

КАЙНАРА В.Г., ВАЛЕЕВА А.М., НЕФЕДОВА Ж.В., СОРОКИН О.В.

НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, ГБОУ НСО «ДКБ №1», НОВОСИБИРСК

Актуальность: в настоящее время кардиобиоуправление (КБУ) является высокоэффективным методом снижения ЧСС, артериального давления (АД) и психофизиологического напряжения, что играет значительную роль в пролонгировании жизни кардиологических больных.

Цель исследования: оценить эффективность КБУ у подростков с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭГ), его влияние на показатели кардиоинтервалографии (КИГ), АД.

Методы и материалы: в исследовании приняли участие 30 больных с ЭГ в возрасте от 12-16 лет. Контрольную группу составили 30 условно здоровых подростков (I группа здоровья) этого же возраста с ЧСС более 70 уд/мин, имеющих нормальные показатели АД, отсутствие АГ у родственников первой линии родства. Диагностика и лечение АГ – на основе соответствующих методических рекомендаций экспертов Всероссийского научного общества кардиологов и ассоциации детских кардиологов России (Москва, 2012). Всем пациентам при поступлении и в ходе проводимой терапии проводилось СМАД. При верификации диагноза «ЭГ» учитывались случаи возникновения АГ, которые не были связаны с патологией какого-либо внутреннего органа. Давность течения АГ – не менее 1-3 лет. Данным пациентам, как и контрольной группе, была проведена запись ЭКГ с помощью прибора КардиоБОС (разработчик – к.м.н. Сорокин О.В.). В качестве функциональной пробы проводился метод когнитивного висцерального КБУ с суггестивной установкой удлинения фазы экспирации и попыткой генерализовать мышечное расслабление. В это время также происходит регистрация ЭКГ. Статистический анализ полученных данных производился с помощью программы «Statistica 7.0» (в статье приведены значения медианы и интерквантильного размаха с уровнем значимости $p < 0,05$).

Результаты: обнаружено, что в ходе КБУ у больных с ЭГ отмечается достоверное увеличение временных показателей КИГ таких как длительность сердечного цикла на 27,85 мс (4,65%) с 597,9 до 625,75 мс, а также значительное повышение значений RMSSD, MxDMn, Mo, CV, отражающих повышение уровня функционирующих систем регуляции, активацию вегетативного звена нервной системы (ВНС). В то время, как значение индекса напряжения снижается на 47,6 у.е. (20,2%) с 235,65 до 188,05 у.е. Уменьшается индекс вегетативного равновесия в сторону активации парасимпатического отдела ВНС. Увеличиваются мощность спектра высокочастотных колебаний на 23,7 мс² (12,05%) с 196,65 до 220,35 мс² и суммарная мощность спектра на 472,85 мс² (45,3%) с 1043,4 до 1516,25 мс². Увели-

чение мощности спектра очень низких колебаний на 61,4 %. При измерении АД после КБУ наблюдалось значительное снижение показателей. При сравнении с контрольной группой результатов БУ у пациентов с ЭГ прослеживается более высокие значения индекса напряжения, преобладание симпатического звена регуляции, а также нейро-гуморальных влияний.

Вывод: метод кардиобиоуправления является эффективным методом коррекции повышенного АД у подростков с ЭГ.

ПРОПРАНОЛОЛ – ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТЫХ ГИПЕРПАЗИЙ

КОТЛУКОВА Н.П., РОГИНСКИЙ В.В., ТИМОФЕЕВА М.Ю., КИСЛЕНКО О.А., ТРУНИНА И.И., РЫБАЛКО Н.А., ЛАВРОВА Т.Р., ГАВЕЛИЯ Ю.В.

ГБОУ ВПО РНИМУ ИМ. Н.И.ПИРОГОВА МЗ РФ, ФГУ ЦНИИС И ЧЛХ МЗ РФ, ГКБ № 67, ГБУЗ ДГКБ ИМ. З.А.БАШЛЯЕВОЙ ДЗ Г.МОСКВЫ, МОСКВА

Цель: оценка пятилетнего опыта применения, эффективности и безопасности неселективного бета-адреноблокатора «Пропранолол гидрохлорид» в качестве медикаментозного лечения сосудистых гиперплазий (инфантильных гемангиом) у детей.

Методы: В Перинатальном кардиологическом центре ГКБ №67 и в отделении кардиологии для детей раннего возраста ДГКБ им. З.А.Башляевой с 2010 по 2015 г. проведено лечение 384 детям с гиперплазиями кровеносных сосудов (младенческими гемангиомами) различной локализации, включая печень, парорбитальную область и гортань неселективным бета-адреноблокатором пропранололом. Согласно разработанному протоколу всем детям до и на фоне лечения проводилось обследование (ЭКГ, ДЭХОКГ, измерение АД, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, контроль уровня глюкозы, УЗИ инфантильных гемангиом с определением скорости кровотока) с целью выявления возможных противопоказаний к проведению данного вида терапии. Стартовая доза препарата составляла 1 мг/кг/с с последующим повышением до 2 мг/кг/с. Возраст детей на момент начала лечения составлял от 1,5 до 12 месяцев. Средний возраст начала терапии составил 3 месяца. 50% пациентов имели опыт неудачного применения других видов лечения. Средняя продолжительность лечения составила 9,5 месяцев. Дети находились под динамическим наблюдением кардиолога, осуществляющего контрольные обследования и перерасчет доз пропранолола. Эффективность лечения оценивалась с помощью фотодокументирования и динамического УЗИ-исследования.

Результаты: В результате проведенного обследования у 21 ребенка (5,5%) была выявлена не диагностированная ранее врожденная патология сердца (ДМЖП, ДМПП, гипоплазия и кингинг аорты, стеноз аортального клапана, коарктация аорты, аорто-легочные кол-

латерали и др.). У 8 пациентов был верифицирован РНАСЕ(S)-синдром. На фоне терапии пропранололом у всех детей зафиксирован положительный, но различный по своей выраженности, результат. У 2/3 пациентов этот результат расценивался как отличный, либо хороший. Был достигнут положительный косметический и функциональный эффект с четким уменьшением интенсивности окраски сосудистого образования и его объема. Быстрая положительная динамика началась через 48 часов от начала терапии. На фоне лечения ЧСС снижалась на 20,31 удара ($p=0,01$), АД сист. снижалось на 8,81 мм рт. ст. ($p=0,01$), АД диаст. – на 5,29 мм рт. ст. ($p=0,01$). Сократимость миокарда не изменялась. Нежелательные явления отмечены у 21 пациента (5,4%) (паузы ритма, превышающие норму, АВ-блокада I степени, повышение уровня трансаминаз, развитие бронхообструктивного синдрома и гипогликемического состояния). АВ-блокада I ст. не являлась поводом для прекращения лечения. Досрочно прекращена терапия у 4-х детей с паузами ритма, существенно превышающими допустимые пределы.

Выводы: Эффективность и относительная безопасность при условии четкого соблюдения протокола свидетельствуют о целесообразности использования неселективного бета-адреноблокатора пропранолола в качестве первой линии терапии детей с гиперплазиями кровеносных сосудов (т.н. инфантильными гемангиомами). Лечение должно осуществляться и контролироваться кардиологом для своевременной диагностики и предупреждения возможных нежелательных явлений.

ОСОБЕННОСТИ ДИСПЕРСИОННОГО КАРТИРОВАНИЯ ЭКГ У ПОДРОСТКОВ СО СТАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

КРАЕВА Н.В.

ГБОУ ВПО «СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНЗДРАВА РОССИИ, АРХАНГЕЛЬСК

Цель: выявить особенности дисперсионного картирования ЭКГ у подростков со стабильной формой артериальной гипертензии.

Методы: обследовано 77 пациентов в возрасте от 12 до 18 лет, из них 27 подростков с диагнозом стабильной АГ, который верифицирован в условиях стационара по результатам объективного осмотра и данных инструментального обследования (в том числе СМАД с оценкой 95-го перцентиля АД для соответствующего возраста, пола и роста) и без признаков гипертрофии левого желудочка на стандартной ЭКГ покоя. Контрольную группу составили 50 человек с I и II группой здоровья безотягощенной наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям и не имеющие факторов риска по развитию АГ. Оценку дисперсионных отклонений ЭКГ проводили по коду детализации

с помощью прибора «Кардиовизор-06С». Дисперсионные характеристики в программе прибора рассчитываются по 9 анализируемым группам отклонений: G1 – деполяризация правого предсердия; G2 – деполяризация левого предсердия; G3 – деполяризация правого желудочка; G4 – деполяризация левого желудочка; G5 – реполяризация правого желудочка; G6 – реполяризация левого желудочка; G7 – симметрия деполяризации желудочков; G8 – внутрисердечные блокады; G9 – гипертрофия желудочков. Статистическая обработка результатов выполнена с помощью пакета статистических программ MS EXCEL после исключения «выскакивающих» величин. Для описания качественных данных использовали доли с 95% доверительным интервалом (%(95%ДИ)), сравнение проводили с помощью Хи-квадрат Пирсона с уровнем статистической значимости $p<0,05$.

Результаты: сравнивали доли патологических значений по каждой группе дисперсионных отклонений между группой пациентов со стабильной АГ и контрольной группой. По G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8 – статистически значимых различий между группами не выявлено. В группе пациентов с верифицированным диагнозом стабильной АГ патологические значения G9 (гипертрофия желудочков) встречались достоверно чаще – 33,3% (14,8-51,8), чем в контрольной группе – 6,0% (0-13,2); $p<0,01$.

Обсуждение: известно, что структурно-функциональные изменения сердца у подростков с артериальной гипертензией характеризуется приростом массы миокарда левого желудочка и его концентрическим ремоделированием. У пациентов в группе со стабильной АГ признаков гипертрофии левого желудочка на стандартной ЭКГ покоя выявлено не было. Однако начальные признаки гипертрофии можно диагностировать с помощью патологических значений G9 дисперсионного анализа низкоамплитудных колебаний кардиоцикла.

Выводы: таким образом, выявление патологических значений G9 является особенностью дисперсионного картирования ЭКГ у пациентов со стабильной формой артериальной гипертензии, что можно считать диагностически значимым и прогностически неблагоприятным признаком.

ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ И ВКЛАД ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ИХ ФОРМИРОВАНИЕ

ПЛОТНИКОВА И.В., СВИНЦОВА Л.И.

НИИ КАРДИОЛОГИИ, ТОМСК

Цель: Оценить состояние органов-мишеней у подростков с эссенциальной артериальной гипертензией