < 0,000001$ ). Разница измерений не зависит от частоты сердечных сокращений, уровня давления, особенностей операционной техники. Измерение АД по методу разгруженной артерии позволило вести непрерывную регистрацию показаний, что при прямом методе технически невозможно (в моменты открытия порта АД не регистрируется).

**Выводы:** Метод разгруженной артерии показал высокую корреляцию с прямым методом контроля артериального давления. Методика может быть рекомендована к проведению дальнейших клинических испытаний как альтернатива инвазивному измерению артериального давления.

#### Литература

1. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Хирманов В.Н. Артериальное давление в исследовательской и клинической практике. Под ред. В.С. Моисеева и Р.С. Карпова. М.: Реафарм, 2004, 384 с.
2. Jerson R. Martina, M. Sc., Berend E. Westerhof, M. Sc., Ph.D., Jeroen van Goudoever et. all. Noninvasive Continuous Arterial Blood Pressure Monitoring with Nexfin®. Anesthesiology, vol. 116 • no 51092 May 2012, pp. 1092–1103.

## СРАВНЕНИЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ ЛЕВЫХ КАМЕР СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ

*Гареев Д.А., Талипова Х.М., Абдуганиев С.А.*

Научный руководитель: д. м. н., доцент Багманова З.А.  
Кафедра пропедевтики внутренних болезней  
Башкирский государственный медицинский университет

**Актуальность исследования:** Фибрилляция предсердий (ФП) ассоциируется с двукратным повышением риска смерти от всех причин у женщин и полуторакратным увеличением риска смерти у мужчин [1]. При этом общий уровень заболеваемости инсультом и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) у пациентов с ФП значительно выше [1, 2].

**Цель исследования:** сравнить морфофункциональные параметры (МФП) левых камер сердца у пациентов с клапанной фибрилляцией предсердий (НФП) и у пациентов без нарушений ритма сердца (НРС).

**Материалы и методы:** больные 1-й группы — 20 мужчин (60%) и 13 женщин (40%), возраст  $61,0 \pm 10,5$  (39–75 лет) с пароксизмальной и персистирующей ФП, направленные на радиочастотную абляцию (РЧА). В контрольную группу (2-я группа) включили 38 обследуемых, среди которых 22 мужчин (58%) и 16 женщин (42%), возраст  $59,0 \pm 11,2$  (39–75 лет), без НРС. Всем провели двухмерную эхокардиографию (ЭхоКГ). Для анализа использовали пакет STATISTICA10, рассчитывали медиану (Me), минимальные и максимальные значения (R).

**Результаты:** в 1-й группе объём левого предсердия (ВЛП)  $Me_1 = 52,8 \pm 17,3$  мл, во 2-й группе ВЛП  $Me_2 = 35,0 \pm 3,1$  мл;  $R_1 = 30,0–111,0$  мл,  $R_2 = 30,0–40,0$  мл ( $p_{1-2} = 0,00000059$ ). В 1-й группе индекс ВЛП  $Me_1 = 26,4 \pm 6,4$  мл/м<sup>2</sup>, индекс ВЛП  $Me_2 = 24,0 \pm 2,4$  мл/м<sup>2</sup>,  $R_1 = 15,6–44,0$  мл/м<sup>2</sup>,  $R_2 = 20,0–27,0$  мл/м<sup>2</sup> ( $p_{1-2} = 0,01$ ). Конечный диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ) у муж. составляет  $Me_1 = 5,1 \pm 0,4$  см,  $Me_2 = 4,9 \pm 0,3$  см;  $R_1 = 4,6–6,1$  см,  $R_2 = 4,4–5,6$  см ( $p_{1-2} = 0,17$ ). Индекс КДР ЛЖ у муж.  $Me_1 = 2,6 \pm 0,4$  см/м<sup>2</sup>,  $Me_2 = 2,9 \pm 0,2$  см/м<sup>2</sup>,  $R_1 = 2,1–3,6$  см/м<sup>2</sup>,  $R_2 = 2,3–3,1$  см/м<sup>2</sup> ( $p_{1-2} = 0,07$ ). КДР ЛЖ у жен.  $Me_1 = 4,6 \pm 0,4$  см,  $Me_2 = 4,3 \pm 0,5$  см;  $R_1 = 4,0–5,5$  см,  $R_2 = 3,6–5,0$  см ( $p_{1-2} = 0,02$ ). Индекс КДР ЛЖ у жен.  $Me_1 = 2,5 \pm 0,3$  см/м<sup>2</sup>,  $Me_2 = 2,6 \pm 0,3$  см/м<sup>2</sup>,  $R_1 = 2,2–3,2$  см/м<sup>2</sup>,  $R_2 = 2,1–3,1$  см/м<sup>2</sup> ( $p_{1-2} = 0,22$ ). Сократимость миокарда ЛЖ: фракция выброса (ФВ)  $Me_1 = 64,0 \pm 5,4\%$ ,  $Me_2 = 64,5 \pm 5,8\%$ ,  $R_1 = 52–76,7\%$ ,  $R_2 = 56–75\%$  ( $p_{1-2} = 0,8$ ).

**Выводы:** МФП левых камер у пациентов с НФП и без ХСН достоверно различались от контрольной группы по таким показателям, как ВЛП и индекс ВЛП. Синусовый ритм восстановлен у 24 из 33 пациентов (73%).

#### Литература

1. Рекомендации ЕОК по лечению пациентов с фибрилляцией предсердий/ Рос. кард. жур.– 2017.-№ 7(147).-С.7–86
2. Нарушения ритма сердца после аортокоронарного шунтирования у больных ишемической болезнью сердца / Руденко В.Г., Багманова З.А., Закирова А.Н. и др.// Терапевт.–2015.-№ 3.-С.23–27.

## ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЙ

*Жабборов О.О.*

Научный руководитель: Рахматиллаева М.Ш.

Кафедра Госпитальная педиатрия № 1 с основаниями нетрадиционной медицины  
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

**Актуальность исследования:** одним из наиболее грозных осложнений естественного течения врожденных пороков сердца (ВПС) с увеличенным легочным кровотоком является легочная гипертензия (ЛГ), снижающая качество жизни пациентов и приводящая их к ранней инвалидизации и преждевременной смерти [2] Эхокардиографическим методом можно определить степень легочной гипертензии, от которой зависит выбор тактики лечения. [1]

Цель исследования — определить эхокардиографические особенности диагностики врожденных пороков сердца, осложненных легочной гипертензией

Материал и методы. Проведен анализ ЭхоКГ 30 больных, госпитализированных с ВПС, осложненной ЛГ в отделения кардиоревматологии, кардиохирургии и раннего возраста в клинике ТашПМИ за период 2015–2017 г. При эхокардиографической диагностике врожденных пороков сердца, которые имеют лево-правый сброс, измеряли градиент давления между камерами сердца или на уровне сердечного шунта. У 95–98% пациентов определилась незначительная (физиологическая) недостаточность трехстворчатого клапана. Посредством доплер ЭхоКГ во время систолы правого желудочка измеряли значение максимальной скорости регургитации на трикуспидальном клапане. Далее по уравнению Бернули ( $xP=4V^2$ ) рассчитывали разницу давления между правым желудочком и правым предсердием. К примеру, скорость регургитации 2 м/с, соответственно градиент давления между ПЖ и ПП равен 16 мм рт.ст. Далее, анализируя реакцию нижней полой вены на вдох, определяли уровень давления в ПП.