

Х Евразийский конгресс кардиологов

Тезисы конгресса

АТЕРОСКЛЕРОЗ

- 1. ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ МЕТГЕМОГЛОБИНА КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**
Ковальчук П. Н., Ковальчук Л. С.
Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Республика Беларусь
- 2. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ НА ФОНЕ ЛИПИДСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЕЙ**
Каминная В. И.¹, Соловьева Е. Ю.¹, Каминная А. С.², Коновалова Г.Г.¹, Фофанова Т.В.¹
¹ФГБУ «НМИЦК им. ак. Е.И. Чазова» Минздрава России, г. Москва, Россия, ²РУДН, г. Москва, Россия
- 3. ЛИПИДЕМИЧЕСКИЕ И ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА СМЕРТИ ОТ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С КАРОТИДНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ**
Рубаненко О. А., Рубаненко А. О., Давыдкин И. Л.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия
- 4. ОТНОШЕНИЕ НАРУШЕНИЯ ДИАСТОЛЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ**
Калиев К. Р., Бейшенкулов М. Т., Чазымова З. М., Токтосунова А. К., Колбай А.
НЦКиТ им. М. Миррахимова, г. Бишкек, Кыргызстан
- 5. ПЕРФУЗИЯ МИОКАРДА У РЕЦИПИЕНТОВ ТРАНСПЛАНТАТОВ ПЕЧЕНИ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПО ДАННЫМ ОДНОФОТОННОЙ ЭМИССИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ**
Григоренко Е. А.¹, Плешко А.А.², Врублевская О. В.³, Руммо О. О.⁴, Митьковская Н. П.¹
¹ГУ «РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь, ²УО «БГМУ», г. Минск, Республика Беларусь, ³УО «МККДЦ», г. Минск, Республика Беларусь, ⁴ГУ «МНПЦ ХТиГ», г. Минск, Республика Беларусь
- 6. СВЯЗЬ ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА И ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ ИБС**
Коков А. Н., Масенко В. Л., Семенов С. Е., Барбараш О. Л.
НИИ КПССЗ, г. Кемерово, Россия
- 7. СУБКЛИНИЧЕСКИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ КАРОТИДНЫХ**
Гиляров М. Ю.^{1,2}, Константинова Е. В.^{1,2}, Сагателян А. А.², Богданова А. А.^{1,2},

АРТЕРИЙ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Першина Е. С.¹, Свет А. В.¹
¹ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова, ²ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва, Россия

8. **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНО-КИСЛОРОДНОЙ СМЕСИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Ковальчук Л. С., Ковальчук П. Н.
Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Республика Беларусь

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

9. **ВЛИЯНИЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Брежнева Е. Б., Коломиец В. И., Кучерова А. В.
ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени святителя ЛУКИ», г. Луганск, ЛНР

- 10 **ДЕСИНХРОНОЗ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РИТМОВ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. МЕСТО АДАПТОГЕНОВ В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

Васильева И. Н.¹, Осадчук М. А.¹, Чесникова А. И.²
¹ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), г. Москва, Россия, ²ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

- 11 **КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ У РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ COVID 19**

Камилова У. К., Ермекбаева А. У., Закирова Г. А., Хамраев А. А., Нуриддинов Н. А., Машарипова Д. Р
РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент, Узбекистан, Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

- 12 **КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ «БЕРЗЕНГИ»**

Оразклычев О. А.¹, Кичиков А. Т.¹, Бабаев К. Б.²
¹Государственный медицинский университет Туркменистана им. Мурат Гаррыева, г. Ашхабад, Туркменистан, ²Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, г. Ашхабад, Туркменистан

- 13 **КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЕ ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

Васин А. А., Айнетдинова Д. Х., Миронова О. Ю., Фомин В. В.
ПМГМУ им И.М. Сеченова, г. Москва, Россия

- 14 **ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ COVID-19**
Волчкова Н. С., Субханкулова С. Ф.
 КГМА филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань, Россия
- 15 **ОЦЕНКА ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С УЧЕТОМ ИЗМЕНЕНИЙ ТУРБУЛЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПО ДАННЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ**
Алейникова Т. В.
 УО «ГомГМУ», г. Гомель, Республика Беларусь
- 16 **СТРАТЕГИЯ СКРИНИНГА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**
Рубаненко О. А., Рубаненко А. О.
 ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия
- 17 **ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ**
Иванченко В. С.¹, Гагарина А. А.¹, Горянская И. Я.¹, Цыбрик А. А.², Солдатова О. В.¹, Ушаков А. В.¹
¹Институт «Медицинская академия им. С.И. Георгиевского» ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», г. Симферополь, Россия, ²РКБ им. Н.А. Семашко, г. Симферополь, Россия

КАРДИООНКОЛОГИЯ

- 18 **ПАРАДИГМЫ СОВРЕМЕННОЙ КАРДИООНКОЛОГИИ: КАРДИОТОКСИЧНОСТЬ И ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ**
Хлямов С. В., Маль Г. С., Артюшкова Е. Б.
 ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава РФ, г. Курск, Россия

КАРДИОЭНДОКРИНОЛОГИЯ

- 19 **ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2-ГО ТИПА**
Сонина Е. В.¹, Сонин Д. Н.², Кучеренко В. С.,
³ Мирошниченко Я. И.¹
¹ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», ²ГУ «Луганский республиканский кардиологический диспансер» ЛНР, ³ГУ ЛНР «Луганская городская многопрофильная больница №7»
- 20 **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА**
Кудряшов Е. А.¹, Картавых Ю. В.¹, Скибицкий В. В.¹, Кудряшова Ю. А.²
¹ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар, Россия, ²ФГБОУ ВО КГУФКСТ, г. Краснодар, Россия
- 21 **ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА,**
Алексеева Р. И., Пилипенко В. В., Плотникова О. А., Шарафетдинов Х. Х.

ОСЛОЖНЕННЫМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

ФГБУН «ФИЦ питания, биотехнологии и безопасности пищи», г. Москва, Россия

- 22 **ОЖИРЕНИЕ И НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ ТЕЧЕНИЕ COVID-19 СРЕДИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ: ДАННЫЕ КОГОРТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

Шведов И. И., Подзолков В. И., Брагина А. Е., Тарзиманова А. И., Васильева Л. В., Быкова Е. Е., Иванников А. А.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия

- 23 **РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ**

Срождинова Н. З., М. К.А., Дуйсенбаева А. И.
Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

- 24 **АСПИРИНОТЕРАПИЯ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ**

Николенко Л. А.¹, Мезенцев В.И.¹,
Николенко Е.С.²
¹ФГБУ «ФЦССХ» МЗ РФ, г. Челябинск, Россия, ²ГБОУ ВПО «ЮУГМУ» МЗ РФ, г. Челябинск, Россия

- 25 **СТАТИН-АССОЦИИРОВАННЫЕ МЫШЕЧНЫЕ СИМПТОМЫ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ И ЭЗЕТИМИБОМ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

Олейников В. Э., Салямова Л. И., Лукьянова М. В., Коренкова К. Н., Бабина А. В.
ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза, Россия

НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА

- 26 **РОЛЬ СУБСТРАТНОЙ АБЛАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИ СТРУКТУРНОЙ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА**

Плащинская Л. О., Гончарик Д. Б., Барсукевич В. Ч., Часнойть А. Р., Ребеко Е. С., Подпалова О. В., Мрочек А. Г.
РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь

НЕОТЛОЖНАЯ КАРДИОЛОГИЯ

- 27 **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВЕДЕНИЯ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА БЕРЕМЕННЫХ**

Моисеева А. Ю.^{1,2}, Васильченко М. К.¹,
Братищев И. В.¹, Алиджанова Х. Г.¹
¹НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗ, г. Москва, Россия, ²ФГОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минздрава России, г. Москва, Россия

- 28 **ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛЬНОЙ СОСУДИСТОЙ ЖЕСТКОСТИ У БОЛЬНЫХ НОВОЙ**

Хромова А. А., Салямова Л. И., Полежаева К. Н., Томашевская Ю. А., Борисова Н. А.

**КОРОНАВИРУСНОЙ
ИНФЕКЦИЕЙ С ПЕРВИЧНЫМ
ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный
университет», г. Пенза, Россия

- 29 **ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ
ПОВТОРНОГО ОСТРОГО
НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО
КРОВООБРАЩЕНИЯ У
ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ
ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С
ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST**

Иванников А. А., Казанцева Е. В., Моисеева
А. Ю., Ендовицкий Р. С., Алиджанова Х. Г.
ГБУЗ «НИИ СП им. Н. В. Склифосовского
ДЗМ», г. Москва, Россия

- 30 **СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
СЕМИЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ
ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ
СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ
ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ И
ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТРАТЕГИЯХ
ЛЕЧЕНИЯ**

Медведева Е. А., Гелис Л. Г., Полонецкий О.
Л., Лазарева И. В., Колядко М. Г., Шумовец В.
В.
Республиканский научно-практический центр
«Кардиология», г. Минск, Республика
Беларусь

- 31 **ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ
РАССТРОЙСТВА У ПОЖИЛЫХ
«ХРУПКИХ» ПАЦИЕНТОВ,
ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ
КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ**

Петрова В. Б., Шумков В. А., Петрова А. И.,
Болдуева С. А.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-
Петербург, Россия

- 32 **ХРОНИЧЕСКАЯ
ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ
ЛЕГКИХ КАК ОДИНА ИЗ
ВЕДУЩИХ ФАКТОРОВ РИСКА
РАЗВИТИЯ ПОСТИНФАРКТНОГО
РАЗРЫВА МИОКАРДА**

Ковальчук Е. Ю., Повзун А. С.
ГБУ СПб НИИ СП имени И.И. Джанелидзе, г.
Санкт-Петербург, Россия

- 33 **ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ
ДИСФУНКЦИЯ, АРТЕРИАЛЬНАЯ
РИГИДНОСТЬ И ИХ КОРРЕКЦИЯ
У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ
КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ
ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST В
СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК**

Прибылов С. А., Барбашина Т. А., Прибылов
В. С., Гаврилюк Е. В., Прибылова Н. Н.,
Яковлева М. В., Леонидова К. О.
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г.
Курск, Россия

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ**

- 34 **ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ
ОСТРОМ КОРОНАРНОМ
СИНДРОМЕ В Г.ТАШКЕНТЕ**

Казиков Б. О., Мухамедова Б. Ф., Назарова
М. Х.
Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, г. Ташкент, Узбекистан

- 35 **ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ССЗ**

- 36 **ВЛИЯНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И НОВОРОЖДЕННЫХ**
Стрюк Р. И.¹, Локшина Э. Э.¹, Брыткова Я. В.¹, Иванова Е. Ю.¹, Гомова Т. А.², Федотова Е. Е.²
¹ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва, Россия, ²ГУЗ ТО «Тульская областная больница», г. Тула, Россия
- 37 **ЗНАЧИМОСТЬ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ДЛЯ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ**
Тасыбаев Б. Б., Сотников А. В., Гордиенко А. В., Носович Д. В.
ФГБВОУВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург, Россия
- 38 **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ, ДЕМОНИСТРИРУЮЩИЙ ДОЛГОСРОЧНЫЙ ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТА С ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST С РЕСТЕНОЗОМ СТЕНТА НА ФОНЕ ПРИЕМА ОРИГИНАЛЬНОГО КЛОПИДОГРЕЛЯ (ПЛАВИКС)**
Андреева А. В.
ГБУ РО ОККД, г. Рязань, Россия
- 39 **ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ: ЕСТЬ ЛИ ОТЛИЧИЯ ОТ ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ?**
Седых Д. Ю., Петрова Т. С., Исакова М. В., Ц. Д.П., Кашталап В. В.
НИИ КПССЗ, г. Кемерово, Россия
- 40 **ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ И КОНТРОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТАКТИКИ НАБЛЮДЕНИЯ КАРДИОЛОГОМ**
Щинова А. М., Потехина А. В., Осокина А. К., Филатова А. Ю., Долгушева Ю. А., Проваторов С. И.
ФГБУ «НМИЦК им. Ак. Е.И. Чазова» Минздрава России, Москва, Россия
- 41 **РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ**
Бехбудова Д. А., Ахмедова Т. А., Абиева Э. М.
Научно-исследовательский институт кардиологии им. акад. Д. Абдуллаева, г. Баку, Азербайджан

СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

- 42 **АНАЛИЗ УРОВНЯ ВИТАМИНА D У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**
Козлова И. Г., Самедов Р. Д.
Научно-исследовательский институт кардиологии им. акад. Д. Абдуллаева, г. Баку, Азербайджан
- 43 **ИЗУЧЕНИЕ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19**
Ермекбаева А. У.¹, Камилова У. К.², Рахимов А. Н.², Машарипова Д. Р.², Назаров Н. Н.¹, Закирова Г. А.², Алиева М. Ю.²
¹Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан, ²РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент, Узбекистан
- 44 **ИНТЕРВАЛ QT И ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА**
Аверьянова Е. В., Барменкова Ю. А., Орешкина А. А., Кулюцин А. В., Олейников В. Э.
ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза, Россия
- 45 **ИСХОДЫ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ В КОГОРТЕ БЕЛОРУССКИХ ПАЦИЕНТОВ С НЕКОМПАКТНОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ**
Ринейская Н. М.¹, Комиссарова С. М.¹, Красько О. В.², Севрук Т. В.¹, Ефимова А. А.¹
¹ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь, ²ГНУ «Объединенный институт проблем информатики НАН Беларуси», г. Минск, Республика Беларусь
- 46 **КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УРОВНЯ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**
Хазова Е. В., Булашова О. В.
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
- 47 **МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С УЧЕТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК**
Камилова У. К., Атаходжаева Г. А., Машарипова Д. Р., Икрамова Ф. А., Абдуллаева Ч. А., Бекназарова С. С.
РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент, Узбекистан
- 48 **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО СТАТУСА И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ПРИОБРЕТЕННЫМ ПОРОКОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ДО**
Теплова Ю. Е., Ляпина И. Н., Сизова И. Н., Евтушенко А. В., Барбараш О. Л.
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных

- ЕГО ХИРУРГИЧЕСКОЙ
КОРРЕКЦИИ**
- 49 **ОСОБЕННОСТИ
ФУНКЦИОНАЛЬНОГО
СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**
- 50 **ПОЗДНИЕ ПОТЕНЦИАЛЫ
ЖЕЛУДОЧКОВ И ДИСПЕРСИЯ
ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ С
ПОСТИНФАРКТНЫМ
РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ ЛЕВОГО
ЖЕЛУДОЧКА**
- 51 **РОЛЬ
ДЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ
КАРДИОМИОЦИТОВ В
ИЗМЕНЕНИИ КАРДИАЛЬНОГО
ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО
МЕТАБОЛИЗМА ПРИ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ**
- проблем сердечно-сосудистых заболеваний»,
г. Кемерово, Россия
- Камилова У. К.**, Закирова Г. А., Машарипова
Д. Р., Абдуллаева Ч. А., Атаходжаева Г.А.,
Тагаева Д. Р., Бекназарова С. С.
РСНПМЦ терапии и медицинской
реабилитации, г. Ташкент, Узбекистан
- Барменкова Ю. А.**, Аверьянова Е. В.,
Лукьянова М. В., Голубева А. В., Орешкина А.
В.
ФГБОУ ВО «Пензенский государственный
университет», г. Пенза, Россия
- Степанова О. В.**¹, Воронова А. Д.¹,
Кузнецова Т. В.¹, Куликова Т. Г.¹, Полтавцева
Р. А.², Тарасов А. В.¹, Самко А. Н.¹, Акчурин
Р. С.¹, Терещенко С. Н.¹
¹ ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава
России, г. Москва, Россия, ²ФГБУ
«НМИЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава
России, г. Москва, Россия

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ И ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ КАРДИОЛОГИЯ

- 52 **ДИАГНОСТИКА
ИЗОЛИРОВАННОЙ АГЕНЕЗИИ
ЛЕГОЧНОЙ ВЕНЫ У ВЗРОСЛОЙ
ПАЦИЕНТКИ**
- 53 **ДИНАМИКА ОБЪЕМОВ
ОКАЗАНИЯ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПАЦИЕНТАМ С
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ В
УСЛОВИЯХ
ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ
ОГРАНИЧЕНИЙ**
- 54 **КЛИНИЧЕСКАЯ И
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ
ЗНАЧИМОСТЬ КОНТРАСТ-
АССОЦИИРОВАННОГО ОСТРОГО
ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У
БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ
ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**
- Смыслова Д. Г.**, Кудзоева З. Ф.
НМИЦ ССХ имени А.Н. Бакулева, г. Москва,
Россия
- Апресян А. Ю.**
ФГБОУ ВО Северо-Западный
государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова Минздрава России, г.
Санкт-Петербург, Россия
- Кузнецов В. А.**^{1,2}, Миронова О. Ю.¹,
Грицанчук А. М.², Фомин В. В.¹
¹ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М.
Сеченова Минздрава России (Сеченовский
Университет), г. Москва, Россия, ²ГБУЗ
«Городская клиническая больница имени М.
П. Кончаловского Департамента
здравоохранения города Москвы», г. Москва,
Россия

БИОМАРКЁРЫ В КАРДИОЛОГИИ. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ССЗ

- 55 **МАРКЕРЫ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ, ПОЛУЧАЮЩИХ МНОГОКОМПОНЕНТНУЮ АНТИТРОМБОТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ**
Кривошеева Е. Н., Комаров А. Л., Добровольский А. Б., Титаева Е. В., Погорелова О. А., Балахонова Т. В., Панченко Е. П.
ФГБУ «НМИЦ кардиологии имени академика Е. И. Чазова» Минздрава России, г. Москва, Россия
- 56 **ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ТАКОЦУБО В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**
Евдокимов Д. С., Феоктистова В. С., Болдуева С. А.
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

- 57 **ВЛИЯНИЕ УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРУЛЬСАЦИИ НА СТРУКТУРНОЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**
Слепова О. А., Лишута А. С., Привалова Е. В., Беленков Ю. Н.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия
- 58 **ДИНАМИКА УРОВНЯ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**
Драненко Н. Ю., Мирошниченко Е. П., Корытько И. Н., Корниенко Н. В., Соколовская Е. А.
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», институт «Медицинская академия имени С.И. Гергиевского», г. Симферополь, Россия
- 59 **КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ, ГОСПИТАЛЬНЫЙ И ОТСРОЧЕННЫЙ ПРОГНОЗ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН**
Щинова А. М.¹, Потехина А. В.¹, Долгушева Ю. А.¹, Ефремова Ю. Е.¹, Шестова И. И.², Савищева А. А.³, Проваторов С. И.¹
¹ФГБУ «НМИЦ кардиологии» МЗ РФ, г. Москва, Россия, ²ГУЗ «Городская больница №13», г. Тула, Россия, ³ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница», г. Тула, Россия
- 60 **ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ**
Ибатов А. Д.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия

БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

- 61 **ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ
ТИАЗОТНОЙ КИСЛОТЫ В
КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА** Литвинова Т. И.¹, Анацко С. В.¹, Лазаревич С. Н.¹, Жигальцов А. М.², Бахарева Л. Л.³, Урбанович Л. А.⁴
¹УЗ «Гродненская университетская клиника» г. Гродно, Беларусь, ²УО «Гродненский государственный медицинский университет» г. Гродно, Беларусь, ³УЗ «Городская поликлиника №4», г. Гродно, Беларусь, ⁴УЗ «Городская поликлиника №1», г. Гродно, Беларусь
- 62 **РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ
КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К
ЛЕЧЕНИЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С
КОМОРБИДНЫМИ
СОСТОЯНИЯМИ** Аляви Б. А.^{1,2}, Абдуллаев А. Х.^{1,2}, Узоков Ж. К.¹, Далимова Д. А.³, Раимкулова Н. Р.²
¹ГУ «РСНПМЦТиМР»; г. Ташкент, Узбекистан, ²ТашПМИ, г. Ташкент, Узбекистан, ³Центр передовых технологий, г. Ташкент, Узбекистан
- 63 **РИСК ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ
ПЕРЕЛОМОВ В ОТДАЛЕННОМ
ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО
ШУНТИРОВАНИЯ** Коков А. Н., Коков А. Н., Масенко В. Л., Семенов С. Е., Барбараш О. Л.
НИИ КПССЗ, г. Кемерово, Россия

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- 64 **ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ
ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У
МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ** Породенко Н. В., Корчагина Е. А., Лавренко В. В., Скибицкий В. В.
ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава РФ, г. Краснодар, Россия

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЦА И СОСУДОВ

- 65 **ВЗАИМОСВЯЗЬ ГЛУБИНЫ
ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА С
ПАРАМЕТРАМИ ДЕФОРМАЦИИ И
РАБОТЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
НА СЕГМЕНТАРНОМ УРОВНЕ У
БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ
МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ
СЕГМЕНТА ST** Олейников В. Э.¹, Галимская В. А.¹, Голубева А. В.¹, Аверьянова Е. В.¹, Бабина А. В.¹, Донецкая Н. А.²
¹ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза, Россия, ²ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, г. Пенза, Россия
- 66 **ВЛИЯНИЕ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ
СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ НА
ПОКАЗАТЕЛИ ЛОКАЛЬНОЙ И
РЕГИОНАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ
ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ У
МУЖЧИН С САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ 2 ТИПА** Гайшун Е. И.¹, Зарадей И. И.¹, Широканова Н. И.²
¹УЗ «1 городская клиническая больница», г. Минск, Беларусь, ²Белорусский государственный университет, г. Минск, Беларусь

67 **ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭКВИВАЛЕНТНОЙ ПЛОТНОСТИ КАЛЬЦИЕВЫХ ДЕПОЗИТОВ КОРОНАРНЫХ И КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ** **Коков А. Н.,** Масенко В. Л., Семенов С. Е., Барбараш О. Л.
НИИ КПССЗ, г. Кемерово, Россия

68 **РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ** **Алейникова Т. В.**
УО «ГомГМУ», г. Гомель, Республика Беларусь

69 **РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ** **Алейникова Т. В.**
УО «ГомГМУ», г. Гомель, Республика Беларусь

ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

70 **КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19** **Ким Ю. В.,** Зуева И. Б.
ПСПбГМУ им.акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург, Россия, ЧОУ ВО Санкт-Петербургский медико-социальный институт, Санкт-Петербург, Россия

71 **О КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ** **Абдуллаев А. Х.^{1,2}, Аляви Б. А.^{1,2}, Узоков Ж. К.¹, Далимова Д. А.³, Бабаев М. А.¹, Нигмонов Б. Б.²**
¹ГУ «РСНПМЦТиМР, г. Ташкент, Узбекистан, ²ТашПМИ, г. Ташкент, Узбекистан, ³Центр передовых технологий, г. Ташкент, Узбекистан

72 **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО ПОДХОДА ПСИХОФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА** **Васильева И. Н.,** Осадчук М. А., Корженков Н. П., Бикметова А. М., Миронова Е. Д., Хударова А. А., Митрохина О. И.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), г. Москва, Россия

73 **ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ** **Корниенко Н. В.,** Корытько И. Н., Мирошниченко Е. П., Драненко Н. Ю., Петренко В. И., Ефремова Н. В., Худякова А. С.
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского «КФУ им. В.И. Вернадского», г. Симферополь, Россия

74 **РОЛЬ МАГНИТОТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ** **Ким Ю. В.¹, Зуева И. Б.²**
¹ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия, ²ЧОУ ВО Санкт-

ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Петербургский медико-социальный институт,
г. Санкт-Петербург, Россия

ПРОБЛЕМЫ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТОНИИ

- 75 **РАННИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЗАВЕРШЕНИИ ПОДОСТРОГО ПЕРИОДА ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ**
- Сотников А. В.**, Меньшикова А. Н., Гордиенко А. В., Носович Д. В. Военно-Медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

ГЕНЕТИКА В КАРДИОЛОГИИ

- 76 **ВЗАИМОСВЯЗЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ИНТЕРЛЕЙКИНА 17А С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ**
- Рубаненко О. А.**, Лимарева Л. В., Щукин Ю. В., Давыдкин И. Л. ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия
- 77 **ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ БИСОПРОЛОЛОМ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ**
- Шумков В. А.**¹, Петрова В. Б.¹, Болдуева С. А.¹, Загородникова К. А.², Петрова А. И.¹
¹СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия, ²ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова», г. Санкт-Петербург, Россия
- 78 **СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА RS7903146 И RS12255372 ГЕНА TCF7L2**
- Кондратьева О. В.**, Плотникова О. А., Алексеева Р. И., Пилипенко В. В., Шарифетдинов Х. Х., Сорокина Е. Ю. ФГБУН Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности, г. Москва, Россия

АТЕРОСКЛЕРОЗ

ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ МЕТГЕМОГЛОБИНА КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ковальчук П. Н., Ковальчук Л. С.

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Метгемоглобин (MetHb) крови представляет собой одну из форм окисленного гемо-глобина. В эритроцитах здоровых людей он обнаруживается в незначительном количестве (0,5–0,8%

от общего количества пигмента), причем постоянно происходит его восстановление в гемоглобин. С целью улучшения микроциркуляции в тканях и уменьшения гипоксии у пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС) нами применялась озонотерапия (ОЗТ), обладающая выраженным противогипоксическим эффектом. Кроме того, озон вызывает умеренную инициацию свободнорадикальных процессов перекисного окисления липидов с одновременным преобладанием механизмов антиоксидантной защиты, которую опосредованно стимулирует ОЗТ. Цель исследования: изучение особенностей динамики показателей MetHb крови у пациентов ИБС под воздействием ОЗТ и коррелятивной связи в соответствии с клинической картиной заболевания.

Материал и методы:

Содержание MetHb исследовали у 91 пациента (48 мужчин и 43 женщины) в возрасте от 48 до 72 лет с ИБС со стабильной стенокардией напряжения II–III функциональных классов. Все обследованные пациенты были разделены на три группы в зависимости от проводимого восстановительного лечения: I основную группу составили 32 пациента, в комплексном санаторном лечении получавшие ОЗТ; II основной группе (35 чел.) осуществлялось введение озонкислородной смеси в виде монотерапии, III группа (24 чел.) — контрольная, получавшая только санаторное лечение. Комплексное санаторное лечение соответствовало степени тяжести заболевания. Группы пациентов по возрасту, полу, длительности заболевания, тяжести и наличию сопутствующих заболеваний существенно не отличались друг от друга. Озонкислородную смесь получали на установке УОТА–60-01 (г. Москва). ОЗТ проводилась в виде внутривенного капельного введения озонированного физиологического раствора в объеме 200,0 2–3 раза в неделю с концентрацией в нем медицинского озона от 0,5 мг/л до 2,0 мг/л (всего 7 процедур) в течение 21 дня. Пациентам в основной и контрольной группах было проведено обследование, которое включало стандартный опрос, физикальный осмотр, функциональное обследование и оценку содержания MetHb крови. Определение% содержания MetHb от общего гемоглобина в сыворотке крови по методу М.С. Кушаковского проводилось до и после лечения.

Результаты:

По данным проведенных обследований достоверное улучшение общего состояния отмечено у 98% пациентов. причем оно было более выраженным у лиц, в санаторное лечение которых была включена ОЗТ. Так, в группе пациентов в комплексном санаторном лечении получавшие ОЗТ, общее состояние улучшилось уже через 3–5 дней, а снижение АД наблюдалось на 3–7 дней раньше, чем в контрольной группе. Кроме того, у пациентов основной группы отмечено повышение толерантности к физическим нагрузкам. По данным ЭКГ, уменьшение или исчезновение ишемических изменений отмечалось достоверно у всех пациентов основных групп. Необходимо отметить, что во всех группах пациентов определялся примерно одинаковый по содержанию MetHb крови от общего гемоглобина, который составил в основных группах (I и II) соответственно — $0,739 \pm 0,040$ и $0,649 \pm 0,030$, в контрольной группе (III) — $0,690 \pm 0,046$. Однако выявлено достоверное различие между показателями содержания MetHb у здоровых и больных ($P < 0,01$), которое, по всей видимости, связано с оксидантным стрессом, имевшим место у пациентов с ИБС с сопутствующими заболеваниями, на что указывают ряд авторов. К концу лечения отмечено достоверное снижение% содержания MetHb от общего гемоглобина в I и II основных групп ($P < 0,001$), в контрольной же группе снижение MetHb было недостоверным ($P > 0,05$). Достоверное снижение MetHb крови также отмечено у пациентов основных групп через 12 недель после проведенной ОЗТ, которое было примерно одинаковым. Это связано с запуском каскада биохимических реакций, вызванных ОЗТ и продолжающихся в течение нескольких месяцев. Динамики снижения% содержания MetHb крови у пациентов контрольной группы к этому сроку не отмечено ($P > 0,05$). Нами определена корреляционная взаимосвязь между содержанием MetHb крови и клиническим течением заболевания (частотой ангинозных

приступов и приемом антиангинальных препаратов, толерантностью к физической нагрузке, показателям АД и ЭКГ). Отмечено, что положительные клинические эффекты соответствовали пропорционально более низкому содержанию MetHb крови, причем чем оно выраженнее, тем значительнее клинический результат.

Заключение:

1. Применение ОЗТ способствует ускорению диссоциации в крови MetHb, а следовательно и улучшению оксигенации тканей. 2. Повышение% содержания MetHb от общего гемоглобина у пациентов ИБС свидетельствует о нарушении антиоксидантной системы защиты. 3. Отмечена корреляционная связь между уменьшением содержания MetHb крови и улучшением состояния пациента, а, следовательно, и качества жизни.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ НА ФОНЕ ЛИПИДСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЕЙ

Каминная В. И.¹, Соловьева Е. Ю.¹, Каминная А. С.², Коновалова Г.Г.¹, Фофанова Т.В.¹
¹ФГБУ «НМИЦК им. ак. Е.И. Чазова» Минздрава России, г. Москва, Россия, ²РУДН, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) рассматривается в качестве маркера неблагоприятного прогноза распространенных в популяции заболеваний, прежде всего сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), что вполне соответствует утвердившейся концепции кардиоренальных взаимоотношений. В последние годы обосновано и введено наднозологическое понятие «хроническая болезнь почек». Нарушения функции почек являются важным фактором риска (ФР) развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Например, сердечно-сосудистая смертность в 10-30 раз выше у пациентов на гемодиализе, чем в общей популяции. Результаты эпидемиологических и популяционных исследований свидетельствуют о том, что даже самые ранние субклинические нарушения функции почек являются независимым ФР ССО и смерти, а также повторных осложнений у пациентов с ССЗ. Назначение медикаментозной терапии способно снизить риск развития ССО и почечных осложнений, замедлить прогрессирование нарушений функции почек. Сохранение субклинических нарушений функции почек на фоне лечения, даже при достижении контроля ФР, например, артериального давления (АД), и регрессе других органных поражений, может отрицательно сказываться на прогнозе пациента. Таким образом, оценка функционального состояния почек важна для выбора профилактических и терапевтических мероприятий. Цель. Изучить влияние липидснижающей терапии на показатель СКФ у пациентов с клинически значимой гипертриглицеридемией.

Материал и методы:

28 пациентов (6 женщин, 22 мужчин) со значимым нарушением липидного обмена клинически значимой гипертриглицеридемией (триглицериды (ТГ) более 5, 2 ммоль/л) и уровнем общего холестерина крови (ОХС) до 6,0 ммоль/л в течение 18 месяцев получали липидснижающую терапию аторвастатином и фенофибратом. Исходное определение СКФ показало у 11 пациентов нарушение функции почек. Контроль показателей ОХС, ТГ, СКФ проводили в течение первых 3 месяцев наблюдения 1 раз в месяц, далее – 1 раз в 3 месяца.

Результаты:

Через 3 месяца от начала наблюдения на фоне липидснижающей терапии отмечалось значимое снижение уровня липидов крови у 51% пациентов; через 6-9 месяцев –

нормализация уровня ОХС у 68% и ТГ – у 73% пациентов. Через 18 месяцев в группе наблюдения отмечалось сохранение достигнутых уровней ОХС и ТГ у 91% пациентов. Из 11 пациентов со сниженной СКФ у 5 человек отмечено повышение показателей СКФ на фоне липидснижающей терапии и положительной динамики показателей ОХС и ТГ; нормализация показателей СКФ у 3 человек при достижении целевого уровня ОХС и ТГ, при этом достигнутый эффект сохранялся до конца периода наблюдения.

Заключение:

У пациентов со значимым нарушением липидного обмена (гипертриглицеридемия, гиперхолестеринемия), в том числе с нарушением функции почек (снижением СКФ), при клинически эффективной липидснижающей терапии возможно улучшение показателя СКФ вследствие улучшения реологических свойств крови.

ЛИПИДЕМИЧЕСКИЕ И ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА СМЕРТИ ОТ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С КАРОТИДНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Рубаненко О. А., Рубаненко А. О., Давыдкин И. Л.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия

Введение (цели/ задачи):

Выявить взаимосвязь между показателями липидного обмена, гемостаза и риском смерти от сердечно – сосудистых заболеваний (ССЗ) у пациентов с атеросклерозом каротидных артерий.

Материал и методы:

В исследование включено 104 пациента с каротидным атеросклерозом, средний возраст составил $47,5 \pm 6,7$ лет. Всем больным исследовали липидный спектр крови с определением уровня общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой и низкой плотности, триглицеридов (ТГ). Для оценки состояния системы гемостаза определяли уровень фибриногена, АДФ – индуцированной агрегации тромбоцитов (АДФ-ИАТ), D-димера, фактора Виллебранда (фВ). Для выявления характера и степени выраженности атеросклеротического поражения экстракраниальных отделов артерий брахиоцефального ствола использовали ультразвуковое триплексное сканирование. Все пациенты разделены на 2 группы: 1 группу составил 51 пациент категории высокого риска, 2 группу, сопоставимую по полу, возрасту и частоте сопутствующих заболеваний – 53 пациента категории очень высокого риска смерти от ССЗ.

Результаты:

У больных 2 группы средний уровень ТГ оказался на 19% ($p = 0,03$), фВ – на 12,7% ($p < 0,001$), D-димера – на 21,8% ($p = 0,04$) соответственно выше, а время начала АДФ-ИАТ на 6,8% меньше ($p = 0,002$), по сравнению с пациентами 1 группы. При проведении корреляционного анализа были выявлены ассоциации между уровнем фВ ($R = 0,36$, $p = 0,001$), АДФ-ИАТ ($R = -0,28$, $p = 0,002$), ТГ ($R = 0,2$, $p = 0,03$), D димера ($R = 0,2$, $p = 0,04$), а также наличием стенозов ВСА ($R = 0,28$, $p = 0,02$) и риском смерти от ССЗ у больных с каротидным атеросклерозом. Чувствительность и специфичность вышеуказанных показателей в прогнозировании риска смерти от ССЗ у больных с каротидным атеросклерозом составила: для уровня ТГ > 2 ммоль/л 33,3% и 86,7%; фВ $> 140\%$ 95% и 53,3%; D-димера > 1 $\mu\text{г/мл}$ 43,3% и 71,7%; АДФ-ИАТ $< 13,5$ сек 75%, и 53,3%; для наличия стенозов ВСА 61,7% и 66,7% соответственно.

Заключение:

У больных категории очень высокого риска наряду с нарушениями липидного обмена отмечается более выраженная эндотелиальная дисфункция, активация тромбоцитарного и плазменного звеньев гемостаза и более частое развитие гемодинамически значимых стенозов ВСА. Вышеуказанные показатели могут использоваться для стратификации риска смерти от ССЗ у больных с каротидным атеросклерозом.

ОТНОШЕНИЕ НАРУШЕНИЯ ДИАСТОЛЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Калиев К. Р., Бейшенкулов М. Т., Чазымова З. М., Токтосунова А. К., Колбай А.
НЦКиТ им. М. Миррахимова, г. Бишкек, Кыргызстан

Введение (цели/ задачи):

Определить нарушение диастолы левого желудочка (ЛЖ) и коронарный атеросклероз у пациентов с нестабильной стенокардией, поступивших в отделение ургентной кардиологии НЦКиТ.

Материал и методы:

В исследование включены 72 пациента с нестабильной стенокардией. У всех лиц при обследовании обнаружены различные степени субэндокардиальной ишемии миокарда на ЭКГ. Всем пациентам проведены эхокардиография с определением диастолической функции ЛЖ, а также коронарография.

Результаты:

В ходе обследования обнаружено, что при наличии нарушения диастолы трехсосудистое поражение коронарных артерий выявлено у 37%, двухсосудистый коронарный атеросклероз – у 37% и однососудистое поражение найдено у 26% пациентов. Показатель значения шкалы SYNTAX составил $18,1 \pm 13,4$ балла. Тогда как в группе без нарушения диастолы поражение атеросклерозом трех коронарных артерий обнаружен у 8,1%, двухсосудистый коронарный атеросклероз встречался у 21,6% и однососудистое поражение выявлено у 70,3% пациентов. Сумма по шкале SYNTAX составила $9,8 \pm 7,3$ баллов ($p < 0,05$). По результатам статистического анализа данных определена достоверная связь между показателями диастолической функции левого желудочка и коронарным атеросклерозом. Так, положительная корреляция между коронарным атеросклерозом и размерами левого предсердия составила $r = 0,28$, $p < 0,05$, индексом объема левого предсердия $r = 0,36$, $p < 0,05$, конечным диастолическим объемом ЛЖ $r = 0,38$, $p < 0,05$, E/e' $r = 0,47$, $p < 0,05$, временем замедления раннего наполнения ЛЖ $r = 0,25$, $p < 0,05$, фазой изоволюмического расслабления $r = 0,21$, $p < 0,05$.

Заключение:

У больных нестабильной стенокардией при наличии нарушения диастолы коронарный атеросклероз оказался более выраженным. Выявлена достоверная связь между нарушением диастолы и коронарным атеросклерозом.

ПЕРФУЗИЯ МИОКАРДА У РЕЦИПИЕНТОВ ТРАНСПЛАНТАТОВ ПЕЧЕНИ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПО ДАННЫМ

ОДНОФОТОННОЙ ЭМИССИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Григоренко Е. А.¹, Плешко А.А.², Врублевская О. В.³, Руммо О. О.⁴, Митьковская Н. П.¹
¹ГУ «РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь, ²УО «БГМУ», г. Минск, Республика Беларусь, ³УО «МККДЦ», г. Минск, Республика Беларусь, ⁴ГУ «МНПЦ ХТиГ», г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Оценить перфузию миокарда у пациентов с хроническими терминальными заболеваниями печени (ХТЗП) и реципиентов трансплантатов печени в отдаленном послеоперационном периоде

Материал и методы:

В соответствии с разработанным дизайном одноцентрового проспективного когортного исследования из реципиентов трансплантатов печени была сформирована исследуемая субкогорта (n = 150), контрольная субкогорта – из пациентов с ХТЗП из листа ожидания, не получивших печеночный трансплантат за период наблюдения $5,4 \pm 3,29$ года (n = 100). В группу сравнения были включены пациенты, сопоставимые с реципиентами трансплантатов печени по возрасту, половому составу и факторам кардиоваскулярного риска, с хронической ишемической болезнью сердца (ИБС).

Результаты:

При проведении пробы с дипиридамолом в отдаленном послеоперационном периоде у реципиентов трансплантатов печени отмечалось достоверное увеличение величины дефекта перфузии в бассейнах двух коронарных артерий (правой коронарной артерии (ПКА), передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии), а также суммарного значения величины дефекта перфузии по сравнению с пациентами из общей популяции. Зоны гипоперфузии локализовались в 1, 7, 9, 10 и 13 сегментах. Показатель накопления радиофармпрепарата (РФП) был меньше в 1, 7 и 13 сегментах (отображающих область кровоснабжения ПМЖВ) и в 9, 10 сегментах (визуализирующих бассейн кровоснабжения ПКА) при сопоставлении с показателями группы сравнения. Количество сегментов с гипофиксацией РФП у реципиентов трансплантатов печени оказалось выше показателя лиц с ХТЗП из листа ожидания (6 (2;8) и 2 (1;3) соответственно, $p < 0,05$) и пациентов из группы сравнения (6 (2;8) и 3 (2;4) соответственно, $p < 0,05$). Нарушение перфузии в 3-х и более анализируемых сегментах выявлено у большего числа пациентов исследуемой субкогорты, чем в группе сравнения (70,0% и 54,5% соответственно, $p < 0,05$). После внутривенного введения раствора дипиридамола улучшение перфузии наблюдалось у 23,3% исследуемой субкогорты, 38,9% пациентов контрольной субкогорты и 31,8% группы сравнения. Ухудшение перфузии отмечено в группе реципиентов трансплантатов печени у 56,5%, в группе пациентов с ХТЗП и группе сравнения у 20,3% и 54,5% пациентов соответственно. При проведении нагрузочной пробы показатель величины дефекта перфузии в регионе кровоснабжения ПМЖВ и ПКА у реципиентов трансплантатов печени был выше показателя группы сравнения во время исследования в покое и при фармакологической нагрузке ($p < 0,05$). У пациентов с ХТЗП, сформировавших контрольную субкогортку, количество сегментов с накоплением РФП $< 75\%$ и доля лиц с нарушением перфузии в 3-х и более сегментах были достоверно ниже, чем в исследуемой субкогорте (1 (1;2) и 4 (1;7) соответственно, $p < 0,05$; 8,5% и 70,0% соответственно, $p < 0,01$) и группе сравнения (8,5% и 54,5%, соответственно, $p < 0,01$).

Заключение:

Полученные результаты позволяют предположить, что выполнение ортотопической трансплантации печени у пациентов с ХТЗП приводит к ускорению развития коронарного

атеросклероза и ИБС в отдаленном послеоперационном периоде.

СВЯЗЬ ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА И ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ ИБС

Коков А. Н., Масенко В. Л., Семенов С. Е., Барбараш О. Л.
НИИ КПССЗ, г. Кемерово, Россия

Введение (цели/ задачи):

Актуальность выявления традиционных факторов сердечно-сосудистого риска в общей популяции постулирована необходимостью ранней диагностики атеросклероза, проведения адекватной профилактики и своевременного лечения, направленного на снижение сердечно-сосудистого риска и борьбу с болезнями системы кровообращения. В когорте больных ИБС наличие факторов риска (ФР) в значительной степени ухудшает прогноз как в раннем, так и в отдаленном периоде. По данным литературы отмечена высокая частота выявления сердечно-сосудистых ФР у пациентов с остеопорозом. Однако в отношении субклинического уменьшения минеральной плотности кости (МПК) данные о связи с ФР отсутствуют. Цель исследования. Определить связь факторов сердечно-сосудистого риска с остеопеническим синдромом у больных ИБС.

Материал и методы:

В исследование вошли 393 мужчины (возраст 61 (56; 65) лет) со стабильной ИБС. Всем пациентам проведена оценка МПК методом рентгеновской остеоденситометрии. На основании уровня Т-критерия, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, пациенты разделены на группы: группа остеопороза (ОП) – n = 85, Т-критерий < -2, 5; остеопения (ОПе) – n = 214, Т-критерий от 2, 5 до 1; группа нормальной МПК (НМПК) – n = 94, Т-критерий > -1. Проведена оценка риска остеопоротических переломов в течение ближайших 10 лет с использованием on-line калькулятора FRAX. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 с использованием критерия Манна-Уитни и непараметрического корреляционного анализа Спирмена. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты:

Пациенты групп сравнения не имели различий по возрасту ($p = 0,16$) и курению ($p = 0,06$). В группах ОП и ОПе распространенность АГ в 1,25 раз больше, чем при НМПК ($\chi^2 = 18,7$; $p = 0,0008$). Гиперхолестеринемия при ОП отмечена у 41 пациента (48,2%), при ОПе – у 88 (41,1%), при НМПК – у 28 (29,8%) – $\chi^2 = 6, 6$; $p = 0,036$. У пациентов с НМПК достоверно чаще выявляли ожирение (46,8%, $\chi^2 = 16, 2$; $p = 0,0003$) и сахарный диабет 2 типа (35,1%, $\chi^2 = 16, 8$; $p = 0,0002$), чем у больных с ОП и ОПе. Результаты корреляционного анализа позволили выявить статистически достоверную прямую связь риска перелома бедренной кости по шкале FRAX с уровнем общего холестерина ($r = 0,21$; $p = 0,042$) и триглицеридов ($r = 0,23$; $p = 0,032$). Отмечена ассоциация повышенного риска FRAX с фактом курения ($p = 0,004$), наличием АГ ($p = 0,003$). Для пациентов с сахарным диабетом 2 тип отмечены достоверно более низкие уровни 10-летнего риска переломов FRAX ($p = 0,0001$).

Заключение:

Таким образом, полученные данные указывают на взаимосвязь определенных факторов сердечно-сосудистого риска и остеопенического синдрома, включая субклиническое снижение МПК, у лиц мужского пола, что подтверждает гипотезу о единстве этиопатогенеза двух этих состояний. Результаты проведенного анализа дают возможность сделать вывод о

наличии общих ФР (курения, артериальной гипертонии, дислипидемии) у мужчин со стабильной ИБС и сопутствующим остеопеническим синдромом.

СУБКЛИНИЧЕСКИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Гиляров М. Ю.^{1,2}, Константинова Е. В.^{1,2}, Сагателян А. А.², Богданова А. А.^{1,2}, Першина Е. С.¹, Свет А. В.¹

¹ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова, ²ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

По различным данным сочетанное поражение артерий каротидного и коронарного русла колеблется от 20 до 75%. Пациенты с атеросклерозом каротидных и коронарных артерий относятся к группе высокого риска развития сердечно-сосудистых и цереброваскулярных событий. В последние годы отмечается рост числа пациентов пожилого и старческого возраста среди больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе с острым коронарным синдромом (ОКС). В связи с чем необходимо не только ранее выявление признаков мультифокального атеросклеротического процесса, в том числе сочетанного поражения каротидных и коронарных артерий, но и изучение структуры атеросклеротических бляшек (АСБ) у пациентов данной возрастной группы, что позволит снизить риска развития цереброваскулярных и повторных сердечно-сосудистых катастроф. Цель. Изучить особенности атеросклеротического поражения и структуру АСБ в каротидных артериях у пациентов с ОКС старческого возраста и определить взаимосвязь между выраженностью коронарного и каротидного атеросклероза. Задачи. Оценить особенности атеросклероза каротидных артерий у пациентов с ОКС старческого возраста; выявить признаки нестабильности АСБ в артериях каротидного русла среди больных данной группы; изучить взаимосвязь между атеросклеротическим поражением каротидных артерий и коронарным атеросклерозом.

Материал и методы:

В исследование были включены 110 пациентов с ОКС в возрасте 75 лет и старше (средний возраст 83±5 лет). Всем пациентам была выполнена коронароангиография (КАГ) с помощью трансрадиального доступа и дуплексное сканирование (ДС) каротидных артерий с помощью ультразвуковой системы Philips EPIQ5 с использованием линейного датчика L12-3. Проводилась оценка выраженности атеросклеротического процесса в коронарных и каротидных артериях. Определялись признаки нестабильности АСБ во всех каротидных артериях справа и слева: общих, внутренних и наружных.

Результаты:

По данным ДС каротидных артерий было выявлено 273 АСБ, при этом в 77% случаев были обнаружены признаки нестабильности: наличие гетерогенной структуры – 43,8%, гипохогенный компонент – 33,8%, участки локального кальциноза – 16,2%, неровная поверхность с признаками изъязвления – 6,2%. Частота встречаемости АСБ с признаками нестабильности в каротидных артериях была выше среди мужчин при сравнении с женщинами – 53,8 и 46,2% соответственно ($p = 0,119$). Сочетанный атеросклероз

каротидных и коронарных артерий встречался в 83% случаев (43 мужчины и 48 женщин). При сопоставлении данных ДС и КАГ было обнаружено, что пациенты с наличием стеноза каротидных артерий 50% и более (53 пациента) при сравнении с пациентами со стенозами менее 50% (57 пациента) чаще имели многососудистые поражения коронарных артерий: двухсосудистые – 32 и 28%, соответственно ($p = 0,801$), трехсосудистые – 36 и 5%, соответственно ($p < 0,001$). При оценке стенозов коронарных артерий (без учета инфаркт-связанной артерии) была выявлена корреляционная связь между выраженностью атеросклеротического поражения в артериях каротидного и коронарного русла, при этом более выражена корреляция среди пациентов со стенозами каротидных артерий 50% и более ($r = 0,5$, $p < 0,001$); среди пациентов со стенозами менее 50% корреляция составила: $r = 0,19$, $p = 0,03$.

Заключение:

При ДС каротидных артерий у пациентов с ОКС старческого возраста в 77% случаев наблюдались признаки нестабильности АСБ, при этом чаще среди мужчин. У исследуемой группы больных в реальной клинической практике сочетанное атеросклеротическое поражение каротидных и коронарных артерий было у 83%. Обнаружена была взаимосвязь между степенью поражения каротидных артерий и выраженностью коронарного атеросклероза, а также количеством пораженных артерий коронарного русла. Полученные данные указывают на важность оценки каротидных артерий у пациентов с ОКС старческого возраста, что может помочь снизить риск развития цереброваскулярных и повторных сердечно-сосудистых событий.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНО-КИСЛОРОДНОЙ СМЕСИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ковальчук Л. С., Ковальчук П. Н.

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Цель: изучить возможность применения озono-кислородной смеси в реабилитации пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы:

Обследовано 96 пациентов с ИБС со стабильной стенокардией напряжения I-II функционального класса с атерогенной дислипидемией (58 мужчин и 38 женщин в возрасте от 45 до 70 лет). Все пациенты с ИБС получали комплексное санаторное лечение (диетотерапия, фитотерапия, щадящее бальнеолечение, показанные режимы движения, психотерапия). Из общего количества обследованных пациентов выделена контрольная группа (30 пациентов). Пациенты основной и контрольной групп не отличались по полу, возрасту, клинической картине заболевания. Работа проведена на озono-кислородной установке УОТА-60-01 «Медозон», г. Москва. Пациентам основной группы (66 чел.) проводилась терапия в виде внутривенного капельного введения озонированного физиологического раствора с концентрацией озона 2-4 мг/л, 3 раза в неделю, в количестве 7 процедур на фоне приема нитратов, бета-адреноблокаторов или антагонистов кальция.

Результаты:

Получен значительный положительный эффект клинических проявлений ИБС, а также увеличение толерантности к физической нагрузке у 95% пациентов с включением озонотерапии (ОЗТ). Преимущество положительных эффектов ОЗТ у пациентов основной группы по сравнению с контрольной группой было преобладающим. У 52,2% пациентов

после курса ОЗТ удалось снизить дозу принимаемых антиангинальных препаратов более чем на половину, так как значительно уменьшилась частота и продолжительность ангинозных приступов. Более того у данной группы пациентов к концу лечения выявлена положительная динамика липидного спектра крови ($p < 0,01$), которая через 1, 5 месяца оставалась без изменений. В контрольной группе такой динамики не отмечалось.

Заключение:

ОЗТ является высокоэффективной оздоровительной технологией в реабилитации пациентов с ИБС.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

ВЛИЯНИЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Брежнева Е. Б., Коломиец В. И., Кучерова А. В.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени святителя ЛУКИ», г. Луганск, ЛНР

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) – одно из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. АГ страдают не менее 40% населения. Лечатся 48% женщин и 21% мужчин. До целевого значения артериальное давление (АД) достигается лишь у 17,5% женщин и 5,7% мужчин. АГ относится к основным факторам риска развития ишемической болезни сердца (ИБС) в том числе инфаркта миокарда (ИМ). Цель работы: изучить течение ИМ у больных АГ в зависимости от качества предшествовавшей развитию ИМ гипотензивной терапии.

Материал и методы:

Обследовано 48 больных ИМ с АГ (24 мужчины и 24 женщины), находившихся на лечении в инфарктном отделении городской больницы г. Луганска. Диагноз ИМ и АГ верифицирован в соответствии с общепринятыми стандартами. Особое внимание уделялось качеству проводимого гипотензивного лечения в период предшествовавший ИМ. Под качеством понимались доза и регулярность приема, а также патогенетическая обоснованность назначения гипотензивных препаратов. Учитывалось течение ИМ и развитие его осложнений на стационарном этапе лечения. С учетом вышеизложенного больные распределены на три группы: 1-я – получавшие лечение постоянно (9 человек – 18,8%), 2-я – получавшие лечение АГ эпизодически (24 человека 50%) и 3-я – не лечившие АГ (15 человек – 31,2%). Течение ИМ оценивалось по длительности периодов, динамике патологического процесса, по наличию и характеру осложнений у больных этих групп. Полученный материал обработан методом вариационной статистики. Для оценки результатов исследования использовался метод четырехпольной таблицы с расчетом коэффициента корреляции для альтернативных признаков.

Результаты:

В группе лиц, постоянно лечивших АГ, осложнения ИМ определялись у 55,5% больных. Среди осложнений в 22,2% случаев отмечены блокады ножек пучка Гиса. Желудочковые экстрасистолия, атриовентрикулярные блокады, фибрилляция предсердий встречались в равной степени – по 11,1%. В группе лиц, лечившихся эпизодически, у 70,8% больных отмечались осложнения ИМ. В 25% случаев регистрировалась блокада ножек пучка Гиса, в 20,8% желудочковые экстрасистолии и в 16,6% отек легких. С одинаковой частотой (8,3%)

встречались ТЭЛА, постинфарктная стенокардия, кардиогенный шок, атриовентрикулярные блокады, фибрилляция предсердий. У больных, не лечивших АГ в период предшествующий ИМ, осложнения отмечены в 86,7%. У них в 33,3% регистрировались желудочковые экстрасистолы. Блокады ножек пучка Гиса отмечены в 26,7%.

Атриовентрикулярные блокады, фибрилляция предсердий, отек легких, постинфарктная стенокардия и рецидив ИМ встречались в этой группе с одинаковой частотой в 13,3% случаев. Так, у больных, не получавших или получавших эпизодически гипотензивное лечение АГ в доинфарктном периоде регистрируются более тяжелые осложнения и увеличивается их количество. Это подтверждается наличием обратной корреляционной связи умеренной силы ($r = -0,4; < 0,05$), выявленной между качеством проводимой гипотензивной терапии в период, предшествующий ИМ и степенью и количеством развившихся осложнений. Следовательно, качество гипотензивной терапии существенно влияет на течение ИМ.

Заключение:

Количество и тяжесть осложнений ИМ в остром и подостром периоде существенно зависит от качества лечения АГ в предшествующем ИМ периоде, что подтверждает необходимость более качественной гипотензивной терапии больных АГ.

ДЕСИНХРОНОЗ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РИТМОВ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. МЕСТО АДАПТОГЕНОВ В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Васильева И. Н.¹, Осадчук М. А.¹, Чесникова А. И.²

¹ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), г. Москва, Россия, ²ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) — это не только синдром повышения систолического артериального давления (АД), но и один из важнейших модифицируемых факторов риска социально-значимых заболеваний (ССЗ). В последние годы пристальное внимание уделяется изучению зависимости между ССЗ и нарушениями сна. Результаты многих исследований показали прямую связь между инсомнией и тяжелым течением АГ, а жалобы на бессонницу не являются второстепенными симптомами, оказывая негативное влияние не только на качество жизни, но и на прогноз. Современные социальные факторы разобщают согласованность процессов бодрствования и сна, что приводит к десинхронозу и нейрогуморальной перестройке с нарушением циркадных биологических ритмов, приводящих к уменьшению синтеза мелатонина (МТ) – эндогенного физиологического адаптогена, гормона шишковидной железы. Установлено, что МТ, обладая большим спектром положительных эффектов, проявляет значительный органопротекторный и антиоксидантный потенциал. Целью нашего исследования явилась оценка корригирующего воздействия МТ в составе комбинированной терапии на суточный профиль АД (СПАД), параметры сосудистой гемодинамики и сомнологический статус пациентов с АГ.

Материал и методы:

В амбулаторных условиях обследовано 200 пациентов старше 18 лет с повышенным уровнем АД, 46 из которых, страдающих 2-й степенью АГ, были включены в рандомизированное открытое исследование. Средний возраст пациентов был $63,4 \pm 8,3$ лет. На этапе скрининга и

через 12 недель всем пациентам проводили физикальное обследование, суточное мониторирование АД с расширенной оценкой показателей сосудистой гемодинамики (артериальной ригидности и центральной гемодинамики) посредством технологии VPLab® Vasotens®. Кроме того, всем участникам проводили оценку качества сна (опросник «Индекса выраженности бессонницы», «Питтсбургский опросник оценки качества сна»). С целью изучения эффективности корректирующей терапии все больные, страдающие АГ, были рандомизированы на две группы. Пациентам 1-й группы (n = 21) рекомендовали комбинированную антигипертензивную терапию ИАПФ и тиазидоподобным диуретиком индапамидом. Пациенты 2-й группы (n = 25) помимо базовой терапии принимали экзогенный мелатонин в дозе 3 мг за 30 минут до ночного физиологического сна.

Результаты:

Нормализация уровня АД и улучшение клинического статуса у преобладающего количества пациентов обеих групп к концу периода наблюдения свидетельствовали о положительной динамике предложенных схем лечения. Согласно полученным результатам 35,8% представителей 1-й группы и 45,4% пациентов 2-й группы достигли АД менее 130/80 мм рт. ст., а уровня АД <135/85 мм рт. ст. 76,8% и 88,2%, соответственно. Офисное САД у пациентов 1-й группы уменьшилось с $145,76 \pm 5,24$ до $134,42 \pm 3,72$ мм рт. ст. ($p < 0,0001$), ДАД с $93,34 \pm 4,68$ до $85,65 \pm 4,20$ мм рт. ст. ($p < 0,0001$). У представителей 2-й группы уровень САД снизился на с $147,14 \pm 6,12$ до $129,22 \pm 9,63$ ($p < 0,0001$), ДАД с $95,28 \pm 5,33$ до $82,39 \pm 6,63$ мм рт. ст. ($p < 0,0001$). У пациентов 1-й группы частота сердечных сокращений (ЧСС) уменьшилась с $78,33 \pm 6,03$ до $72,67 \pm 6,21$ (на 12,0%; $p < 0,05$), причем отличия в степени снижения были статистически значимы ($p = 0,001$). Кроме того, комплексный подход с включением в схему мелатонина повлиял на нормализацию суточного профиля АД: у пациентов 1-й группы САД (суточное) уменьшилось с $148,93 \pm 7,54$ до $133,22 \pm 7,65$ мм рт.ст., ДАД (суточное) с $87,64 \pm 6,89$ до $74,21 \pm 4,01$ мм рт.ст. При анализе параметров сосудистой жесткости, центрального аортального давления установлены статистически значимые различия: отмечено снижение жесткости артериальной стенки на 14,4% у представителей 2-й группы ($p = 0,01$) и на 10,3% у участников исследования 1-й группы ($p = 0,04$). Индекс аугментации снизился на 16,5% у пациентов 2-й группы ($p = 0,03$) и на 12,2% у пациентов 1-й группы ($p = 0,04$). Отмечено более значимое повышение SEVR индекса эффективности субэндокардиального кровотока на 8,5% ($p = 0,01$), RWTT показателя времени распространения отраженной волны в аорте на 12,1% ($p = 0,04$), а также RWVaо снижение скорости распространения пульсовой волны в аорте на 7,8% ($p < 0,01$) у пациентов 2-й группы. С нормализацией СПАД у пациентов 2-й группы на фоне комбинированной терапии с МТ значительно улучшились характеристики сна: улучшилось качество утреннего пробуждения ($\Delta = 24,2\%$ против 13,3%; $p = 0,001$), уменьшилось время засыпания ($\Delta = 19,4\%$ против 11,6%; $p = 0,001$), снизился индекс тяжести инсомнии ($\Delta = 22,3\%$ против 16,4%; $p = 0,04$), что объясняется синхронизацией физиологического суточного ритма АД на фоне комплексной антигипертензивной терапии с включением в схему мелатонина.

Заключение:

Таким образом, Мелатонин, с учетом его положительного влияния на синхронизацию физиологических биоритмов и структуру сна, показал свою эффективность не только в коррекции сомнологических нарушений и стабилизации СПАД, но и в улучшении параметров сосудистой гемодинамики.

Камилова У. К., Ермекбаева А. У., Закирова Г. А., Хамраев А. А., Нуриддинов Н. А., Машарипова Д. Р
РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент, Узбекистан, Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Оценка коморбидных состояний у реконвалесцентов COVID-19.

Материал и методы:

У 220 больных, перенесших COVID-19 были анализированы коморбидность и динамика течения постковидного периода. Средний возраст пациентов составлял $54,6 \pm 11,4$ лет. Из них мужчины составляли 107 (48,6%) и женщины – 113 (51,4%).

Результаты:

Анализ показал, что 121 (55%) пациентов выявлена артериальная гипертензия (АГ), у 1/3 пациентов 74 (33,6%) было ожирение, 39 (17,7%) пациентов имел ишемическую болезнь сердца (ИБС) и у 26 (11,8%) пациентов наблюдалась хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Несколько реже встречались такие заболевания, как хроническая болезнь почек (ХБП), фибрилляция предсердий (ФП), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). В постгоспитальном периоде многие пациенты продолжали предъявлять различные жалобы. Через 3 мес. наблюдения хотя бы 1 симптом сохранялся у 36,6% пациентов, а через 6 мес. наблюдения — у 25,7%. Самыми частыми симптомами, которые сохранялись у пациентов до 3-го и 6-го мес., были слабость 70 (31,8%) и 51 (24,1%), а также одышка 63 (28,6%) и 38 (17,9%). Эти симптомы наблюдались у каждого третьего пациента через 3 мес. и у каждого пятого через 6 мес. Обращало на себя внимание, что в первые 3 мес. многие пациенты – 40 (18,1%) предъявляли жалобы на подъемы артериального давления на фоне ранее эффективной антигипертензивной терапии, а также сердцебиение 26 (11,6%). Среди пациентов с вновь возникшими заболеваниями через 3 и 4-6 мес. наблюдения преобладали пациенты с АГ, которая составила 5 (2,3%) и 6 (2,8%) в структуре “новых” заболеваний.

Заключение:

У реконвалесцентов COVID-19 в постковидный период наиболее чаще встречались сердечно-сосудистые заболевания.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ «БЕРЗЕНГИ»

Оразклычев О. А.¹, Кичиков А. Т.¹, Бабаев К. Б.²

¹Государственный медицинский университет Туркменистана им. Мурат Гаррыева, г. Ашхабад, Туркменистан, ²Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, г. Ашхабад, Туркменистан

Введение (цели/ задачи):

В лечении и реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями санаторно-курортное лечение занимает важное место. Курортная сеть Туркменистана, соответствующая мировым стандартам, позволяет широко использовать природные лечебные факторы в лечении сердечно-сосудистых заболеваний. Основным природным лечебным фактором санатория «Берзенги» является минеральная вода, в состав которой входят сульфат магния и калия, сероводород, а также микроэлементы йод, бром, цинк, марганец. Оценить эффективность комплексной терапии больных артериальной гипертонией в условиях

санатория «Берзенги».

Материал и методы:

В условиях санатория «Берзенги» получали лечение 53 больных с артериальной гипертонией I и II степени, обратившихся из них 22 (41,5%) мужчин, 31 (58,5%) женщин, в возрасте от 35 до 71 лет, средний возраст $53,5 \pm 9,7$ лет. Больные обратившиеся в санаторий, не регулярно принимали антигипертензивные препараты. Всем больным до начала лечения проводились полные клиническое и лабораторно-инструментальные исследования, включая ЭКГ и Эхо-КГ исследования. При назначении санаторно-курортного лечения учитывались возраст, продолжительность заболевания и противопоказания к назначению физиопроцедур. Лечебный комплекс включал в себя 4 процедуры: трансцеребральную магнитотерапию, массаж шейно-воротниковой зоны, электрофорез с использованием натрия бромида и магния сульфата, а так же ванны с минеральной водой «Берзенги». Длительность лечения составляло 10 дней. До и после лечения оценивались выраженность клинических симптомов заболевания и изменения гемодинамических показателей.

Результаты:

В результате проведённого лечения улучшилось общее состояние всех больных, уменьшились головные боли и головокружение, нормализовался сон. Отмечалось достоверное улучшение гемодинамических показателей. Систолическое артериальное давление снизилось от $149,3 \pm 9,6$ мм.рт.стб. до $126,1 \pm 10,9$ ($p < 0,001$), диастолическое артериальное давление от $94,2 \pm 6,8$ до $82,9 \pm 7,8$ мм рт.ст. ($p < 0,001$). А также отмечалось снижение среднего динамического давление от $112,7 \pm 6,9$ мм.рт.стб. до $83,2 \pm 11,0$ мм.рт.стб. ($p < 0,001$) и снижение периферического сосудистого сопротивления от $3217,1 \pm 775,3$ см/дин. до $2533,3 \pm 816,8$ см/дин. ($p < 0,001$).

Заключение:

Проведённые исследования показали высокую эффективность комплексного применения больных артериальной гипертонией в условиях санатория «Берзенги». При сочетании этих процедур гипотензивный, сосудорасширяющий и седативный эффект бальнеотерапии с минеральной водой «Берзенги» потенцируется трансцеребральной магнитотерапией, массажем шейно-воротниковой зоны и электрофорезом с использованием натрия бромида и магния сульфата.

КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЕ ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Васин А. А., Айнетдинова Д. Х., Миронова О. Ю., Фомин В. В.
ПМГМУ им И.М. Сеченова, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Описание клинического случая пациента с контраст-индуцированным острым повреждением почек (КИ-ОПП) развившимся в результате внутривенного введения контрастного препарата

Материал и методы:

Пациентка 42 лет госпитализирована в терапевтическое отделение УКБ №1 с жалобами на эпизоды повышения АД максимально до 195/100 мм рт.ст., головные боли, боли в области сердца колющего и давящего характера на фоне стрессовых ситуаций, «шум» в ушах. Из анамнеза заболевания известно, что примерно за месяц до госпитализации стала отмечать вышеуказанные жалобы без видимых на это причин. Также страдает остеохондрозом шейно-

грудного отдела позвоночника, периодически отмечает боли и напряжение мышц в области шеи, в связи с чем использует нестероидные противовоспалительные препараты (последний эпизод использования более месяца назад). При ультразвуковой доплерографии брахиоцефальных артерий выполненной амбулаторно гемодинамически значимых стенозов в сонных артериях не выявлено. При осмотре ИМТ 31, 9 кг/м², кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски и влажности, отеков нет, ЧДД 16 в мин, SpO₂ 99%, АД 180/100 мм рт.ст., ЧСС 78 уд/мин. При аускультации: дыхание везикулярное, ослабленное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. В анализах крови отклонений не выявлено Гемоглобин 123 г/л, эритроциты 4, 51*10¹²/л, креатинин 67 мкмоль/л, СКФ (СКД-ЕPI) 96 мл/мин/1, 73 м². При ЭХО-КГ – Гипертрофия миокарда по задней стенке ЛЖ, олости сердца не расширены, нарушений глобальной и локальной сократимости, гемодинамически значимых клапанных поражений не выявлено. УЗИ почек и надпочечников – синусная киста левой почки, другой органической патологии не выявлено. В связи с жалобами на шум в ушах, данными УЗДГ БЦА в анамнезе, было решено выполнить МСКТ брахиоцефальных артерий с внутривенным контрастированием, при котором патологические изменения обнаружены не были. Однако при контрольном исследовании креатинина крови через 48 часов после проведения МСКТ отмечено его повышение до 102 мкмоль/л (СКФ (СКД-ЕPI) 58 мл/мин/1,73 м²). Пациентка в стационаре получала следующую терапию: лозартан 100мг в сутки, нифедипин с пролонгированным высвобождением 30 мг в сутки.

Результаты:

После проведения КТ с внутривенным контрастированием у пациентки отмечено увеличение концентрации сывороточного креатинина на 52,2% (35 мкмоль/л), что позволяет определить данную ситуацию, как контраст-индуцированное острое повреждение почек. По рекомендациям KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes), КИ-ОПП повышение сывороточного креатинина на 0,5 мг/дл (44 мкмоль/л) или 25% от исходной величины в течение 48-72 часов после внутрисосудистого введения йодсодержащего рентген-контрастного препарата. В течение 2 дней пациентке проводилось внутривенное введение физиологического раствора в объеме 500 мл на фоне чего отмечено снижение уровня сывороточного креатинина до исходных значений.

Заключение:

По данным современной литературы КИ-ОПП, развившееся вследствие внутривенного введения контрастного препарата, встречается примерно в 4% случаев. При этом вероятность может увеличиваться у пациентов с наличием хронической сердечной недостаточности, анемии, сахарного диабете, заболеваний почек и др. Такое осложнение в дальнейшем может проявиться развитием или ухудшением течения хронической болезни почек, а также привести к более частым госпитализациям. Данный клинический случай демонстрирует развитие КИ-ОПП у пациентки без отягощенного анамнеза, что убедительно доказывает необходимость контроля креатинина крови не только после внутриартериального введения контрастного препарата, но также и после внутривенного, даже у пациентов без выраженных хронических заболеваний и использования нефротоксичных препаратов.

**ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИБС,
ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ COVID-19**

Волчкова Н. С., Субханкулова С. Ф.

КГМА филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань, Россия

Введение (цели/ задачи):

Лечение пациентов с коморбидной кардиологической патологией (АГ и ИБС), перенесших COVID-19, представляет непростую задачу в связи с мальадаптивными процессами, снижением когнитивных функций и качества жизни. Кардиocereбральный синдром и психологические проблемы (тревога и депрессия, раздражительность, расстройство сна), снижение когнитивных функций, сопровождающие пациентов, перенесших COVID-19, приводят к дестабилизации АГ, усугублению коронарного синдрома, ухудшению самочувствия и частым повторным госпитализациям. Цель работы: оценка эффективности комплексной терапии пациентов с АГ и ИБС в постковидном периоде, включавшей нейролептик алимемазин. Препарат оказывает мягкое седативное и противотревожное действие, способствует нормализации сна и соматоформных расстройств, часто встречающихся у пациентов, перенесших COVID-19.

Материал и методы:

Обследовано 22 пациента с АГ II–III стадией и ИБС (стенокардия II ФК), в постковидном периоде (через 6 месяцев после перенесенной инфекции легкой и средней степени тяжести). Средний возраст составил 67, 7+1, 3 лет. Контрольная группа включала 10 пациентов, сопоставимых по полу и возрасту. Пациентам, помимо стандартного обследования (СМАД, ЭХО – КГ, ЭКГ, холтер-ЭКГ, определения толерантности к физической нагрузке), было проведено тестирование на наличие депрессии по опроснику Бека и шкале Цунга и когнитивных расстройств (Монреальская шкала MoCA – тест, MMSE). Качество жизни оценивали по результатам опросника SF-36 и Sickness Impact Profile. У всех пациентов, согласно тестам, имелись признаки когнитивных расстройств, легкая или умеренная депрессия, отмечалось нарушение сна и снижение качества жизни. Обе группы пациентов получали кардиальную терапию (иАПФ/БРА, бета-блокаторы, нитраты, статины, АСК). Пациентам основной группы дополнительно был назначен нейролептик алимемазин в дозе 5-10 мг в течение 10-12 дней, контрольная группа получала только кардиальную терапию.

Результаты:

В результате проведенного лечения, пациенты основной группы отмечали значительное улучшение эмоционального состояния, снижение уровня депрессии, нормализацию сна, а также когнитивных функций. Помимо этого, отмечено более быстрая нормализация АД, увеличение толерантности к физической нагрузке (по результатам теста с 6-минутной ходьбой). У пациентов контрольной группы, согласно анкетированию, эмоциональный фон, нарушения сна и когнитивные функции остались прежними.

Заключение:

Применение нейролептика алимемазина позволяет не только улучшить психоэмоциональное состояние, нормализовать сон и качество жизни, но и быстрее стабилизировать состояние сердечно-сосудистой системы у пациентов с АГ и ИБС в постковидном периоде.

ОЦЕНКА ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С УЧЕТОМ ИЗМЕНЕНИЙ ТУРБУЛЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПО ДАННЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ

Алейникова Т. В.

Введение (цели/ задачи):

Оценка турбулентности сердечного ритма (ТСР) в настоящее время является одним из способов прогнозирования внезапной сердечной смерти в популяции или у лиц с кардиоваскулярной патологией. В программе холтеровского мониторирования (ХМ) как правило, оцениваются два параметра ТСР: начало турбулентности – (turbulence onset – ТО, %) и наклон турбулентности – (turbulence slope – TS, мс/RR). ТО – величина учащения синусового ритма после желудочковой экстрасистолы (ЖЭ), а TS – интенсивность замедления синусового ритма, следующего за его учащением. При этом, значения ТО <0% и TS >2,5 мс/RR считаются нормальными, а ТО >0% и TS <2,5 мс/RR – патологическими. По данным А. Kossaify et al., имеет место ассоциированность между артериальной гипертензией (АГ) и нарушениями ТСР ($p = 0,02$). Цель исследования: с помощью метода Каплана-Мейера оценить выживаемость у пациентов с АГ II степени, имеющих нормальные и/или патологические значения ТО и TS.

Материал и методы:

В исследование вошли 214 пациентов с АГ II степени в возрасте от 35 до 70 лет (средний возраст 57, 7±7, 6 года). Период наблюдения за пациентами с оценкой происшедших сердечно-сосудистых событий и исходов, составил 2,6 ± 1,3 года. При проведении холтеровского мониторирования анализировались параметры ТСР (ТО “onset” “начало” турбулентности, отражающий период тахикардии и TS “slope” “наклон” турбулентности, отражающий период брадикардии.). Значения ТО <0% и TS >2,5 мс/RR интерпретировались как нормальные, а ТО >0% и TS <2,5 мс/RR — патологические. При оценке ТСР использовалось подразделение на 3 категории: категория 0 при нормальных значениях ТО и TS; категория 1 – при патологических значениях ТО или TS; категория 2 при патологических ТО и TS. Во всех случаях патологических значений турбулентности делалось заключение о «редукции» того или иного параметра или тотальной редукции параметров. Статистический анализ проводился с помощью программы «Statistica 10.0». Достоверным считался уровень значимости при $p < 0,05$.

Результаты:

Проведена оценка выживаемости у пациентов с АГ II степени, имеющих нормальные или редуцированные значения параметра начала турбулентности (turbulence onset – ТО, %). Выявлено, что достоверность отличия выживаемости пациентов, имеющих нормальные значения ТО и пациентов, имеющих редукцию ТО, составила: по критерию Гехана-Вилкоксона $p = 0,006$; по критерию Кокса-Ментела $p = 0,01$; Лог-Ранговый критерий $p = 0,03$. При сравнении данных пациентов, имеющих нормальные и/или патологические значения параметра наклона турбулентности – (turbulence slope – TS, мс/RR) определено, что выживаемость пациентов, имеющих нормальные значения TS достоверно выше, чем при редукции параметра: по критерию Гехана-Вилкоксона $p = 0,023$; по критерию Кокса-Ментела $p = 0,008$, Лог-Ранговый критерий $p = 0,023$.

Заключение:

Проведение холтеровского мониторирования с оценкой турбулентности сердечного ритма могло бы существенно повысить информативность выделения группы повышенного риска развития неблагоприятных событий и исходов у пациентов с АГ.

СТРАТЕГИЯ СКРИНИНГА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Рубаненко О. А., Рубаненко А. О.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Введение (цели/ задачи):

Целью исследования явилось оценка распространенности факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний среди студентов, а также акцентирование внимания врачей на важности первичной профилактики заболеваний и коррекции факторов риска кардиоваскулярных событий.

Материал и методы:

В регистр включено 244 студента (27,0% мужчин, медиана возраста 21,0 (20,0-21,0) лет). Всем молодым людям выдавался опросник с оценкой возраста, гендерной принадлежности, антропометрических данных, статуса курения, употребления алкоголя, а также наличия сердечно-сосудистых заболеваний (ишемическая болезнь сердца, инсульт) и сахарного диабета. Далее осуществлялось трехкратное измерение систолического (САД), диастолического АД (ДАД) на правой или левой руке методом Короткова и определение частоты пульса с интервалом в пять минут.

Результаты:

У 53 (21,7%) студентов измерение проводилось на правой руке, у 191 (78,3%) человека на левой руке. Пациенты разделены на 2 группы: 1 группа – мужчины (медиана возраста 21,0 (20,0-21,0) год), 2 группа – женщины (медиана возраста 21,0 (20,0-21,0) год). Не было выявлено статистически значимых различий по возрастному аспекту, среднему ИМТ, частоте пульса. При этом пациенты 1 группы чаще курили, употребляли алкоголь и имели цифры САД выше, чем пациенты 2 группы. Нами выявлены достоверные различия между группами по ИМТ, в частности дефицит массы тела преобладал во 2 группе, избыточная масса тела в 1 группе. Нами выявлены достоверные различия между представленными группами по уровню оптимального и нормального АД, а также по степеням АГ. При этом оптимальное АД отмечалось лишь в 56,1% случаев, высокое нормальное – в 10,7%, АГ – в 8,6%. Не было выявлено ни одного студента, перенесшего инфаркт миокарда, реваскуляризацию, инсульт или страдающего СД, что, возможно, обусловлено молодым возрастом.

Заключение:

Среди лиц молодого возраста наблюдаются факторы риска, которые в дальнейшем могут способствовать развитию сердечно-сосудистых заболеваний. К ним относятся избыточная масса тела, ожирение, курение, употребление алкоголя, в некоторых случаях артериальная гипертензия.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Иванченко В. С.¹, Гагарина А. А.¹, Горянская И. Я.¹, Цыбрик А. А.², Солдатова О. В.¹, Ушаков А. В.¹

¹Институт «Медицинская академия им. С.И. Георгиевского» ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», г. Симферополь, Россия, ²РКБ им. Н.А. Семашко, г. Симферополь, Россия

Введение (цели/ задачи):

В последнее время большое значение в формировании и прогрессировании артериальной

гипертензии (АГ), наряду с другими факторами риска, придается психоэмоциональным факторам, в особенности высокому уровню тревожности. Одним из ключевых механизмов, лежащих в основе развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с АГ, является эндотелиальная дисфункция, которая в первую очередь характеризуется нарушением вазодилатационного резерва эндотелия. Хронический стресс и повышенная тревожность, по данным ряда исследований, ассоциируются со структурными и функциональными изменениями эндотелия, что приводит к утрате его защитных свойств и развитию атеросклероза. Цель работы. Исследование параметров вазодилатационной функции эндотелия и их взаимосвязи с уровнем тревожности у пациентов с артериальной гипертензией и ожирением.

Материал и методы:

Обследовано 76 пациентов с АГ 1 и 2 степени, которые составили 2 группы: 1 с наличием ожирения (36 человек) и 2 без ожирения (40 человек). Группа контроля – 26 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Всем пациентам проведено ультразвуковое исследование плечевой артерии с оценкой изменения её диаметра в ходе проведения проб с реактивной гиперемией – эндотелийзависимая вазодилатация (ЭЗВД) и приёмом нитроглицерина – эндотелийнезависимая вазодилатация (ЭНВД). Уровень ситуативной и личностной тревожности (СТ и ЛТ) определяли с помощью опросника Спилбергера-Ханина. Полученные результаты представлены в виде $M \pm m$. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты:

Присоединение к АГ ожирения характеризовалось значительным ухудшением как ЭЗВД, так и ЭНВД по сравнению с больными АГ без ожирения и с контрольной группой. Так, показатель ЭЗВД в группе 1 составил $6,78 \pm 0,44\%$, что было значимо ниже по сравнению с контрольной группой ($12,65 \pm 0,50\%$, $p < 0,05$) и с группой 2 ($8,62 \pm 0,47\%$, $p < 0,05$). Показатель ЭНВД в группе 1 ($18,68 \pm 0,84\%$) был значимо ниже только по сравнению с контрольной группой ($23,31 \pm 0,53\%$, $p < 0,05$). В ходе корреляционного анализа в обеих группах пациентов с АГ наблюдались обратные связи ЭЗВД и ЭНВД с уровнем ситуативной и личностной тревожности, однако статистической значимости достигли лишь корреляции ЭЗВД с уровнем ситуативной и личностной тревожности в группе 1 ($r = -0,54$; $r = -0,46$; $p < 0,05$ соответственно).

Заключение:

Полученные данные свидетельствуют о наличии обратной связи уровня тревожности с показателями, характеризующими функцию эндотелия у больных АГ, в большей степени при наличии сопутствующего ожирения. Обращает на себя внимание, что наличие ожирения у пациентов с АГ характеризуется более существенным ухудшением ЭЗВД, что отражает снижение вазодилатационного резерва эндотелия.

КАРДИООНКОЛОГИЯ

ПАРАДИГМЫ СОВРЕМЕННОЙ КАРДИООНКОЛОГИИ: КАРДИОТОКСИЧНОСТЬ И ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ

Хлямов С. В., Маль Г. С., Артющкова Е. Б.

Введение (цели/ задачи):

Кардиоонкология как дисциплина развилась из выявления побочных эффектов, возникающих у онкологических больных, которые находятся в группе риска или у которых наблюдается сердечная дисфункция, связанная с терапией рака. Считалось, что таргетная терапия снижает токсичность, связанную с терапией рака, для нецелевых тканей с более высокой вероятностью увеличения выживаемости без прогрессирования. Иммунотерапия, низкомолекулярные ингибиторы киназы, ингибиторы протеасом и гистондеацетилазы, а также моноклональные антитела способствуют кардиотоксическим эффектам, включая гипертензию и дисфункцию левого желудочка. Таким образом, кардиотоксичность остается в центре внимания исследований результатов исследований, которые могут быть достигнуты с помощью современных и новых методов исследования методов исследования. Цель: оценить динамику гемодинамических показателей кардиотоксичности таргетной терапии колоректального рака бевацизумабом в комплексной терапии при развитии артериальной гипертензии (АГ) I-II степени. Задачи: проанализировать динамику гемодинамических показателей у пациентов при развитии АГ I-II степени, принимающих препараты человеческих рекомбинированных моноклональных антител в комплексной терапии онкопатологии.

Материал и методы:

В исследовании проанализировано 58 историй болезни больных, которым проводилась комплексная терапия колоректального рака в ОБУЗ «КО НКЦ имени Г.Е. Островерхова». Исследовательская группа взяла бевацизумаб в дополнение к химиотерапии. Средний возраст больных составил $65,8 \pm 7,5$ (от 51 до 80) лет, соотношение мужчин и женщин 68,42% и 31,58%. Определили рак III стадии 56, 67%, IV стадия 30%, II стадия 13, 33%. Варианты локализации колоректального рака: 42,1% больных рак прямой кишки, сигмовидной и ободочной кишки 26,32% больных, анального канала 5,26% больных раком. До начала химиотерапии патология кардиологического профиля была у 94,73% больных, в структуре которых АГ составляла 44, 42% от общего числа заболеваний. 62,5% больных имели АГ II степени, АГ I степени наблюдалась у 37,5% больных. Оценивали параметры сердечно-сосудистой системы: систолическое и диастолическое давление (САД и ДАД) по методике Н.И. Короткова и частоту сердечных сокращений (ЧСС) по основным контрольным точкам: до химиотерапии, через 1, 3 и 6 месяцев от ее начала. Показатели описаны с расчетом среднего (M) и стандартного отклонения (SD) и подвергнуты оценке с помощью критерия Стьюдента для зависимых переменных. Статистически значимыми различия считали между показателями при $p < 0,05$.

Результаты:

Выявлена достоверная зависимость повышения САД с возрастом у больных (51-60 лет $152 \pm 4,8$ мм рт. ст.; 61-70 лет $158 \pm 3,2$ мм рт. ст.; 71 год и старше $164 \pm 2,9$ мм рт. ст.), ДАД (51-60 лет $106 \pm 3,7$ мм рт. ст.; 71 год и старше — $108 \pm 2,6$ мм рт. ст.), ЧСС (51-60 лет $98 \pm 4,1$ уд/мин; 61-70 лет $102 \pm 5,7$ уд/мин; 71 год и старше $104 \pm 3,8$ уд/мин) к 3-му месяцу лечения колоректального рака ПХТ + бевацизумаб ($p < 0,05$). Уровни САД, ДАД и ЧСС снизились к 6-му месяцу фармакологической коррекции онкопатологии, при этом не удалось достичь значений рассматриваемых показателей к начальным в рандомизированных группах. Наибольшее повышение САД зафиксировано при схеме XELIRI + бевацизумаб ($165 \pm 2,7$ мм рт. ст.), ДАД при схеме капецитабин + бевацизумаб ($108 \pm 3,1$ мм рт. ст.), ЧСС — при режиме FOLFOX + бевацизумаб ($106 \pm 3,9$ мм рт. ст.) ($p < 0,05$).

Заключение:

При терапевтическом применении ПХТ + бевацизумаб у испытуемых отмечались

проявления кардиотоксичности по типу бевацизумаб-индуцированной АГ I-III степени по шкале STCAE и регистрировали I-II степени АГ по шкале ESC. Проводимое комплексное антигипертензивное лечение не позволило избежать проявлений кардиотоксичности. Представляет интерес разработка схем лечения гипертензии, индуцированной бевацизумабом, с целью снижения кардиотоксичности терапии рекомбинированными моноклональными антителами человека.

КАРДИОЭНДОКРИНОЛОГИЯ

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2-ГО ТИПА

Сонина Е. В.¹, Сонин Д. Н.², Кучеренко В. С.,³ Мирошниченко Я. И.¹

¹ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»,
²ГУ «Луганский республиканский кардиологический диспансер»ЛНР, ³ГУ ЛНР «Луганская городская многопрофильная больница №7»

Введение (цели/ задачи):

Проанализированы основные вопросы сочетания сахарного диабета (СД) 2 типа и ишемической болезни сердца (ИБС). Дана оценка факторов риска сочетанной патологии, их значимость, выявлены корреляционные связи между отдельными факторами и риском развития заболеваний. Уточнены патогенетические механизмы формирования сочетанной патологии. Приведены особенности клинических проявлений ИБС у больных с инсулиннезависимым СД. Цель работы: изучение особенностей метаболических процессов у больных с ИБС сочетанной с СД 2-го типа.

Материал и методы:

Проанализированы основные вопросы сочетания СД 2 типа и ИБС. Дана оценка факторов риска сочетанной патологии, их значимость, выявлены корреляционные связи между отдельными факторами и риском развития заболеваний. Уточнены патогенетические механизмы формирования сочетанной патологии. Приведены особенности клинических проявлений ИБС у больных с инсулиннезависимым СД. Уделено внимание современным концепциям лечения сочетания СД 2 типа и ИБС.

Результаты:

Сахарный диабет 2 типа и атеросклероз рассматриваются как параллельно протекающие, независимые патологии. Однако, существует мнение, что СД и атеросклероз – это следствие общего патологического процесса. При этом раннее и ускоренное развитие атеросклероза коронарных сосудов лежит в основе патогенеза макроангиопатий и обуславливает высокую частоту ИБС у больных с СД. Длительное течение СД, преимущественно 2 типа, сопровождается у большинства больных ИБС с атеросклеротическим поражением венечных сосудов, особенно в более раннем возрасте, чем в популяции. К метаболическим изменениям в миокарде присоединяются атеросклеротические коронарных сосудов, что нередко осложняется артериальной гипертонией, специфическими повреждениями сосудов почек, глазного дна и нижних конечностей. Основными клиническими проявлениями ИБС при СД являются стенокардия и инфаркт миокарда. Стенокардия отличается частой атипичностью болевого синдрома, непостоянной иррадиацией, как правило, связанная с декомпенсацией СД. При этом, в ряде случаев выявлено превалирование у больных симпатикотонии, что

связывается с развитием кардиальной формы диабетической нейропатии. Инфаркт миокарда при СД отличается тяжестью течения, высокой летальностью, нередко развитием внезапной смерти, значительным распространением “немых” форм с отсутствием или слабой выраженностью болевого синдрома. Помимо этого, нередко атипичные варианты дебюта инфаркта миокарда, иногда в виде диабетической комы с клиническими проявлениями сердечной недостаточности, часто развитие повторных инфарктов миокарда. Характерны для больных с СД при инфаркте миокарда изменения ЭКГ с поздним формированием зубца Q или без Q. Наконец, зачастую инфаркт миокарда дает осложнения в виде кардиогенного шока, фибрилляции желудочков, тромбоэмболии, нарушений ритма и проводимости. Установлено, что острые коронарные синдромы у больных с СД возникают в более раннем возрасте и характеризуются более тяжелым клиническим течением. Сахарный диабет ухудшает прогноз в отношении конечных последствий. Нарушения липидного спектра у больных СД 2 типа развиваются на этапе до диабета и сочетаются с абдоминальным ожирением и инсулинорезистентностью, артериальной гипертонией, курением, малоподвижным образом жизни. Липидный спектр больных СД – это совокупность в количественном плане самых атерогенных нарушений. Одним из важных звеньев нарушения метаболизма углеводов и липидов является инсулинорезистентность и гиперинсулинемия, наиболее выраженные у больных с абдоминальным ожирением, что создает условия не только для нарушения утилизации глюкозы с гипергликемией, но и для возникновения атерогенных дислипидопротеинемий, реализующихся в развитии ИБС. Помимо этого, к специфическим механизмам атерогенеза для СД следует отнести эндотелиальную дисфункцию и нарушения коагуляционных свойств крови. Риск сердечно-сосудистых осложнений увеличивается пропорционально повышению уровня сахара натощак и уровню постпрандиальной гликемии. Это можно объяснить тем, что гипергликемия – важный фактор патогенеза оксидативного стресса, микро- и макроангиопатий, которые обуславливают дисфункцию эндотелия, уменьшение доступности оксида азота как эндотелиального вазодиллятора, повышение активности супероксиддисмутазы в сыворотке крови, активацию протеинкиназы-С и полиолового, а также сорбитолового путей обмена, что, в конечном счете, нарушает процессы высвобождения кардиотропных вазоконстрикторных и вазодилляторных медиаторных, гормональных и гуморальных субстанций, вазоактивных пептидов, таких как VEGF, TGF- β , TNF- α , ангиотензин-II, эндотелин-I.

Заключение:

В связи с отягощающим влиянием СД на течение и исход ИБС в лечении больных с указанной сочетанной патологией следует проводить, в первую очередь, терапию диабетической ангиопатии. Основными принципами лечения являются: воздействие на артериальную гипертонию, курение, ожирение; коррекцию дислипидемии; антитромботическая терапия; блокада системной нейрогуморальной активации; метаболическая терапия.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Кудряшов Е. А.¹, **Картавых Ю. В.**¹, **Скибицкий В. В.**¹, **Кудряшова Ю. А.**²

¹ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар, Россия, ²ФГБОУ ВО КГУФКСТ, г. Краснодар, Россия

Введение (цели/ задачи):

Сердечно-сосудистые заболевания являются коморбидным состоянием у подавляющего большинства пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа. Длительная комплексная терапия в амбулаторных условиях способствует улучшению прогноза и качества жизни у таких больных. ЦЕЛЬ исследования-оценить некоторые гендерные аспекты амбулаторного лечения больных с СД 2 типа в реальной клинической практике.

Материал и методы:

Проанализированы 63 амбулаторные карты пациентов обоего пола: 15 мужчин (23,8%, средний возраст 60,9±7,4 года) и 48 женщин (76,2%, 65,6±8,1 года) с СД 2 типа, находящихся под диспансерным наблюдением в одной из поликлиник г.Краснодара. Оценивались клинические параметры, показатели углеводного, липидного обмена, а также проводимая кардиотропная и сахароснижающая терапия.

Результаты:

Средний «стаж» течения СД 2 типа составил у мужчин—9, 93±3, 9 и 12, 31±4, 7 лет у женщин. Индекс массы тела (ИМТ) в среднем по группе составил 32, 3±5, 3 у мужчин и 32,05±6, 8 кг/м² у женщин. Нормальный ИМТ имели лишь 2 (3, 17%) пациентки женского пола, избыточную массу тела—5 (33,3%) мужчин и 20 (41,6%) женщин, ожирение 1 степени—6 (40%) и 15 (31,3%), 2 степени—3 (20%) и 3 (6,3%) и 3 степень—1 (6,7%) и 8 (16,6%) мужчин и женщин, соответственно. Артериальная гипертония (АГ) и клинические проявления ИБС отсутствовали у 3 (20%) мужчин и 16 (33,3%) женщин. АГ диагностирована у 8 (53,3%) мужчин и 19 (39,6%) женщин, сочетание ИБС и АГ у 4 (26,7%) и 13 (27,1%) пациентов, соответственно. Фибрилляция предсердий встречалась у 3 (20%) мужчин и 14 (29,2%) женщин. Комбинированную антигипертензивную терапию, основанную на блокаторах РААС (ингибиторы АПФ/сартаны) получали все нуждающиеся в ней пациенты-в среднем 2,25 препарата у мужчин и 2,72 препарата в группе женщин. На этом фоне 4 (26,7%) мужчин и 7 (14,6%) женщин достигли целевого уровня (ЦУ) артериального давления (АД). ЦУ гликированного гемоглобина был достигнут у 26,6% мужчин и 43,8% женщин.

Медикаментозную сахароснижающую терапию получали все обследованные пациенты: инсулинотерапию 5 (33,3%) мужчин и 3 (6, 25%) женщин, сахароснижающие препараты (ССП) 7 (46,7%) и 31 (64,6%), комбинацию последних с инсулином—3 (20%) и 14 (29,2%) мужчин и женщин, соответственно. Среди ССП большинство мужчин (66,7%) и женщин (89,6%) получали метформин; 33,3% мужчин и 50% женщин препараты сульфонилмочевины; 13,3% и 10,4%-ингибиторы дипептидил-пептидазы-4 (иДПП-4); 26,7% и 10,4% ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (иНГЛТ-2); 6,7% и 6,3%-агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида (арГПП-1), соответственно.

Липидснижающую терапию статинами получали 13 (86,7%) мужчин и 46 (95,8%) женщин, 2 (13,3%) мужчин и 1 (2,1%) женщина принимали дополнительно фенофибрат, 2 (13,3%) мужчин и 2 (4, 17%) женщин вообще не принимали липидснижающие препараты. Никто из пациентов не получал эзетимиб. ЦУ липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) был достигнут только у 1 (6,7%) мужчины и у 2 (4, 17%) женщин, ЦУ триглицеридов (ТГ) у 8 (53,3%) мужчин и 20 (41,7%) женщин, липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) у 10 (66,7%) и 21 (43,7%) больных, соответственно. Большинству мужчин и женщин был назначен аторвастатин—11 (73,3%) в средней дозе 15, 5 мг и 41 (85,4%) в средней дозе 17, 3 мг, соответственно. Остальные получали розувастатин.

Заключение:

Среди обследованных преобладали пациенты женского пола. Морбидное ожирение (3 степени) чаще встречалось в группе женщин. У 20% мужчин и одной трети женщин с СД 2 типа отсутствовали АГ и клинические проявления ИБС. Все пациенты получали ингибиторы АПФ или сартаны. ЦУ АД достигли только четверть мужчин и 14,6% женщин. В качестве сахароснижающей терапии большинство мужчин и женщин принимали метформин и

препараты сульфонилмочевины. Новые современные классы ССП (иНГЛТ-2 и арГПП-1), улучшающие прогноз при первичной и вторичной профилактике кардиальных событий получало малое количество больных. Большинство пациентов не достигло целевого уровня HbA1c. Липидснижающая терапия проводилась в неадекватных дозах независимо от пола. Поэтому ЦУ ЛПНП не достигло подавляющее число пациентов обоего пола.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ОСЛОЖНЕННЫМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Алексеева Р. И., Пилипенко В. В., Плотникова О. А., Шарафетдинов Х. Х.
ФГБУН «ФИЦ питания, биотехнологии и безопасности пищи», г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Профилактические и лечебные меры, направленные для предотвращения развития диабетической нефропатии (ДН), является одной из важнейших задач современной диабетологии. В после время многочисленные исследования показали, что развитие кардиоренальных осложнений при сахарном диабете (СД) 2 типа связано не только нарушением углеводного, липидного обмена, артериальной гипертензией, но и с регуляторным влиянием витамина D на многие гормонально-метаболические эффекты. Своевременное выявление недостаточности витамина D сопряжено с ранними профилактическими мероприятиями у пациентов с СД 2 типа, осложненным диабетической нефропатией Цель исследования: Оценить обеспеченность витамином D у пациентов с СД 2 типа, осложненным ДН.

Материал и методы:

В исследование включено 40 пациентов СД 2 типа. Средний возраст пациентов составил $65,1 \pm 1,75$ лет, продолжительность СД 2 типа – $8,3 \pm 0,78$ лет. Уровень глюкозы в крови натощак составил в среднем $6,9 \pm 1,44$ ммоль/л, гликированного гемоглобина (HbA1c) – $6,93 \pm 0,54\%$, систолическое и диастолическое АД – $150,9 \pm 2,3$ и $88,3 \pm 2,1$ мм рт. ст. соответственно, скорость клубочковой фильтрации – $55,0 \pm 3,87$ мл/мин/1,73 м². У всех пациентов было выявлено ожирение различной степени. Ожирение I степени отмечалось – у 20% пациентов, у 24% – II степени и у 56% – III степени. Все пациенты получали пероральную сахароснижающую терапию. Уровень витамина D (25- hydroxyvitamin D) определяли иммунохемилюминесцентным методом (Siemens для ADVIA Centaur). Во время исследования и как минимум за 1 месяц до исследования пациенты не принимали препараты витамина D.

Результаты:

Содержание витамина D в крови у обследованных пациентов находилось в пределах от 8,2 до 26,7 нг/мл, в среднем $17,7 \pm 5,8$ нг/мл. У всех пациентов выявлена низкая обеспеченность витамином D: у 15% пациентов выявлен выраженный дефицит (<10 нг/мл), у 60% пациентов дефицит витамина D (10-20 нг/мл), у 25% пациентов недостаточность витамина D (от 20 до 30 нг/мл).

Заключение:

У всех обследуемых пациентов с СД 2 типа, осложненным ДН, выявлена низкая обеспеченность витамином D разной степени выраженности, что требует коррекции. Оценка влияния дефицита витамина D как нового фактора кардиоренальных осложнений у пациентов с ДН на фоне СД 2 типа требует дальнейшего изучения.

ОЖИРЕНИЕ И НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ ТЕЧЕНИЕ COVID-19 СРЕДИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ: ДАННЫЕ КОГОРТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Шведов И. И., Подзолков В. И., Брагина А. Е., Тарзиманова А. И., Васильева Л. В., Быкова Е. Е., Иванников А. А.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Пандемия новой коронавирусной инфекции 2019 года (COVID-19) не сбавляет обороты по всему миру, несмотря на разрабатываемые подходы к лечению, профилактике и проводимую вакцинацию населения. Выполненные на данный момент исследования показали противоречивые результаты в отношении вопроса, можно ли считать ожирение независимым фактором риска тяжелого течения COVID-19, и тот факт, что ожирение широко распространено в популяции, делает изучение этого вопроса актуальным. Целью нашего исследования была оценка является ли ожирение (ИМТ > 30 кг/м²) независимым предиктивным фактором в отношении неблагоприятного течения новой инфекции, вызванной вирусом SARS-CoV-2, у госпитализированных больных.

Материал и методы:

В данное ретроспективное когортное исследование включались взрослые пациенты, госпитализированные в Университетскую клиническую больницу №4 Сеченовского университета с верифицированным диагнозом коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 (COVID-19). Первичной конечной точкой был летальный исход. В качестве вторичной конечной точки использовалась госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Многофакторная логистическая регрессия использовалась для оценки связи между факторами риска и исходами, отношения шансов (ОШ) с 95% доверительными интервалами (95% ДИ) были рассчитаны для установления силы связи. За уровень статистической значимости было принято $p < 0,05$.

Результаты:

В исследование включено 1090 пациентов (536 (49, 17%) мужчин и 554 (50,83%) женщин), в возрасте от 18 до 98 лет (медиана 59 [49; 71]). 365 пациентов (33, 49%) имели ожирение. В многофакторном регрессионном анализе в отношении летального исхода достоверными предиктивными факторами оказались возраст, мужской пол и ожирение, причем отношение шансов (ОШ) для ожирения составило 1,314 (95% ДИ 1,013-1,705, $p = 0,039$). Аналогично, для логистической модели в отношении пребывания в ОРИТ достоверными предикторами оказались возраст, мужской пол и ожирение, причем отношение шансов (ОШ) для ожирения составило 1,495 (95% ДИ 1,219-1,835, $p = 0,000$). Согласно построенным моделям логистической регрессии в группе пациентов с ожирением шансы летального исхода оказались выше в 1,314 (1,013-1,705) раза, а шансы пребывания в ОРИТ были выше в 1,495 (1,219-1,835) раза по сравнению с группой без ожирения.

Заключение:

Таким образом, нами показано, что ожирение может быть независимым от возраста и пола предиктором тяжелого течения и неблагоприятного исхода COVID-19, а именно летального исхода и пребывания в ОРИТ у госпитализированных больных.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Срождинова Н. З., М. К.А., Дуйсенбаева А. И.

Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Изучить частоту встречаемости гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и типов геометрии ЛЖ у больных артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от степени и ожирения.

Материал и методы:

Был проведен ретроспективный анализ истории болезни 286 больных АГ 1-3 степени (ESC/ESH, 2018) находившихся в стационаром лечения РСНПМЦК. Ожирение определяли по классификации ВОЗ 1997 года. Всем больным проведено эхокардиография с доплерографией в М- и В-режиме. ГЛЖ устанавливали для больных с ожирением при ИМЛЖ ≥ 50 г/м², 7 у мужчин и ≥ 47 г/м², 7 у женщин. ДДЛЖ установилась при E/A $\leq 1,0$. Типы геометрии определяли по классификации EACVI и ASE, 2017 г. Статистический анализ проведен с помощью пакета программ SPSS 24.0.

Результаты:

Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от степени ожирения: 1 группа ИМТ 30-34,9 кг/м² (96 больных), 2 группа ИМТ 35-39,9 кг/м² (48 больных) и 3 группа ИМТ ≥ 40 кг/м² (21 больных). Средние значения ИМТ по группам составили: $32,3 \pm 1,5$ кг/м² vs $37 \pm 2,1$ кг/м² vs $44 \pm 3,8$ кг/м², соответственно $p = 0,0001$. ОТ: $105 \pm 8,6$ см vs $113,5 \pm 8,2$ см vs $114,5 \pm 8,2$, соответственно $p = 0,0001$. Сравнимые группы были сопоставимы по офисному САД и ДАД: $136,8 \pm 21/ 86 \pm 10,5$ мм рт. ст. vs $139 \pm 17,6/ 86 \pm 8$ мм рт.ст. vs $142,5 \pm 26,8/ 87 \pm 12$ мм рт. ст, $p = 0,5609$. Частота встречаемости ГЛЖ среди обследованных групп составила: 88% vs 96% vs 90%, ($\chi^2 = 4, 380, df = 2, p = 0,112$). Тем не менее больные с ожирением 2-3й степени имели достоверно большую ММЛЖ и ИММЛЖ по сравнению с больными с ожирением 1й степени. ММЛЖ: $263, 2 \pm 65$ г vs $290 \pm 41, 2$ г vs 263 ± 74 г, $p = 0,03$. ИММЛЖ: $68 \pm 16,6$ г/м², 7 vs $78 \pm 13,8$ г/м², 7 vs 75 ± 20 г/м², 7, соответственно $p = 0,001$. По мере увеличения степени ожирения чаще наблюдалась диастолическая дисфункция ЛЖ: 90% vs 98% vs 95%, ($\chi^2 = 6,111, df = 2, p = 0,04$). Систолическая функция ЛЖ между группами не различалась. ФВ составила: $59,31 \pm 6,32\%$ vs $61,66 \pm 7,8\%$ vs $60,41 \pm 5,35\%$, $p = 0,461$. При изучении типов геометрии ЛЖ выявлено, что концентрическая ГЛЖ встречалась больше у больных с ожирением 2-3 степени по сравнению с больным 1й степени: 89% vs 98% vs 95%, ($\chi^2 = 7,447, df = 2, p = 0,025$), а эксцентрическая ГЛЖ чаще наблюдалась у больных с ожирением 1й степени: 11% vs 2% vs 5%, ($\chi^2 = 6,494, df = 2, p = 0,039$).

Заключение:

Ожирение при АГ способствует более выраженным структурно-функциональным изменениям миокарда ЛЖ, что увеличивает риск кардиоваскулярных осложнений у этой категории больных.

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

АСПИРИНОТЕРАПИЯ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Николенко Л. А.¹, Мезенцев В.И.¹, Николенко Е.С.²

¹ФГБУ «ФЦССХ» МЗ РФ, г. Челябинск, Россия, ²ГБОУ ВПО «ЮУГМУ» МЗ РФ, г. Челябинск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Препараты ацетилсалициловой кислоты (АСК) признаны «золотым стандартом» антиагрегантной терапии у пациентов кардиологического профиля. Однако у некоторых пациентов данная группа препаратов может вызывать ряд побочных эффектов, так называемой НПВП-гастропатии. Наличие эрозивных и язвенных дефектов может значительно ухудшать состояние кардиологических пациентов, особенно при развитии желудочно-кишечного кровотечения. Для снижения отрицательного влияния на слизистую оболочку желудка (СОЖ) аспириносодержащих препаратов, последние представлены различными лекарственными формами. ТромбоАсс представляют собой АСК в дозе 100 мг в кишечнорастворимой пленочной оболочке, предназначенной для защиты слизистой оболочки желудка от воздействия АСК. Кардиомагнил – соединение 150 мг АСК с невсасываемым антацидом-гидроокисью магния. Коплавикс-комбинированный антиагрегантный препарат, содержащий 100 мг АСК и 75 мг клопидогрела, выпускается в таблетках, покрытых пленочной оболочкой. В настоящее время доказана обсеменённость *Helicobacter pylori* (Hр) в развитии эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка (СОЖ). Кроме того, по имеющимся результатам исследований, морфофункциональное состояние СОЖ при эрозиях и язвах у лиц с ХСН ассоциируется с тромбогеморрагическими нарушениями микроциркуляции в СО гастродуоденальной зоны и изменениями гемостаза. Цель исследования. Изучить частоту развития эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка у пациентов с сердечно-сосудистой патологией, длительно принимающих аспириносодержащие препараты: кардиомагнил, тромбоАСС, АСК (коплавикс) по данным эндоскопического и морфологического исследования.

Материал и методы:

Обследовано 47 пациентов в возрасте 66 [53;67] лет (25 мужчин и 22 женщины) с ишемической болезнью сердца (ИБС), стенокардией, хронической ревматической болезнью сердца, гипертонической болезнью и нарушениями ритма, находившихся на лечении в кардиохирургическом стационаре. Часть пациентов предъявляла диспепсические жалобы, часть имела в анамнезе гастропатии давностью более 2 лет после соответствующего лечения. Все пациенты были разделены на группы: пациенты, принимающие кардиомагнил (13), тромбоАСС (10), АСК (коплавикс) (11), не принимающие аспириносодержащие препараты (10). Кроме аспириносодержащих препаратов исследуемые пациенты, в том числе, не принимающие аспирин, принимали другие кардиологические препараты (статины, сердечные гликозиды, антагонисты верошпирона и др). Всем пациентам была проведена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Для оценки хеликобактерного статуса брались отпечатки из антрального отдела и тела желудка с цитологическим и морфологическим исследованием материала.

Результаты:

По результатам нашего исследования в группе пациентов, принимающих кардиомагнил, в результате ЭГДС были выявлены: хронические эрозии 4 (30%), хронические язвы 2 (15%), острые язвы желудка 1 (7,7%). В группе пациентов, принимающих ТромбоАсс: хронические эрозии 4 (40%), хронические язвы 1 (10%), острые язвы 1 (10%), острые эрозии 1 (10%). В группе пациентов, принимающих АСК в составе комбинированного препарата коплавикс: 2

(18%) острые язвы, 2 (18%) хронические язвы. У пациентов, не принимающих аспириносодержащие препараты: 3 (30%) хронические эрозии, 1 (10%) острые язвы, 1 (10%) хронические язвы. По данным ЭГДС, в группе пациентов, принимающих кардиомагнил, была отмечена меньшая частота как эрозий, так и язв, чем в группе, принимающих ТромбоАсс (30% и 50% для эрозий и 20% и 22,7% для язв) соответственно. Однако, различия не были статистически значимыми ($p > 0,05$). Больше всего язвенных дефектов обнаружено у пациентов, принимающих коплавикс 36%. Следует отметить, что в группе пациентов, не принимающих аспириносодержащие препараты, частота эрозивно-язвенных поражений составила 23% случаев эрозий и 15% язв соответственно. *Helicobacter pylori* был обнаружен у 4 (23%) пациентов с эрозивными поражениями желудка, принимающих кардиомагнил, у 2 (20%) пациентов, принимающих ТромбоАсс, у 2 (18%) пациентов принимающих коплавикс, у 4 (23%) пациентов, не принимающих аспириносодержащие препараты. Таким образом, исследуемые группы не отличались статистически ни по количеству язвенных дефектов, ни по обсеменённости Нр.

Заключение:

Результаты исследования позволяют заключить, что у пациентов с сердечно-сосудистой патологией, длительно принимающих аспириносодержащие препараты, независимо от их лекарственной формы, имеются дополнительные факторы риска развития эрозивно-язвенных поражений СОЖ, а именно, обсеменённость *Helicobacter pylori* и прием других препаратов с ulcerogennym эффектом. Одним из главных факторов, на наш взгляд, может служить морфофункциональное состояние СОЖ, характеризующееся снижением кровоснабжения в СО гастродуоденальной зоны у данной группы пациентов.

СТАТИН-АССОЦИИРОВАННЫЕ МЫШЕЧНЫЕ СИМПТОМЫ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ И ЭЗЕТИМИБОМ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Олейников В. Э., Саямова Л. И., Лукьянова М. В., Коренкова К. Н., Бабина А. В.
ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза, Россия

Введение (цели/ задачи):

Изучить частоту развития побочных эффектов со стороны мышечной ткани на фоне высокодозовой терапии аторвастатином в сочетании с эзетимибом у больных, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ) на протяжении 24 недель наблюдения.

Материал и методы:

В исследование включено 50 пациентов с ОИМ в возрасте от 35 до 70 лет (средний возраст 57, $8 \pm 7, 9$ лет). В первые 24-96 часов от начала заболевания всем больным назначали аторвастатин 80 мг в сутки (липримар®, «Пфайзер», США). Исходно, через 4-6 и 24 недели проводили биохимический анализ крови на аппарате OLYMPUS AU400 («Olympus Corporation», Япония) с определением холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛНП), креатинфосфокиназы (КФК). При недостижении целевого уровня ХС-ЛНП ($< 1, 4$ ммоль/л и снижение $\geq 50\%$) через 4-6 недель добавляли эзетимиб 10 мг (отрио, «Акрихин», Россия). По результатам проведенного исследования пациенты были разделены на группы: 1-я группа – 24 человека, принимавших аторвастатин 80 мг/сутки и эзетимиб 10 мг/сутки; 2-я группа – 26 пациентов, получавших аторвастатин 80 мг/сутки. Сравнимые лица были сопоставимы по возрасту, полу, антропометрическим показателям. На 7-9 сутки, через 4-6 и

24 недели у больных анализировали субъективные симптомы нарушений со стороны мышечной ткани: боль в мышцах, утомляемость/слабость в мышцах, снижение физической активности.

Результаты:

Уровень КФК в 1-й группе исходно составил 461 (95% ДИ 197,3; 724,7) ед/л, через 4-6 недель – 100,4 (95% ДИ 72,8; 128) ед/л ($p = 0,007$), через 24 недели – 192,2 (95% ДИ 58,4; 325,9) ед/л ($p = 0,02$). Во 2-й группе динамика КФК: на 7-9 сутки – 479 (95% ДИ 59,7; 898,2) ед/л, спустя 4-6 недель – 82,8 (95% ДИ 69,3; 96,2) ед/л ($p = 0,049$), через 24 недели – 124 (95% ДИ 94,9; 153,1) ед/л ($p = 0,035$). При детальном анализе у одного пациента 1-й группы выявлено увеличение КФК >4 верхней границы нормы (ВГН) через 24 недели наблюдения (4,2%). У пациентов 2-й группы при повторных исследованиях не было зарегистрировано увеличения КФК >4 ВГН. Кроме того, ни в одной из групп не было случаев отмены препарата по причине повышения КФК >10 ВГН. Клинические симптомы поражения мышц через 4-6 и 24 недели наблюдения диагностировали в 1-й группе у 10 пациентов (41,7%), во 2-й группе – у 10 человек (38,5%) ($p = 0,830$).

Заключение:

У больных в постинфарктном периоде на фоне 24-недельной терапии аторвастатином и эзетимибом не выявлено серьезных нежелательных эффектов со стороны мышечной ткани, что свидетельствует в пользу безопасности комбинированной липидснижающей терапии.

НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА

РОЛЬ СУБСТРАТНОЙ АБЛАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИ СТРУКТУРНОЙ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА

Плащинская Л. О., Гончарик Д. Б., Барсукевич В. Ч., Часнойть А. Р., Ребеко Е. С., Подпалова О. В., Мрочек А. Г.
РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время при проведении радиочастотной абляции (РЧА) желудочковой тахикардии (ЖТ) обычно используется комбинация из нескольких подходов. Эффективность методов субстратной абляции для предотвращения рецидивов ЖТ у пациентов со структурной патологией сердца составляет от 55 до 90% в средне- и долгосрочной перспективе по ряду исследований. Актуальным для повышения эффективности РЧА ЖТ является клиничко-морфологическая диагностика структурных ЖТ, в том числе с использованием магнитно-резонансной томографии (МРТ) сердца. Цель: оценить эффективность субстратной абляции желудочковой тахикардии при структурной патологии сердца.

Материал и методы:

Общее число пациентов, включенных в исследование, составило 55 человек. Всем пациентам перед выполнением РЧА ЖТ было выполнено МРТ сердца. Пациенты были разделены на 3 группы: основную, в которой первым этапом выполнялась РЧА ЖТ, вторым этапом – имплантация кардиовертера-дефибриллятора (ИКД/CRT-D) ($n = 22$) (40,0%) и 2 группы сравнения: 1 группа сравнения – первым этапом выполнялась имплантация ИКД, а потом – РЧА ЖТ ($n = 13$) (23,6%) и 2 группа сравнения, в которой выполнялась только РЧА ЖТ ($n = 20$) (36,4%). Пациенты были сопоставимы по основным клиническим характеристикам, выполнялось субстратное эндокардиальное картирование ЖТ и абляция желудочковых

нарушений ритма. Ишемический характер ЖТ был выявлен у 44 (80,0%) пациентов. Фракция выброса левого желудочка у пациентов в исследовании составила $43,8 \pm 11,5\%$.

Результаты:

В общей группе пациентов, которым выполнена РЧА, отмечалась достоверная положительная динамика снижения количества устойчивых пароксизмов ЖТ (клинически) с $8,5 \pm 26,5$ до $1,0 \pm 3,1$ ($p = 0,001$). Также наблюдалась тенденция в снижении эктопического индекса желудочковой экстрасистолии (ЖЭС) по суточному мониторингованию ЭКГ у пациентов, которым выполнена РЧА ЖЭС/ЖТ. Значимое уменьшение пароксизмов устойчивой ЖТ ($p = 0,04$) и ЖЭС ($p = 0,05$) имело место в группе пациентов, которым первым этапом имплантировали ИКД, вторым этапом выполняли РЧА ЖТ. По данным программы ИКД среди пациентов, которым вторым этапом лечения выполняли РЧА ЖТ, имело место значимое снижение устойчивых ЖТ, разрядов ИКД, количества антитахикардической стимуляции. При этом число обоснованных разрядов ИКД уменьшилось с $7,8 \pm 6,3$ до $0,13 \pm 0,28$ ($p = 0,03$). Эффективность РЧА ЖТ в общей группе пациентов, которым выполнена процедура, составила 80,6%. Конкретизируя по группам, эффективность РЧА ЖЭС/ЖТ в группе сравнения, в которой выполнена РЧА без имплантации устройств, составила 83,6%, в основной группе пациентов, которым первым этапом выполнена РЧА ЖТ, а затем имплантация ИКД – 79,4%, во второй группе сравнения (первый этап ИКД, второй этап – РЧА) – 77,3%.

Заключение:

Развитие технологий и понимание субстратов ЖТ позволяют производить аблацию множественных и нестабильных желудочковых нарушений ритма с приемлемой безопасностью и эффективностью у пациентов со структурными заболеваниями сердца. Эффективность РЧА ЖТ у пациентов со структурной патологией левого желудочка составила 80,6%. Был разработан алгоритм субстратного эндокардиального картирования и аблации ЖТ у данной категории пациентов.

НЕОТЛОЖНАЯ КАРДИОЛОГИЯ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВЕДЕНИЯ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА БЕРЕМЕННЫХ

Моисеева А. Ю.^{1,2}, Васильченко М. К.¹, Братищев И. В.¹, Алиджанова Х. Г.¹
¹НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗ, г. Москва, Россия, ²ФГОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минздрава России, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Повышение объема крови, ударного объема и частоты сердечных сокращений при беременности увеличивают потребность миокарда в кислороде, а анемия и снижение диастолического артериального давления – снижают снабжение миокарда кислородом; резкие колебания гемодинамики и относительная гиперкоагуляция во время родов или в раннем послеродовом периоде, создают дополнительную нагрузку на сердечно-сосудистую систему, увеличивая риск развития острого инфаркта миокарда (ИМ). Количество случаев ИМ беременных растет, основными причинами которых являются увеличение возраста и фертильности матерей, рост сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Вследствие исключения беременных из крупных рандомизированных исследований, не разработана единая тактика ведения и лечения ИМ беременных. Цель. Изучить современное состояние

вопросов клинико-эпидемиологической характеристики, тактики лечения и исходов ИМ беременных, рожениц и родильниц.

Материал и методы:

Проведен поиск литературы на русском и английском языках, опубликованных в период с 2006 по 2022 год в электронных базах данных PubMed, COCHRANE, Scholar Google.

Критериям включения соответствовало 90 литературных источника.

Результаты:

Несмотря на редкость диагностики и частоты ИМ беременных (3-10 случаев на 100 000 родов), отмечается непропорционально высокая материнская и перинатальная смертность, достигающая более 37%. ИМ развивается на любой стадии беременности: в дородовом периоде – 20,6-73%, во время родов – 23,7%, в послеродовом – 27-53,5%. Этиология и факторы риска (ФР) ИМ более гетерогенны, чем в общей популяции. Вероятность развития ИМ в 30 раз выше у женщин ≥ 40 лет, чем у < 20 лет; у беременных с ССЗ и/или множеством ФР, ИМ встречается чаще, чем в общей популяции. ИБС беременных увеличивает риск смерти (РС) и сердечно-сосудистых осложнений инфаркта. Сопутствующие болезни также повышают частоту ИМ: гестационный сахарный диабет (39,6 [95% ДИ 28,4 – 50,9], $p < 0,001$), преэклампсия (21,0 [95% ДИ 16,9-25,2], $p < 0,001$). В этой когорте кесарево сечение сопровождается более высокой частотой развития ИМ, чем вагинальные роды. Клиническая симптоматика ИМ ошибочно принимается за нормальные проявления беременности и/или может варьировать от бессимптомного течения до развития кардиогенного шока и внезапной сердечной смерти. Атеросклеротическая болезнь коронарных артерий (КА) является преобладающей причиной (27-54%) развития ИМ беременных, среди других причин выделяют спонтанную диссекцию КА – 14,5-40%, ИМ без обструктивного поражения КА – 11-29%, тромбоз – 5-15%. ИМ без подъема сегмента ST (ИМбпST) наблюдается чаще – 57,6%, чем с подъемом ST (ИМпST) – 42,4%. Госпитальная смертность у пациенток с ИМпST и ИМбпST одинакова (5,0% против 4,2%, $p = 0,58$). Сложность ведения и лечения ИМ у беременных и рожениц требует многопрофильного командного подхода. Беременным противопоказаны ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, статины и блокаторы рецепторов ангиотензина. Чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) считается безопасным для выживания матери и плода. Нет четких критериев проведения ЧКВ у пациенток с диссекцией КА. ИМ беременных с диссекции КА, по сравнению с атеросклерозом КА, имеет высокий РС или осложнений и требует другого терапевтического подхода. При диссекции КА консервативная стратегия с наблюдением предпочтительнее у клинически и гемодинамически стабильных пациенток с кровотоком 2–3 ст. по шкале TIMI. Катетер-индуцированная диссекция у беременных наблюдается в 2-6% случаях, а частота экстренного коронарного шунтирования (КШ) составляет 11%. КШ показано, когда медикаментозная терапия или ЧКВ неэффективны, и жизнь матери находится под угрозой; при стенозе ствола левой КА (СтЛКА) или поражении, эквивалентном поражению СтЛКА, особенно при снижении функции левого желудочка. Инвазивное лечение ИМ беременных или в послеродовом периоде связано с низкой госпитальной смертностью, чем консервативное лечение (1,8% против 7,6%, $p < 0,001$).

Заключение:

ИМ беременных редкое, но потенциально смертельное заболевание матери и плода. Атеросклеротическое поражение и спонтанная диссекция КА – ведущие причины развития ИМ. Тактика ведения пациенток с ИМ беременных до конца не определена; инвазивное лечение не противопоказано. Таким образом, ИМ беременных и рожениц требует многопрофильного командного подхода; тщательного рассмотрения этиологических факторов и патофизиологических механизмов развития инфаркта и более взвешиваемого подхода для определения оптимальной тактики ведения и лечения.

ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛЬНОЙ СОСУДИСТОЙ ЖЕСТКОСТИ У БОЛЬНЫХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ С ПЕРВИЧНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Хромова А. А., Саямова Л. И., Полежаева К. Н., Томашевская Ю. А., Борисова Н. А.
ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценить показатели локальной ригидности общих сонных артерий у больных новой коронавирусной инфекцией с первичным инфарктом миокарда (ИМ) и без него.

Материал и методы:

В исследование включено 65 человек, из них 37 перенесших новую коронавирусную инфекцию в возрасте от 30 до 70 лет (средний возраст $57,7 \pm 7,9$ лет) и 28 здоровых лиц (средний возраст $57,4 \pm 5,4$ лет). Больных разделили на 2 группы. 1-ю составили 19 больных, перенесших COVID-19 в сочетании с ИМ с подъемом и без подъема сегмента ST. Средний возраст составил 59,7 (56; 64) лет. В группу 2 вошли 18 пациентов (средний возраст $55,6 \pm 8,0$ лет), не имеющих кардиоваскулярной патологии в анамнезе. Обследуемые были сопоставимы по возрасту, полу, антропометрическим данным. Локальную жесткость общих сонных артерий изучали ультразвуковым методом с использованием технологии высокочастотного сигнала RF прибором MyLab 90 («Esaote», Италия), с оценкой следующих показателей: QIMT – толщины комплекса интима-медиа, индекса жесткости β , локальной скорости распространения пульсовой волны в сонной артерии PWV.

Результаты:

Наибольшие значения показателя QIMT выявлены у лиц группы 1: 692,8 (95%ДИ 641,8; 743,8) $\mu\text{м}$. В группе 2 значение данного параметра составило 608,9 (95%ДИ 555,4; 662,5) $\mu\text{м}$ ($p_{1-2} = 0,006$). Минимальные значения QIMT были зарегистрированы в группе здоровых лиц – 549, 6 (95%ДИ 524,9; 574,2) $\mu\text{м}$ ($p_{1-к}, 2-к < 0,05$). Средние значения индекса β в группе 1 составили 11,0 (95%ДИ 8,2; 13,8), в группе 2 – 8,3 (95%ДИ 6,5; 10,1) ($p_{1-2} = 0,2$). Показатели индекса β группы К были достоверно ниже, чем у лиц перенесших COVID-19 – 6, 7 (95%ДИ 6,3; 7,2) ($p_{1-к}, 2-к < 0,05$). Достоверных отличий по PWV между пациентами групп 1 и 2 выявлено не было: 8,1 (95%ДИ 7,0; 9,3) м/с и 6, 5 (95%ДИ 5,5; 7,5) м/с, соответственно ($p_{1-2} = 0,06$). У здоровых лиц значения PWV были достоверно ниже, чем в группе 1 и составили 6, 4 (95%ДИ 6,1; 6,8) м/с, ($p_{2-к} = 0,009$). Статистически значимых различий по данному показателю между группой контроля и группой 2 не установлено.

Заключение:

Выявлено существенное увеличение QIMT и индекса жесткости β , зарегистрированных с помощью ультразвукового исследования общих сонных артерий технологией высокочастотного сигнала RF у лиц с перенесённым COVID-19, как в сочетании с первичным ИМ, так и без него. Показатели QIMT и PWV преобладали в группе пациентов с первичным ИМ.

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПОВТОРНОГО ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО

КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Иванников А. А., Казанцева Е. В., Моисеева А. Ю., Ендовицкий Р. С., Алиджанова Х. Г.
ГБУЗ «НИИ СП им. Н. В. Склифосовского ДЗМ», г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Развитие острого нарушения мозгового кровоснабжения (ОНМК) у пациентов с острым инфарктом миокарда (ИМ) – не частое, но серьезное осложнение, которое имеет тяжелые последствия как для отдельного индивидуума (т.к. влечет за собой если не летальный исход, то, в большинстве случаев, инвалидизацию), так и социально-экономические в виде расходов на лечение и потерю трудоспособности впоследствии. Выявляя риски, на которые можно воздействовать, мы имеем возможность снизить вероятность подобного исхода событий. Целью настоящего исследования являлось определение предикторов развития повторного ОНМК у пациентов с острым ИМ с подъемом сегмента ST (ИМпST).

Материал и методы:

В исследование включено 100 пациентов с диагнозом ИМпST. Из них мужчин 73 (73%), медиана возраста – 65 [61; 70] лет, женщин 27 (27%), медиана возраста – 77 [72,5; 86] лет. I группу составили 52 пациента (52%) с ОНМК в анамнезе, II группу – 48 чел. (48%) – без ОНМК в анамнезе. Для определения предикторов вероятности развития повторного ОНМК использован метод биномиальной логистической регрессии с расчетом отношения шансов (ОШ) и 95% доверительного интервала (95% ДИ), а также ROC-анализ с вычислением площади под кривой (AUC) с расчетом 95% ДИ. Для всех критериев использован уровень статистической значимости 5%, статистические различия признавались при $p < 0,05$.

Результаты:

Из результатов регрессионного анализа следует, что предикторами развития повторного ОНМК у пациентов с ИМпST являются пароксизмальная форма фибрилляции предсердий (ФП) (ОШ: 2,6, 95% ДИ: 1,024-6,84, $p = 0,045$), конечный систолический объем < 90 мл по данным трансторакальной ЭхоКГ (ОШ: 2,8, 95% ДИ: 1,115-7,17, $p = 0,029$), расчетная скорость клубочковой фильтрации (рСКФ), рассчитанная по формуле СКД-ЕPI, < 60 мл/мин/1,73м² (ОШ: 3,0, 95% ДИ: 1,223-7,36, $p = 0,016$). AUC, соответствующей взаимосвязи прогноза ОНМК и фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), составила $0,623 \pm 0,0571$ с 95% ДИ: 0,521-0,718. Полученная модель была статистически значимой ($p = 0,0313$). Пороговое значение ФВ ЛЖ в точке cut-off равно 38%. При ФВ ЛЖ равном или ниже данного значения прогнозировался высокий риск ОНМК. Чувствительность и специфичность метода составила 71,15% и 52,08%, соответственно. ФВ ЛЖ менее 38% увеличивает вероятность развития ОНМК в 2,8 раза (ОШ: 2,821; 95% ДИ: 1,194-6,66, $p = 0,018$).

Заключение:

Предикторами развития повторного ОНМК у пациентов с ИМпST являются ФП, снижение ФВ ЛЖ $< 38\%$ и снижение рСКФ < 60 мл/мин/1,73 м².

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СЕМИЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТРАТЕГИЯХ ЛЕЧЕНИЯ

Медведева Е. А., Гелис Л. Г., Полонецкий О. Л., Лазарева И. В., Колядко М. Г., Шумовец В. В.

Введение (цели/ задачи):

Цель: провести сравнительную оценку результатов семилетнего наблюдения пациентов с нестабильной стенокардией при эндоваскулярной и хирургической стратегиях лечения.

Материал и методы:

За период 2013-2014 гг. в исследование включен 271 пациент с нестабильной стенокардией (НС), из них стентирование коронарных артерий (ЧКВ) выполнено 165 пациентам (Г1), коронарное шунтирование (КШ) 106 пациентам (Г2). Пациенты были сопоставимы по возрасту, полу, сопутствующей патологии. Средний возраст составил 59 ± 10 лет в Г1 и $61,2 \pm 6,7$ лет в Г2, артериальная гипертензия зарегистрирована у 148 (90%) пациентов в Г1 и 81 (76,4%) пациентов Г2, сахарный диабет у 56 (34%) лиц Г1 и у 36 (34%) пациентов Г2, инфаркт миокарда в анамнезе у 69 (42%) пациентов в Г1 и 27 (25,5%) Г2. Среднее количество пораженных коронарных артерий $2,2 \pm 1,45$ на человека в Г1 и $2,8 \pm 0,9$ на человека в Г2 ($p = 0,03$). Тяжесть поражения коронарного русла по шкале SYNTAX $25,2 \pm 3,4$ баллов в Г1 и $29,7 \pm 4,3$ баллов в Г2. Всем пациентам выполнялись лабораторные исследования с оценкой биомаркеров повреждения миокарда, атеротромбоза и нестабильности гемостаза. Все пациенты получали стандартную антитромботическую терапию клопидогрелом 75 мг и ацетилсалициловой кислотой 75 мг.

Результаты:

За семилетний период наблюдения повторная нестабильная стенокардия развилась у 91 (55,2%) пациента Г1 и 25 (23,6%) лиц Г2 (хи-квадрат 26,268, $p = 0,001$). Относительный риск (ОР) развития повторной нестабильной стенокардии за 7 лет наблюдения в группе с выполненным ЧКВ 2, 338 (95%ДИ 1,616-3,383) в сравнении с пациентами после КШ. Инфаркт миокарда зарегистрирован у 21 (12,7%) человека после стентирования Г1, и у 8 (7,5%) лиц в Г2 после коронарного шунтирования ($p > 0,05$). Однако необходимо отметить, что из 8 инфарктов после КШ 6 из них развились в раннем послеоперационном периоде у пациентов с выполнением КШ по неотложным показаниям. В последующий период наблюдения зарегистрировано лишь 2 ИМ (хи-квадрат 9,765, $p = 0,002$, ОР = 6,745 при 95%ДИ 1,615-29,180). ОНМК развилось в 7 (4,2%) случаях в Г1 и у 5 (4,7%) пациентов в Г2 ($p > 0,05$). Сердечно-сосудистая смертность составила 7,3% в Г1 и 3,8% в Г2 (хи-квадрат 1,422, $p > 0,05$). Комбинированная конечная точка по сердечно-сосудистым событиям за 7 лет наблюдения зарегистрирована у 119 (72%) пациентов Г1 и у 31 (29,4%) пациента Г2 (хи-квадрат 48,008, $p = 0,001$, ОР = 2,466 при 95%ДИ 1,807-3,365). При анализе комбинированной конечной точки методом Каплана-Мейера также установлены достоверные различия между группами (метод Log Rank хи-квадрат 19,850, $p = 0,000$). Максимальное количество повторных сердечно-сосудистых событий зарегистрировано в первый год наблюдения 42% в Г1 и 28% в Г2.

Заключение:

За семилетний период наблюдения повторные сердечно-сосудистые события чаще развивались у пациентов после стентирования коронарных артерий, причем основные различия обусловлены большим числом повторных госпитализаций с нестабильной стенокардией. Большинство повторных коронарных событий произошло в первый год наблюдения в обеих группах, что обусловлено остаточным тромбогенным и атеротромботическим риском у пациентов со стандартным подходом к проводимой терапии.

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПОЖИЛЫХ «ХРУПКИХ» ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

Петрова В. Б., Шумков В. А., Петрова А. И., Болдуева С. А.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение (цели/ задачи):

Пациенты с синдромом старческой астении (ССА) («хрупкость») в сочетании с тревожно-депрессивными симптомами представляют собой серьезную клиническую проблему из-за их негативного влияния на частоту госпитализаций, эффективность лечения и качество жизни. Целью данного исследования было изучение взаимосвязи ССА с тревожно-депрессивными расстройствами у пожилых пациентов, перенесших острый коронарный синдром (ОКС).

Материал и методы:

В исследование включали пациентов с острым коронарным синдромом пожилого и старческого возраста. Также критериями включения являлись: подписанное добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Всего в данном проспективном обсервационном исследовании было включено 76 пациента, 44 мужчины и 32 женщины, госпитализированных по поводу ОКС. Средний возраст пациентов – 73,2 года. Было проведено анкетирование валидизированным опросником «Возраст не помеха», госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Результаты:

ССА был обнаружен у 32% ($p = 0,01$) госпитализированных пожилых пациентов в большинстве у женщин (71%), чем мужчин (29%). Средняя общая оценка по опроснику «Возраст не помеха» у пожилых пациентов с ОКС составила 4,58. Большинство пациентов отмечали снижение зрения и слуха (62,3%). Снижение настроения и эпизоды недержания мочи наблюдалось у 52,7% и 50,1% пациентов соответственно. Положительные ответы на вопросы об ухудшении памяти, понимании, ориентации или способности планирования дали 45,7% пациентов. Травмы, связанные с падением в течение прошедшего года были у 35,6% пациентов, вес снизился у 30,5% пациентов, трудности при ходьбе испытывали 22% пациентов. Результаты анкетирования HADS показали, что тревожные и депрессивные симптомы у «хрупких» пожилых пациентов имели место в 53,7% и 46,8% соответственно. Наблюдалась выраженная связь между появлением ССА и симптомами тревоги по HADS ($p < 0,001$). В свою очередь, чем больше выражены депрессивные симптомы, тем реже встречался ССА ($p = 0,007$).

Заключение:

«Хрупкость» у госпитализированных пациентов пожилого возраста с ОКС тесно взаимосвязана с повышенной тревожностью и депрессивными симптомами.

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ КАК ОДИН ИЗ ВЕДУЩИХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСТИНФАРКТНОГО РАЗРЫВА МИОКАРДА

Ковальчук Е. Ю., Повзун А. С.
ГБУ СПб НИИ СП имени И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение (цели/ задачи):

Проблема постинфарктного разрыва миокарда остается актуальной ввиду широкой

распространенностью ишемической болезнью сердца и крайне высокой летальностью от данного осложнения. Цель работы: установить наиболее надежные в прогностическом плане факторы риска развития постинфарктного разрыва миокарда среди пациентов с первым Q инфарктом миокарда. Задачи: 1. Оценить истинную частоту встречаемости ХОБЛ у пациентов, у которых течение инфаркта миокарда осложнилось постинфарктным разрывом миокарда. 2. Оценить роль ХОБЛ, как одного из ведущего предиктора, у пациентов с первым Q инфарктом миокарда передней локализации.

Материал и методы:

Исследование проводилось на базе ГБУ СПб НИИ СП. На первом этапе исследования был проведен ретроспективный анализ 112 случаев смерти от постинфарктного разрыва миокарда (из 4354 ИМ). На втором этапе были сформированы 2 группы: основная группа (79 пациента с разрывом) и группа сравнения (96 больных с осложненным Q-позитивным ИМ с элевацией сегмента ST из числа выживших).

Результаты:

1. Все пациенты, у которых ИМ осложнился разрывом миокарда, имели элевацию сегмента ST 2 мм и более; наличие Q-зубца; отсутствие ИМ в анамнезе. У большинства из них присутствовали рецидивирующие ангинозные боли (93,1%) и острая сердечная недостаточность KILLIP II-IV (94,6%). Разрыв преимущественно произошёл у женщин (87,2%) с поздними сроками госпитализации (более 3 часов от момента начала заболевания (86,1%). 2. ХОБЛ в анамнезе представлена в обеих группах неравномерно. В группе разрыва миокарда у 11,1% пациентов (мужчины 27,3%, женщины 9%) против 8,4% (мужчины 9,8%, женщины 6,9%) в группе сравнения ($p < 0,001$). 3. По результатам патологоанатомической секции различия стали более очевидны: в группе разрыва миокарда 51,6% пациентов имела ХОБЛ.

Заключение:

На основе полученных данных можно сделать вывод о том, что ХОБЛ выявленная при поступлении пациентов с Q ИМ с подъемом сегмента ST в первые часы заболевания являются одним из ранних предикторов постинфарктного разрыва миокарда. Безусловно, наличие ХОБЛ не является основным фактором развития постинфарктного разрыва миокарда, но может рассматриваться как один из предикторов, что в совокупности с другими (АГ, ОААНК, ХБП, поздние сроки госпитализации и т.д.) позволит выделить группу пациентов с наибольшим риском данного осложнения и тем самым незамедлительно начать необходимые профилактические мероприятия.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ, АРТЕРИАЛЬНАЯ РИГИДНОСТЬ И ИХ КОРРЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Прибылов С. А., Барбашина Т. А., Прибылов В. С., Гаврилюк Е. В., Прибылова Н. Н., Яковлева М. В., Леонидова К. О.

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Проанализировать динамику параметров артериальной ригидности, артериальной и легочной гипертензии у пациентов ОКСбпST, артериальной гипертензией с хронической болезнью почек 2-3 степени при консервативной гипотензивной терапии и через 3 месяца после коронарного стентирования.

Материал и методы:

Обследованы 112 пациентов с ОКСбпСТ с АГ на фоне ХБП 2-3 ст. (1 группа – 32 больных с развитием мелкоочагового инфаркта миокарда (ИМ), 2 группа – 80 больных ОКС, с нестабильной стенокардией (НС) с исходом в стабильную). В региональном сосудистом центре г. Курска выполнено коронарное стентирование (КС) стентами с лекарственным покрытием у 20 больных ИМ и у 64 пациентов ОКС с НС. Артериальную ригидность (АР) оценивали с помощью объемной сфигмографии на приборе VS-1500 (Fukuda Denshi, Япония). Регистрировали скорость распространения пульсовой волны (СРПВ), сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (СЛСИ-САVI), лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ-АВI), индекс аугментации в аорте (АI), центральное систолическое и пульсовое аортальное давление (цСАД и цПАД). Изучались липиды, креатинин крови, СКФ, ЭКГ, ЭхоКГ, рассчитывались показатели легочной гипертензии (СДЛА) с помощью аппарата Aloka SSD 1700, Япония. Для оценки эндотелиальной дисфункции (ЭД) использовали УЗИ метод оценки потокзависимой вазодилатации в пробе с окклюзионной реактивной гиперемией на аппарате LOGIQ 500 MD, США. Определение стабильных метаболитов оксида азота производили спектрофотометрическим методом с реактивом Грисса. Исследование содержания ЭТ-1 выполняли ИФА методом с помощью набора реагентов Endothelin 1-21 (Biomedica, Австрия). После проведения КАГ ЧКВ с КС по показаниям (n = 84) пациенты с ОКСбпСТ, АГ были разделены на 2 подгруппы, которым назначили периндоприл 10 мг/сут (n = 37), а при неэффективности комбинированный препарат периндоприл/амлодипин 10/10 мг/сут (n = 73). Кроме того, больные получали одинаковую комплексную стандартную терапию (двойная дезагрегационная, обезболивающая, статины, бета-блокаторы, антиангинальные препараты (триметазидин)).

Результаты:

У пациентов с ОКСбпСТ на фоне ХБП 2-3А ст. достоверно ($p < 0,01$) зарегистрировано увеличение СРПВ ($12,4 \pm 1,5$ м/с, в группе сравнения с нормальной функцией почек $8,3 \pm 0,2$ м/с). СЛСИ ($11,8 \pm 0,3$ и $8,1 \pm 0,1$), цСАД ($152 \pm 6,8$ и $145 \pm 8,6$ мм. рт. ст.), цПАД ($58 \pm 3,3$ и $38 \pm 2,9$ мм. рт. ст.), СДЛА ($40,2 \pm 3,8$ и $28,1 \pm 2,2$ мм. рт. ст.). У больных с ОКС и ИМ на фоне ХБП эти показатели были значительно выше, чем у пациентов с ОКС и НС с исходом в СС (СРПВ при ИМ $13,0 \pm 1,2$ м/с, при НС – $8,8 \pm 0,3$ м/с). СЛСИ L-CAVI соответственно $9,78 \pm 0,46$ и $8,73 \pm 0,23$, R-CAVI $9,82 \pm 0,56$ и $8,34 \pm 0,32$. AI $1,40 \pm 0,18$ и $1,13 \pm 0,16$. Корреляция между СРПВ и СКФ была более сильная в группе с ИМ ($r = 0,81$, $p = 0,01$). Больше количество фатальных событий констатировано у больных ОКС с АГ и ИМ на фоне ХБП при самых высоких показателях АР (4 случая и 1 при ОКС, АГ и без ХБП). ЭТ-1 в плазме максимально повышался у пациентов ОКС с ИМ ($2,44 \pm 0,08$ фмоль/л) по сравнению с показателями больных с НС ($1,15 \pm 0,03$ фмоль/л, $p < 0,01$) при наличии у этой подгруппы самых высоких цифр оксида азота в плазме ($8,93 \pm 0,35$ мкмоль/л) а при ИМ ($4,81 \pm 0,21$ мкмоль/л). На фоне комплексной терапии периндоприлом в течение 3 месяцев наблюдалось достоверное снижение периферического давления только у 49% пациентов. А наилучшие показатели с нормализацией цСАД и цПАД и снижением СРПВ, САVI (СЛСИ) выявили на комплексной гипотензивной терапии периндоприлом/амлодипином с нормализацией СДЛА от $43,5 \pm 4,6$ до $25,2 \pm 3,4$ мм рт. ст., с повышением содержания оксида азота в крови ($7,93 \pm 1,33$ мкмоль/л) и депрессией ЭТ у больных с ОКСбпСТ без ИМ до $0,42 \pm 0,08$ фмоль/л, с уменьшением показателей эндотелийзависимой недостаточной вазодилатации с 78% до 18%, нормализацией креатинина крови и ростом СКФ с $55 \pm 3,8$ до $61 \pm 2,2$ мл/мин/1,73 м².

Заключение:

Практическое значение исследования определяется тем, что открываются перспективы улучшения результатов лечения у больных ОКСбпСТ, АГ в сочетании ХБП 2-3 ст при использовании хирургической реваскулялизации сердца (КС) только на ранних стадиях ХБП при СКФ не менее 60 мл/мин/1,73 м² на фоне терапии комбинированными

антигипертензивными препаратами (периндоприл/амлодипин) и антиангинальными препаратами (триметазидин). Это способствует уменьшению и нормализации АР, ЭД, ЛГ, улучшению функции почек, снижает рецидивы ОКС и сердечно-сосудистые осложнения у этих тяжелых больных с частой коморбидной патологией.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ В Г.ТАШКЕНТЕ

Казаков Б. О., Мухамедова Б. Ф., Назарова М. Х.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Улучшить результаты лечения пациентов с острой коронарной патологией.

Материал и методы:

Наше исследование было проведено на базе РНЦЭМП. Для оценки непосредственных результатов лечения ОКС и ОИМ проведён ретроспективный анализ годовых статистических отчётов отделения неотложной кардиологии и ангиографии РНЦЭМП за 2019-2021 гг.

Результаты:

В 2019 г. в РНЦЭМП зарегистрировано 1888 обращения с ОКС, в 2020 г. –1050 обращения с ОКС. Из-за пандемии общая обращаемость больных снизилась. В 2021 г. – 2074 обращения с ОКС. Доля пациентов с заключительным диагнозом острого инфаркта миокарда (ОИМ) сопоставили следующим образом: в 2019 г. ИМ (с Q и без Q) составило 1226 (64,9%). В 2020 г. – 742 (70,6%). В 2021 г. составило 1345 (64,8%). Деятельность РНЦЭМП по проведению экстренных коронарографий у пациентов с ОКС в 2019 г. – 414 (21,9%), в 2020 г. – 917 (87,3%), в 2021 г. – 1356 (65,3%). По нашим данным в 2019г в РНЦЭМП зарегистрировано 950 обращения с диагнозом инфаркт миокарда с элевацией сегмента ST, только 45% из них поступило в первые 12 ч, реперфузионная терапия была выполнена в 60% случаев. В 2020 г. из 611 45% больных с диагнозом инфаркт миокарда с элевацией сегмента ST поступило в первые 12 ч, реперфузионная терапия была выполнена в 60% случаев. В 2021 г. из 1100 больных 70% с диагнозом инфаркт миокарда с элевацией сегмента ST поступило в первые 12 ч, реперфузионная терапия была выполнена в 90% случаев.

Заключение:

Полученные нами данные свидетельствуют, что первичные чрескожные коронарные вмешательства, выполненные в остром периоде инфаркта, позволяют существенно снизить частоту осложнений и значительно повысить выживаемость. В основу определения показаний к их применению может быть положен повышенный риск смерти по TIMI. Таким образом, в вопросе оптимального метода реперфузионной терапии при ИМпST достигнуто четкое понимание безусловного преимущества первичного ЧКВ и выработаны рекомендации с абсолютными показаниями к данной реперфузионной стратегии при ИМпST

ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ССЗ

ВЛИЯНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И НОВОРОЖДЕННЫХ

Стрюк Р. И.¹, Локшина Э. Э.¹, Брыткова Я. В.¹, Иванова Е. Ю.¹, Гомова Т. А.², Федотова Е. Е.²

¹ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва, Россия, ²ГУЗ ТО «Тульская областная больница», г. Тула, Россия

Введение (цели/ задачи):

Курение табака по-прежнему широко распространено среди беременных женщин. Табакокурение во время беременности рассматривается как одна из ведущих причин осложнений беременности и родов, способствует росту перинатальной заболеваемости и смертности, имеет как краткосрочные, так и долгосрочные последствия как для матери, так и для ребенка. Цель: проанализировать влияние табакокурения во время беременности на состояние здоровья матери и новорожденных.

Материал и методы:

В исследование были включены 1950 женщин из регистра беременных (БЕРЕМЕННЫХ РЕГИСТР БЕРЕГ), находившихся под наблюдением в Тульском областном перинатальном центре. Группа 1 была представлена 1715 некурящими женщинами, группа 2 235 курящими женщинами. Обследование включало оценку уровня табакокурения, изучение акушерского анамнеза, в том числе, течение предыдущих и настоящей беременности, и их перинатальных исходов, и состояния здоровья новорожденных, анализ медицинской документации, общеклинические методы, данные лабораторных и инструментальных методов женщины исследований.

Результаты:

В обеих группах у наблюдаемых беременных женщин была выявлена экстрагенитальная патология. Такие заболевания как ожирение (41,2%-97), сахарный диабет 2 типа (9,4%-22) и другая эндокринная патология (6,4%-15), артериальная гипертензия (15,3%-36), заболевания желудочно-кишечного тракта (13,6%-32) чаще диагностировали у курящих женщин, чем у некурящих, хотя статистической значимости при этом получено не было ($p > 0,05$). При этом заболевания мочевыделительной системы выявляли статистически значимо чаще у курящих матерей ($p = 0,02$). Кроме того, отмечено статистически значимое увеличение в группе курящих женщин таких осложнений беременности и родов, как плацентарная недостаточность (23,4%-55 против 15,2%-261, $p = 0,002$) и преждевременные роды (13,6%-32 против 9,2%-159, $p = 0,047$). Курящие женщины имели более высокий риск невынашивания беременности (13,6% против 11,1%, $p > 0,05$). Родоразрешение путем кесарева сечения было сопоставимо в обеих группах. Низкую массу тела при рождении ребенка статистически значимо чаще выявляли в группе курящих матерей (3160 [2720;3500]) по сравнению с некурящими (3350 [3020;3680], $p < 0,0001$). Кроме того, было обнаружено, что у курящих матерей статистически значимо чаще встречалось развитие осложнений у плода/новорожденного ($p < 0,0001$) и задержка внутриутробного развития ($p = 0,041$). Однако гипоксия плода, риск внутриутробного инфицирования и нарушения со стороны ЦНС у новорожденных в наблюдаемых группах были сопоставимы.

Заключение:

Негативные последствия табакокурения во время беременности были выявлены как для матерей, так и для плода/новорожденных, в том числе, такие как, плацентарная недостаточность, преждевременные роды, низкая масса тела при рождении, осложнения у плода/новорожденного и задержка внутриутробного развития. Необходимо целенаправленное консультирование беременных или планирующих беременность женщин для прекращения их курения, что позволит защитить ребенка и женщин от негативных последствий табакокурения.

ЗНАЧИМОСТЬ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ДЛЯ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ

Тасыбаев Б. Б., Сотников А. В., Гордиенко А. В., Носович Д. В.

ФГБВОУВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение (цели/ задачи):

Острое повреждение почек (ОПП) при инфаркте миокарда (ИМ) существенно ухудшает его прогноз, связано с увеличением частоты неблагоприятных исходов, осложнений и ухудшением качества жизни пациентов. Считается, что эффективного лечения с достоверной доказательной базой в настоящее время нет. В связи с чем вопросы профилактики ОПП в настоящее время имеют большое значение. Цель исследования: определить среди факторов кардиоваскулярного риска (КВР) наиболее значимые предвестники развития острого повреждения почек (ОПП) при инфаркте миокарда (ИМ) у мужчин моложе 60 лет для улучшения профилактики.

Материал и методы:

Изучены результаты обследования и лечения мужчин 19-60 лет с верифицированным инфарктом миокарда I типа (по IV универсальному определению этого заболевания) и скоростью клубочковой фильтрации (СКФ, СКД-ЕРІ) ≥ 30 мл/мин/1,73 м². ОПП диагностировали в случаях увеличения уровня креатинина на 26,5 мкмоль/л на протяжении не менее двух суток (и/или в 1,5 раза в течение семи суток) по сравнению с его исходным уровнем в первые 48 часов ИМ. Изучены основные и дополнительные факторы риска ССЗ, а также обстоятельства, провоцирующие развитие ИМ. Избыточную массу тела выявляли при индексе Кетле более 25,0 кг/м². В исследуемую (I) группу вошли 25 пациентов (средний возраст 50,6 ± 5,3 лет) с ИМ и ОПП. Контрольную (II) группу составили 486 больных без ОПП (средний возраст 51,0 ± 6,7 лет, p = 0,4). При работе с больными учитывали наличие факторов КВР, а также состояний, провоцирующих возникновение ИМ. Ангипатии верифицированы соответствующими специалистами при наличии показаний. Умеренным ожирением считали состояния с индексом массы тела (ИМТ) Кетле 30,0-34,9 (кг/м²). С помощью критерия Хи-квадрат Пирсона выполнен анализ рисков развития ОПП. Уровень значимости принят при вероятности ошибки менее 0,05.

Результаты:

Для 17 показателей из группы факторов КВР получена статистическая значимость их влияния на риск возникновения ОПП с диапазоном уровней рисков от 15,0% до 46,2%. Основными статистически значимыми факторами оказались: наличие в анамнезе операций коронарного шунтирования (АР 46,2%; ОР 4,37; p = 0,0002), язвенной болезни (АР 25,8%; ОР 2,46; p = 0,02), нестабильной стенокардии (АР 19,8%; ОР 2,46; p = 0,02), умеренного ожирения (АР 24,0%; ОР 2,64; p = 0,007) с ИМТ 27,4 кг/м² и более (АР 18,5%; ОР 2,33; p = 0,03), массой тела 81,8 кг и более (АР 25,8%; ОР 2,46; p = 0,02), длительности ожирения менее 10 лет (АР 18,8%; ОР 3,8; p = 0,005), ИМ в зимний период (АР 21,8%; ОР 3,13; p = 0,003), курение (АР 16,4%; ОР 4,35; p = 0,02), артериальная гипертензия давностью более семи лет (АР 21,4%; ОР 2,26; p = 0,03) с периферическими ангиопатиями (АР 18,9%; ОР 3,21; p = 0,008), возраст менее 53 лет (АР 46,2%; ОР 4,37; p = 0,0002), уровень триглицеридов 1,9 ммоль/л и более в первые часы ИМ (АР 46,2%; ОР 4,37; p = 0,0002).

Заключение:

Наиболее значимыми среди факторов КВР предикторами развития ОПП при ИМ у мужчин моложе 60 лет оказались операции шунтирования, язвенная болезнь и ожирение (ИМТ 30,0-34,9 (кг/м²)) в анамнезе. Сочетания перечисленных выше факторов могут использоваться при выделении среди пациентов группы высокого риска развития ОПП для своевременного проведения превентивных мероприятий, а также – прогностического моделирования.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ, ДЕМОНИСТРИРУЮЩИЙ ДОЛГОСРОЧНЫЙ ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТА С ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST С РЕСТЕНОЗОМ СТЕНТА НА ФОНЕ ПРИЕМА ОРИГИНАЛЬНОГО КЛОПИДОГРЕЛЯ (ПЛАВИКС)

Андреева А. В.

ГБУ РО ОККД, г. Рязань, Россия

Введение (цели/ задачи):

Клопидогрел – ингибитор АДФ рецепторов тромбоцитов (P2Y₁₂) второго поколения, являющийся одним из основных антиагрегантов, применяющихся для терапии пациентов с острым коронарным синдромом без подъемом сегмента ST. Цель. Продемонстрировать возможность возникновения повторного ИМ в зоне рубца у пациента с рестенозом стента, принимающего оригинальный клопидогрель (плавикс).

Материал и методы:

Пациент К., 60 лет, поступил в РОККД в ПИТ 23.03.22. с жалобами на давящие, сжимающие боли за грудиной, с иррадиацией в левую руку, продолжительностью 15 мин, умеренную одышку, общую слабость. Из анамнеза: длительно страдает гипертонической болезнью, в 2014 и 2021 годах перенес ОИМ. В 2015 г. ЧТКА и ЭП ПКА. В 2021г. ЧТКА и ЭП ОА. В качестве антитромбоцитарной терапии принимал оригинальный клопидогрель (плавикс). Ухудшение 23.03.2022 г., когда после физической нагрузки появились давящие, сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку. Вызвал СМП. Доставлен в РОККД. Объективно: состояние относительно удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, ЧСС 68 в мин. АД 160/80 мм рт ст. При обследовании: на ЭКГ синусовый ритм, очаговые изменения в миокарде нижней стенки ЛЖ. Тропонин количественный 0,071 нг/мл, 0,313 нг/мл, ОАК, ОАМ без патологии, биохимические показатели в пределах референсных значений, рентгенография ОГК без очагово-инфильтративных теней. 24.03.22. КАГ: смешанный тип коронарного кровоснабжения сердца. Ствол ЛКА, ПМЖА с неровными контурами, ИМВ-мелкая артерия, в устье сужена на 90%. Стент ОА проходим, без признаков рестеноза. В стенте среднего сегмента ПКА имеет место выраженная гиперплазия интимы, суживающая просвет артерии на 90%, в нижнем сегменте ПКА имеет стеноз 80%. После КАГ проводниковый катетер установлен в устье ПКА. Выполнена ЧТКА зоны рестеноза стента в среднем сегменте ПКА, стеноза нижнего сегмента ПКА баллоном 3,0*24 мм и ЭП нижнего сегмента ПКА стентом с лекарственным покрытием. На контрольной КАГ просвет артерии восстановлен полностью, кровоток ТИМІ ІІІ, без дистальной эмболизации. 25.03.22 ЭХО-КГ: ФВ 59%, зоны гипокинезии м-да ЛЖ. Нарушение диастолической функции ЛЖ. Умеренная гипертрофия МЖП. Увеличение ЛП. Атеросклероз аорты. Заключительный диагноз- Основной: ИБС: нижний в зоне рубца инфаркт миокарда ЛЖ от 23.03.22. ПИКС (2014, 2021гг.). Атеросклероз аорты, коронарных артерий. ЧТКА и ЭП ПКА (2015), ЧТКА и ЭП ОА

(2021). ЧТКА рестеноза стента ПКА и ЭП ПКА (24.03.22). Фоновое: Гипертоническая болезнь III стадии, неконтролируемая, риск 4. Целевое АД 120-130/70-79 мм рт. ст. Сахарный диабет 2 типа, на инсулине. Осложнения: Killip I. ХСН I ст. ФК 2. Проводилось лечение: аторвастатин, ацетилсалициловая кислота, тикагрелор, лизиноприл, метопролол, пантопрозол, п/к эноксапарин, в/в нитроглицерин, инсулинотерапия.

Результаты:

Пациент переведен в отделение реабилитации в удовлетворительном состоянии. Учитывая повторный ИМ в зоне рубца, рестеноз стента, рекомендовано дальнейшее медикаментозное лечение: клопидогрель заменен на тикагрелор 90 мг 2 р/д в течении 12 месяцев, ацетилсалициловая кислота 100 мг вечер, лизиноприл, метопролол, пантопрозол, нитроглицерин по потребности, инсулинотерапия.

Заключение:

Не смотря на то, что в крупных клинических исследованиях клопидогрель доказал свою эффективность в снижении риска развития повторных ишемических событий и в уменьшении риска развития осложнений (смертность, инфаркт миокарда, реваскуляризация, тромбоз стента, тромбоз при инфаркте миокарда и кровотечения), встречаются клинические случаи с подобными явлениями.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ: ЕСТЬ ЛИ ОТЛИЧИЯ ОТ ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ?

Седых Д. Ю., Петрова Т. С., Исакова М. В., Ц. Д.П., Кашталап В. В.
НИИ КПССЗ, г. Кемерово, Россия

Введение (цели/ задачи):

Изучить особенности питания пациентов с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) при сравнении с данными участников регионального эпидемиологического исследования в различных возрастных группах.

Материал и методы:

В работу включены лица от 35 до 70 лет, постоянно проживавшие на территории города Кемерово или Кемеровского района. Основную группу исследования составили пациенты с диагнозом ИМ (n = 56), группу сравнения участники клинико-эпидемиологического исследования, проводимого НИИ КПССЗ с 2015 по 2020 годы (n = 1600). Все участники дополнительно были классифицированы по возрасту: 35-49 лет (9 в основной группе и 509 в группе сравнения), 50-59 лет (35 в основной группе и 509 в группе сравнения), 60-69 (6 в основной группе и 582 в группе сравнения) лет. Сбор информации о питании осуществлялся анкетированием по адаптированному опроснику (Food Frequency Questionnaire). В процессе обработки данных продукты, имеющие схожие характеристики, объединены в подгруппы: овощи, фрукты, яйца и мясо, картофель и зерновые, молочные продукты, супы, сладости, чипсы и сухарики, орехи, соусы (майонез, кетчуп, горчица, соевый и бальзамический соус). Для количественного расчета частоты потребления той или иной подгруппы продуктов присваивались баллы: никогда, реже одного раза в месяц – 1 балл; 1–3 раза в месяц – 2 балла; 1 раз в неделю – 3 балла; 2–4 раза в неделю – 4 балла; 5–6 раз в неделю – 5 баллов; 1 раз в день – 6 баллов; 2–3 раза в день – 7 баллов; 4–5 раз в день – 8 баллов; более 6 раз в день – 9 баллов, после чего вычислялась доля лиц, употребляющих данную группу продуктов в течение месяца чаще 1 раза. Далее выполнялся анализ особенностей рациона питания в основной группе и группе сравнения.

Результаты:

Пациенты 35-49 лет с ИМ по сравнению с участниками регионального эпидемиологического исследования того же возраста в 7 раз реже указывали на употребление в пищу овощей ($p = 0,001$), в 2, 5 раза реже на картофель и зерновые ($p = 0,004$), в 1, 8 раз реже супы ($p = 0,027$), в 2, 6 раз реже сладости ($p = 0,039$), однако, в их рационе в 4, 8 раз чаще присутствовали орехи ($p = 0,001$), в 1, 1 раз чаще соусы ($p = 0,001$). В возрасте 50-59 лет у больных с ИМ в 1, 9 раз реже, чем в общей популяции Кемеровского региона в питании отмечены овощи ($p = 0,001$), тогда как чаще в 3, 3 раза супы ($p = 0,001$), в 9 раз чаще чипсы и сухарики ($p = 0,001$), в 22, 7 раз чаще орехи ($p = 0,001$), в 8, 5 раз чаще соусы ($p = 0,001$). В старшем же возрастном диапазоне (60-69 лет) в группе пациентов с ИМ в 14 раз реже употреблялись молочные продукты ($p = 0,014$) и овощи ($p = 0,001$), в 6, 3 раз яйца и мясо ($p = 0,031$), в 6 раз фрукты ($p = 0,018$), в 7, 5 раз картофель и зерновые ($p = 0,045$). В отношении других групп продуктов пациенты с ИМ значимо не отличались от общей популяции Кемеровского региона.

Заключение:

Сложившиеся в различных группах возрастов стереотипы питания среди пациентов с развившимся ИМ позволяют рассматривать их как потенциально «проатерогенные», что актуализирует потребность в коррекции рациона в рамках вторичной профилактики. Важным для улучшения прогноза и качества жизни пациентов становится доступная популяризация эффектов от модификации нездорового питания медицинским сообществом, необходимая для повышения уровня приверженности и мотивации к изменениям в постинфарктном периоде.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ И КОНТРОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТАКТИКИ НАБЛЮДЕНИЯ КАРДИОЛОГОМ

Щинова А. М., Потехина А. В., Осокина А. К., Филатова А. Ю., Долгушева Ю. А., Проваторов С. И.
ФГБУ «НМИЦК им. Ак. Е.И. Чазова» Минздрава России, Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Низкая приверженность к медикаментозной терапии является одной из важнейших проблем в лечении пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Дистанционное наблюдение пациентов после коронарного стентирования (КС) может улучшить приверженность к терапии и контроль факторов риска ССЗ. Цель. Оценить приверженность к терапии и контроль факторов риска ССЗ у пациентов через 12 месяцев после перенесенного КС в зависимости от тактики наблюдения кардиологом.

Материал и методы:

В исследование было включено 279 пациентов, которым было проведено КС ввиду стенокардии напряжения 2 ф.к. и выше либо безболевой ишемии миокарда. Было сформировано 3 группы: пациенты группы 1 ($n = 96$) – очное наблюдение кардиологом, пациенты группы 2 ($n = 95$) – дистанционное наблюдение кардиологом, пациенты группы 3 ($n = 88$) – наблюдение терапевтом либо врачом общей практики по месту жительства. Очные визиты к кардиологу (осмотр и контроль анализов крови) и дистанционные консультации посредством электронных каналов связи и интерпретация предоставленных результатов

анализов крови осуществлялись через 1, 3, 6 и 12 месяцев после КС. Приверженность к медикаментозной терапии согласно опроснику Мориски-Грина оценивалась в ходе каждого контакта с координатором исследования.

Результаты:

Исходно приверженность к терапии во всех группах была низкой и достоверно между группами не отличалась. Через 12 месяцев после КС в группах 1 и 2 отмечалось значимое увеличение количества высоко приверженных лиц (с 17 до 33 и с 13 до 42, соответственно, $p < 0,05$), а также значимое снижение количества лиц с низкой приверженностью к лечению (с 63 до 42 и с 67 до 36, соответственно, $p < 0,05$). Прием дезагрегантов прекратили 1-2% лиц, тогда как 32,3% в группе 1, 29,5% в группе 2 и 57,9% в группе 3 прекратили прием статинов либо снизили их дозу самостоятельно ($p < 0,05$ для группы 3 в сравнении с группами 1 и 2). В группах 1 и 2 произошло значимое снижение уровней САД и ДАД, в группе 2 также было отмечено снижение количества курящих лиц с 46,3% до 31,6% ($p < 0,05$).

Заключение:

Наблюдение кардиологом в очном и дистанционном формате является сопоставимым по улучшению приверженности к терапии и улучшению контроля факторов риска ССЗ.

РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

Бехбудова Д. А., Ахмедова Т. А., Абиева Э. М.

Научно-исследовательский институт кардиологии им. акад. Д. Абдуллаева, г. Баку, Азербайджан

Введение (цели/ задачи):

В условиях пандемии по данным многочисленных клинических наблюдений вопросы профилактики основных неинфекционных сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе артериальной гипертензии (АГ), не только не потеряли, но приобрели еще большую остроту и актуальность. Цель исследования: ретроспективная оценка качества лечения пациентов с АГ в условиях пандемии COVID-19.

Материал и методы:

Учитывая текущие условия пандемии, периодический контроль над соблюдением пациентами с АГ врачебных рекомендаций, выданных на основании результатов первичного профилактического обследования работников умственного труда в организованной популяции г. Баку, проводился с помощью контактов по телефону по специально составленной анкете. Динамику уровня артериального давления (АД) за исследуемый период оценивали по специально подготовленным для самостоятельного заполнения дневникам, в которые заносились результаты самостоятельного измерения пациентами своего АД, а также фиксировались случаи ухудшения самочувствия и принятые меры по его нормализации.

Результаты:

Несмотря на регулярный прием назначенных врачами современных антигипертензивных препаратов, 37,5% больных АГ отметили у себя ежедневные эпизоды повышения уровня АД. Еще 18, 75% опрошенных указали на периодически отмечавшийся высокий уровень АД с частотой до 2-3-х раз в неделю. При этом 18, 75% пациентов исследуемой группы в качестве «оптимального для себя» отметили уровень АД 140-150/90 мм рт. ст. Обращает на себя внимание то, что в периоде пандемии 43, 75% пациентов исследуемой группы ни разу не обращались к врачам по поводу коррекции терапии.

Заключение:

Полученные данные свидетельствуют о том, что даже регулярный прием антигипертензивных препаратов, однако без периодического врачебного контроля над эффективностью проводимой терапии не позволяет достичь основной цели лечения пациентов с АГ снижения уровня сердечно-сосудистого риска.

СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

АНАЛИЗ УРОВНЯ ВИТАМИНА D У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Козлова И. Г., Самедов Р. Д.

Научно-исследовательский институт кардиологии им. акад. Д. Абдуллаева, г. Баку, Азербайджан

Введение (цели/ задачи):

Дефицит витамина D, по разным исследованиям, наблюдается у 30-50% населения. Если раньше проявлением недостатка витамина D считались только патологии костной системы, то по мере изучения роли витамина D становилось понятно, что только этим его участие в биохимических процессах организма человека не ограничивается. С каждым новым исследованием (Margolis K.L. et al., 2008), (Bhandari S.K. et al., 2011), (Forman J.P. et al., 2013), (Chen W.R. et al., 2014), (Carbone F. et al., 2014), (Gangula P.R. et al., 2013) и многих других, становилось ясно, что витамин D играет важную роль в работе иммунной системы, аллергических реакциях организма, в возникновении и тяжести течения различных аутоиммунных заболеваний. Дефицит и недостаток витамина D по данным последних исследований является предиктором возникновения сердечно-сосудистых заболеваний и катастроф (инфарктов и инсультов). Механизм достаточно сложен, так как выяснилось, что витамин D имеет вазопротекторный эффект, вследствие улучшения эндотелиальной дисфункции, влияет на ремоделирование сосудов, миокарда, снижая риск развития гипертрофии левого желудочка, улучшает показатели артериального давления. Особо хочется отметить роль витамина D при эндокринных патологиях-предиабете, инсулинорезистентности, сахарном диабете и заболеваниях щитовидной железы. Также он, оказывает влияние на липидный обмен, дислипидемию. Как следствие, снижается риск развития атеросклероза. Снижает риск фиброза. При комплексном воздействии на все вышеперечисленные факторы, улучшает течение артериальной гипертонии и препятствует прогрессированию хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы:

В этой работе был определён уровень витамина D (25-ОН Vitamin D) в пробах венозной крови пациентов с сердечной недостаточностью (2021 год). Исследование проводилось на флуоресцентном анализаторе iCHROMA III).

Результаты:

Во время исследования были взяты пробы венозной крови натощак у пациентов с установленным диагнозом сердечной недостаточности (I-III ф.к). Исследование проводилось

на анализах крови 23 пациентов (n = 23). Из 23 пациентов у 16 в анамнезе имелся сахарный диабет (69,5%). Из 23 пациентов у 5, сахарному диабету сопутствовали различные заболевания щитовидной железы (21,7%). Из 23 пациентов у 7 в анамнезе имелись хронические заболевания почек и мочевыводящих путей (34,3%). Референсные значения были следующие: Дефицит <20.0 ng/mL Недостаток 20.0-30.0 ng/mL Норма 30.0-100.0 ng/mL Очень высокий/токсический уровень >100.0 ng/mL. В ходе исследования только у 5 пациентов с сопутствующими заболеваниями щитовидной железы показатели соответствовали нижнему уровню нормы и составляли 30.0-42.0 ng/mL. Это было связано с длительным приёмом витамина D, который был назначен задолго до исследования, в связи с сопутствующей патологией щитовидной железы. У остальных 18 пациентов (78,3%) уровень витамина D находился или в зоне дефицита, а у 6 пациентов (05.0-19,0 ng/mL), или в зоне недостаточности (20,0-29,0 ng/mL) у 12 (52,17%).

Заключение:

Результаты исследования уровня витамина D в крови у пациентов с ранее установленным диагнозом ХСН, показали, что, практически все пациенты, не получившие дополнительно препараты витамина D, имели дефицит или недостаточный его уровень. Учитывая важную роль витамина D, доказанную в многочисленных исследованиях, проведённых в разных странах и имеющую клиническое подтверждение в виде снижения сердечно-сосудистых рисков, целесообразно было бы контролировать уровень витамина D у пациентов с ХСН. Чаще всего эти пациенты имеют коморбидную патологию и устранение дефицита витамина D окажет благоприятное воздействие на состояние всех органов и систем организма.

ИЗУЧЕНИЕ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Ермекбаева А. У.¹, **Камилова У. К.**², **Рахимов А. Н.**², **Машарипова Д. Р.**², **Назаров Н. Н.**¹, **Закирова Г. А.**², **Алиева М. Ю.**²

¹Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан, ²РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Изучение нейрогуморальных факторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН), перенесших COVID-19.

Материал и методы:

Были обследованы 150 больных I-III функциональным классом (ФК) ХСН, перенесших COVID-19. Всем пациентам проводили: эхокардиографию, иммуноферментным методом определили уровень ренина, ангиотензина II и альдостерона. Для оценки параметров нейрогуморальной системы у больных с хронической сердечной недостаточностью I-III ФК в зависимости от уровня фракции выброса ЛЖ все обследованные больные были подразделены на 3 группы исследования: I группу составили 106 больных ХСН ФК I-III с ФВЛЖ более 50%, II группу составили 31 больных ХСН ФК I-III с уровнем ФВЛЖ 49-40% и III группу составили больные с ХСН ФК I-III, имеющих ФВЛЖ менее 40% (n = 13).

Результаты:

Результатами анализа параметров нейрогуморальной системы при различной тяжести ХСН в зависимости от уровня ФВЛЖ было установлено, концентрация ренина в плазме крови значительно различалась у больных ХСН ФВЛЖ >50% и ФВЛЖ (49-40%) составило 26,61%

($p < 0,001$). По мере нарастания тяжести ХСН в III группе больных со сниженной ФВЛЖ менее 40% отмечалась более выраженное нарастание данного показателя на 32,02% ($p < 0,001$) по отношению к данным I группы ФВЛЖ > 50%: значение ренина крови составило $71,43 \pm 5,41$ МкМЕ/мл против $54,93 \pm 1,07$ МкМЕ/мл (выше на 23,1%; $p < 0,001$). Анализ уровня ангиотензина II показал нарастание данного параметра по мере усугубления тяжести ХСН. У больных с ФВЛЖ > 50% данный показатель составил $70,83 \pm 1,45$ пг/мл, в группе больных с ХСН ФВЛЖ (49-40%) ангиотензин-2 был выше на 28,79%, а в группе больных с ХСН ФВЛЖ менее 40% на 30,53% ($p < 0,001$). У больных с ФВЛЖ более 50% уровень альдостерона крови составил $239,4 \pm 5,52$ пг/мл. В группе больных с промежуточным уровнем ФВЛЖ (49-40%) уровень альдостерона в плазме составил $330,03 \pm 6,51$ пг/мл, превышая значения больных I группы с ФВЛЖ > 50% на 27,5% ($p < 0,001$).

Заключение:

У больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН), перенесших COVID-19 изучение нейрогуморальных факторов РААС показало, что уровень нейрогуморальных факторов имеет прямую корреляционную связь с тяжестью заболевания.

ИНТЕРВАЛ QT И ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА

Аверьянова Е. В., Барменкова Ю. А., Орешкина А. А., Кулюцин А. В., Олейников В. Э.
ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценить динамику дисперсии и стандартного отклонения длительности интервала QT у больных, перенесших инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST), в зависимости от фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ).

Материал и методы:

В исследовании участвовали 118 больных ИМпST с гемодинамически-значимым поражением одной коронарной артерии. Средний возраст пациентов составил 52 (45; 58) года, большинство из них были мужчины (86,4%). Все больные подверглись чрескожному коронарному вмешательству (ЧКВ) со стентированием инфаркт-связанной артерии. На 7-9 сутки и 12-й неделе постинфарктного периода проводилась 2D-эхокардиография с оценкой ФВ ЛЖ по методу Simpson. На 7-9 сутки, 24-й и 48-й неделях лечения проводили холтеровское мониторирование ЭКГ с анализом дисперсии и стандартного отклонения длительности интервала QT и оценкой наличия жизнеугрожающих нарушений ритма (желудочковая экстрасистолия высоких градаций по Lown-Wolf, пробежки желудочковой тахикардии, фибрилляция предсердий и желудочков). На 12-й неделе постинфарктного периода все больные были поделены на группы в зависимости от ФВ ЛЖ по данным эхокардиографии: группу А составили пациенты с ФВ ЛЖ 50% и более (66 человек – 56%), в группу В вошли лица с промежуточной ФВ ЛЖ 40-49% (40 человек – 34%) и группу С составили больные, у которых ФВ ЛЖ была менее 40% (12 человек – 10%). Сравнимые группы были сопоставимы по возрасту, полу, антропометрическим показателям, локализации инфарктной зоны, лечению и сопутствующей патологии.

Результаты:

У лиц группы А наблюдалось снижение дисперсии и стандартного отклонения длительности интервала QT к 48-й неделе наблюдения, которое проявлялось регрессом следующих показателей: $dispQT$ снизилась на 32% за сутки, на 35% днем и на 29% в ночные часы

($p < 0,01$), $sdQTa$ – на 39% за сутки, на 42% днем, на 33% ночью ($p < 0,01$), $dispQTe$ – на 26% в дневные часы ($p < 0,01$), $sdQTe$ – на 23% за сутки, на 36% днем и на 23% ночью ($p < 0,01$). В группе В положительной динамики дисперсии и стандартного отклонения QT не выявлено. В группе С зафиксирована положительная динамика $dispQTa$: к окончанию наблюдения показатель снизился на 26% за сутки, на 28% днем и на 32% ночью ($p < 0,05$), однако данные изменения связаны с тем, что исходно значения этого параметра были выше по сравнению с группами А и В. Через 48 недель $dispQTa$ оставалась на более высоком уровне, чем в группах больных с сохраненной и промежуточной ФВ ЛЖ ($p < 0,05$). За все время наблюдения достоверной динамики по количеству пациентов с жизнеопасными аритмиями в трех группах выявлено не было. Однако при межгрупповом сравнении получены следующие результаты: на 7–9-е сутки у лиц группы А реже регистрировалась желудочковая экстрасистолия высоких градаций по Wolf-Lown по сравнению с группой В и С: 7,6 vs 27,5% ($p = 0,006$); 7,6 vs 33% ($p = 0,01$) соответственно, а к окончанию активного лечения получены различия между группами А и В: 13,6 vs 32,5% ($p = 0,02$).

Заключение:

Регресс дисперсии QT в постинфарктном периоде отражает восстановление монолитности фазы реполяризации в сердечной мышце и снижает риск развития жизнеугрожающих нарушений ритма, что является характерным для лиц с сохраненной ФВ ЛЖ.

ИСХОДЫ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ В КОГОРТЕ БЕЛОРУССКИХ ПАЦИЕНТОВ С НЕКОМПАКТНОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Ринейская Н. М.¹, **Комиссарова С. М.**¹, **Красько О. В.**², **Севрук Т. В.**¹, **Ефимова А. А.**¹

¹ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь, ²ГНУ «Объединенный институт проблем информатики НАН Беларуси», г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Оценить результаты длительного наблюдения за пациентами с различными клиническими формами некомпактной кардиомиопатии (НКМП), связанных с ними клиническими исходами, а также 3-летнюю выживаемость.

Материал и методы:

Обследовано 211 пациентов с НКМП (медиана возраста 39 [18; 72] лет), из них: у 94 (44,5%) диагностирован изолированный фенотип и у 117 (55,5%) – сочетание с другими кардиомиопатиями, в том числе у 103 (48,8%) пациентов – сочетание с ДКМП; у 14 (6,6%) – с ГКМП, которым помимо традиционных клинических методов исследования выполняли МРТ сердца с отсроченным контрастированием гадолинием. Конечные точки исследования включали ВСС, ВСС с успешной реанимацией и имплантацией КД и выполнение ОТС.

Результаты:

За период наблюдения (медиана наблюдения 36 [6-211] мес.) из 211 пациентов с НКМП у 24 (11,4%) были зарегистрированы неблагоприятные исходы, в том числе у 1 (0,5%) – ВСС, у 10 (4,7%) – ВСС с успешной реанимацией и установкой ИКД, у 13 (6,2%) выполнена ОТС. ВСС наступила у 11 (5,2%) пациентов с ФК I-II NYHA, в том числе у 10 пациентов с успешной реанимацией и имплантацией ИКД через 23 (от 5 до 152) месяцев после установления диагноза. ОТС выполнена 13 пациентам с ФК III NYHA в сроки 30 (от 8 до 113) месяцев, после постановки диагноза в группе пациентов с сочетанием НКМП с ДКМП. Средний возраст на момент ВСС или ОТС составлял 37 ± 12 лет. 3-летняя выживаемость в группе пациентов с изолированной формой составила 98.9 (96.7-100)%, и значимо различалась с

группой пациентов с сочетанием НКМП с ДКМП 86.5 (79.6-94)%, и с группой пациентов с сочетанием НКМП с ГКМП 72.9 (50.7-100)%, $p = 0,0012$. Тогда как 3-летняя выживаемость в группе с сочетанием НКМП с ДКМП и НКМП с ГКМП между собой значимо не различались.

Заключение:

Прогноз пациентов с изолированной формой НКМП в целом благоприятный и 3-летняя выживаемость их составила 98.9 (96.7-100)%. Наличие сочетания НКМП с другими кардиомиопатиями предсказывает риск неблагоприятных клинических исходов и 3-х летняя выживаемость сочетания НКМП с ДКМП составила 86.5 (79.6-94)%, а при сочетании НКМП с ГКМП 72.9 (50.7-100)%, что может быть полезным при выборе стратегии ведения пациентов с НКМП.

КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УРОВНЯ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Хазова Е. В., Булашова О. В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Высокочувствительный С-реактивный белок (вчСРБ) является установленным маркером системного воспаления, ассоциированным с тяжестью и исходами хронической сердечной недостаточности (ХСН). Цель – оценить клинические характеристики и отдаленный 5-летний прогноз у пациентов с ХСН ишемического генеза во взаимосвязи с уровнем вчСРБ.

Материал и методы:

Обследовано 297 пациентов (167 мужчин и 130 женщин) со стабильной ХСН, в возрасте $66, 4 \pm 10,4$ г. У всех пациентов была ишемическая болезнь сердца (ИБС), в том числе в сочетании с артериальной гипертензией у 91,4% пациентов (85,3% мужчин и 96,3% женщин). Пациенты мужского и женского пола были сопоставимы по степени тяжести ХСН: I-II функциональные классы (ФК) 51,2% и 48,8%, III-IV ФК 50,3% и 49,7%, соответственно. Всем пациентам проводилось клиническое исследование, в т.ч. определялись вчСРБ, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕРІ, проводилась эхокардиография. Для оценки отдаленного прогноза собрана информация о конечных точках в течение 5 лет у 101 пациента. Оценка достижения кардиоваскулярных событий осуществлялась через 5 лет по конечным точкам: смертность от всех причин, сердечно-сосудистая смертность и комбинированная конечная точка, включавшая нефатальные инфаркт миокарда и инсульт, тромбозы, госпитализации в связи с декомпенсацией ХСН. Статистическая обработка производилась с помощью стандартного пакета программ Jamovi (Version 3.2.0) [Computer Software] (2022).

Результаты:

Медиана концентрации вчСРБ у пациентов с ХСН ишемического генеза составила 3,21 [1,48; 7,59] мг/л. У 52,1% пациентов с ХСН уровень вчСРБ превысил 3 мг/л, у 31% пациентов вчСРБ был в диапазоне 1-3 мг/л, у 16,9% не превышал 1 мг/л. Уровень вчСРБ у мужчин и женщин был сопоставим: (3, 29 [1,27;7,77] и 3,14 [1,59;7,23] мг/л ($p = 0,874$)). Пациенты с ХСН, перенесшие ранее инсульт, имели более высокий вчСРБ, чем без инсульта в анамнезе (5,88 [2,69;8,94] мг/л и 3,1 [1,31;7,15] мг/л, $p = 0,018$). Наблюдалась тенденция к увеличению

вчСРБ у пациентов III-IV ФК ХСН: 3, 37 [1,77;7,59] по сравнению с пациентами I-II ФК 2, 74 [1,25;7,35], $p = 0,319$. Анализ уровня СРБ в зависимости от величины ФВ ЛЖ выявил большее значение вчСРБ при ХСН со сниженной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) (3,5 [1,6;9]) мг/л и уменьшение концентрации вчСРБ при умеренно сниженной и сохраненной ФВ ЛЖ (3,29 [2,08;6,7] мг/л, $p = 0,952$ и 3, 1 [1, 28;7,7] мг/л $p = 0,873$, соответственно). Выявлены корреляции величины вчСРБ с индексом массы тела ($r = 0,181$, $p = 0,005$), уровнями глюкозы ($r = 0,143$, $p = 0,028$), креатинина ($r = 0,153$, $p = 0,019$), мочевой кислоты ($r = 0,188$, $p = 0,008$), гемоглобина крови ($r = 0,148$, $p = 0,022$), а также с конечным систолическим размером (КСР) ЛЖ ($r = 0,132$, $p = 0,043$), массой миокарда левого желудочка (ММЛЖ) ($r = 0,149$, $p = 0,022$), индексом ММЛЖ ($r = 0,14$, $p = 0,031$). Пациенты с ХСН с уровнем вч СРБ >3 мг/л характеризовались большей толщиной задней стенки ЛЖ. У женщин с уровнем вчСРБ >3 мг/л ММЛЖ и индекс ММЛЖ статистически значимо превышали таковой у лиц с уровнем вчСРБ менее 1 мг/л. Общая смертность в течение 5 лет составила 33,7%, в т.ч. сердечно-сосудистая – 31,7%. Комбинированной конечной точки достигли 19% пациентов. У пациентов с ХСН с уровнем вч СРБ более 3 мг/л, в течение 5 лет риск смерти выше по сравнению с уровнем вч СРБ менее 3 мг/л (OR = 2,86, ДИ 1,164-7,038) и с пациентами с уровнем менее 1 мг/л составил (OR = 0,18, ДИ 0,05-0,74).

Заключение:

Выводы. 1. У 52,1% пациентов с ХСН ишемической этиологии наблюдается высокий уровень вчСРБ (>3 мг/л). 2. У пациентов с ХСН, перенесших инсульт, уровень вчСРБ выше, чем с ХСН без инсульта в анамнезе. 3. Уровень вчСРБ у пациентов с ХСН ишемического генеза коррелирует с индексом массы тела, уровнями глюкозы, креатинина, мочевой кислоты, гемоглобина, параметрами КСР, ММЛЖ, индексом ММЛЖ. 4. Риск смерти у пациентов с ХСН с уровнем вчСРБ более 3 мг/л выше в сравнении с пациентами с уровнем вч СРБ менее 3 мг/л (OR = 2,86, ДИ 1,164-7,038) и с уровнем менее 1 мг/л составил (OR = 0,18, ДИ 0,05-0,74).

МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С УЧЕТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК

Камилова У. К., Атаходжаева Г. А., Машарипова Д. Р., Икрамова Ф. А., Абдуллаева Ч. А., Бекназарова С. С.

РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Определение прогностических факторов неблагоприятного течения хронической сердечной недостаточности (ХСН) с учетом функционального состояния почек с применением мобильного приложения.

Материал и методы:

Были обследованы 150 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с I-III функциональным классом (ФК) ХСН. Всем пациентам проводили: эхокардиография с оценкой конечно-диастолического и конечно-систолического объемов и размеров левого желудочка (КДО, КСО и КДР, КСР ЛЖ), фракции выброса (ФВ) ЛЖ, индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ); при проведении доплерографии брахиоцефальных артерий и почечных артерий оценивали показатель толщины интим-медии (ТИМ) на уровне общей сонной артерии (ОСА), резистивного и пульсационного индекса (RI и PI) на уровне правой и

левой почечной артерии; определяли уровень сывороточного креатинина (Кр), расчетным методом скорости клубочковой фильтрации (рСКФ) по формуле СКД-ЕРІ в мл/мин. Иммуноферментным методом определили уровень альдостерона и ангиотензина II.

Результаты:

Для оценки значимости параметров в прогнозировании течения ХСН с учетом функции почек использована методика неоднородной последовательной процедуры с разработкой дифференциально-диагностических таблиц (ДТ) в три этапа: первый – исследование вероятности признака при ХСН в зависимости от степени тяжести, вычисление диагностических коэффициентов (ДК) и определение информативности (J) каждого признака; второй этап – составление ДТ, с включением признаков, имевших высокую J (более или равной 0,5), определение их чувствительности (Se), прогностической значимости; третий этап – выбор диагностических порогов (суммы ДК), позволивших принять правильное решение. Для оценки значимости признаков при прогнозе течения ХСН были отобраны следующие диагностические показатели: структурно-геометрические параметры ЛЖ (КДР, КДО и КСР ЛЖ, ФВ ЛЖ, ИММЛЖ, ИСd и ИСs), параметры сосудистого ремоделирования (ТИМ на уровне правой и левой ОСА), показатели почечной функции (рСКФ), уровень NTproBNP более 300 пг/мл и Ал более 200 пг/мл. Прогностически значимыми для определения неблагоприятного течения ХСН оказались: наличие ФВ менее 50%, увеличение КДО более 137 мл, КСР более 43 мм, снижение рСКФ менее 60 мл/мин, увеличение уровня альдостерона более 200 пг/мл и ангиотензина II более 100 пг/мл.

Заключение:

Ранними неблагоприятными прогностическими признаками у больных ХСН с дисфункцией почек являются: наличие ФВ менее 50%, увеличение КДО более 137 мл, КСР более 43 мм и снижение СКФ менее 60 мл/мин, III тип диастолической дисфункции ЛЖ, повышение уровня альдостерона и ангиотензина II.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО СТАТУСА И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ПРИОБРЕТЕННЫМ ПОРОКОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ДО ЕГО ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Теплова Ю. Е., Ляпина И. Н., Сизова И. Н., Евтушенко А. В., Барбараш О. Л.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», г. Кемерово, Россия

Введение (цели/ задачи):

Финансирование: работа выполнена в рамках гранта Фонда поддержки молодых ученых в сфере биомедицинских наук № 2021_4 «Изучение особенностей динамики фенотипа пациентов с легочной гипертензией после хирургической коррекции приобретенной клапанной патологии левых камер сердца». Цель работы. Сравнительная оценка особенностей клинического статуса и процесса ремоделирования миокарда правых и левых отделов сердца до кардиохирургической коррекции приобретенного порока сердца (ППС) у пациентов с наличием легочной гипертензией (ЛГ) и без неё.

Материал и методы:

В исследование включено 80 больных (медиана возраста 60,0 лет [51,0; 65,0]) с патологией митрального клапана (МК) изолированно или сочетанного с поражением аортального/трикуспидального клапанов. Для исходной и динамической оценки параметров ремоделирования миокарда правых и левых отделов сердца была выполнена

трансторакальная эхокардиография (ЭхоКГ) с дополнительной оценкой структуры и функции правого желудочка (ПЖ). Статистический анализ данных проводился с помощью стандартных непараметрических методов посредством лицензионной программы STATISTICA 10.0 (StatSoft, США). Количественные переменные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха Me [Lq; Uq], относительные – в виде процентного соотношения. Критическим уровнем статистической значимости принималась величина 0,05.

Результаты:

У 37 пациентов (46,25%) из общей выборки имела место быть недостаточность митрального клапана (МК), у 26 больных – митральный стеноз (МС, 32,50%), у 17 человек диагностирован сочетанный порок МК (21,25%). Причиной ППС у 34 пациентов стала ревматическая болезнь сердца (44,7%), у 20 – синдром соединительно-тканной дисплазии (26,3%), у 9 отмечена митральная недостаточность на фоне частичного отрыва хорд МК после перенесенного инфаркта миокарда (11,8%). По результатам данных ЭхоКГ исходно пациенты были распределены на 2 группы: в I группе (n = 63; 78,75%) пациенты имели ЛГ (Me систолического давления в легочной артерии (СДЛА) 55,0 [45,0; 65,0] мм рт.ст. и Me среднего ДЛА 35,0 [29,0; 38,0] мм рт.ст.; ЛГ была подтверждена и по данным инвазивной диагностики), а во II группе – СДЛА < 37 мм рт.ст. (n = 17; 21,25%). Пациенты с СДЛА ≥ 37 мм рт.ст. по сравнению с больными, неотягощенными ЛГ, отличались более высокой частотой фибрилляции предсердий (I – n = 37, 58,73%; II – n = 5, 29,4%; p = 0,03) и худшей толерантностью к физическим нагрузкам (I-II функциональный класс хронической сердечной недостаточности (ФК ХСН): I группа – n = 25,39, 68%; II группа – n = 16,94, 10%; p = 0,0001; III-IV ФК ХСН: I группа – n = 30,47, 62%; II группа – n = 1,5, 90%; p = 0,0017). Пациенты I группы по данным ЭхоКГ имели меньшие конечно-диастолические размер (КДР, 5,1 [4,7; 6,0] см), объем (КДО, 124,0 [108,0; 180,0] мл) и индекс (КДИ, 70,0 [53,0; 89,0] мл/м²) левого желудочка (ЛЖ) против пациентов II группы (КДР – 5,9 [5,2; 6,4] см, p = 0,003; КДО – 173,0 [130,0; 209,0] мл, p = 0,003; КДИ – 104,0 [76,0; 123,0] мл/м², p = 0,003). Кроме того, группы достоверно различались уровнем ударного объема ЛЖ (I – 84,0 [65,0; 103,0] мл, II – 115,5 [83,0; 147,0] мл, p = 0,001) и размерами левого предсердия (I – 5,4 [5,0; 5,8] см, II – 4,9 [3,9; 5,8] см, p = 0,02). Это связано с более частым наличием поражения МК в виде митрального стеноза или сочетанного поражения МК у пациентов с ЛГ (61,9%), а также возможной компрессией левых отделов сердца правыми, что демонстрирует индекс эксцентричности ЛЖ, медиана которого для группы I составила 1, 25, для группы II = 1, соответственно (p = 0,04). Пациенты с ЛГ характеризовались значимым увеличением переднезаднего размера правого желудочка (ПЖ, 2,7 [2,3; 3,0] см) со снижением фракции выброса ПЖ по данным 3Д ЭхоКГ (ФВ ПЖ, 25,0 [23,0; 37,0]%) и систолической функции ПЖ по данным 2D ЭхоКГ (систолическая экскурсия кольца трикуспидального клапана (TAPSE) – 1,5 [1,3; 1,7] см; фракционное изменение площади ПЖ (FAC) – 36,0 [28,5; 43,5]%) по сравнению с пациентами с ППС без ЛГ (ПЖ 2,2 [1,8; 2,7] см, p = 0,02; ФВ ПЖ 50,0 [46,0; 54,0]%, p = 0,02; TAPSE 1,7 [1,6; 1,8] см, p = 0,03; FAC ПЖ 45,0 [40,0; 49,0]%, p = 0,03).

Заключение:

Когорта пациентов с ППС и ЛГ характеризуется более частым ревматическим генезом митрального порока с формированием стеноза МК, более высокой распространенностью ритма фибрилляции предсердий, более низкой толерантностью к физическим нагрузкам. Присутствие легочной гипертензии значительно ухудшает клиническое состояние и гемодинамический статус пациента с пороком МК, отражаясь и на выраженном нарушении структурно-функционального состояния правого желудочка и межжелудочкового взаимодействия.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У. К., Закирова Г. А., Машарипова Д. Р., Абдуллаева Ч. А., Атаходжаева Г.А., Тагаева Д. Р., Бекназарова С. С.

РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Изучить особенности функционального состояния почек у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы:

Были обследованы 150 больных I-III ФК ХСН в возрасте от 40 до 60 лет. Все обследованные больные были подразделены на группы по ФК ХСН: с I ФК ХСН (38 больных), с II ФК ХСН (62 больных и с III ФК ХСН (50 больных). Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев. Оценка функционального состояния почек проводилась определением креатинина в сыворотке крови, расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ).

Результаты:

Изучение особенностей функционального состояния почек показало, что в I группе больных с ХСН I ФК клиренс сывороточного креатинина в этой группе составил $89,81 \pm 2,29$ мкмоль/л, а СКФ $83,99 \pm 2,11$ мл/мин. Во II группе у 30-х больных с ХСН II ФК из 62 отмечалась МАУ (48,4%). Выявлено также значительное снижение СКФ на 16,4%, которое составило $72,17 \pm 1,84$ мл/мин ($p < 0,01$). При этом отмечалось повышение уровня сывороточного креатинина на 10,18%, достигая уровня $100,0 \pm 2,41$ мкмоль/л ($p < 0,01$). При анализе параметров ренальной функции в III группе выявлено достоверное снижение СКФ на 53,01% ($p < 0,001$) составляя $54,9 \pm 0,99$ мл/мин/1,73 м² при повышении уровня креатинина крови на 27,83% ($p < 0,001$) по отношению к данным I группы исследования (рис. 2.1.). В данной группе больных у 39-и выявлялась микроальбуминурия, которая составила 78,0%. По классификации ХБП в I группе больных с ХСН ФК I стадии выявлена у 11-х больных (28,9%), во II группе с ХСН ФК II больных у 19-х больных (30,6%) и в III группе с ХСН ФК III у 10-х больных (20,0%) отмечалась ХБП I-й стадии. ХБП II стадии выявлялась в I группе у 15-х (39,5%), во II группе у 12-х (35,5%) больных и у 13 больных (26,0%) III группы имело место ХБП II-й стадии заболевания. В группе больных с ХСН ФК I у 4х больных была выявлена III стадия ХБП (10,5%). Во II группе исследования у 25-х больных (40,3%) с ХСН ФК II была выявлена III стадия ХБП, а также в III группе исследования у 20-х больных (40,0%) с ХСН ФК III выявлена III стадия ХБП. IV стадия ХБП отмечалась у 6 больных с ХСН ФК II (9,7%) и у 7 больных (14%) с ХСН ФК III.

Заключение:

Прогрессирование тяжести течения и соответственно функционального класса ХСН является независимым фактором поражения почек (увеличения мочевого экскреции альбумина, повышение концентрации сывороточного креатинина и снижения СКФ).

ПОЗДНИЕ ПОТЕНЦИАЛЫ ЖЕЛУДОЧКОВ И ДИСПЕРСИЯ ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Барменкова Ю. А., Аверьянова Е. В., Лукьянова М. В., Голубева А. В., Орешкина А. В.

Введение (цели/ задачи):

Оценить динамику поздних потенциалов желудочков (ППЖ) и дисперсии длительности интервала QT при различных вариантах течения постинфарктного периода у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST).

Материал и методы:

В исследовании участвовали 118 больных ИМпST в возрасте 52 (45; 58) года с гемодинамически-значимым поражением одной коронарной артерии. Всем пациентам было проведено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) со стентированием инфаркт-связанной артерии. На 7-9 сутки, 24- и 48-й неделях наблюдения всем пациентам проводили холтеровское мониторирование электрокардиограммы с анализом ППЖ и их независимых параметров HFLA, RMS, QRSf, а также дисперсии длительности интервала QT. Исходно и на 12-й неделе постинфарктного периода всем больным была проведена 2D-эхокардиография с расчетом индексов конечных систолического и диастолического объемов (иКДО, иКСО) с целью верификации признаков ремоделирования миокарда ЛЖ. На 12-й неделе постинфарктного периода все больные были поделены на группы в зависимости от наличия/отсутствия ремоделирования миокарда ЛЖ. За патологическое ремоделирование ЛЖ принимали прирост иКДО > 20% и/или иКСО > 15% относительно исходных значений на момент развития ИМпST. Группу больных без ремоделирования ЛЖ «БР» составили 79 человек (67%), в группу с признаками патологического ремоделирования ЛЖ «ПР» вошли 39 пациентов (33%). Сравнимые группы были сопоставимы по возрасту, полу и антропометрическим показателям.

Результаты:

На протяжении 48 недель наблюдения в группе «БР» количество пациентов с патологическими постдеполяризациями оставалось на одном уровне: исходно ППЖ были зарегистрированы у 10% больных, на 24-й неделе – у 8,9%, а к окончанию наблюдения – у 6,8% человек. Однако при изучении динамики значений HFLA и RMS получены их благоприятные изменения к 48-й неделе постинфарктного периода. Так, HFLA снизился с 28, 2 мс (95% ДИ 26,5; 30 мс) до 24, 7 мс (ДИ 95% 22,5; 26,8 мс) ($p = 0,004$), а RMS возрос с 43, 6 мкВ (95% 38; 49 мкВ) до 187 мкВ (95% ДИ 52,9; 321,1 мкВ) ($p = 0,047$). Параметр QRSf за время исследования достоверной трансформации не претерпевал. Количество пациентов с ППЖ в группе «ПР» за все время наблюдения не претерпело достоверных изменений, это коснулось и независимых показателей ППЖ. У больных группы «БР» удлинение фазы возбуждения протекало одновременно с восстановлением ее продолжительности в электрически негомогенных участках миокарда, о чем свидетельствует снижение следующих показателей дисперсии QT за сутки: disp QTa на 28% ($p < 0,01$), disp QTе на 19% ($p < 0,05$), sd QTa на 33% ($p < 0,01$), sd QTе на 31% ($p < 0,01$). Что касается дисперсии длительности интервала QT и ее стандартного отклонения в группе «ПР», то ее регресс наблюдался лишь к 48-й неделе лечения и только в диапазоне от начала зубца Q до пика волны T ($p < 0,05$).

Заключение:

Патологическое постинфарктное ремоделирование миокарда ассоциируется с замедленным восстановлением фрагментированной активности миокарда и слабой стабилизацией продолжительности фазы реполяризации у больных ИМпST.

КАРДИАЛЬНОГО ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМА ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Степанова О. В.¹, Воронова А. Д.¹, Кузнецова Т. В.¹, Куликова Т. Г.¹, Полтавцева Р. А.², Тарасов А. В.¹, Самко А. Н.¹, Акчурин Р. С.¹, Терещенко С. Н.¹

¹ ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России, г. Москва, Россия, ²ФГБУ «НМИЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Наиболее часто к развитию сердечной недостаточности (СН) приводят такие заболевания сердца, как дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) и ишемическая болезнь сердца (ИБС). При развитии СН происходит изменение энергетического кардиального метаболизма сдвиг от окисления жирных кислот в качестве источника энергии в сторону окисления глюкозы. Главным регулятором кардиального энергетического метаболизма является ядерный рецептор PPAR альфа (рецептор, активируемый пролифератором пероксисом), который на высоком уровне экспрессируется в кардиомиоцитах. Известно, что при СН также происходит реактивация фетальной генетической программы, кардиомиоциты дедифференцируются и приобретают фенотип фетальных, экспрессируя маркер ANP (предсердный натрийуретический пептид). Изучение метаболизма фетальных кардиомиоцитов человека позволит оценить вклад дедифференцированных кардиомиоцитов в изменение кардиального энергетического метаболизма при СН. Цель работы выявить дедифференцированные кардиомиоциты и оценить их возможное участие в изменении кардиального энергетического метаболизма при СН.

Материал и методы:

Методом количественной ПЦР в реальном времени были определены уровни экспрессии ANP и PPAR альфа в эндомиокардиальных биоптатах пациентов с ДКМП (n = 20), в хирургическом материале ушек предсердия пациентов с ИБС (n = 10), в миокарде без сердечно-сосудистых заболеваний (n = 5), PPAR альфа в фетальных кардиомиоцитах человека (n = 5) 8-9 недели гестации.

Результаты:

Было выявлено увеличение уровней экспрессии ANP и снижение уровней экспрессии PPAR альфа при СН, что свидетельствует об увеличении дедифференцированных кардиомиоцитов и смещении кардиального энергетического метаболизма от окислительного фосфорилирования к гликолизу. Самый низкий уровень экспрессии PPAR альфа наблюдался в фетальных кардиомиоцитах человека.

Заключение:

Впервые выявленный нами низкий уровень экспрессии PPAR альфа в фетальных кардиомиоцитах человека подтверждает, что гликолитический метаболический фенотип характерен для недифференцированных клеток. Увеличение количества дедифференцированных кардиомиоцитов может вносить вклад в регулируемый PPAR альфа энергетический переход при СН. Знание механизмов метаболических процессов при СН особенно важно в настоящее время, так как существующая современная лекарственная терапия малоэффективна и способна лишь замедлить прогрессирование этого тяжелого заболевания. Развитие метаболической терапии представляется перспективным направлением в кардиологии.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ И ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ КАРДИОЛОГИЯ

ДИАГНОСТИКА ИЗОЛИРОВАННОЙ АГЕНЕЗИИ ЛЕГОЧНОЙ ВЕНЫ У ВЗРОСЛОЙ

ПАЦИЕНТКИ

Смыслова Д. Г., Кудзоева З. Ф.

НМИЦ ССХ имени А.Н. Бакулева, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Односторонняя агенезия легочных вен является редкой врожденной патологией, и в литературе описано около 50 случаев. Диагноз обычно ставится в первые годы жизни, а клиническая картина разнообразна: от отсутствия симптомов до выраженной легочной гипертензии, рецидивирующих легочных инфекций, кровохарканья. Возникновение порока связывают с нарушением процесса абсорбции общей легочной вены из поздней стадии эмбриогенеза, что сопровождается атрезией или стенозом одной или нескольких легочных вен. В период внутриутробной жизни в легкие поступает лишь одна десятая крови, выбрасываемой из правого желудочка сердца, что не сопровождается нарушением ее оттока из легочных вен. После рождения увеличение кровотока в малом круге сопровождается повышением легочного капиллярного давления, гипертензией и застоем в легких. Распространенность легочной гипертензии, ассоциированной с врожденным пороком сердца, широко варьирует – от 4,2% до 28% по результатам исследований специализированных центров. Учитывая крайне редкую встречаемость данного порока, любой клинический случай требует описания. Цель работы: Рассмотрение клинического случая взрослой пациентки, у которой в ходе предоперационной подготовки перед проведением радиочастотной аблации была выявлена редкая врожденная аномалия, в связи с чем была изменена тактика лечения.

Материал и методы:

Больная 71 год, с жалобами на приступы внезапных перебоев в работе сердца, одышку при физической нагрузке. В анамнезе пароксизмы фибрилляции предсердий. Направлена в НМИЦ ССХ им А.Н. Бакулева с целью диагностики и определения тактики лечения. В результате консультации был рассмотрен вопрос о проведении ЭФИ РЧА аритмогенных зон. По данным КТ ЛВ: анатомия легочных вен атипичная, объем ЛП 155 мл. По данным коронарографии и ангиокардиографии ВПС: Левый тип кровоснабжения миокарда. Коронаро-легочная фистула от ОВ. Легочная гипертензия. Агенезия левой нижнедолевой легочной вены, ретроградный ток контрастного вещества из нижнедолевой легочной артерии и отсутствие контрастирования её субсегментарных ветвей.

Результаты:

У пациентки по данным инвазивных методов исследования подтверждена аномалия сосудов с формированием на этом фоне легочной гипертензии (среднее давление в легочной артерии 32 мм рт.ст., систолическое 52 мм рт.ст.). По данным КТ грудной клетки: паренхима легких асимметрична, в нижней доле слева отмечаются участки линейного пневмофиброза, с субплевральным уплотнением по типу «матового стекла», с кистозными изменениями и тракционными бронхоэктазами. Учитывая вышеперечисленное, проведение радиочастотной аблации связано с возможными рисками. По поводу врожденного порока сердца тактика ведения обсуждена с хирургами: оперативное лечение по поводу фистулы огибающей артерии решить в плановом порядке при проведении нагрузочной пробы. Хирургическое лечение по поводу аномалии развития легочных вен не показано. Рекомендована консультация в отделение легочной гипертензии, назначение специфической терапии.

Заключение:

Данный клинический случай подчеркнул важность соответствующей диагностической оценки изолированной агенезии легочной вены и легочной гипертензии. Отсутствие специфических симптомов легочной гипертензии и широкая распространенность данного

состояния при различных заболеваниях говорят о том, что диагностика легочной гипертензии требует мультидисциплинарного подхода и четкого соблюдения диагностического алгоритма. В среднем, по данным российского регистра, медиана времени от появления симптомов легочной артериальной гипертензии до выполнения катетеризации сердца и окончательного диагноза проходит около 52 месяцев. Такие сроки обусловлены как неспецифичностью клинических симптомов легочной гипертензии, так и низкой настороженностью врачей амбулаторного звена в отношении данного состояния. Данной пациентке провели полный спектр диагностических возможностей, в результате чего смогли правильно определиться с диагнозом. В дальнейшем решался вопрос об оперативном лечении. Различные применяемые методы лечения ВПС с атрезией легочных вен включают консервативное лечение, транскатетерное закрытие системных коллатералей и пневмонэктомия. Учитывая возраст больной, длительность существования порока, изменения легочной паренхимы, проведение оперативного лечения ВПС в данном случае нецелесообразно.

ДИНАМИКА ОБЪЕМОВ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ В УСЛОВИЯХ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ ОГРАНИЧЕНИЙ

Апресян А. Ю.

ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение (цели/ задачи):

Важными компонентами оказания медицинской помощи пациентам при болезнях системы кровообращения, в том числе периферических артерий, являются систематический контроль их состояния, эффективности проводимой терапии, своевременное оказание специализированной медицинской помощи. Важнейшей задачей здравоохранения в последние годы, характеризующиеся борьбой с пандемией COVID-19, является поддержание необходимого уровня и объема оказания плановой медицинской помощи, в том числе в условиях стационара. Целью настоящего исследования стала оценка влияния вынужденной перестройки организации оказания специализированной медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий.

Материал и методы:

Объемы оказания специализированной медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий изучены по данным автоматизированных систем учета медицинской помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» 39 медицинских организаций Санкт-Петербурга в динамике с 2016 по 2020 годы. Данные сопоставлены с данными о распространенности заболеваний периферических артерий, полученными при анализе формы № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» за период с 2011 года. Сведения статистически обработаны, с расчетом интенсивных, экстенсивных показателей, показателей динамического ряда, оценкой значимости различий по t-критерию Стьюдента. Исходные данные имели нормальное распределение.

Результаты:

В последние годы количественные объемы оказания специализированной медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий снизились: количество случаев

стационарного лечения составило в 2021 году только 66,5% к уровню 2016 года. Указанное снижение отмечалось по большинству заболеваний периферических артерий: при атеросклерозе показатель убыли составил 64,1%, в том числе при атеросклерозе артерий конечностей – 75,1%. По случаям лечения, обусловленным эмболией и тромбозом артерий, показатель убыли составил 77,0%. Наряду с этим, отмечено существенное увеличение случаев лечения в стационарах пациентов с болезнями капилляров – рост составил 184,2%. Условия, сформированные последствиями противоэпидемических мероприятий, в том числе временное приостановление оказания плановой медицинской помощи, не позволяющее врачам своевременно принять формирующиеся жалобы пациентов, оценить объективные данные их осмотров, оказали влияние на рост числа случаев лечения в экстренной форме, наибольшим он оказался при аневризмах и расслоениях периферических артерий (159,5%). Вместе с тем, среди всех пациентов с заболеваниями периферических артерий только 3,9% поступили в стационар в экстренном порядке, а остальные 96,1% – это «плановые» пациенты, направленные с этапа оказания первичной медико-санитарной помощи. Существенных различий структуры случаев оказания специализированной медицинской помощи в указанные периоды не получено ($t < 2$). Наибольшую долю из числа госпитализированных пациентов с заболеваниями периферических артерий в 2021 году составляют пациенты с атеросклерозом (76,8%), эмболией и тромбозом периферических артерий (13,5%), аневризмой аорты (5,5%), другими формами аневризмы (2,0%). Детальный анализ динамики случаев госпитализации данных пациентов показал, что сокращение численности их госпитализаций сопровождалось и сокращением продолжительности случаев их лечения. В пятилетний период наблюдалось снижение средней длительности госпитализации с 11,8 дней до 9,9 дней ($t = 3,6$, $p < 0,05$), что обусловлено, главным образом, увеличением интенсификации использования коечного фонда при периодическом введении противоэпидемических ограничений. Снижение объемов и длительности госпитализаций пациентов с заболеваниями периферических артерий потребовало и меньших затрат системы здравоохранения на оказание им медицинской помощи. В Санкт-Петербурге общие объемы затрат на оказание специализированной медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий составили в 2021 году 714,6 млн. рублей, что составляет 74,4% от уровня 2016 года. Указанное снижение пропорционально по всем группам, заболеваний периферических артерий. При этом структура финансовых затрат на оказание медицинской помощи оставалась в период 2016 – 2021 годов неизменной ($t < 2$).

Заключение:

В Санкт-Петербурге, в течение последних десяти лет численность больных с заболеваниями периферических артерий оставалась стабильной. Достоверных данных о существенном отличии показателей распространенности в период 2011–2020 годов не получено – уровень распространенности заболеваний периферических артерий составил 28,4 и 25,6 на 10 тыс. населения соответственно ($t < 2$). С учетом этого, полученное снижение числа случаев оказания специализированной медицинской помощи данным пациентам ввиду действия ограничительных противоэпидемических мер, не следует считать объективным свидетельством снижения потребности в этом виде помощи для пациентов рассматриваемой группы.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КОНТРАСТ-АССОЦИИРОВАННОГО ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Кузнецов В. А. ^{1,2}, Миронова О. Ю. ¹, Грицанчук А. М. ², Фомин В. В. ¹

¹ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский

Университет), г. Москва, Россия, ²ГБУЗ «Городская клиническая больница имени М. П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценить риски развития и частоту встречаемости контраст-ассоциированного острого повреждения почек (КА-ОПП) у больных с различными формами ишемической болезни сердца (острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST, острый коронарный синдром без подъема сегмента ST и хронический коронарный синдром) Оценить роль факторов риска (сахарного диабета, гиперурикемии, артериальной гипотензии, острой сердечной недостаточности, анемии, большого объема контрастного вещества и др.) и сопутствующей терапии на риск развития данного осложнения и их влияние на отдаленный прогноз.

Материал и методы:

По современным представлениям определение контраст-ассоциированного острого повреждение почек выглядит следующим образом: это повышение $SCr \geq 0,5$ мг/дл (≥ 44 мкмоль/л) или более чем на 25% от исходного уровня в течение 48 ч после введения контраста. Планируется проведение открытого, нерандомизированного, проспективного, наблюдательного исследования. В исследование планируется включить 150 больных, после проведения процедуры стентирования коронарных артерий, разделенных на три группы (острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST, острый коронарный синдром без подъема сегмента ST и хронический коронарный синдром) по 50 человек. Критериями включения являются: 1) Наличие письменного информированного согласия пациента на участие в исследовании 2) Возраст ≥ 18 лет 3) Различные формы ИБС 4) Планируемое проведение ЧКВ на коронарных артериях с использованием контрастного вещества. Критериями исключения являются: 1) Возраст менее 18 лет 2) Наличие тяжелых сопутствующих острых или хронических заболеваний 3) Прием нефротоксичных препаратов и др. Первичная конечная точка – развитие КА-ОПП будет оценена у всех пациентов во время этапа госпитализации. Период наблюдения за больными составит 12 месяцев, вторичные конечные точки (общая смертность, повторная реваскуляризация, повторная госпитализация, декомпенсация хронической сердечной недостаточности, прогрессирование исходно наблюдавшейся ХБП, переход на гемодиализ и др.) будут оценены по истечении этого срока.

Результаты:

На основании результатов полученных в других иностранных и российских исследованиях, мы предполагаем получить данные о том что риск развития КА-ОПП выше в группе больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST. Частота этого осложнения будет составлять от 3% до 7% и существенно повышаться у больных с множеством факторов риска. Исследование покажет, что в большинстве случаев КА-ОПП носит доброкачественный характер, но существенно увеличивает сроки пребывания больного в стационаре. Также, на основании предыдущих исследований, коллектив авторов предполагает, что вторичные конечные точки у больных с развитием КА-ОПП будут хуже, чем у больных с отсутствием данного осложнения. Исследование одобрено локальным этическим комитетом (протокол №22-21) и зарегистрировано на clinicaltrials.gov (NCT04163484)

Заключение:

Несмотря на совершенствование техники процедур чрескожного коронарного вмешательства, а также уменьшение нефротоксического действия контрастных веществ, риск развития КА-ОПП по-прежнему остается высоким у определенных групп больных. Профилактика данного осложнения позволяет существенно снизить частоту развития КА-ОПП, что существенно сокращает сроки госпитализации и стоимость лечения такого больного. Данное исследование вероятно покажет, что пациенты, имеющие большое

количество факторов риска (пациенты с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST) требуют особого, более тщательного, контроля функции почек, а также назначения нефропротективной терапии. Такие пациенты имеют худший прогноз и, следовательно, нуждаются в более тщательном обследовании и динамическом наблюдении как на стационарном, так и на амбулаторном этапе лечения.

БИОМАРКЁРЫ В КАРДИОЛОГИИ. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ССЗ

МАРКЕРЫ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ, ПОЛУЧАЮЩИХ МНОГОКОМПОНЕНТНУЮ АНТИТРОМБОТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ

Кривошеева Е. Н., Комаров А. Л., Добровольский А. Б., Титаева Е. В., Погорелова О. А., Балахонова Т. В., Панченко Е. П.

ФГБУ «НМИЦ кардиологии имени академика Е. И. Чазова» Минздрава России, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оптимальной стратегией лечения пациентов с распространенным атеросклеротическим поражением является назначение длительной многокомпонентной антитромботической терапии (МАТ), включающей ацетилсалициловую кислоту (АСК) и «сосудистую дозу» ривароксабана 2,5 мг 2 р/сут. Такое лечение помимо снижения риска тромботических событий может ассоциироваться с увеличением числа кровотечений. Мы предположили, что определение маркеров, отражающих дисфункцию эндотелия и повреждение сосудистой стенки (ростовой фактор дифференцировки 15 (GDF-15) и фактор Виллебранда (ФВ)), может улучшить стратификацию риска и способствовать персонализации антитромботической терапии у обсуждаемой категории больных. Цель исследования: изучить прогностическое значение GDF-15 и ФВ у пациентов с распространённым атеросклеротическим поражением, длительно получающих МАТ (АСК и ривароксабан 2,5 мг 2 р/сут).

Материал и методы:

Данные получены в ходе проспективного РЕГистра Антитромботической ТерАпии больных стабильной ИБС РЕГАТА, ClinicalTrials NCT04347200. В данный фрагмент отобрано 58 пациентов (72,4% мужчины) с распространенным атеросклерозом (ИБС+ периферический атеросклероз ($\geq 50\%$)), получающих МАТ. Медиана возраста 67 лет [62,0; 70,0]. Медиана периода наблюдения 10 месяцев [ИКР 8,0; 12,0]. В качестве первичной конечной точки оценивали сумму всех неблагоприятных событий (тромбозов и кровотечений). До начала приема МАТ у всех пациентов были взяты образцы плазмы крови с целью определения GDF-15 и ФВ методом иммуноферментного анализа.

Результаты:

Частота неблагоприятных событий составила 17,2% (8 кровотечений BARC 2-5 и только 2 тромботических осложнения). Медиана уровня GDF-15 составила 1147,7 пг/мл [882.6; 1435.9], медиана концентрации ФВ–157.5% [116.0; 205.0]. По данным ROC-анализа значение GDF-15 > 1548 пг/мл (площадь под кривой: 0,706; ДИ 0,572-0,819, $p = 0,0138$) и значение ФВ > 157% (площадь под кривой: 0,708; ДИ 0,574-0,820, $p = 0,0085$) ассоциированы с развитием неблагоприятных событий. При анализе кривых дожития выявлены достоверные

отличия в отношении отсутствия неблагоприятных событий за время наблюдения между группами пациентов с уровнем GDF-15 $>$ и ≤ 1548 пг/мл (50% против 89,6%, $p = 0,0008$) и ФВ $>$ и $\leq 157\%$ (69,0% против 96,6%, $p = 0,0052$). Кроме того, установлена взаимосвязь GDF-15 и ФВ ($r = 0,32$; $p = 0,0153$). По результатам многофакторного логистического регрессионного анализа GDF-15 > 1548 пг/мл (ОШ 5,7; ДИ 1,09-29,5, $p = 0,0396$) и ФВ $> 157\%$ (ОШ 9,2; ДИ 1,02-82, 8, $p = 0,0477$) ассоциированы с развитием неблагоприятных событий (для модели в целом $p = 0,0015$).

Заключение:

GDF-15 и ФВ взаимосвязаны, а их повышенные значения ассоциированы с развитием неблагоприятных событий (в основном кровотечений) у больных с распространенным атеросклерозом, принимающих МАТ (АСК и ривароксабан 2,5 мг 2 р/сут).

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ТАКОЦУБО В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Евдокимов Д. С., Феоктистова В. С., Болдуева С. А.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель работы: оценить функцию эндотелия у больных с синдромом такоцубо (СТ) в отдаленном периоде, основываясь на результатах лабораторного обследования и данных полученных при помощи аппарата Endo-PAT2000.

Материал и методы:

В исследование включено 39 пациентов с СТ, из них 35 человек (89,7%) женского пола, средний возраст больных $63,8 \pm 13,3$ лет. Диагноз СТ был установлен на основании международных критериев interTAK. В отдаленном периоде заболевания (более 1 года от момента возникновения СТ) всем пациентам проводилось исследование эндотелиальной функции на аппарате Endo-PAT 2000 с вычислением индекса реактивной гиперемии (RHI) (наличие эндотелиальной дисфункции (ЭД) определялось при RHI менее 1,67) и определение уровня циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК) в периферической крови методом проточной цитофлуориметрии из расчета на 3×10^5 лейкоцитов (ЛЦ) в качестве лабораторного маркера повреждения и преждевременного апоптоза эндотелия сосудов.

Результаты:

По данным проведенного исследования среди больных с СТ в отдаленном периоде заболевания RHI ниже нормы (менее 1,67) оказался у 25 человек (64,1%). Среднее значение RHI в целом в группе составило $1,62 \pm 0,27$ (1,58 [1.45-1.73]), а ЦЭК – 6 на 3×10^5 ЛЦ [3-9]. При этом уровень ЦЭК был достоверно выше у пациентов с ЭД (RHI $<$ 1,67) – 8 на 3×10^5 ЛЦ [6-15], чем у больных без ЭД (RHI $>$ 1,67) – 3 на 3×10^5 ЛЦ [2-3], $p = 0,0001$. Кроме того обнаружена обратная связь между уровнем ЦЭК в крови и значением RHI на аппарате Endo-PAT2000 ($r = 0,65$; $p < 0,05$).

Заключение:

В большинстве случаев у больных с СТ (64,1%) в отдаленном периоде заболевания наблюдается достоверные признаки нарушений эндотелий-зависимых механизмов регуляции сосудистого тонуса, что подтверждается инструментальным методом исследования эндотелиальной функции по значению RHI на аппарате Endo-PAT 2000 и согласуется с

лабораторным методом исследования ЭД, так обнаружена обратная связь между RHI и уровнем ЦЭК в крови.

ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

ВЛИЯНИЕ УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ НА СТРУКТУРНОЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Слепова О. А., Лишута А. С., Привалова Е. В., Беленков Ю. Н.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Сахарный диабет 2 типа (СД) является доказанным фактором риска сердечно-сосудистых событий у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС). Для больных с ИБС и СД 2 типа характерно ускоренное прогрессирование атеросклероза коронарных артерий (КА), нередко с формированием многососудистого поражения коронарного русла.

Медикаментозная терапия у таких пациентов не всегда приносит должный эффект, а проведение реваскуляризирующих вмешательств сопряжено с ограниченным временем службы стентов и коронарных шунтов. Существует потребность во внедрении в широкую практику вспомогательных методов терапии, в дополнение к медикаментозному и хирургическому лечению. Одним из них могла бы стать усиленная наружная контрпульсация (УНКП). Этот метод неинвазивного неангиогенеза доказал свою эффективность и безопасность у пациентов со стабильной ИБС, однако на сегодняшний день недостаточно данных о его применении у пациентов с ИБС и СД 2 типа. Цель исследования: изучить влияние УНКП на структурное и функциональное состояние микроциркуляторного русла у пациентов со стабильной ИБС и сопутствующим СД 2 типа.

Материал и методы:

В исследование были включены 32 пациента (средний возраст – $65,2 \pm 8,7$ лет; мужчины – 20 (62,5%)) с верифицированной стабильной ИБС (коронароангиография без стентирования КА: 10 человек (31,25%); коронароангиография + стентирование КА: 20 человек (62,5%); коронарное шунтирование: 2 человека (6, 25%)) и СД 2 типа. В течение всего времени наблюдения пациенты ($n = 32$) получали оптимальную медикаментозную терапию (ОМТ). Пациенты были рандомизированы на 2 группы, сопоставимые по исходным клинико-инструментальным характеристикам. В 1 группе пациенты ($n = 16$) в дополнение к ОМТ проходили курс УНКП (35 часовых процедур, 220-280 мм рт.ст.) в первые 7 недель наблюдения (суммарно 560 часов). Пациенты 2 группы ($n = 16$) получали только ОМТ. Исходно и через 3 месяца от включения в исследование для изучения состояния микроциркуляторного русла пациентам обеих групп выполнялась компьютерная видеокапилляроскопия с оценкой плотности капиллярной сети в покое (ПКСП), плотности

капиллярной сети в пробе с реактивной гиперемией (ПКСрг) и плотности капиллярной сети в пробе с венозной окклюзией (ПКСво). Пациентам 1 группы исследуемые показатели оценивались также по завершении курса УНКП (через 7 недель).

Результаты:

В группе пациентов, которым проводился курс УНКП, была выявлена статистически значимая положительная динамика функционального состояния микроциркуляторного русла по данным ПКСрг (с 65,3 [53,3; 71,5] до 71 [63,0; 76,7] через 7 недель, $p = 0,002$; и 72,4 [65; 76,2] через 3 месяца, $p < 0,001$) и ПКСво (с 67,2 [60,5; 72,3] до 72,9 [67,6; 79,4] через 7 недель, $p < 0,001$; и 73 [67,9; 77,7] через 3 месяца, $p < 0,001$). При изучении динамики структурного состояния микроциркуляторного русла отмечена тенденция к увеличению ПКСП (с 60,4 [53,4; 68] до 65,2 [58,4; 70] через 7 недель, $p > 0,05$; и 65,2 [55,5; 71,7] через 3 месяца, $p > 0,05$). При оценке вышеуказанных показателей у пациентов 2 группы, не было выявлено статистически значимой динамики в отношении как структурного, так и функционального состояния микроциркуляторного русла. При проведении межгруппового анализа, через 3 месяца от включения в исследование различие динамики функциональных показателей между группами являлось статистически значимым ($p < 0,05$).

Заключение:

1. Проведение 7-недельного курса УНКП в дополнение к ОМТ способствовало значимому улучшению функциональных показателей капиллярного русла у пациентов с ИБС и сопутствующим СД 2 типа. 2. Полученный результат сохранялся до 1, 5 месяцев после проведенной терапии УНКП, что говорит об относительной продолжительности реализуемого эффекта. Можно заключить, что терапия УНКП посредством оказываемых сосудистых эффектов положительно влияет на микроциркуляцию, что является особенно значимым для пациентов с ИБС и СД2 и говорит об эффективности применения УНКП в дополнение к ОМТ. Однако для уточнения всех механизмов, задействованных в реализации данного эффекта, требуется проведение углубленных исследований.

ДИНАМИКА УРОВНЯ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Драненко Н. Ю., Мирошниченко Е. П., Корытько И. Н., Корниенко Н. В., Соколовская Е. А.

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», институт «Медицинская академия имени С.И. Гергиевского», г. Симферополь, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценить динамику уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в сыворотке крови у больных ишемической болезнью сердца, перенесших плановое коронарное вмешательство.

Материал и методы:

Под наблюдением находилось 20 пациентов со стенокардией напряжения 3-4 функциональных классов, требующих проведения планового коронарного шунтирования, из них 12 мужчин и 8 женщин, средний возраст которых составил $58,68 \pm 2,58$ года и $62,0 \pm 2,72$ года, соответственно. Анализ уровня сывороточного ТТГ проводился перед плановой коронарографией (I группа), перед плановым проведением коронарного шунтирования без применения аппарата искусственного кровообращения (II группа), через 3 (III группа) и 6

месяцев (IV группа) после оперативного вмешательства. Каждая группа была разделена на подгруппы, согласно полу (мужчины – 1 подгруппа, женщины – 2 подгруппа). Контрольную группу составили 10 практически здоровых лиц без сердечно-сосудистой и эндокринной патологии. Все группы были сопоставимы по возрастному-половому составу. Лечение проводилось согласно протоколу ведения больных ИБС. Содержание ТТГ в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа. Статистический анализ полученных результатов проводили с помощью программы Microsoft Office Excel 2010 с использованием t-критерия по Стьюденту и непараметрических критериев.

Результаты:

У больных I группы уровень ТТГ в сыворотке крови составил $1,98 \pm 0,22$ мкМЕ/мл в первой подгруппе и $2,29 \pm 0,4$ мкМЕ/мл во второй подгруппе; во II группе изучаемый показатель определялся на уровне $1,03 \pm 0,24$ мкМЕ/мл в первой подгруппе и $1,57 \pm 0,31$ мкМЕ/мл во второй подгруппе с тенденцией к уменьшению по сравнению с исходными значениями ТТГ пациентов I группы и сопоставимыми с контрольной группой. У пациентов через 3 месяца после оперативного вмешательства уровень ТТГ сыворотки крови в первой подгруппе составил $2,36 \pm 0,29$ мкМЕ/мл, во второй подгруппе – $3,51 \pm 0,33$ мкМЕ/мл, что достоверно отличалось от показателей I, II и контрольной групп. Через 6 месяцев аналогичные показатели составили $2,28 \pm 0,21$ и $2,84 \pm 0,38$ мкМЕ/мл соответственно, указывая на эутиреоидный статус большинства пациентов, близкий по показателям к исходным значениями до хирургических вмешательств. При проведении сравнительного анализа динамики уровня ТТГ в обеих подгруппах отмечалось достоверное увеличение изучаемого показателя в III группе, как в сравнении с контрольной группой ($1,66$ мкМЕ/мл), так и с первой подгруппой II группы и со второй подгруппой I и II групп ($p < 0,05$).

Заключение:

У пациентов, страдающих ИБС, течение которой требует проведения коронарного шунтирования, отмечается изменения секреции ТТГ, как реакция адаптационных механизмов в ответ на стрессовый фактор, которым является как подготовка к оперативному вмешательству, так и само хирургическое лечение, включая период реабилитации.

КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ, ГОСПИТАЛЬНЫЙ И ОТСРОЧЕННЫЙ ПРОГНОЗ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Щинова А. М.¹, Потехина А. В.¹, Долгушева Ю. А.¹, Ефремова Ю. Е.¹, Шестова И. И.², Савищева А. А.³, Проваторов С. И.¹

¹ФГБУ «НМИЦ кардиологии» МЗ РФ, г. Москва, Россия, ²ГУЗ «Городская больница №13», г. Тула, Россия, ³ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница», г. Тула, Россия

Введение (цели/ задачи):

Согласно данным Росстата, около 11% от всех смертей вследствие ишемической болезни сердца (ИБС) вызваны острыми формами ишемической болезни, тогда как основной массив смертей от ИБС обусловлен ее хроническими формами. Клиническое течение острого коронарного синдрома (ОКС) и прогноз после индексного события у мужчин и женщин имеет определенные различия. Цель. Оценить клинико-демографические характеристики, особенности лечения в стационарном периоде и госпитальный и отсроченный прогноз у женщин и мужчин, проходивших лечение по поводу ОКС в региональном сосудистом центре (РСЦ).

Материал и методы:

В исследование включено 644 пациента (252 женщины (39,13%) и 392 мужчины (60,87%)), проходивших лечение по поводу ОКС в РСЦ с населением в зоне обслуживания 1 млн человек в 2019 году. Отдаленный прогноз оценивался на основании региональной базы свидетельств о смерти за 2019–2020 гг. Среднее время наблюдения составило $16 \pm 3,49$ месяцев.

Результаты:

Женщины, перенесшие ОКС, были значительно старше мужчин (средний возраст $71,1 \pm 11,2$ лет и $60 \pm 11,7$ лет, соответственно, $p < 0,001$). Женщины чаще имели в анамнезе сахарный диабет (87 против 66 у мужчин, $p < 0,001$) и хроническую болезнь почек с СКФ менее $60 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$ (58 против 38 у мужчин, $p < 0,001$), по частоте фибрилляции предсердий, инсульта, онкологических заболеваний, хронической обструктивной болезни легких мужчины и женщины были сопоставимы. Мужчины достоверно чаще курили (230 против 33 у женщин, $p < 0,001$), в отношении других факторов риска (уровень ЛНП, ИМТ, уровни АД) значимых различий не отмечено. Сократительная функция левого желудочка при выписке была сопоставима: среднее значение фракции выброса составило 49,46% у женщин и 49,5% у мужчин ($p = 0,94$). Обструктивное поражение коронарных артерий, подлежащее эндоваскулярному вмешательству, при коронарографии было выявлено у 536 пациентов (193 женщины и 343 мужчины), при этом полная реваскуляризация была выполнена 62 (24,6%) женщинам и 150 (38,26%) мужчинам ($p < 0,001$). Госпитальная летальность составила 10,3% среди женщин и 3,83% среди мужчин ($p = 0,001$), отсроченная – 9,92% и 7,65%, соответственно ($p = 0,32$).

Заключение:

Госпитальная летальность при ОКС выше среди женщин, тогда как отдаленная летальность среди мужчин и женщин сопоставима. Женщины, перенесшие ОКС, старше мужчин и отличаются более тяжелым анамнестическим фоном, предшествующим развитию ОКС.

ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ибатов А. Д.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель: изучить ремоделирование левого желудочка у пожилых пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертензией.

Материал и методы:

Материалы и методы: Обследовано 276 мужчин с ИБС (стенокардия II IV функционального класса) и артериальной гипертензией в возрасте от 36 до 78 лет (средний возраст $56,5 \pm 0,8$ года). Пациенты были разделены по возрасту. В 1-ю группу вошли 158 пациентов 60 лет и старше (средний возраст $64,8 \pm 0,3$ года). Во вторую группу вошли 118 пациентов 59 лет и моложе (средний возраст $50,3 \pm 0,5$ года). Гипертрофию левого желудочка (ГЛЖ) оценивали, если индекс массы левого желудочка был выше 115 г/м^2 .

Результаты:

Результаты: у пожилых пациентов соответственно были такие эхокардиографические показатели: конечный диастолический объем левого желудочка $132,7 \pm 2,4$ мл; конечный систолический объем левого желудочка $56,8 \pm 2,4$ мл; фракция выброса левого желудочка $58,8 \pm 0,9\%$; масса левого желудочка $236,8 \pm 4,8$ г; индекс массы левого желудочка $123,8 \pm 2,6$ г/м²; пациенты с ГЛЖ (%) составили 51,9%, (пациенты с концентрической ГЛЖ 27,8%, пациенты с эксцентричной ГЛЖ 24,1%) и пациенты с концентрическим ремоделированием составили 15,2%. Пациенты 2-й группы имели такие эхокардиографические показатели соответственно: конечный диастолический объем левого желудочка $119,4 \pm 9,2$ мл ($p > 0,05$); конечный систолический объем левого желудочка $52,7 \pm 7,7$ мл ($p > 0,05$); фракция выброса левого желудочка 54,8% ($p > 0,05$); масса левого желудочка $226,6 \pm 6,3$ г ($p > 0,05$); индекс массы левого желудочка $112,8 \pm 3,0$ г/м² ($p < 0,05$); пациенты с ГЛЖ составили 38,1% ($p < 0,05$), (пациенты с концентрической ГЛЖ 22,0%, пациенты с эксцентричной ГЛЖ 16,1%) и пациенты с концентрическим ремоделированием составили 20,3% ($p > 0,05$).

Заключение:

У пациентов пожилого возраста индекс массы миокарда левого желудочка был выше, и у них было больше пациентов с гипертрофией левого желудочка, что имеет негативный прогноз для этих людей.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ТИАЗОТНОЙ КИСЛОТЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Литвинова Т. И.¹, Анацко С. В.¹, Лазаревич С. Н.¹, Жигальцов А. М.², Бахарева Л. Л.³, Урбанович Л. А.⁴

¹УЗ «Гродненская университетская клиника» г. Гродно, Беларусь, ²УО «Гродненский государственный медицинский университет» г. Гродно, Беларусь, ³УЗ «Городская поликлиника №4», г. Гродно, Беларусь, ⁴УЗ «Городская поликлиника №1», г. Гродно, Беларусь

Введение (цели/ задачи):

В последние десятилетия научный поиск ученых, клиницистов направлен на создание и внедрение в медицинскую практику кардиопротекторов – препаратов, которые успешно устраняют нарушение клеточного метаболизма. Тиолин (производство СООО «Лекфарм», Республика Беларусь) – метаболическое лекарственное средство, действие которого обусловлено свойствами тиазотной кислоты, входящей в его состав. Фармакологический эффект Тиолина реализуется за счет усиления компенсаторной активации анаэробного гликолиза и активации процессов окисления в цикле Кребса с сохранением внутриклеточного фонда АТФ. Цель нашего исследования – изучение эффективности и переносимости препарата Тиолин в комплексном лечении пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы:

В исследование было включено 62 пациента с ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения ФК II-III. В их числе мужчин было 37, женщин – 25, средний возраст составил $62,4 \pm 7,2$ года. Все пациенты были распределены в две группы: в первую (основную) группу вошли 30 пациентов, которым к базисной терапии был добавлен Тиолин в дозе 200 мг/сут. внутримышечно в течение 10 дней, далее тиазотная кислота назначалась по 600 мг/сут

внутри еще 20 дней; вторую (контрольную) группу составили 32 человека, которые получали аналогичную базисную терапию без Тиолина. Между группами не было достоверных различий по возрасту, полу, анамнезу заболевания. Длительность наблюдения составила 4 недели. На ЭКГ у большинства пациентов (59 человек) обеих групп преобладала депрессия сегмента ST более 1 мм, что составило 95,2%. Всем пациентам проводились: общий осмотр, лабораторно-инструментальные исследования: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови: общий белок, сахар, АЛТ, АСТ, холестерин, креатинин, мочевины, С-реактивный белок, электрокардиография (ЭКГ), холтеровское мониторирование ЭКГ.

Результаты:

Анализ полученных результатов показал, что в обеих группах наблюдалась положительная динамика течения ИБС, но у пациентов первой группы было отмечено более быстрое регрессирование болевого синдрома и повышение толерантности к физической нагрузке. По данным суточного мониторирования ЭКГ до начала лечения и после 4 недель после проведенной терапии Тиолином в основной группе было зарегистрировано достоверное снижение частоты желудочковых и наджелудочковых экстрасистол, как проявление уменьшения электрической нестабильности миокарда и продолжительности ангинозной боли ($p < 0,05$). Анализ динамики лабораторных данных не выявил отрицательного влияния препарата на показатели общего и биохимического анализа крови и мочи.

Заключение:

Таким образом, назначение Тиолина пациентам с ИБС в составе комплексной терапии позволяет добиться стойкого антиангинального эффекта. Препарат положительно влияет не только на общее состояние, но и на лабораторно-инструментальные показатели. В результате исследования были подтверждены хорошая клиническая эффективность и переносимость препарата Тиолин у пациентов с ИБС.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С КОМОРБИДНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Аляви Б. А.^{1,2}, **Абдуллаев А. Х.**^{1,2}, **Узоков Ж. К.**¹, **Далимова Д. А.**³, **Раимкулова Н. Р.**²
¹ГУ «РСНПМЦТиМР», г. Ташкент, Узбекистан, ²ТашПМИ, г. Ташкент, Узбекистан, ³Центр передовых технологий, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Медико-социальная значимость ишемической болезни сердца (ИБС) огромна, смертность от нее не снижается, в том числе среди молодых. На фоне успехов хирургического лечения ИБС становится очевидной недостаточная разработанность ведения этих больных с учетом особенностей состояния пациента, что приводит к неоправданным финансовым затратам. Цель работы. Изучить влияние растительного гепаторотектора на течение ишемической болезни сердца (ИБС) с коморбидными состояниями после стентирования.

Материал и методы:

Наблюдали больных ИБС стабильной стенокардией напряжения (СС) III функционального класса (ФК) (I группа, 20) и СС IV ФК (II группа, 20) с метаболическим синдромом (МС) и артериальной гипертензией (АГ), после стентирования коронарных артерий (СКА). Исходно, через 3 и 6 месяцев изучали общий холестерин (ОХС), ХС липопротеинов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП и ХСЛПВП), триглицериды (ТГ), активность аланин- и аспаратаминотрансферазы (АЛТ и АСТ), общий билирубин (ОБ), полиморфизм генов HMGCR и CYP2C19. Проводили ультразвуковые исследования печени. На фоне базисной терапии (аспирин, клопидогрел, статины, бета-блокаторы, ингибиторы ангиотензин-

превращающего фермента) пациенты получали фитопрепарат, обладающий гепатопротекторными свойствами Гепофреш.

Результаты:

Исходные показатели липидов у больных ИБС с МС и АГ составили (I и II группы соответственно): ОХС – 6,6 и 6,9 ммоль/л; ХСЛПНП – 3,2 и 3,6; ХСЛПВП – 1,2 и 1,1; ТГ – 2,3 и 2,5 ммоль/л. После лечения содержание липидов (I и II группы соответственно): ОХС – 5,0 и 4,8; ХСЛПНП – 2,36 и 2,3; ХСЛПВП – 1,27 и 1,18; ТГ – 1,61 и 1,55 ммоль/л. Благоприятное действие статинов и антиагрегантов на изученные показатели указывает об их влиянии на патогенетические звенья ИБС, что особенно важно при лечении больных с сопутствующими МС и АГ. Статины и антиагреганты переносились хорошо, случаев отмены не было. Активность ферментов (АЛТ, АСТ), содержание ОБ были в пределах нормальных величин. Проведенные генетические исследования позволили подобрать наиболее эффективные и безопасные дозы антиагрегантов и статинов, добиться хорошей эффективности, исключая развитие осложнений и резистентности к препаратам. Гепофреш, в состав которого входят экстракты лекарственных растений, и обладающий противовоспалительным, спазмолитическим, желчегонным свойствами оказал благоприятное влияние на состояние и функции печени и значительно улучшил переносимость базисного лечения. При назначении статинов и антиагрегантов необходимо учитывать индивидуальные генетические особенности пациента, в частности, структурную организацию его генома.

Заключение:

Комплексный подход к лечению больных ИБС с МС и АГ после СКА с учетом фармакогенетических особенностей статинов и антиагрегантов улучшает их переносимость, повышает эффективность терапии, предупреждает развитие резистентности к препаратам и возможных побочных эффектов. Гепофреш предупреждает развитие нарушений со стороны печени и улучшает переносимость базисного лечения.

РИСК ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Коков А. Н., Коков А. Н., Масенко В. Л., Семенов С. Е., Барбараш О. Л.
НИИ КПССЗ, г. Кемерово, Россия

Введение (цели/ задачи):

Остеопоротические переломы значительно влияют на заболеваемость и смертность, а также качество жизни пациентов. Развитие сосудистой кальцификации, остеопороза и атеросклероза могут быть опосредованы общими патофизиологическими механизмами, а также модулироваться одними и теми же биологическими маркерами «остео-коронарной коморбидности». Пациенты, подвергающиеся коронарному шунтированию (КШ), требуют персонализированного подхода с учетом остеопоротических рисков. Цель. Оценка риска остеопоротических переломов у пациентов, перенесших КШ.

Материал и методы:

В исследование включены 393 мужчин (возраст 61 (56; 65) лет) с клинической картиной стабильной ИБС, госпитализированных для проведения КШ. На госпитальном этапе проведена оценка риска остеопоротических переломов в течение 10 лет методом FRAX. Через 5 лет выполнена оценка конечных точек – низкоэнергетический перелом плечевой

кости, бедренной кости, запястья, позвоночника, впервые выявленный остеопороз.

Результаты:

Риск остеопоротического перелома по FRAX у пациентов, перенесших КШ, составил 7,3% для всех переломов и 2,4% для перелома бедренной кости. Фактическая частота развития переломов через 5 лет составила 15,2%, достоверно превышала расчетную величину 10-летнего риска в 2,05 раза ($p < 0,05$). Определение «порога вмешательства» по результатам оценки FRAX позволили определить крайне неблагоприятный «костный» прогноз у 7,3% пациентов со стабильной ИБС. Тогда как неблагоприятные «костные» события (перелом, впервые выявленный остеопороз) через 5 лет наблюдения регистрировали у 22,2% больных ($p < 0,05$). При этом было определено значимое увеличение развития комбинированных конечных «костных» точек у пациентов с гемодинамически значимыми стенозами сонных артерий (31,2%, $\chi^2 = 7,92$; $p = 0,03$).

Заключение:

Несоответствие 10-летнего риска по FRAX фактическим изменениям через 5 лет наблюдения требует корректировки рискометрии осложнений остеопороза у больных ИБС, перенесших открытую реваскуляризацию, с учетом взаимосвязи процессов деминерализации кости с развитием кальциноза васкулярных бассейнов.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ

Породенко Н. В., Корчагина Е. А., Лавренко В. В., Скибицкий В. В.
ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава РФ, г. Краснодар, Россия

Введение (цели/ задачи):

По данным статистики среди молодых лиц, перенесших коронавирусную инфекцию, постковидный синдром встречается у каждого пятого пациента, независимо от тяжести перенесенного заболевания. К сожалению, задачу полного выздоровления и профилактики развития осложнений в настоящее время затрудняет отсутствие доказательной базы. Цель исследования: изучить особенности течения постковидного синдрома у пациентов молодого возраста.

Материал и методы:

Проведено анкетирование 342 человек в возрасте от 17 до 25 лет (75,7% мужчин, 24,3% женщин). Положительный ПЦР-тест имел место только у 126 человек (36,8%), что могло быть связано с разным временем проведения тестирования от момента начала заболевания. В дальнейшем в исследовании анализировались только ПЦР-положительные случаи.

Результаты:

На амбулаторном лечении находились 95,2% опрошенных, 4,8% на стационарном лечении. Появление новых или усугубление уже имеющихся симптомов зарегистрировано у 97 пациентов (77%). Самыми частыми жалобами были: хроническая усталость – 64 пациента (52,9%), стойкая утомляемость – 63 пациента (52,1%) и выпадение волос (алопеция) – 52 пациента (53%). Каждый четвертый пациент (40%) жаловался на одышку, кашель и сердцебиение, несмотря на отсутствие хронической патологии и молодой возраст. Лабильность артериального давления проявлялась повышением АД выше привычных значений – у 10,3% пациентов, понижением – у 9,3%. Со стороны желудочно-кишечного

тракта пациенты предъявляли жалобы на боль в животе – 12,4%, диарею – 11,6%, тошноту – 9,9%, рвоту – 4,1%. Неврологические проявления наблюдались у 50% пациентов: ухудшение памяти – 50,4%, депрессия – 36,4%, головные боли – 40,5%, а также бессонница – 23,1%. Оценка уровня витамина D во время заболевания производилась только в 4,8% процентах случаев. Во всех случаях обнаружен дефицит витамина D по лабораторным данным. Незначительный процент опрошенных (3%) так же отметил взаимосвязь между перенесенной вирусной инфекцией и обострением уже имеющихся хронических неинфекционных заболеваний. Повышение температуры тела до субфебрильных значений сохранялось у 4,7% переболевших в течение нескольких недель после выздоровления. Расстройство вкуса и запаха (дисгевзия и anosmia) в постковидном периоде зарегистрированы у 42% опрошенных. Еще одним аспектом нашей работы было изучение приверженности вакцинации среди лиц, перенесших коронавирусную инфекцию. Не были вакцинированы 26 пациентов (7,6%). 67,8% были вакцинированы «Спутник-V», 16,7% «КовиВак», 5% «ЭпиВакКорона», «Спутник-лайт» 2,9%. Реакциями на вакцинацию были повышение температуры разной степени выраженности, боли в месте инъекции, боли в мышцах и суставах, головные боли, слабость.

Заключение:

В нашем исследовании подавляющее большинство опрошенных находились на амбулаторном лечении (95,2%), что коррелирует с литературными данными, ввиду возраста и отсутствия тяжелой хронической патологии. Мы выявили, что постковидные симптомы наблюдались у 75% переболевших. Наиболее часто встречающиеся симптомы хроническая усталость, утомляемость и выпадение волос. Обращает на себя внимание факт низкой приверженности пациентов определению уровня витамина D, хотя в большинстве наблюдений указывается на большую значимость дефицита этого витамина в развитии ряда симптомов, в том числе и постковидных проявлений. Появление почти у половины пациентов различных психоневрологических нарушений, таких как повышение уровня тревоги, ухудшение памяти, головные боли, депрессия, совпадает с литературными данными. Выявленные разнообразные проявления постковидного синдрома у молодых лиц, вне зависимости от тяжести перенесенной коронавирусной инфекции, демонстрируют необходимость разработки мер по ведению таких пациентов, возможно совместно со смежными специалистами, применение комплексного подхода к диагностике и медикаментозной коррекции выявленных симптомов.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЦА И СОСУДОВ

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГЛУБИНЫ ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА С ПАРАМЕТРАМИ ДЕФОРМАЦИИ И РАБОТЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА СЕГМЕНТАРНОМ УРОВНЕ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Олейников В. Э.¹, Галимская В. А.¹, Голубева А. В.¹, Аверьянова Е. В.¹, Бабина А. В.¹, Донецкая Н. А.²

¹ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза, Россия, ²ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, г. Пенза, Россия

Введение (цели/ задачи):

На сегментарном уровне оценить влияние глубины повреждения миокарда (индекс трансмуральности) на деформационные характеристики и миокардиальную работу у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST).

Материал и методы:

В исследование включено 18 пациентов в возрасте $54,8 \pm 6,8$ лет с ИМпСТ, подтвержденным данными ЭКГ, результатами коронароангиографии (КАГ), уровнем кардиоспецифических маркеров (тропонина I, КФК-МВ). Больные в полном объеме получали лечение по поводу ИМпСТ. Всем включенным лицам на 7 – 9 сутки выполняли эхокардиографию на аппарате Vivid GE E95 Healthcare по стандартной методике. С помощью программного обеспечения EchoPAC версии 202 (GE Healthcare) определяли продольную (Longitudinal Strain/LS) деформацию 16 сегментов левого желудочка с помощью двумерной (LS2D) и трехмерной спекл-трекинг (LS3D) эхокардиографии. Анализировали показатель индекса работы (WI, мм рт.ст.%). Так же обследуемым выполняли магнитно-резонансную томографию (Philips Ingenia, 1.5 T) с внутривенным введением Gd-содержащего контрастного препарата в дозе 0,2 мл/кг. Рассчитывался посегментно показатель трансмуральности повреждения миокарда. Для оценки влияния глубины поражения на показатели деформации и работы миокарда применяли однофакторный регрессионный анализ.

Результаты:

Всего проанализировано 288 сегментов левого желудочка. Все изучаемые сегменты по индексу трансмуральности были разделены на две группы: непораженные (179) и пораженные (109). Установлено, что все деформационные характеристики взаимосвязаны с глубиной поражения миокарда. Сильную ассоциацию продемонстрировали LS2D и WI: весовые коэффициенты однофакторных моделей для них получены 0,27 ($F = 21,78$; $p = 0,000005$; $R^2 = 0,071$), для WI 0,28 ($F = 23,5$; $p = 0,00002$; $R^2 = 0,076$), соответственно. Умеренная ассоциация была зарегистрирована с LS3D, весовой коэффициент для которого составил 0,14 ($F = 5,36$; $p = 0,021$; $R^2 = 0,02$).

Заключение:

Таким образом, глубина поражения миокарда, приводит к наибольшему снижению продольной деформации, определяемой методом двумерной спекл-трекинг эхокардиографии и индексу миокардиальной работы.

ВЛИЯНИЕ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛОКАЛЬНОЙ И РЕГИОНАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ У МУЖЧИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Гайшун Е. И.¹, Зарадей И. И.¹, Широканова Н. И.²

¹УЗ «1 городская клиническая больница», г. Минск, Беларусь, ²Белорусский государственный университет, г. Минск, Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: оценить вклад уменьшения ЧСС в снижение локальной и региональной жесткости артерий у мужчин с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы:

Под наблюдением находилась группа из 49 мужчин в возрасте 48-57 лет с длительным анамнезом СД 2 типа (в среднем 7 лет) в сочетании с артериальной гипертензией 2 степени и склонностью к тахикардии. Пациенты в данной группе не различались по индексу массы тела, сопутствующей патологии, получаемой терапии. С целью урежения ЧСС все пациенты принимали бета-адреноблокаторы в сопоставимой дозе. Обязательным критерием включения в группу было отсутствие целевого уровня гликированного гемоглобина. У всех пациентов

до и после лечения измеряли артериальное давление (АД) (Ps/Pd) методом Короткова, при ультразвуковом исследовании брахиоцефальных артерий определяли диаметр в систолу (Ds) и диастолу (Dd) общей сонной артерии (ОСА) и плечевой артерии (ПЛА), проводили суточное мониторирование электрокардиограммы. Локальную жесткость ОСА и ПЛА оценивали с помощью индекса $\beta = \ln (Ps/Pd) / \ln (Ds/Dd)$, для исследования региональной жесткости рассчитывали сердечно-лодыжечный индекс (СЛСИ) с помощью объемного сфигмографа VaSeraVS-1500N (Fukuda Denshi). Данные показатели локальной и региональной жесткости мало зависят от АД. На основании проведенных измерений рассчитывали значения индекса β , его абсолютное $\beta_{abs} = \beta / (1-0,4f)$ и среднесуточное $\beta' = \beta_{abs} (1+0,4f)$ значения (f – ЧСС в Гц в момент исследования, f' – среднесуточная ЧСС в Гц, коэффициент 0,4 секунд характеризует вязкоупругость стенки ОСА). Величина β_{abs} оценивает абсолютную жесткость, т.е. жесткость при «нулевой» ЧСС, а величина β' – общую жесткость артерии, определяемую как морфофункциональным состоянием сосудистой стенки, так и воздействием ЧСС.

Результаты:

В результате лечения среднее систолическое давление снизилось с 147,3 мм рт.ст. до 132,1 мм рт.ст., диастолическое артериальное давление с 89,7 мм рт.ст. до 74,2 мм рт.ст., среднесуточная ЧСС с 88 уд.мин. до 62 уд.мин. ($p < 0,0001$). Индекс β уменьшился с 7,3 до 6,4 ($p < 0,0001$), показатели β_{abs} и β' с 4,2 до 3,8 ($p < 0,05$) и с 5,9 до 5,1 ($p < 0,02$), соответственно. Отмечалось также снижение СЛСИ с 10,1 до 9,5 ($p < 0,05$). Следовательно, в ходе лечения произошло снижение АД и ЧСС. Кроме того, уменьшились значения показателей β_{abs} , β' , СЛСИ что свидетельствует об уменьшении локальной и региональной жесткости периферических артерий.

Заключение:

У пациентов с СД 2 типа выявлено повышение локальной и региональной артериальной жесткости. Позитивное воздействие снижения ЧСС на жесткость периферических артерий – это следствие вязкоупругости сосудистой стенки, а именно, зависимости модуля Юнга от ЧСС. При этом указанный модуль уменьшается (а значит, снижается и жесткость сосудистой стенки) вместе с уменьшением ЧСС. Установлена статистически значимая взаимосвязь между локальной и региональной жесткостью периферических артерий.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭКВИВАЛЕНТНОЙ ПЛОТНОСТИ КАЛЬЦИЕВЫХ ДЕПОЗИТОВ КОРОНАРНЫХ И КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ

Коков А. Н., Масенко В. Л., Семенов С. Е., Барбараш О. Л.
НИИ КПССЗ, г. Кемерово, Россия

Введение (цели/ задачи):

Кальцификация является важной структурной особенностью прогрессирующих атеросклеротических бляшек любой локализации и обнаруживается с помощью компьютерной томографии (КТ). При этом структура кальцинатов может быть весьма вариабельной за счет компактного или рассеянного распределения микрокальцинатов в проекции исследуемого участка. Плотность кальцинатов является предметом изучения с позиции ее влияния на стабильность атеросклеротической бляшки и определения прогноза больных ИБС. Особое значение стабильность бляшки имеет для отдаленного прогноза пациентов, подвергшихся коронарному шунтированию (КШ). Цель исследования. Оценка прогностической значимости эквивалентной плотности кальциевых депозитов коронарных

(КА) и каротидных артерий (БЦА) для пациентов в отдаленном периоде после КШ.

Материал и методы:

В исследование вошли 393 мужчины (возраст 61 (56; 65) лет) со стабильной ИБС, госпитализированные для проведения КШ. На госпитальном этапе всем пациентам проведена КТ КА и БЦА на томографе SOMATOM Sensation 64 (Siemens, ФРГ) с количественной оценкой кальциноза по методу Агатстона. Для дополнительной оценки кальцинированной части бляшек КА и БЦА использован показатель эквивалентной плотности кальциевого депозита (ЭПКД, мг/мм³), представляющий собой отношение массы кальциевого депозита к его объему, определяемым по данным КТ. На проспективном этапе через 5 лет проводили оценку «конечных точек» (смерть, повторный ИМ, ОНМК, повторные госпитализации, любые реваскуляризирующие процедуры коронарных, каротидных артерий и/или артерий нижних конечностей). Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0 с определением относительного риска (ОР) с 95% доверительным интервалом (ДИ) для изучаемых факторов и использованием метода Каплана-Мейера для оценки выживаемости. Статистически значимым уровнем считали значение $p < 0,05$.

Результаты:

По данным КТ медиана ЭПКД КА составила 0,22 мг/мм³, медиана ЭПКД БЦА составила 0,21 мг/мм³. Через 5 лет наблюдения удалось оценить статус 335 пациентов (85,2%). Летальность за указанное время составила 10,7% (36 пациентов). Кардиоваскулярная смерть отмечена в 31 случае (9,2%), а у 5 пациентов (1,5%) – смерть от неустановленных причин. Повторный инфаркт миокарда у 21 (6,2%), инсульт у 14 (4,2%), повторная госпитализация 24 (7,2%), повторная реваскуляризация коронарных артерий 10 (2,9%), реваскуляризация некоронарных артерий у 49 (14,9%) пациентов. На основании частотного анализа исходного уровня ЭПКД КА, с учетом «конечных точек», были определены диапазоны изменения значений этого показателя у больных с благоприятным и неблагоприятным исходом. Исходный уровень показателя ЭПКД КА ниже 0,19 мг/мм³ являлся достоверным предиктором развития неблагоприятных событий у пациентов перенесших КШ – ОР 4,7; ДИ 2,02–10,95; $p = 0,001$. При этом подавляющее большинство событий произошло в течение первых двух лет после операции. Уровень ЭПКД КА $< 0,19$ мг/мм³ также был ассоциирован с летальностью в основной группе больных ИБС (ОР 2,84; 95% ДИ 1,54–5,25; $p = 0,003$). Рассматривая показатель ЭПКД БЦА в качестве потенциального предиктора кардиоваскулярных и церебральных осложнений в позднем постоперационном периоде после КШ у пациентов с МФА, был выполнен анализ кумулятивных характеристик данного показателя в отношении развития комплексной кардиоваскулярной «конечной точки» и ишемического инсульта. Низкий уровень ЭПКД БЦА $< 0,19$ мг/мм³ не имел прогностического значения для комплексной «конечной» точки, объединившей все неблагоприятные кардиоваскулярные события – ОР 0,95; ДИ 0,45–2,04, но ассоциировался с более высокой частотой развития ишемического инсульта – ОР 3,03; ДИ 1,03–8,86.

Заключение:

Таким образом, низкая ЭПКД КА и БЦА выступает предиктором неблагоприятных кардиоваскулярных событий в отдаленном послеоперационном периоде у пациентов со стабильной ИБС после КШ. При ЭПКД КА ниже уровня 0,19 мг/мм³ отмечается увеличение риска летальности в 2,84 раза у больных со стабильной ИБС и риска развития неблагоприятных кардиоваскулярных событий в 4,7 раза, а низкая ЭПКД БЦА ассоциирована с риском ишемического инсульта.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Алейникова Т. В.

УО «ГомГМУ», г. Гомель, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

В клинической практике для оценки автономной регуляции сердца, а также соотношении между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы, широко используется анализ variability сердечного ритма (BCP) при проведении холтеровского мониторинга (ХМ). Увеличение показателей BCP связано с усилением парасимпатических влияний и указывает на положительную адаптацию и лучшее состояние восстановления, снижение показателей связано с активацией симпатического тонуса, отражает стресс, худшее состояние восстановления и достоверное повышение риска внезапной сердечной смерти. Такие временные («time domain») показатели BCP, как SDNN, SDANNi, SDNNi тестируют разброс сердечного ритма, а показатель RMSSD – его концентрацию, причем на фоне усиления симпатических влияний, имеет место уменьшение RMSSD, то есть усиление концентрации сердечного ритма. Снижение показателя pNN50 свидетельствует о снижении уровня парасимпатических влияний на сердечный ритм. Цель исследования: проанализировать изменения временных («time domain») показателей BCP у пациентов с Covid-19 ассоциированной пневмонией.

Материал и методы:

Проведен анализ результатов ХМ 51 пациента с диагнозом Covid-19 ассоциированной пневмонии (38 женщин и 13 мужчин; средний возраст $57,7 \pm 12,5$ лет). Пациенты были разделены на три возрастные группы: 20-39 лет (7 человек – 13,7%), 40-59 лет (16 человек – 31,4%), 60-79 лет (28 человек – 54,9%). При проведении холтеровского мониторинга анализировались временные показатели BCP: SDNN (мс), SDANNi (мс), SDNNi (мс), RMSSD (мс), pNN50 (%). Статистический анализ проводился с помощью программы «Statistica 10.0». Достоверным считался уровень значимости при $p < 0,05$.

Результаты:

У пациентов с Covid-19 ассоциированной пневмонией разного возраста выявлена взаимосвязь показателей разброса сердечного ритма: SDNN значимо коррелирует с показателями SDANNi, SDNNi ($p = 0,001$). Далее, проанализированы изменения показателей SDNN, RMSSD и pNN50. У пациентов в возрасте 20-39 лет в 57,1% случаев выявлены нормальные значения показателей SDNN и RMSSD, в 14,3% повышенные и в 28,6% сниженные. Нормальные значения показателя pNN50 зарегистрированы в 42,8% случаев, повышенные – в 28,6% и сниженные – в 28,6%. В возрасте 40-59 лет нормальные значения SDNN зарегистрированы в 25% случаев, повышенные – 37,5%, сниженные – 37,5%. Нормальные значения RMSSD имеют место в 43,75% случаев, повышенные – 37,5%, сниженные – 18,75%. Нормальные значения pNN50 56,25% случаев, повышенные – 6,25%, сниженные – 37,5%. Отмечается в равной степени снижение показателей SDNN и pNN50 (37,5%), что может свидетельствовать как о снижении разброса сердечного ритма, так и о снижении уровня парасимпатических влияний на сердечный ритм у пациентов данной возрастной группы. В возрасте 60-79 лет нормальные значения показателя SDNN имеют 60,7% пациентов, повышенные – 21,4%, сниженные – 17,9%. Нормальные значения RMSSD зарегистрированы в 53,6% случаев, повышенные – 28,5%, сниженные – 17,9%. Нормальные значения pNN50 имеют 39,3% пациентов, повышенные – 10,7%, сниженные – 50% пациентов данного возраста. Выявлена корреляция между значениями pNN50 и средней частотой

сердечных сокращений ($r = 0,3326$; $p = 0,02$).

Заключение:

У большинства пациентов с Covid-19 ассоциированной пневмонией значения временных показателей ВСР находятся в пределах нормы или увеличены, что в целом свидетельствует о нормальном функциональном состоянии организма, его способности к саморегуляции, адаптивности и устойчивости. Снижение показателей SDNN, RMSSD, pNN50 у 28,6% пациентов с Covid-19 ассоциированной пневмонией в возрасте 20-39 лет, а также снижение SDNN и pNN50 у 37,5% и RMSSD у 18,74% пациентов в возрасте 40-49 лет, свидетельствует об активации симпатического тонуса, худшем состоянии восстановления и достоверном повышении риска развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий и исходов. Преобладающее снижение показателя pNN50 у 50% пациентов в возрасте 60-79 лет свидетельствует о снижении влияния парасимпатического отдела вегетативной нервной системы на сердечный ритм, что при снижении с возрастом частоты сердечных сокращений, может отражать процесс постепенного снижения вегетативных влияний на ритм сердца, а не усиление симпатических влияний.

ЭВОЛЮЦИЯ ДЕФОРМАЦИОННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Голубева А. В., Галимская В. А., Бабина А. В., Коренкова К. Н., Олейников В. Э.
ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза, Россия

Введение (цели/ задачи):

Изучить динамику деформационных параметров миокарда левого желудочка (ЛЖ) у больных после инфаркта миокарда после с подъемом сегмента ST (ИМпST) с сохраненной фракцией выброса (ФВ).

Материал и методы:

В исследование включено 58 пациентов ($50,3 \pm 9,5$ лет) с сохраненной ФВ (более 50%) после перенесенного ИМпST. Лечение в рамках испытания проводили без отмывочного периода с сохранением полного объема фармакотерапии по поводу ИМпST. Эхокардиографическое обследование проводили на ультразвуковом сканере MyLab (Esaote, Италия) через 6 месяцев от начала заболевания. С помощью программного обеспечения X-Strain™ на 7-9 сутки, через 6 месяцев анализировали параметры глобальной продольной (GLS, %), циркулярной (GCS, %) деформации, а также скручивание (Twist, °) ЛЖ. Через 6 месяцев пациенты были поделены на группы: имели признаки диастолической дисфункции «ДД» – 17 человек; пациенты без изменения диастолической функции «БДД» – 41 человек. Сравнимые группы не отличались по возрасту, полу, антропометрическим характеристикам, проводимому лечению.

Результаты:

В группе «ДД» GLS на 7-9 сутки составила 19,2 (95%ДИ 18,4-20,0)%, через 6 месяцев – 19,0 (95%ДИ 18,4-19,9)% ($p > 0,05$); GCS исходно 21,1 (95%ДИ 19,4-22,8)%, через 6 месяцев – 20,9 (95%ДИ 19,5-22,4)% ($p > 0,05$); Twist на 7-9 сутки составил 11,2 (95%ДИ 10,9-12,1)%, через 6 месяцев – 10,6 (95%ДИ 9,7-11,5)% ($p = 0,04$). В группе «БДД» регистрировалось увеличение GLS уже к 6 месяцу на 5,3% ($p = 0,04$): с 19,5 (95%ДИ 18,4-20,6)% на 7-9 сутки до 20,6 (95%ДИ 18,1-23,1)%. GCS на 7-9 сутки составила 20,6 (95%ДИ 18,1-23,1)%, через 6 месяцев – 23,0 (95%ДИ 20,5-25,5)% ($p = 0,03$). Регистрировалось улучшение Twist на 3 ° ($p = 0,04$): с 13,0 (95%ДИ 12,2-13,8) ° на 7-9 сутки до 13,4 (95%ДИ 11,8-14,9) °.

Заключение:

Таким образом, установлено, что наличие диастолической дисфункции у пациентов с сохраненной ФВ после ИМПСТ оказывает негативное влияние на деформационные характеристики и скручивание ЛЖ.

Вопросы реабилитации

КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Ким Ю. В., Зуева И. Б.

ПСПбГМУ им.акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург, Россия, ЧОУ ВО Санкт-Петербургский медико-социальный институт, Санкт-Петербург, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования. Изучить когнитивные функции и эмоциональный статус пациентов, перенесших COVID-19.

Материал и методы:

Материалы и методы. В исследование были включены $n = 48$ человек. Основную группу составили пациенты, перенесшие COVID-19 ($n = 24$, средний возраст $43, 72 \pm 5, 21$ лет). В контрольную группу были включены здоровые добровольцы ($n = 24$, средний возраст $44, 18 \pm 5, 32$ лет). У всех пациентов, включённых в исследование, когнитивные функции оценивались с помощью применения нейропсихологических шкал: краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination (MMSE)), батарея тестов на лобную дисфункцию, тест рисования часов, тест «10 слов по Лурии», «шифровка». Уровень тревоги и депрессии определялся с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)).

Результаты:

Результаты. Большинство пациентов, перенесших COVID-19 предъявляли жалобы на сохраняющуюся усталость 24 (100%), плохой сон 20 (83,3%), сердцебиение 20 (83,3%), снижение памяти 18 (75%). В основной группе пациентов отмечалось снижение показателя краткосрочной памяти ($6, 45 \pm 1, 14$ и $8, 97 \pm 1, 51$ баллов, $p < 0,05$), результата теста MMSE ($27, 26 \pm 2, 10$ и $29, 81 \pm 2, 93$ баллов, $p < 0,05$), теста «шифровка» ($40,37 \pm 9, 64$ и $48, 91 \pm 9, 86$ баллов, $p < 0,05$), увеличение уровня тревоги ($9, 34 \pm 0,45$ и $4, 12 \pm 0,21$ баллов, $p < 0,05$) по сравнению с контрольной группой.

Заключение:

У пациентов, перенесших COVID-19 зарегистрировано ухудшение когнитивных функций в целом, снижение памяти и внимания, повышение уровня тревоги.

О КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ

Абдуллаев А. Х.^{1,2}, Аляви Б. А.^{1,2}, Узоков Ж. К.¹, Далимова Д. А.³, Бабаев М. А.¹, Нигмонов Б. Б.²

¹ГУ «РСНПМЦТиМР, г. Ташкент, Узбекистан, ²ТашПМИ, г. Ташкент, Узбекистан, ³Центр передовых технологий, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Несмотря на достигнутые успехи в профилактике и лечении коронарной болезни сердца (КБС), она по-прежнему представляет собой одну из актуальных проблем современной кардиологии во многих странах мира, в связи с высокой распространенностью, инвалидизацией и смертностью, преимущественно среди лиц молодого, трудоспособного возраста. Цель работы изучить показатели липидов, агрегации тромбоцитов, структурно-функциональные параметры миокарда левого желудочка (ЛЖ) на этапе реабилитации больных КБС, подвергшихся стентированию коронарных артерий (СКА).

Материал и методы:

30 больных КБС, стабильной стенокардией напряжения (СС) III (I группа, 14), и IV (II группа, 16) функциональных классов (ФК) после планового СКА на фоне базисной терапии (антиагреганты розувастатин, β -блокаторы) занимались индивидуально подобранной лечебной физической культурой (ЛФК) с учётом толерантности их к физическим нагрузкам. До СКА, через 3 и 6 месяцев изучали агрегацию тромбоцитов (АТ), холестерин (ХС), ХС липопротеидов высокой (ХСЛПВП) и низкой плотности (ХСЛПНП), триглицериды (ТГ), полиморфизм генов CYP2C19*2 и 9p21 (rs 2383206 и rs 10757272), оценивали жизнеспособность миокарда (эхокардиография (стресс-ЭХОКГ), мультислайсная компьютерная томография), проводили велоэргометрическую пробу.

Результаты:

Под влиянием розувастатина отмечено уменьшение содержания ХС ($6,9 \pm 0,31$ до $4,83 \pm 0,21$), ХСЛПНП ($3,6 \pm 0,20$ до $2,3 \pm 0,18$ ммоль/л) ТГ ($2,5 \pm 0,12$ до $1,55 \pm 0,12$ ммоль/л) и небольшое увеличение уровня ХСЛПВП ($1,1 \pm 0,04$ до $1,18 \pm 0,04$ ммоль/л). До СКА у больных с СС IV ФК выявлены более высокие значения АТ, указывающие на повышенный риск тромботических осложнений. Исходно были снижены параметры глобальной и регионарной систолической функции ЛЖ (у пациентов II группы они были хуже). Реабилитация сопровождалась увеличением фракции выброса ЛЖ (увеличение с 57 до 62,5%. Масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ) – 188 и 181,5 г, толщина задней стенки ЛЖ (ТЗЛЖ) – 1,1 и 1,05 см, толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) до и после лечения 1,05 см, конечно-диастолический размер ЛЖ (КДР) 4,95 и 4,9 см, конечно-диастолический объем (КДО) 124,5 и – 119 мл, конечно-систолический объем (КСО) 47,5 и 49,5 мл. Ударный объем (УО) составил соответственно 79 и 77,5 мл. У пациентов с дилатированным ЛЖ улучшение после СКА менее выражено. В конце наблюдения улучшились ФВ, ММЛЖ, ТЗЛЖ, КДО и УО. Показатели глобальной систолической функции ЛЖ, УМЖП, УЗСЛЖ, КСО ЛЖ, УО ЛЖ, ФВ ЛЖ при малых дозах добутамина также были лучше исходных. При распределении генотипов CYP2C19*17 (rs 12248560) СС, СТ и ТТ увеличивали дозу антиагрегантов, а при генотипах гена CYP2C19 (rs 4244285) GG, AG и AA уменьшали. У больных, занимавшихся ЛФК со второй степенью двигательной нагрузки, увеличились двигательные возможности, уменьшилась одышка с 3 до 2 баллов, нормализовались частота дыхания и сердечных сокращений при увеличении пороговой нагрузки до 100 Вт и положительной динамики дыхательных проб. У больных, получавших ЛФК с третьей степенью нагрузки, наблюдали увеличение пороговой нагрузки до 150 Вт.

Заключение:

Оценка жизнеспособности миокарда, индивидуализированный подход с учетом фармакогенетических исследований при ведении больных КБС, подвергшихся СКА, повышает эффективность реабилитации, предупреждает развитие грозных осложнений, что благоприятно сказывается на их качестве жизни.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО ПОДХОДА ПСИХОФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА

Васильева И. Н., Осадчук М. А., Корженков Н. П., Бикметова А. М., Миронова Е. Д., Хударова А. А., Митрохина О. И.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования оценка эффективности персонифицированного подхода психофизической реабилитации на качество жизни пациентов пожилого возраста с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ).

Материал и методы:

В исследование было включено 460 пациентов пожилого возраста от 60 до 74 лет с перенесенным в анамнезе ИМ более 1 месяца назад. В зависимости от функционального класса (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН) и стенокардии напряжения (СН) и вида психофизической реабилитационной программы пациенты разделялись на две группы. В 1-ю группу вошли 160 пациентов со II ФК ССН без ХСН, которых разделили на 2 подгруппы в зависимости от вида обучения. 1-я подгруппа пациентов имела групповые занятия (n = 80), 2-я подгруппа индивидуальные (n = 80). Вторую группу сравнения составили 152 больных с III ФК стабильной стенокардии напряжения (ССН) без ХСН: 1 подгруппа была на групповом обучении (n = 76), 2 подгруппа на индивидуальном (n = 76). Третья группа включала 85 пациентов с ХСН I ФК на групповом (n = 43; 1-я подгруппа;) и индивидуальном обучении (n = 42; 2-я подгруппа, а в 4-ю группу вошли 63 пациентов с ХСН II ФК на групповом (1 подгруппа; n = 32) и индивидуальном обучении (2 подгруппа; n = 31). Всем участникам исследования проводили общеклинические и инструментальные методы обследования (лабораторные, электрокардиографию (ЭКГ), ЭХОкардиографию, холтеровское ЭКГ мониторирование, велоэргометрию). Опросник Института клинической психиатрии им. В.М. Бехтерева использовался для определения типа отношения к болезни. Для оценки качества жизни применяли опросник SF-36, тревожности шкалу Ч. Спилберга. Помимо стандартной фармакотерапии программу физической реабилитации составляла лечебная гимнастика и тренировочная ходьба. Объем физических упражнений лечебной физкультуры (ЛФК) определялся по результатам велоэргометрии (20-30 мин 3-4 раза в неделю). По мере повышения функциональных возможностей все пациенты переводились на контролируемые частично программы: один раз в неделю под наблюдением врача и два раза дома самостоятельно (быстрая ходьба и бег, чередующийся с ходьбой при заданной ЧСС). Индивидуальная форма реабилитационной программы предусматривала постоянный контакт врача и пациента на протяжении всего периода наблюдения с сеансами психотерапии 1-2 раза в неделю. Статистическая оценка результатов исследования проводилась с помощью статистического пакета программ «SPSS15.0 for WINDOWS».

Результаты:

У всех пациентов с ИБС, перенесенным ИМ, обнаружены исходные нарушения психической адаптации с различным уровнем тревожных, депрессивных и невротических расстройств. При этом ФК стенокардии зависил от психологического статуса: уровня депрессии, типа отношения к заболеванию и одиночества ($r = 0,724$; $p < 0,05$). Анализ клинико-инструментальных, лабораторных, психологических показателей через 2 месяца и 1 год показал более благоприятные результаты в основных подгруппах, чем в подгруппах с групповым методом обучения. Уровень приверженности пациентов был достоверно выше, по сравнению с таковым, наблюдаемым у больных с групповым методом обучения ($p < 0,05$).

У пациентов со стабильной СН на индивидуальном обучении высокий уровень комплаентности достигался в 74,4% случаев (116 человек), при групповом – в 35,9% (у 56 больных). Высокий уровень приверженности у пациентов с ХСН и ИМ выявлен у 62 человек (84,9%). Прогрессирование ХСН встречалось достоверно чаще в подгруппе пациентов на групповом обучении ($p < 0,05$). Среди пациентов 1-й подгруппы с ХСН I ФК (групповое обучение) к концу периода наблюдения достоверно уменьшилось число лиц с III ФК, но увеличивалось количество пациентов с ССН I ФК и ССН IV ФК. Среди пациентов с ХСН I ФК (2-й подгруппы) статистически значимо увеличивалось число лиц, страдающих ССН I ФК, но уменьшилось количество больных с ССН II ФК и III ФК. У 2 больных 1-й подгруппы регистрировалось значимое прогрессирование поражений органов мишеней: снижения скорости клубочковой фильтрации, увеличение альбуминурии и толщины комплекса интима-медиа артериальных сосудов.

Заключение:

Включение в программу реабилитационных мероприятий образовательных программ для пожилых пациентов с перенесенным инфарктом миокарда со ССН и ХСН в течение 1 года наблюдения с использованием активного амбулаторного мониторинга способствует значимому повышению качества жизни, снижению выраженности депрессивных и тревожных расстройств, улучшению клинико-инструментальных показателей. При этом, реабилитационная программа, основанная на индивидуальной методике обучения, эффективнее по сравнению с групповым методом обучения.

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Корниенко Н. В., Корытько И. Н., Мирошниченко Е. П., Драненко Н. Ю., Петренко В. И., Ефремова Н. В., Худякова А. С.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского «КФУ им. В.И. Вернадского», г.

Симферополь, Россия

Введение (цели/ задачи):

Сердечно-сосудистые заболевания являются одной из наиболее острых медико-социальных проблем. Одним из ключевых подходов современной комплексной диагностики состояния пациентов является изучение их качества жизни и, особенно, это актуально у больных кардиологического профиля. Цель исследования: изучение качества жизни (КЖ) у пожилых пациентов кардиологического профиля.

Материал и методы:

Обследовано 220 пациентов (64,5% мужчин, 35,5% женщин в возрасте 62 – 74 лет (средний возраст $69,7 \pm 3,5$ лет) с диагнозом: ИБС, стенокардия напряжения 2-3 функционального класса; постинфарктный кардиосклероз; артериальная гипертензия II стадия, СН I-III ФК. Протокол исследования включал: осмотр врача, интервьюирование, анкетирование, антропометрию, определение биохимических показателей крови, ЭКГ, ЭХОКГ (эхокардиография), двукратное измерение артериального давления (АД). Для оценки КЖ применялся опросник SF-36 (Short Form Medical Outcomes Study). Статистический анализ проводился с помощью пакета программ EXEL., Statistica 6.0.

Результаты:

При анализе полученных результатов выявлены более низкие значения почти всех шкал и показателей опросника SF-36 у пожилых пациентов кардиологического профиля, выявлен

средний показатель КЖ (46-68%) по 7 шкалам: Физическое функционирование (Physical Functioning)-PF = 52%, Интенсивность боли (Bodily Pain) – BP = 49, 14%, Общее состояние здоровья (General Health) – GH = 53, 61%, Жизненная активность (Vitality) – VT = 49, 15%, Социальное функционирование (Social Functioning) – SF = 48, 76%, Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional) – RE = 40,65%, Mental Health (МН) самооценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций) – 56%. Один показатель из 8 шкал – Показатель Ролевого функционирования (Role-Physical) RP, составил 36%, что указывает на пониженный показатель КЖ (21%-40%). При изучении физического компонента здоровья наблюдалось снижение общего физического состояния пациентов (GH = 52, 41%) в виде ограничения выполнения физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице и т.д.) – (PF = 53, 32%), сильное ограничение работоспособности (RP = 35%). Интенсивность боли (BP = 49,13%) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома несколько ограничивала активность личности. При анализе психологического компонента здоровья отмечается низкая оценка своей жизненной активности – ощущения себя утомленным, обессиленным (VT = 47,03%). Средняя степень ограничения социальных контактов в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния (SF = 46,84%). Эмоциональное состояние затрудняет в средней степени выполнение работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполнения работы, снижение качества ее выполнения и т.д.) – RE = 40,71%. Практически все пациенты отметили наличие стрессовых ситуаций, предшествующих развитию заболевания. Выявлена пониженная оценка своего психического здоровья, наличие депрессивных, тревожных переживаний, психического неблагополучия, преобладания отрицательных эмоций (МН = 57%).

Заключение:

КЖ можно оценить как среднее по 7 шкалам, включающим физический и психологический компоненты, а по шкале Ролевого функционирования как сниженное, что свидетельствует о социальном ограничении пожилых пациентов кардиологического профиля, возможно, из-за наличия тревожно-депрессивных расстройств, социальной дезадаптации. Использование опросника SF-36 по может своевременно индивидуализировать лечение и ведение данной категории больных.

РОЛЬ МАГНИТОТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Ким Ю. В.¹, Зуева И. Б.²

¹ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия, ²ЧОУ ВО Санкт-Петербургский медико-социальный институт, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования. Изучить влияние магнитотерапии на эмоциональный статус у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материал и методы:

В исследование были включены 60 человек в возрасте от 65 до 90 лет (средний возраст $76,23 \pm 9,41$ лет). Все пациенты, включённые в исследование, были разделены на три группы. Больные 1-3 групп были рандомизированы на две подгруппы по $n = 10$ человек: основную (подгруппа А) и контрольную (подгруппа Б). У пациентов подгруппы А в составе 1-3 групп

проводилась магнитотерапия с помощью аппарата «Алмаг-03». В подгруппах Б в составе 1-3 групп магнитотерапия не проводилась. Курс терапии включал 14 сеансов продолжительностью по 15-20 минут. Длительность терапии составила 14 дней. Исходно и после проведения магнитотерапии в основной и контрольной группах оценивались когнитивные функции с помощью нейропсихологических шкал: краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination (MMSE)), тест рисования часов, тест «шифровка», тест «10 слов по Лурии». Уровень тревоги и депрессии определялся с использованием «Гериатрической шкалы депрессии» и «Опросника тревоги в гериатрии».

Результаты:

Результаты. По результатам нейропсихологического тестирования в 1 группе были пациенты с лёгкими когнитивными нарушениями, во 2 группе – с умеренными когнитивными нарушениями и в 3 группе – с лёгкой деменцией. Через 2 недели после начала терапии в подгруппе А всех трёх групп, включённых в исследование, отмечалось улучшение сна ($19,14 \pm 0,62$ и $21,18 \pm 0,71$ баллов $p < 0,05$; $19,30 \pm 0,67$ и $21,27 \pm 0,74$ баллов соответственно, $p < 0,05$; $19,21 \pm 0,59$ и $20,86 \pm 0,70$ баллов соответственно, $p < 0,05$). Уменьшение уровня тревоги отмечалось в подгруппе А групп 2, 3 ($4,32 \pm 0,34$ и $3,09 \pm 0,26$ баллов, $p < 0,05$; $4,39 \pm 0,37$ и $3,26 \pm 0,28$ баллов соответственно, $p < 0,05$) по сравнению с подгруппой Б.

Заключение:

При проведении магнитотерапии у пациентов с лёгкими и умеренными когнитивными нарушениями, а также с лёгкой деменцией зарегистрировано улучшение качества сна, снижение уровня тревоги. Применение магнитотерапии с помощью аппарата «Алмаг-03» является перспективным в лечении пациентов с эмоциональными нарушениями пожилого и старческого возраста.

ПРОБЛЕМЫ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТОНИИ

РАННИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЗАВЕРШЕНИИ ПОДОСТРОГО ПЕРИОДА ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ

Сотников А. В., Меньшикова А. Н., Гордиенко А. В., Носович Д. В.
Военно-Медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования. Оценить особенности анамнеза инфаркта миокарда (ИМ), его клинического течения в первые часы заболевания с точки зрения их связи с формированием легочной гипертензии (ЛГ) в подостром периоде инфаркта миокарда (ИМ) у мужчин моложе 60 лет для уточнения ранних предикторов этого осложнения, совершенствования его профилактики и исходов.

Материал и методы:

Изучены результаты стационарного лечения мужчин в возрасте 19-60 лет по поводу ИМ (I типа по IV универсальному определению, 2018). Всем пациентам выполняли диагностический алгоритм, включая комплекс лабораторных и инструментальных исследований в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи при ИМ. Величину среднего давления в легочной артерии (срДЛА) определяли при выполнении комплексной эхокардиографии по методу А. Kitabatake дважды – в первые 48 часов (1) и в

конец третьей недели ИМ (2). В зависимости от динамики срДЛА пациентов разделили на две группы: I – исследуемую, с ЛГ, возникшей в период наблюдения (срДЛА ≥ 25 и более мм рт.ст. при нормальном уровне срДЛА1) – 84 пациента (средний возраст $50,4 \pm 7,1$ год), II – иной динамикой срДЛА (367 пациента ($50,9 \pm 6,2$ года; $p = 0,8$). На основе критериев Мана-Уитни и Хи-квадрат Пирсона выполнен сравнительный анализ особенностей клинического течения, анамнеза ИМ в выделенных группах. С помощью критерия Хи-квадрат Пирсона произведена оценка влияния особенностей клинического течения ИМ, анамнеза заболевания на абсолютный (AP) и относительный (OR) риски развития ЛГ в подостром периоде ИМ.

Результаты:

Установлено, что у пациентов исследуемой группы в анамнезе при регистрации электрокардиограммы (ЭКГ) чаще выявляли брадикардию (исследуемая: 23,5%; контрольная – 14,4%, $p = 0,04$), в то время как у пациентов контрольной группы – синусовую тахикардию (3,7 и 22,0% соответственно, $p < 0,0001$), фибрилляцию желудочков (0,0 и 5,5%, $p = 0,03$), а также ЭКГ-признаки гипертрофии левого предсердия (ГЛП) (18,5 и 33,0%, $p = 0,01$). Выявлено, что ЛГ в подостром периоде ИМ чаще развивалась у пациентов, имеющих хроническое нарушение мозгового кровообращения (ХНМК) (67,9 и 56,2%, $p = 0,046$). В то время как для пациентов контрольной группы (II) оказалась характерной сопутствующая воспалительная легочная патология (15,5 и 26,8%, $p = 0,03$), аритмия при физикальном исследовании в первые часы ИМ (14,3 и 26,5%; $p = 0,02$), а также развитие в качестве осложнения ИМ отека легких (0,0 и 13,9%, $p = 0,0003$). Кроме того установлено, что пациенты I группы характеризуются более выраженной склонностью к брадикардии ($68,7 \pm 17,6$ и $79,3 \pm 20,2$ (в мин); $p < 0,0001$), чем пациенты контрольной группы. Достоверных различий по другим анамнестическим и клиническим показателям, в том числе по данным физикального обследования, клиническим вариантам ИМ, наличию и структуре осложнений, не получено. При оценке влияния особенностей клинического течения и анамнеза ИМ на риск развития ЛГ в подостром его периоде его увеличивали: частота сердечных сокращений в первые часы ИМ менее 75 в мин. (AP: 28,1%; OR: 3,71; $p < 0,0001$) и синусовая брадикардия (AP: 33,9%; OR: 2,04; $p = 0,002$). Наличие отека легких (0%; 0; $p = 0,002$), синусовой тахикардии (AP: 4,1%; OR: 0,18; $p = 0,0003$) и ЭКГ-признаков ГЛП (AP: 11,9%; OR: 0,55; $p = 0,02$) уменьшало риск возникновения ЛГ в подостром периоде ИМ.

Заключение:

Значимыми клиническими признаками, оказывающими влияние на формирование ЛГ в подостром периоде ИМ у мужчин моложе 60 лет, являются брадикардия, выявляемая при регистрации ЭКГ на предыдущих этапах наблюдения, а также наличие у пациентов в анамнезе ХНМК. Одним из достоверных клинических предикторов, свидетельствующих о высоком риске развития ЛГ к концу третьей недели ИМ, оказалась склонность к брадикардии при физикальном обследовании в первые часы ИМ. Основанное на перечисленных признаках выделение группы риска возникновения ЛГ в подостром периоде заболевания среди пациентов с ИМ поможет своевременно выполнить необходимый алгоритм диагностики и оказания помощи таким больным. Эти показатели также целесообразно использовать при прогностическом моделировании ситуаций развития ЛГ.

ГЕНЕТИКА В КАРДИОЛОГИИ

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ИНТЕРЛЕЙКИНА 17А С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Рубаненко О. А., Лимарева Л. В., Щукин Ю. В., Давыдкин И. Л.

Введение (цели/ задачи):

Оценить взаимосвязь генетического полиморфизма интерлейкина 17А с риском развития послеоперационной фибрилляции предсердий (ПОФП) при проведении плановой операции коронарного шунтирования (КШ).

Материал и методы:

Обследовано 158 пациентов, подвергающихся КШ. У всех пациентов изучались стандартные лабораторные и инструментальные показатели. Проводилась оценка генетического полиморфизма интерлейкина 17А. Пациенты распределены на 2 группы: 1 группа включала 111 пациентов без ПОФП (82% мужчин, медиана возраста 62,0 (56,0; 66,0) года, 2 группа – 47 пациентов с ПОФП (84,4% мужчин, медиана возраста 65,0 (61,0; 70,0) лет).

Результаты:

В ходе наблюдения за пациентами в раннем послеоперационном периоде ФП встречалась у 29,7% пациентов, в среднем на 5, 2 (2,0;7,0) день. Пациенты 2 группы чаще отмечали большую длительность течения ишемической болезни сердца (60,0 (13,5; 138,0) месяцев против 15,5 (8,0; 72,0) месяцев, $p = 0,01$), чаще имели III функциональный класс NYHA III (27,7% против 9,0%, $p = 0,002$) и больший диаметр левого предсердия (44,0 (40,5; 46,0) мм против 38,0 (36,0; 40,0) мм, $p < 0,0001$) по сравнению с 1 группой. Генотип полиморфизма GG IL17A G197A выявлен у 33,3% пациентов в группе 1 и 40,4% в группе 2 ($p = 0,39$), генотип GA у 47,7% и 44,7% ($p = 0,72$), генотип AA у 19,0% и 14,9% ($p = 0,71$) соответственно. Все предполагаемые генотипы соответствовали ожиданиям закона Харди-Вайнберга. В соответствии с многофакторным регрессионным анализом шансы развития ПОФП при проведении КШ увеличиваются в 1, 1 раз при длительности течения ишемической болезни сердца более 20 месяцев (95% доверительный интервал 1,03-1,2, $p = 0,04$), в 1, 5 раз при диаметре левого предсердия более 41 мм (95% доверительный интервал 1, 28-1,79, $p < 0,0001$).

Заключение:

Наше исследование демонстрирует, что увеличенный диаметр левого предсердия и длительное течение ишемической болезни сердца ассоциированы с риском развития послеоперационной фибрилляции предсердий при проведении коронарного шунтирования. При этом генетический полиморфизм IL17A G197A не взаимосвязан с риском возникновения данной аритмии.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ БИСОПРОЛОЛОМ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

Шумков В. А.¹, Петрова В. Б.¹, Болдуева С. А.¹, Загородникова К. А.², Петрова А. И.¹
¹СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия, ²ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова», г. Санкт-Петербург, Россия

Введение (цели/ задачи):

Бисопролол является липофильным бета-адреноблокатором и его метаболизация происходит в печени под действием изоферментов CYP3A4 и CYP3A5. По данным литературы известно, что CYP3A5 обладает сходной субстратной специфичностью с CYP3A4, и характеризуется генетическим полиморфизмом. Цель: изучить роль

генетического полиморфизма rs776746 в гене CYP3A5 в клинической эффективности бисопролола у пациентов, перенесших острый коронарный синдром.

Материал и методы:

В исследование включали пациентов с острым коронарным синдромом, которым по клиническим показаниям был назначен бисопролол. Выявление полиморфных вариантов T (CYP3A5*1) и C (CYP3A5*3) в локусе rs776746 гена CYP3A5 проводили методом ПЦР в реальном времени на анализаторе ДТ-Лайт (НПФ «ДНК-технология»).

Результаты:

Всего в исследование включено 102 пациента, 62 мужчин и 40 женщин. Средний возраст пациентов – 63, 52 года. Частота аллелей составила: 0,073 для CYP3A5*1 и 0,926 для CYP3A5*3, что соответствует его распространенности в европейской популяции. Распределение генотипов соответствовало закону Харди-Вайнберга. Из анализа исключили 5 пациентов с фибрилляцией предсердий. К моменту проведения монитора ЭКГ как у носителей аллеля *1, так и у пациентов с генотипом *3*3 достигались одинаковые значения средней ЧСС (68 уд/мин), и максимальной ЧСС при нагрузке (116 и 114 уд/мин), что говорит о равной степени эффективности бета-блокаторов к этому моменту. Однако для достижения этого эффекта пациентам двух групп потребовались разные дозы бисопролола. Так, у носителей как минимум одного аллеля CYP3A5*1 (n = 13), сопряженного с повышенной скоростью метаболизма, доза бисопролола на 7-10 сутки ОКС была достоверно выше, и составила 5,62 мг, а у носителей варианта CYP3A5*3*3–4, 51мг (p<0,05 однонаправленный непараметрический тест Mann-Whitney); при анализе дозы в мг/кг, различия оказались еще более выраженными – 0,15 и 0,07 соответственно (p < 0,01).

Заключение:

Результаты свидетельствуют о том, что носители минорного аллеля *1 в гене CYP3A5 нуждаются в достоверно более высоких дозах бисопролола для достижения клинического эффекта, что делает этот генетический полиморфизм полезным фактором для персонализации терапии: выбора оптимального исходного режима дозирования бисопролола у пациентов, перенесших ОКС.

СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА RS7903146 И RS12255372 ГЕНА TCF7L2

Кондратьева О. В., Плотникова О. А., Алексеева Р. И., Пилипенко В. В., Шарафетдинов Х. Х., Сорокина Е. Ю.

ФГБУН Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Нарушения липидного обмена играют важную роль в развитии сосудистых осложнений при сахарном диабете (СД) 2 типа. Изучению полиморфизмов генов, ассоциированных с развитием сахарного диабета 2 типа и его осложнений отводится в настоящее время большая роль с целью предотвращения возможных осложнений, прежде всего сердечно-сосудистой системы. Цель: оценить особенности липидного обмена у пациентов с СД 2 типа при наличии разных полиморфизмов rs7903146 и rs12255372 гена TCF7L2.

Материал и методы:

Обследовано 122 пациента с СД 2 типа возрастом от 22 до 75 лет (в среднем 58 ± 9 лет), получающих комбинированную пероральную сахароснижающую терапию. Все пациенты получали гиполипидемическую терапию. Исследование биохимических показателей крови включало определение содержания в сыворотке крови глюкозы, общего холестерина (ХС), ХС липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), ХС липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ). Пациентам проведено определение уровня базальной гликемии и содержание уровня гликированного гемоглобина (HbA1c). Генотипирование проводили с применением аллель-специфичной амплификации с детекцией результатов в режиме реального времени с использованием TaqMan-зондов, комплементарных полиморфным участкам ДНК.

Результаты:

по результатам генотипирования полиморфизма rs7903146 гена TCF7L2 пациенты разделены на 2 группы. Пациенты 1 группы имели T аллель (генотип СТ и ТТ), пациенты 2 группы имели генотип СС. Исследование не выявило статистически значимых различий в уровне липидного спектра крови между группами. Уровень общего ХС составил $4,89 \pm 1,1$ ммоль/л и $4,97 \pm 1,24$ ммоль/л в 1 и 2 группе соответственно, уровень ХС ЛПНП $3,28 \pm 1,03$ ммоль/л, $3,28 \pm 1,05$ ммоль/л, ТГ $2,59 \pm 1,17$ ммоль/л, $2,35 \pm 1,09$ ммоль/л. При этом не было выявлено и статистически значимых различий в уровне базальной гликемии у пациентов с различными генотипами rs7903146. Уровень базальной гликемии у пациентов 1 группы составил $6,4 \pm 1,2$ ммоль/л, во 2 группе $6,8 \pm 1,1$ ммоль/л. Уровень HbA1c на момент поступления составил $6,17 \pm 0,59\%$ в подгруппе СС rs7903146, $6,05 \pm 0,55\%$ среди носителей T аллели rs7903146. Пациенты с полиморфизмом rs12255372 гена TCF7L2 также были разделены на 2 группы. Пациенты 1 группы имели генотип GG, пациенты 2 группы имели T аллель. В липидном спектре крови статистически значимых различий между группами выявлено не было. Уровень общего ХС составил $4,84 \pm 1,24$ ммоль/л и $5,1 \pm 1,09$ ммоль/л, ХС ЛПНП $3,17 \pm 1,07$ ммоль/л, $3,4 \pm 0,97$ ммоль/л, ТГ $2,5 \pm 1,54$ ммоль/л, $2,3 \pm 1,08$ ммоль/л в 1 и 2 группе соответственно. Статистически значимых различий в уровне базальной гликемии у пациентов с различными генотипами rs12255372 не выявлено. Уровень базальной гликемии у пациентов 1 группы составил $6,46 \pm 1,1$ ммоль/л, во 2 группе $6,8 \pm 1,19$ ммоль/л. Уровень HbA1c на момент поступления составил $6,14 \pm 0,58\%$ в 1 группе, $6,09 \pm 0,57\%$ среди носителей T аллели rs12255372 гена TCF7L2.

Заключение:

в проведенном исследовании у пациентов СД 2 типа жителей Московского региона носителей разных полиморфизмов rs12255372 и rs7903146 гена TCF7L2 статически значимых различий исследуемых показателей липидного спектра не отмечено. Пациентам с СД 2 типа требуется проведение гиполипидемической терапии для достижения целевых значений липидов с целью профилактики сосудистых осложнений независимо от выявленных полиморфизмов rs12255372 и rs7903146 гена TCF7L2.