



Евразийский кардиологический журнал

EURASIAN HEART JOURNAL

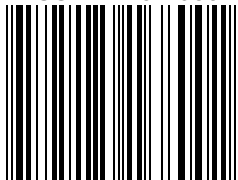
3/2017

EURASIAN
HEART JOURNAL

ТЕЗИСЫ V ЮБИЛЕЙНОГО
ЕВРАЗИЙСКОГО КОНГРЕССА
КАРДИОЛОГОВ

11-12 СЕНТЯБРЯ 2017 Г.,
БИШКЕК, КЫРГЫЗСТАН

ISSN 2225-1685



9 772225 168001



СПАСАЕМ БОЛЬШЕ СЕГОДНЯ И ЗАВТРА



КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ лекарственного препарата для медицинского применения **БРИЛИНТА® 90 мг** (тикагрелор). Регистрационный номер: ЛП-001059. Торговое наименование: Бринлнта®. Международное непатентованное наименование: тикагрелор. Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ.** Бринлнта®, применяемая одновременно с ацетилсалициловой кислотой, показана для профилактики атеротромботических событий у пациентов с острым коронарным синдромом (нестабильной стенокардией, инфарктом миокарда без подъема сегмента ST или инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (STEMI)), включая больных, получающих лекарственную терапию, и пациентов, подвергнутых чрезкожному коронарному вмешательству (ЧКВ) или аортокоронарному шунтированию (АКШ). **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.** Повышенная чувствительность к тикагрелору или любому из компонентов препарата. Активное патологическое кровоотечение. Внутреннее кровоизлияние в анамнезе. Умеренная или тяжелая печеночная недостаточность. Совместное применение тикагрелора с мощными ингибиторами СР3А4 (например, ритонавиром, кетоназолом, кларитромицином, нефазодолом, ритонавиром и атазанавиром). Детский возраст до 18 лет (в связи с отсутствием данных об эффективности и безопасности применения у данной группы пациентов). **С ОСТОРОЖНОСТЬЮ.** Предрасположенность пациентов к развитию кровотечения (например, в связи с недавно полученной травмой, недавно проведенной операцией, нарушениями свертываемости крови, активными или недавно имевшимися желудочно-кишечным кровотечением) (см. раздел «Общие указания»). Пациенты с сопутствующей терапией препаратами, повышающими риск кровотечений (т.е. нестероидные противовоспалительные препараты, пероральные антикоагулянты и/или фибринолитики) в течение 24 часов до приема препарата Бринлнта®. Пациенты с повышенным риском развития брадикардии (например, больные с синдромом слабости синусового узла без кардиостимулятора, с артериальной гипотензией 2-ой или 3-ей степени обмороком, связанным с брадикардией) в связи с недостаточным опытом клинического применения препарата Бринлнта® (см. раздел «Общие указания»). При совместном применении с препаратами, вызывающими брадикардию, тикагрелор должен использоваться с осторожностью у пациентов с бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Если пациент сообщает о возникновении нового эпизода одышки, о длительной одышке или ухудшении одышки, необходимо провести обследование, и в случае непереносимости, лечение тикагрелором должно быть прекращено. На фоне приема препарата Бринлнта® уровень креатинина может повыситься (см. разделы «Обочное действие», «Общие указания»), в связи с чем необходимо производить оценку почечной функции в соответствии с рутинной клинической практикой, обращая особое внимание на пациентов до 75 лет и старше, пациентов с умеренной или тяжелой почечной недостаточностью, пациентов, получающих терапию антагонистами рецепторов к ангиотензину. Необходимо соблюдать осторожность у пациентов с гипертонической или подострой гипертонией в анамнезе. В качестве превентивной меры следует избегать применения тикагрелора у пациентов с гипертонической нефропатией. Не рекомендуется совместное применение тикагрелора и высокой дозой ацетилсалициловой кислоты (более 300 мг). При совместном применении дигоксина и препарата Бринлнта® рекомендуется тщательный клинический и лабораторный мониторинг (частота средних концентраций, и при наличии клинических показаний также ЭКГ и концентрации дигоксина в крови). Нет данных о совместном применении тикагрелора с мощными ингибиторами протромбиназы (например, верапамил и имидом), в связи с чем их совместное применение должно осуществляться с осторожностью (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды лекарственных взаимодействий»). **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ.*** Следует начинать с однократной нагрузочной дозы 180 мг и затем продолжать прием по 90 мг два раза в сутки. Пациенты, принимающие препарат Бринлнта®, должны ежедневно принимать ацетилсалициловую кислоту (от 75 мг до 150 мг). **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ.** По данным исследования PLATO самыми частыми отмечавшимися нежелательными явлениями у пациентов, принимавших тикагрелор, были одышка, ушибы и носовые кровотечения. Частота развития нежелательных реакций определяется с использованием следующих условных обозначений: очень часто ($\geq 1/10$), часто ($\geq 1/100, 1/100$), редко ($\geq 1/1000, 1/1000$), нечасто ($\geq 1/1000, 1/1000$), редко ($\geq 1/10000, 1/10000$). Нежелательные лекарственные реакции по частоте развития и классу системы органов. **Метаболизм и питание:** редко – гиперуриемия. **Нервная система:** нечасто – внутреннее кровоизлияние, головная боль, головокружение; редко – парестезия, спутанность сознания. **Органы зрения:** нечасто – кровоизлияния (интраокулярные, конъюнктивальные, ретинальные). **Органы слуха:** редко – кровоизлияние в ухо, вертиго. **Дыхательная система:** часто – одышка, носовое кровоотечение; нечасто – кровоизлияние. **Пищеварительная система:** часто – желудочно-кишечные кровотечения; нечасто – рвота с кровью, кровоотечение из лаяв ЖКТ, гемморроидальные кровотечения, гастрит, кровоотечение в ротовой полости (включая гингивальные кровоотечения), диария, абдоминальная боль, тошнота, диспепсия; редко – ретроперитонеальные кровотечения, запор. **Кожа и подкожные ткани:** часто – покраснение или кожные гематомы; синяки; нечасто – сыпь, зуд. **Опорно-двигательная система:** редко – гемартроз. **Имочевыводящая система:** нечасто – кровоотечение из мочевого пузыря, ретроградная система; нечасто – вагинальные кровотечения (включая метроррагии). Отклонения лабораторных показателей: редко – увеличение концентрации креатинина в крови. **Прочие:** часто – кровоотечение на месте проведения процедуры; нечасто – кровоотечение после процедуры; редко – кровоотечение из раны, травматическое кровоотечение. **Постмаркетинговое применение.** Нарушения со стороны иммунной системы: реакции повышенной чувствительности, включая ангионевротический отек (см. раздел «Противопоказания»). Дата утверждения – 01.12.2016.

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ лекарственного препарата для медицинского применения **БРИЛИНТА® 60 мг**. Регистрационный номер: ЛП-003779. Торговое наименование: Бринлнта® (Brinta®). Международное непатентованное наименование: тикагрелор. Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ.** Бринлнта®, применяемая одновременно с ацетилсалициловой кислотой, показана для профилактики атеротромботических осложнений у взрослых пациентов с инфарктом миокарда в анамнезе (инфаркт миокарда перенесен один год и более назад) и высоким риском развития атеротромботического осложнения. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.** Повышенная чувствительность к тикагрелору или любому вспомогательному веществу препарата; активное патологическое кровоотечение; внутреннее кровоизлияние в анамнезе; нарушение функции печени тяжелой степени; совместное применение тикагрелора с мощными ингибиторами изофермента СР3А4 (например, ритонавиром, кетоназолом, кларитромицином, нефазодолом, ритонавиром и атазанавиром); детский возраст до 18 лет (в связи с отсутствием данных об эффективности и безопасности применения у данной группы пациентов). **С ОСТОРОЖНОСТЬЮ.** Предрасположенность пациентов к развитию кровотечения (например, в связи с недавно проведенной операцией, нарушениями свертываемости крови, нарушениями функции печени средней степени тяжести, активными или недавно имевшимися желудочно-кишечным кровотечениями). Пациенты с сопутствующей терапией препаратами, повышающими риск кровотечений (т.е. нестероидные противовоспалительные препараты, пероральные антикоагулянты и/или фибринолитики) в течение 24 часов до приема препарата Бринлнта®. Пациенты с синдромом миокарда в анамнезе с предшествующими ишемическими инсультами при длительности терапии более одного года. Пациенты с нарушениями функции печени средней степени тяжести. Пациенты с риском развития брадикардии (например, пациенты без кардиостимулятора с синдромом слабости синусового узла, артериальной гипотензией 2-ой или 3-ей степени обмороком, связанным с брадикардией). Пациенты с бронхиальной астмой и/или хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в анамнезе. Не рекомендуется совместное применение тикагрелора и высокой дозой ацетилсалициловой кислоты (АСК) (более 300 мг). **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ.*** Пациенты с синдромом миокарда в анамнезе (инфаркт миокарда перенесен один год и более назад) не требуются нагрузочная доза препарата Бринлнта®, рекомендуемая доза – 60 мг два раза в сутки. Опыт применения препарата Бринлнта® 60 мг свыше трех лет у пациентов с синдромом миокарда в анамнезе отсутствует. Пациенты, принимающие препарат Бринлнта®, должны ежедневно принимать низкую поддерживающую дозу АСК (75-150 мг), если отсутствуют специфические противопоказания. Пациенты могут начать терапию препаратом Бринлнта® 60 мг два раза в сутки через одну неделю после инфаркта миокарда, независимо от предшествующей антиагрегантной терапии и/или наличия перерывов в терапии. Пациенты, начавшие прием препарата Бринлнта® 90 мг два раза в сутки в период острого состояния, через один год могут продолжить терапию препаратом Бринлнта® 60 мг два раза в сутки без перерывов. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ.** Профиль безопасности препарата Бринлнта® оценивался в двух исследованиях фазы 3 (PLATO и PEGASUS), включавшим более 39000 пациентов. В исследовании PLATO пациенты, получающие препарат Бринлнта®, чаще прекращали терапию из-за развития нежелательных явлений, чем пациенты, получающие клопидогрел (7,4% по сравнению с 5,4%). В исследовании PEGASUS частота прекращения лечения из-за развития нежелательных явлений была выше при приеме препарата Бринлнта®, чем при монотерапии АСК (16,1% в группе тикагрелора 60 мг + АСК по сравнению с 8,5% в группе монотерапии АСК). Наиболее часто отмечавшимися нежелательными реакциями у пациентов, принимавших тикагрелор, были кровотечения и одышка. Дата утверждения – 23.03.2017.

1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Бринлнта® (таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 90 мг), с учетом изменений 1-6. Регистрационное удостоверение ЛП-001059 от 27.10.2011 (перерефирено 02.11.2016).
2. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Бринлнта® (таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 60 мг). Регистрационное удостоверение ЛП-003779 от 12.08.2016. 3. Полную редакцию раздела Способ применения и дозы смотрите в полном варианте инструкции. 4. Полную редакцию раздела Побочное действие смотрите в полном варианте инструкции. Имеется противопоказание. Перед применением препарата ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению! Дальнейшая информация предоставляется по требованию: ООО «АстраЗенка Фармасьютикалз», Россия 125284 Москва, ул. Беговая, д.3, стр.1. Тел.: +7 (495) 799 56 99, факс: +7 (495) 799 56 98. www.astrazeneca.ru

EURASIAN HEART JOURNAL

Евразийский кардиологический журнал

3/2017

Evrazijskij kardiologicheskij zhurnal

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Е.И. Чазов (Москва, Россия)

Академик РАН, профессор, д.м.н.

EDITOR-IN-CHIEF

Ye.I. Chazov (Moscow, Russia)

ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Р.Д. Курбанов (Ташкент, Узбекистан)

Профессор, д.м.н.

А.И. Мартынов (Москва, Россия)

Академик РАН, профессор, д.м.н.

А.Г. Мрочек (Минск, Беларусь)

Академик НАН РБ, профессор, д.м.н.

DEPUTY EDITORS

R.D. Kurbanov (Tashkent, Uzbekistan)

A.I. Martynov (Moscow, Russia)

A.G. Mrotchek (Minsk, Belarus)

КОНСУЛЬТАНТЫ

С.Н. Наконечников (Москва, Россия)

Профессор, д.м.н.

А.Б. Шек (Ташкент, Узбекистан)

Профессор, д.м.н.

CONSULTING EDITORS

S.N. Nakonetchnikov (Moscow, Russia)

A.B. Shek (Tashkent, Uzbekistan)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

К.Г. Адамян (Ереван, Армения)

Академик НАН РА, профессор, д.м.н.

В.А. Азизов (Баку, Азербайджан)

Профессор, д.м.н.

Р.С. Акчурин (Москва, Россия)

Академик РАН, профессор, д.м.н.

А.Г. Булгак (Минск, Беларусь)

Профессор, д.м.н.

А.С. Джумагулова (Бишкек, Кыргызстан)

Профессор, д.м.н.

Ю.А. Карпов (Москва, Россия)

Профессор, д.м.н.

М.И. Попович (Кишинев, Молдова)

Академик АН РМ, профессор, д.м.н.

З.Я. Рахимов (Душанбе, Таджикистан)

Доцент, к.м.н.

Б.Г. Ходжакулиев (Ашхабад, Туркмения)

Профессор, д.м.н.

И.Е. Чазова (Москва, Россия)

Академик РАН, профессор, д.м.н.

Е.В. Шляхто (Санкт-Петербург, Россия)

Академик РАН, профессор, д.м.н.

ASSOCIATE EDITORS

K.G. Adamyan (Yerevan, Armenia)

V.A. Azizov (Baku, Azerbaijan)

R.S. Akchurin (Moscow, Russia)

A.G. Bulgak (Minsk, Belarus)

A.S. Dzhumagulova (Bishkek, Kyrgyzstan)

Yu.A. Karpov (Moscow, Russia)

M.I. Popovitch (Kishinev, Moldova)

Z.Y. Rakhimov (Dushanbe, Tajikistan)

B.G. Khodjakuliev (Ashgabat, Turkmenistan)

I.Ye. Chazova (Moscow, Russia)

Ye.V. Shlyakhto (St. Petersburg, Russia)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А.Л. Аляви (Ташкент, Узбекистан)

Профессор, д.м.н.

С.А. Аннаниязова (Ашхабад, Туркмения)

К.м.н.

А.Б. Бахшалиев (Баку, Азербайджан)

Профессор, д.м.н.

М.С. Бекбосынова (Астана, Казахстан)

Д.м.н.

П.А. Зелвеян (Ереван, Армения)

Профессор, д.м.н.

Н.А. Манак (Минск, Беларусь)

Член-корр. НАН, профессор, д.м.н.

Т.В. Тюрина (Санкт-Петербург, Россия)

Профессор, д.м.н.

EDITORIAL BOARD

A.L. Aliavy (Tashkent, Uzbekistan)

S.A. Annaniyazova (Ashgabat, Turkmenistan)

A.B. Bakhshaliyev (Baku, Azerbaijan)

M.S. Bekbosynova (Astana, Kazakhstan)

P.A. Zelveian (Yerevan, Armenia)

N.A. Manak (Minsk, Belarus)

T.V. Tyurina (St. Petersburg, Russia)

Российский кардиологический научно-производственный комплекс МЗ РФ
Адрес: 121552, Россия, Москва, 3-я Черепковская, 15 а
Тел.: +7 (495) 414-62-14
Факс: +7 (499) 149-08-51
e-mail: snn_cardio@mail.ru
ecj@cardioweb.ru

Рецензируемый журнал. Включен в перечень ВАК и рекомендован для публикации основных научных результатов диссертаций на соискание учёной степени доктора и кандидата наук.
Представлен в Российском индексе научного цитирования.
Импакт-фактор РИНЦ – 0,472
Зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций 28.12.2010 г.
Регистрационный номер ПИ № ФС 77-43372
Согласно рекомендациям Роскомнадзора выпуск и распространение данного научного издания допускается без размещения знака информационной продукции.
Распространяется бесплатно в медицинских учреждениях и на образовательных мероприятиях для всех заинтересованных лиц.
Рекомендуемая стоимость по подписке 200 рублей.
Подписной индекс “Пресса “России” – 34137
Периодичность издания – 4 раза в год
Установочный тираж – 5 000 экз.

Russian Cardiological Research and-Production Complex Ministry of health of the Russian Federation
Address: 121552, Russia, Moscow, 3rd Tcherepkovskaya, 15 a
Tel: +7 (495) 414-62-14
Fax: +7 (499) 149-08-51
e-mail: snn_cardio@mail.ru
ecj@cardioweb.ru

Издатель ООО «ИнтерМедсервис»
121069, Россия, г. Москва, Столовый пер., д. 6
e-mail: intermed_08@mail.ru

Publishing house LLC «InterMedservis»
121069, Russia, Moscow, Stolovy lane, 6
e-mail: intermed_08@mail.ru

Содержание | Table of contents

Приветствие генерального секретаря Евразийской ассоциации кардиологов Greeting of the Secretary General of the Eurasian Association of Cardiology

3

Сборник тезисов | Book of Abstracts

СБОРНИК ТЕЗИСОВ V ЮБИЛЕЙНОГО ЕВРАЗИЙСКОГО КОНГРЕССА КАРДИОЛОГОВ
11-12 СЕНТЯБРЯ 2017 Г., БИШКЕК, КЫРГЫЗСТАН

4

BOOK OF ABSTRACTS OF THE V EURASIAN CONGRESS OF CARDIOLOGISTS
SEPTEMBER 11-12, 2017, BISHKEK, KYRGYZSTAN

Кардиологические центры | Cardiology centers

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ И ТЕРАПИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА МИРСАИДА МИРРАХИМОВА
ПРИ МИНИСТЕРСТВЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (НЦКТ),
Г. БИШКЕК

42

NATIONAL CENTER OF CARDIOLOGY AND THERAPY (NCCIM) NAMED AFTER ACADEMICIAN MIRSAID MIRRAKHIMOV
UNDER THE MINISTRY OF HEALTH OF THE KYRGYZ REPUBLIC,
BISHKEK

Хроника, информация, календарь проведения научных мероприятий | Current events, information, schedule of scientific activities

135

Инструкция для авторов журнала | Instructions to authors

143

Все статьи печатаются в оригинальном авторском виде. Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов.

Перепечатка и любое воспроизведение материалов и иллюстраций в печатном или электронном виде из журнала «Евразийский кардиологический журнал» допускается только с письменного разрешения издателя ООО «ИнтерМедсервис» и авторов статей.

Подписано в печать 15.08.2017 г.

Тираж 5000 экз.

Отпечатано: ООО «Комплект Сервис»

123376, г. Москва, ул. Дружинниковская, д. 15, оф. 414



Приветствие участникам V Евразийского конгресса кардиологов

Глубокоуважаемые коллеги, дорогие друзья!

Евразийская ассоциация кардиологов стала крупнейшим международным общественным научным медицинским объединением, вносящим значимый вклад в повышение квалификации практических врачей евразийского региона, внедрение самых современных подходов в диагностике и лечении социально-значимых заболеваний сердечно-сосудистой системы, способствует повышению качества оказания медицинской помощи населению.

Сердечно-сосудистые заболевания остаются основными причинами высокого уровня заболеваемости и смертности в большинстве стран, приводят к большим человеческим потерям и огромным государственным затратам. В этой связи, совершенствование помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями по праву является одним из приоритетов развития здравоохранения наших стран.

Участие в конгрессе ведущих кардиологов ближнего и дальнего зарубежья позволит всесторонне рассмотреть сложные вопросы профилактики, диагностики и терапии сердечно-сосудистых заболеваний, что, безусловно, будет большим вкладом в развитие современного здравоохранения в наших странах.

Международные конгрессы, проводимые Евразийской ассоциацией кардиологов, предоставляют хорошую возможность для ученых из разных стран обменяться мнениями, обсудить сложные и нерешенные вопросы, согласовать дальнейшие направления изучения наиболее важных проблем кардиологии, в рамках совместных исследований. Ваше активное участие, опыт и профессионализм не первый год

позволяют организовать интересные, насыщенные и актуальные образовательные программы.

В научной программе V Евразийского конгресса кардиологов предусмотрены школы кардиологов, научно-практические симпозиумы, конкурс молодых ученых. Тезисы докладов научных заседаний собраны в сборник тезисов, опубликованный в настоящем номере Евразийского кардиологического журнала.

Евразийская ассоциация кардиологов, Национальный центр кардиологии и терапии имени академика Мирсаида Миррахимова при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики (НЦКТ), Ассоциация врачей по внутренней медицине (АВВМ) Кыргызской Республики и научно-организационный комитет конгресса искренне благодарит Вас за активное участие в V юбилейном Евразийском конгрессе кардиологов!

Я надеюсь, что работа конгресса будет продуктивной и открывает для Вас новые возможности для сотрудничества в данной области медицины.

Уверен, что V Евразийский кардиологический конгресс будет способствовать укреплению сотрудничества, дружбы и взаимопонимания между народами наших стран.

Желаю всем участникам конгресса успешной и плодотворной работы.

*С уважением,
генеральный секретарь Евразийской
ассоциации кардиологов,
д.м.н., профессор
С.Н. Наконечников*

НАРУШЕНИЯ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ. АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ И АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИИ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКСИГЕНАЦИИ МЕМБРАНЫ ЭРИТРОЦИТОВ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ

Золотовская И. А., Давыдкин И. Л., Лимарева Л. В.

САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/ задачи):

Фибрилляция предсердий (ФП) остается значимой проблемой для системы здравоохранения в связи с увеличением частоты в популяции и рисками развития осложнений. Множественность поражений на уровне макро- и микроциркуляторного русла у пациентов с ФП с развитием каскада патофизиологических реакций, приводящих к ишемии органов и тканей, требует особого внимания. Изучение механизмов нарушения микроциркуляции (МЦ) у пациентов с ФП приобретает важное клиническое значение в условиях активной антикоагулянтной терапии. Целью нашей работы стало изучение изменений показателей оксигенации мембраны эритроцитов во взаимосвязи с показателями микроциркуляции у пациентов с фибрилляцией предсердий на фоне антикоагулянтной терапии

Материал и методы:

Проведено одномоментное (cross-sectional) исследование с последовательным включением пациентов с неклапанной ФП, перенесших тромбоэмболическое событие (инсульт), находящихся на амбулаторном этапе наблюдения. Пациенты были разделены на группы: в основную группу - 1-я группа больных (n=50) вошли больные, принимающие новые пероральные антикоагулянты (НПОАК), в группу сравнения были включены пациенты, не принимающие антикоагулянты - 2-я группа (n=50). Группу контроля (3-я группа, n =50) составили пациенты без ФП, сравнимые по полу и возрасту. К лицам группы контроля предъявлялись дополнительные отборочные критерии: отсут-

ствие сопутствующей патологии в виде сахарного диабета (СД) и хронической болезни почек (ХБП). Изучение морфофункциональных параметров мембран эритроцитов, отражающих уровень оксигенации, проводили с помощью метода лазерной интерференционной микроскопии (ЛИМ), являющегося неинвазивным методом получения высококонтрастных изображений биологических объектов, не требующим предварительной фиксации и окраски, что позволяет количественно оценивать оптические свойства нативной клетки. Измеряли следующие параметры: максимальная (dY1) и минимальная (dY2) фазовая высота клетки. Вычисляли коэффициент оксигенации эритроцита, как отношение минимальной фазовой высоты к максимальной (dY2/dY1). В группе контроля нами установлены нормированные размеры для : dY1 от 120,0 до 155,0 нм; dY2 от 10,0 до 38,0 нм; dY1/ dY2 от 0,085 до 0,2. Изучение параметров МЦ проводили с помощью метода лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) на лазерном анализаторе микроциркуляции крови для врача общей практики «ЛАКК-ОП»

Результаты:

Исследуемые лица в 1-й и 2-й группах были сопоставимы по основным гендерно-демографическим и клиническим характеристикам. Установлены статистически значимые отличия лиц группы контроля по сравнению с пациентами 1-й и 2-й групп по параметрам липидного спектра крови, скорости клубочковой фильтрации (СКФ), уровню глюкозы. Больные этих групп не отличались по давности перенесенного инсульта, степени выраженности неврологического дефицита, а так же наличию сопутствующей патологии. Нами отмечены изменения морфологических свойств эритроцитов с их множественными деформациями и агрегациями, как в основной группе больных, так и в группе сравнения. Однако следует отметить, что в рамках визуализационного поля у пациентов с ФП, не принимавших антикоагулянты, коэффициент распределения агрегированных тромбоцитов был значительно выше, чем у больных 1-й группы и группы контроля. У больных 1-й и 2-й групп имело место статистически значимое снижение параметров оксигенации мембраны эритроцитов, чем у лиц группы контроля со снижением индекса оксигенации ниже нормированных значений. При сравнении данного параметра в 1-й и 2-й группах, выявлено, что у пациентов, не принимавших антикоагулянт, наблюдалось статистически значимое (p=0,001) снижение параметра оксигенации мембраны эритроцитов. Нами отмечено, что у больных в группе сравнения имели место статистически значимые изменения показателей МЦ, коррелирующие с нарушением у больных Sm, у пациентов 2-й группы статистически значимо коррелировал с индексом dy2/dy1 (r= -0,66; p=0,028). По параметрам, отражающим эндотелиальную, нейрогенную и миогенную регуляциями

микрососудов так же были отмечены корреляционные связи с индексом dy_2/dy_1 : Аэ/? ($r = -0,61$; $p = 0,012$); Ан/? ($r = -0,66$; $p = 0,002$); Ам/? ($r = -0,70$; $p = 0,001$).

Заключение:

Полученные данные позволяют говорить, что у пациентов с ФП имеет место выраженные нарушения микроциркуляции с формированием жестких эритроцитов, что усугубляет процессы ишемии органов и тканей. Результаты исследования свидетельствуют о положительном влиянии антикоагулянтной терапии на показатели микроциркуляторного статуса и степень оксигенации эритроцитов у больных с ФП.

КОМПЛЕКСНАЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО КОНТИНУУМА

Суджаева О. А.

РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: разработать программы комплексной кардиологической реабилитации пациентов с болезнями системы кровообращения на разных стадиях сердечно-сосудистого континуума, базирующиеся на выявленных патофизиологических механизмах снижения и восстановления физической работоспособности, и провести комплексную оценку их эффективности.

Материал и методы:

В исследование включено 529 пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, находящихся на разных стадиях сердечно-сосудистого континуума: 113 пациентов с артериальной гипертензией (АГ), возраст $45,9 \pm 1,0$ год; 74 пациента с метаболическим синдромом (МС), возраст $45,2 \pm 1,2$ года; 229 пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST после проведения чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ), возраст $51,1 \pm 1,0$ год; 32 пациента с терминальной стадией хронической сердечной недостаточности (ХСН) до проведения трансплантации сердца (ТС), возраст $46,4 \pm 12,1$ года; 81 пациент после проведения трансплантации сердца, возраст $45,2 \pm 12,1$ года. У всех включенных в исследование исходно и на этапах динамического наблюдения проводилась комплексная оценка функционального состояния системы кровообращения с помощью 24-часового мониторирования ЭКГ по Холтеру, 24-часового мониторирования артериального давления, эхокардиографии, спирометрической пробы (спироВЭП), тредмил-теста, теста с 6-ти минутной ходьбой, биохимических исследований крови. У лиц после ТС выполнялась эндомиокардиальная биопсия. Пациенты были рандомизированы по нозологиям в основную группу (ОГ), где использовался разработанный подход к кардиологической реабилитации, и контрольную группу, в которой реабилитация проводилась традиционно.

Результаты:

Установлено, под влиянием предложенного нового подхода к кардиологической реабилитации у лиц с АГ, МС, ИМ после ЧКВ и терминальной стадией ХСН до и после ТС отмечался рост толерантности к физической нагрузке и аэробной физической работоспособности за счет развития механизмов кратковременной и долгосрочной адаптации, перехода сердечно-сосудистой системы в более экономичный режим функционирования, уменьшения выраженности дыхательных и метаболических нарушений. У лиц с АГ и МС использование разработанного подхода способствует уменьшению затрат на лечение за счет уменьшения числа принимаемых препаратов (на 106 долл. США в год на каждого леченного пациента). У лиц с ИМ после ЧКВ при использовании разработанного подхода уменьшение затрат

на лечение составило 606 долл. США в год за счет уменьшения числа повторных ИМ, потребности в стационарном лечении и проведении повторных ЧКВ.

Заключение:

Предложенный новый подход к кардиологической реабилитации способствует уменьшению степени выраженности основных патологических изменений на разных стадиях сердечно-сосудистого континуума, являясь доказано эффективным методом вторичной профилактики, а также способствует повышению медицинской и социально-экономической эффективности лечения на разных стадиях континуума.

СЛОЖНОСТИ МОНИТОРИНГА АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТА С РЕСТЕНОЗОМ СТЕНТА

Васильева И. Н., Миронова Е. Д.

ФГБОУ ВО «Первый МГМУ им. Сеченова И.М.»

Введение (цели/ задачи):

Нарушения ритма (НРС) и проводимости сердца являются одной из наиболее сложных, недостаточно изученных, а потому и одной из наиболее актуальных проблем современной кардиологии. НРС являются весомым фактором риска тромбоэмболии, и в несколько раз повышают риск острого инфаркта, инсульта, что, безусловно, способствует снижению продолжительности жизни и увеличению смертности среди населения. Мерцательная аритмия (МА) является одним из наиболее частых вариантов нарушений ритма и составляет до 30% госпитализаций по поводу аритмий. Известно, что с возрастом заболеваемость и распространенность МА увеличиваются, а установленные корреляционные связи между МА и возрастом пациента, когнитивными нарушениями подчеркивают большую востребованность в изучении данной проблемы. Выбор лечебной тактики при различных НРС, и в частности, мерцательной аритмии направлен на восстановление и поддержание синусового ритма, предотвращение повторных приступов фибрилляции предсердий, контроль частоты сердечных сокращений, профилактику тромбоэмболических осложнений. Наиболее часто при МА осуществляется назначение антикоагулянта непрямого действия (производное оксикумарина) - варфарина, который снижает активность свертывающей системы крови и препятствует чрезмерному образованию тромбов. Доза для каждого человека подбирается индивидуально врачом, основываясь на результатах анализа на МНО (международное нормализованное отношение). Наиболее страшным осложнением при передозировке варфарина могут стать внутренние кровотечения.

Материал и методы:

Было проведено клиническое наблюдение за пациентом с НРС, у которого развились серьезные осложнения со стороны других органов и систем на фоне приема варфарина, свидетельствующие о несовершенстве системы контроля в амбулаторной практике за параметрами системы гемостаза.

Результаты:

Пациент К, 60 лет отмечал жалобы на давящие боли за грудной при физической нагрузке, в течении 3-5 мин, на одышку смешанного характера и чувство удушья, на ощущение перебоев в работе сердца в состоянии покоя, повышенное давление (150/100 на фоне медикаментозной терапии), ЧСС более 90 уд/мин, отечность стоп к вечеру, на боли в эпигастрии и изжогу, на редкий кашель с мокротой, на боли в спине и боли в суставах ступней, а так же остановка дыхания во время сна на несколько секунд. Из анамнеза заболевания было установлено, что пациент в 2004г впервые начал отмечать повышение давления. По

данным жалобам к врачу не обращался. В 2008 г. получил удар током на рабочем месте, сознание не терял. В 2009 г с приступом нарастающей одышки поступил в ГКБ№ 40, где мужчине впервые была диагностирована мерцательная аритмия. После неуспешной попытки восстановить синусовый ритм, пациент был выписан под наблюдение участкового терапевта и кардиолога. В этот же период у пациента появились приступы давящих болей за грудиной при физических нагрузках, продолжительностью 5 мин., проходившие в покое или после приема нитроглицерина через 1-2 мин. В мае 2013г в тяжелом состоянии, обусловленным острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST на фоне мерцания предсердий и артериальной гипертензии поступил в НИИ СП им. Склифосовского. Была выполнена коронароангиография, на которой обнаружен протяженный стеноз ПМЖВ свыше 75%. Выполнено ЧКВ - прямое стентирование ПМЖВ голометаллическим стентом, Несмотря на то, что показатели МНО варьировали в диапазоне от 3,06 до 3,85, доза антикоагулянта не была откорректирована, и пациент на протяжении двух недель принимал прежнюю дозу варфарина. В течении этих двух недель, постепенно нарастала симптоматика геморрагического синдрома. Мужчина заметил кровоточивость десен, после начали появляться геморрагии по всему телу, пока не возникла гематурия и рвота с кровью, после чего он был доставлен в ГКБ №20. В мае 2014 г планово поступил в ГВВ №3, где была выполнена КАГ на которой обнаружен рестеноз стента на 65%, ПМЖВ сужена на 30%, ДВ-1 и ДВ-2 сужены в устье на 90%. ОВ в месте перехода в ВТК сужена на 60%, ВТК сужена на 60%. В ноябре 2014 г была проведена операция стентирования ОВ стентом с лекарственным покрытием ПМЖВ. В последствии чего была назначена трехкомпонентная антикоагулянтная терапия. На фоне приема варфарина в прежней дозе возникли десневые и носовые кровотечения, геморрагии по всему телу и гематурия. Пациент поступил в тяжелом состоянии в реанимацию в ГКБ им. С.П. Боткина, в связи с этим осложнением было принято решение перевести пациента на дабигатран 150 мг 2р.д. В настоящее время у пациента- НРС по типу фибрилляции предсердий, постоянная форма нормосистолия, по данным ЭХО-КГ- гипертрофия левого желудочка, утолщение задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки, признаки нарушения диастолической функции. Показатели ФВД свидетельствуют о нарушениях легочной вентиляции по рестриктивному типу, а показатели крови и мочи -в пределах нормативов референтных значений.

Заключение:

Безопасное проведение антикоагулянтной терапии обеспечивается компетентностью персонала и четкостью организации системы мониторинга для достижения максимальной пользы при минимуме побочных эффектов.

СОСТОЯНИЕ РЕАКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ, У БОЛЬНЫХ С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Абдуллаева С. Я.¹, Никишин А. Г.², Пирназаров М. М.², Юлдашев Н. П.², Ганиев А. А.², Бобождонова Н. Ж.²

¹Республиканский Специализированный Научный Центр,

²Республиканский Специализированный Центр Кардиологии

Введение (цели/ задачи):

Сочетание ишемической болезни сердца (ИБС) и сахарного диабета (СД) 2 типа характеризуется многососудистым диффузным атеросклеротическим поражением коронарного русла

что, определяет более высокое проагрегантное состояние, по сравнению с однососудистым поражением. В этой связи не вполне ясно, достаточно ли стандартной двойной антиагрегантной терапии (ДАТ) для подавления процессов активации тромбоцитов, в данной категории больных.

Материал и методы:

Проведено наблюдение 112 больных с многососудистым поражением коронарного русла. по данным коронарографического исследования, находившихся на стационарном лечении в РСЦК в 2015 и 2016 гг. Больные разделены на 2 подгруппы: с сахарным диабетом 2 типа (n=35), и контрольная группа (n = 77). Изучалась исходная активность тромбоцитов (сразу после выполнения ЧКВ и определения характера поражения коронарного русла). Пациенты находились на постоянном приеме ацетилсалициловой кислоты (АСК) в дозе 75 мг/сут, а также после нагрузочной дозы клопидогреля (600 мг). Световая агрегатометрия проводилась на двухканальном лазерном анализаторе «АЛАТ-2» НПФ «БИОЛА» (Россия).

Результаты:

Средняя степень агрегации, в группе сахарного диабета составила $1,35 \pm 0,3$ о.е., а в контрольной группе $1,44 \pm 0,46$ о.е. (P = 0,57). По данным теста с АДФ также не выявлено различий между группами по частоте отсутствия эффективной клопидогрель-индуцированной дезагрегации в течение 6 часов от начала двойной дезагрегантной терапии 31,4 % пациентов в группе без сахарного диабета и 20 % – в группе с сахарным диабетом, p=0,19%.

Заключение:

Стандартная двойная антиагрегантная терапия, обеспечивает сходный антиагрегантный эффект у пациентов с многососудистым поражением коронарного русла как с сахарным диабетом, так и без него.

ТЕРАПИЯ КЛЕКСАНОМ (ЭНОКСАПАРИН НАТРИЯ) У БОЛЬНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ И БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Фомина В. А., Фомина Н. А., Андреева А. В., Глазкова Е. А., Мараховская И. Л., Пушкарева С. Ю., Солдатов Е. С.

ГБУ РО «Кардиологический диспансер, г. Рязань» Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценить эффективность терапии клексаном (эноксапарин натрия) у больной тромбозом (ТЭЛА) и беременностью.

Материал и методы:

Пациентка Х. 1986 года рождения с диагнозом: ТЭЛА: тромбозом в дистальном отделе правой легочной артерии с переходом на средне- и нижнедолевую артерии, дистальном отделе левой легочной артерии с переходом на сегментарные ветви вследствие тромбоза дистального сегмента общей подвздошной вены справа. Легочная гипертензия. Беременность 24 недели. Анамнез жизни: наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез без особенностей. Вредных привычек не имеет. Анамнез заболевания: доставлена в ГБУ РОККД по экстренным показаниям 20.09.16г. Ухудшение самочувствия на фоне полного благополучия: однократно синкопальное состояние, выраженная одышка при ходьбе, чувство учащенного сердцебиения. В анамнезе беременность 1ая-25 недель (гинекологический анамнез не отягощен, прием ЗГТ отрицает). Апендэктомия в возрасте 10 лет. При поступлении: состояние ближе к тяжелому, в сознании, контактна. Рост 158 см, вес 75 кг. Кожные покровы бледные. Акроцианоз. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД в покое 24 в мин при ходьбе 28-30 в мин. Ритм правильный

с ЧСС 100 уд/мин. Впервые при измерении АД 140/90 мм рт.ст. Периферических отеков нет. Физиологические отправления соответствуют норме. Живот увеличен в объеме (беременность 24 недели). На ЭКГ: синусовая тахикардия. УЗИ сердца: (20.09.16) Дилатация полости правого желудочка 3,0, правого предсердия 4,1*4,8 см. Недостаточность трикуспидального клапана (ТК) 3 степени. Систолический градиент давления на ТК 55 мм рт.ст. Легочная гипертензия 65 мм рт.ст. ФВ-72%. На УЗДГ вен нижних конечностей тромбоз дистального сегмента общей подвздошной вены (ОПДВ). По жизненным показаниям и с согласия пациентки проведена КТ органов грудной клетки: подтвержден тромбоз правой и левой легочных артерий. На Холтер ЭКГ от 23.09.16г: нарушения ритма, ишемические изменения не выявлены. Проводимое лечение: клексан 0,8 мл*2 р/д п/к, цефтриаксон 1,0*2 р/д -5 дней. Пациентка велась совместно с акушером-гинекологом, сосудистым хирургом. Отмечена положительная клиническая динамика, на УЗИ сердца размеры камер соответствуют норме, систолический градиент давления на ТК 26 мм рт.ст. При контроле исследовании УЗДГ сосудов нижних конечностей нельзя полностью исключить небольшой дефект контрастирования в дистальном сегменте ОПДВ справа.

Результаты:

Удовлетворительное состояние женщины позволило провести родоразрешение в срок 40 недель (10 января 2017г) естественным путем. Плод живой - мальчик, рост 50 см, вес 3200 гр, по шкале Апгар 8-9 баллов. Продолжительность лечения клексаном составила 0,8 *2 р/д п/к 6 месяцев со дня ТЭЛА.

Заключение:

Применение клексана (эноксапарин натрия) у беременной женщины с тромбообразованием и ТЭЛА позволило снизить риски для жизни матери и плода, пролонгировать беременность и провести родоразрешение естественным путем в целевые сроки.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Кужелева Е. А., ГАРГАНЕЕВА А. А., Кузьмичкина М. А., Александренко В. А.

НИИ Кардиологии, Томский НИМЦ

Введение (цели/ задачи):

Изучить частоту встречаемости и характеристику больных с фибрилляцией предсердий среди пациентов, госпитализированных в кардиологический стационар.

Материал и методы:

Производился анализ медицинской документации пациентов, госпитализированных в кардиологический стационар в первый квартал 2016 года (n=294). Из 294 пациентов у 86 человек (29%) была зарегистрирована фибрилляция предсердий (ФП), при этом у 33,7% - пароксизмальная ее форма, у 29% - персистирующая и у 34,9% - постоянная форма ФП. Для оценки клинической характеристики пациентов использовались общепринятые интегральные риск-ометры: CHA2DS2-VASc для определения риска ишемического инсульта и системных тромбоэмболий, и шкала HAS-BLED для оценки риска кровотечений. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с использованием программы «Statistica» версии 10.

Результаты:

Каждый третий пациент, госпитализированный в кардиологический стационар, страдал фибрилляцией предсердий. Па-

циенты с ФП были значительно старше больных без данного нарушения ритма. Так, их средний возраст составил 67,04±11,7 лет, тогда как у кардиологических больных без фибрилляции предсердий – 60,3±11 лет (p<0,001). В обеих исследуемых группах преобладали мужчины, составив 61,6% и 70,7%, соответственно (p=0,1). При анализе риска ишемического инсульта и системных тромбоэмболий с использованием шкалы CHA2DS2-VASc было получено, что средний балл пациентов с ФП, госпитализированных в кардиологический стационар, составил 3,54±1,2. Кроме этого, в данной когорте больных также был высок и риск кровотечения, и по данным шкалы HAS-BLED он составил 2,1±1 балл.

Заключение:

Таким образом, фибрилляция предсердий встречалась у каждого третьего пациента (29%), госпитализированного в кардиологический стационар. Пациенты, страдающие ФП, отличались более старшим возрастом по сравнению с другими госпитализированными больными. Риск развития инсульта и системных тромбоэмболий в исследуемой когорте, а также риск кровотечения явился очень высоким, что обязывает врачей к назначению наиболее эффективных и безопасных антикоагулянтов у пациентов с фибрилляцией предсердий.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ КАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ахыт Б. А., РЕКВАВА Р. Р., Мадалиев К. Н., Кошумбаева К. М., Паримбеков А. Б.

НИИ Кардиологии и внутренних болезней,

МЗ РК, Алматы

Введение (цели/ задачи):

Изучение эффективности кардиоресинхронизирующей терапии (КРТ) у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы:

Под наблюдением находилось 70 пациентов в возрасте от 42 до 80 лет (42 мужчины, 28 женщин) с ХСН III, IV функциональных классов по NYHA и полной блокадой левой ножки пучка Гиса. Оценка структурно - функционального состояния сердца проводилась с помощью эхокардиографии (на аппарате Vivid 7 GE), которая выполнялась всем исследуемым исходно, а также через 12 месяцев после имплантации кардиоресинхронизирующего устройства (КРСУ), а 48 из 70 лиц - и через 2 года после вмешательства. Все пациенты получали бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, мочегонные препараты (в т.ч. антагонисты альдостерона), антиагреганты, антикоагулянты, статины (по показаниям).

Результаты:

Через 12 месяцев после вживления КРСУ отмечалась положительная динамика показателей функционального состояния сердца: среднее значение фракции выброса (ФВ) увеличилось с 28,3±0,9% до 38,1±0,9% (p<0,001), конечно-диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ) уменьшился в среднем с 6,8±0,1 см до 6,5±0,1 см (н.д.), систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) снизилось с 51,5±1,7 мм. рт.ст. до 48,5±4,2 мм. рт.ст. (н.д.), отмечалось уменьшение времени внутрижелудочковой (с 270,8±12,6 мс до 183,8±20,3 мс, p<0,001) и межжелудочковой (с 61,0±2,9 мс до 29,7±5,6 мс, p<0,001) задержки. Анализ данных 48 больных, которых удалось пригласить на обследование через 2 года показал, что к этому сроку ФВ (по

сравнению с исходной) повысилась в среднем с $26,8 \pm 1,0\%$ до $38,6 \pm 1,2\%$ (н.д.), отмечалось уменьшение КДР ЛЖ с $7,0 \pm 0,1$ см до $6,5 \pm 0,1$ см (н.д.), снижение СДЛА с $53,0 \pm 2,5$ мм. рт.ст. до $49,3 \pm 2,0$ мм. рт.ст. (н.д.), т.е. наблюдалась стабильность положительных изменений ряда гемодинамических показателей и через 24 месяца после имплантации КРСУ. Позитивная динамика параметров центральной гемодинамики сопровождалась улучшением и клинического состояния исследуемых (уменьшение одышки, повышение переносимости физических нагрузок). В ходе первого года наблюдения умерших не было, через полтора года после вмешательства умер 1 пациент (прогрессирующая сердечная недостаточность).

Заключение:

Таким образом, вживление КРСУ в сочетании с комплексной медикаментозной терапией позволяет достичь положительного клинико-гемодинамического эффекта у больных с тяжелой ХСН.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

SYNOVIOLIN IS A NOVEL PATHOGENIC FACTOR OF ARTHROPATHY, CHRONIC INFLAMMATION AND METABOLIC DISORDERS

Накаджима Т. Н. (NAKAJIMA T. N.)¹, Наоко Ягисита², Сатоко Аратани³, Юсихиса Яманао², Кусуки Нисиока⁴

¹Токийский медицинский университет

и BAYSIDE MISATO CENTER,

² DEPARTMENT OF RARE DISEASES RESEARCH, INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCE, ST. MARIANNA UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE, KAWASAKI, KANAGAWA, JAPAN,

³INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCE, ³ DEPARTMENT OF FUTURE MEDICAL SCIENCE, INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCE, ⁴ PHYSICIAN, STUDENT AND RESEARCHER SUPPORT CENTER TOKYO MEDICAL UNIVERSITY,

⁴INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCE TOKYO MEDICAL UNIVERSITY

Материал и методы:

Inflammation is classical pathogenic concept but still very crucial for understanding many disorders even in 21st century. The purpose of inflammation is to eliminate the initial cause of cell injury, clear out necrotic cells and tissues damaged from the original insult and the inflammatory process, and to initiate tissue repair.

Результаты:

By contrast, chronic inflammation is recently thought to lead to a host of intractable diseases, including rheumatoid arthritis (RA), atherosclerosis, cancer, diabetes mellitus, and obesity. We recently cloned Synoviolin, an E3 ubiquitin ligase, as an overexpressing molecule in rheumatoid synovium, and has been verifying its critical roles in RA, inflammatory cytokine-signaling and fibrosis. Moreover, synoviolin deficient mice exhibited severe lean and its protected against obesity and diabetes mellitus caused by abnormalities of leptin signaling.

Заключение:

We successfully discovered Synoviolin inhibitors, LS-101 and LS-102. These drugs have inhibitory effects to Synoviolin in vitro and in vivo. We are now proceeding with the optimization of small compounds, and we hope our research will lead to the development of a new therapy for RA and fibrosis and other Synoviolin related diseases.

ДИНАМИКА УРОВНЯ НАМРТ/ВИСФАТИНА, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ И КОМОРБИДНОСТЬЮ НА ФОНЕ СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА

Полякова Ю. В., Сивордова Л. Е., Ахвердян Ю. Р., Заводовский Б. В.

ФГБНУ «НИИ КиЭР»

Введение (цели/ задачи):

Избыточная масса тела (ИМТ) является одной из значимых причин развития остеоартроза (ОА) и коморбидности, свойственной ОА. На частоту развития артроза влияют особенности питания. Ожирение является одним из модифицируемых факторов риска. Можно предположить, что снижение массы тела у пациентов с ОА приведет к уменьшению концентрации Nampt/висфатина в сыворотке крови. Цель работы: изучить динамику уровня Nampt/висфатина и лабораторных показателей воспаления (С-реактивный белок), углеводного и липидного обмена на фоне снижения массы тела.

Материал и методы:

В исследование набраны пациенты с повышенной массой тела, всем была рекомендована гипокалорийная диета с пониженным содержанием животных жиров и лечебная физкультура в щадящем режиме без опоры на ноги, по возможности плавание и/или скандинавская ходьба. При умеренном и выраженном болевом синдроме пациентам рекомендовалось системное и/или местное применение НПВП в стандартных дозировках. Положительной динамики по снижению массы тела на 5 кг и более за 3 месяца удалось достичь 18 пациентам (23%). Для изучения влияния снижения массы тела на клинические проявления ОА пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили пациенты, которым удалось снизить массу тела на 5 кг и более (18 чел.), вторую - пациенты, у которых снижение массы тела составило менее 5 кг и пациенты без снижения массы тела (62 чел.). Была оценена динамика клинических проявлений ОА, динамика показателей АД, углеводного, липидного обмена и концентрации Nampt у данных групп больных. Пациенты ОА были в возрасте от 38 до 78 лет, из которых было 52 женщины (65%) и 28 мужчин (35%). Средний возраст составил $52,08 \pm 1,58$ лет и, соответственно, $54,07 \pm 2,00$ лет. Уровень Nampt/висфатина в сыворотке крови определялся иммуноферментным методом с использованием коммерческих тест систем (RaiBiotech, cat№ EIA-VIS-1) до и после лечения, остальные показатели исследовались по стандартным методикам.

Результаты:

Изменение уровня Nampt/висфатина в сыворотке крови пациентов с ОА в первой группе составило $1,93 \pm 0,24$ ед., во второй - $0,45 \pm 0,08$ ($p < 0,001$), уровня СРБ - $6,01 \pm 0,74$ и $2,4 \pm 0,52$ ($p < 0,001$), уровня гликемии натощак - $0,67 \pm 0,16$ и $0,14 \pm 0,11$ ($p = 0,009$), уровня постпрандиальной гликемии - $1,71 \pm 0,29$ и $0,59 \pm 0,33$ ($p = 0,017$), уровня триглицеридов - $0,38 \pm 0,08$ и $0,11 \pm 0,10$ ($p = 0,029$), уровня холестерина липопротеидов высокой плотности - $0,21 \pm 0,03$ и $0,05 \pm 0,03$ ($p < 0,001$), уровня холестерина липопротеидов низкой плотности $0,32 \pm 0,05$ и $0,13 \pm 0,07$ ($p = 0,029$), уровня систолического артериального давления - $12,22 \pm 3,17$ и $4,0 \pm 2,34$ ($p < 0,001$), уровня диастолического артериального давления - $1,33 \pm 1,94$ и $1,09 \pm 1,46$ ($p = 0,20$). При анализе показателей до и после лечения необходимо отметить достоверное снижение выраженности клинических проявлений ОА (уменьшение уровня болевого синдрома по шкале ВАШ в покое и при ходьбе, суммарного показателя по индексу WOMAC), уровня Nampt/вис-

фатина, СРБ, гликемии и показателей липидного профиля в 1-й группе пациентов. Эти данные косвенно говорят, что ожирение может быть важным фактором в патогенезе ОА. В результате снижения массы тела отмечается так же и уменьшение метаболических нарушений. Во второй группе пациентов отмечено некоторое снижение всех показателей, но достоверная разница имеется только по уровню СРБ, уровню болевого синдрома по шкале ВАШ в покое и при ходьбе и суммарного показателя по индексу WOMAC, что вероятно обусловлено снижением уровня воспалительного процесса при ОА на фоне использования НПВП. Отсутствие достоверной динамики по остальным показателям, возможно, обусловлено только частичным соблюдением рекомендаций по снижению веса и лечебной гимнастике в данной группе больных.

Заключение:

У больных со снижением массы тела более 5 кг наблюдались достоверно большая динамика клинических показателей, чем во второй группе пациентов без снижения массы тела. Данный факт, вероятно, может служить подтверждением того, что снижение массы тела способствует уменьшению воспалительного процесса и, в том числе, связано со снижением уровня провоспалительных адипокинов, в частности *Nampt*/висфатина.

ДИСБАЛАНС ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ПРОБЛЕМЫ КОМОРБИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Кравцов В. И., Сивордова Л. Е., Полякова Ю. В.,
Ахвердян Ю. Р., Заводовский Б. В.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии», г. Волгоград, Россия

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время исследователи рассматривают остеоартроз (ОА) как системную метаболическую болезнь, являющуюся частью метаболического синдрома. Одну из ключевых ролей в прогрессировании метаболического синдрома и развитии клинических его проявлений играют окисленные липопротеины низкой плотности (оЛПНП). Перекисная модификация липопротеинов низкой плотности сопровождается существенным повышением их иммуногенности, в результате чего начинают образовываться антитела к окисленным липопротеинам низкой плотности (анти-оЛПНП). Есть данные, что анти-оЛПНП могут использоваться в качестве теста, отражающего окислительные процессы, происходящие *in vivo*. Цель исследования: изучить клинко-патогенетическое значение уровня окисленных липопротеинов низкой плотности сыворотки крови и антител к ним у больных с остеоартрозом.

Материал и методы:

Под нашим наблюдением находились 175 человек, из которых 130 больных ОА и 45 практически здоровых лиц, составивших группу сравнения. Больные ОА были в возрасте от 34 до 77 лет, из которых 78 женщины (60%) и 52 мужчин (40%). Средний возраст женщин с ОА составил $49,26 \pm 3,89$ лет, мужчин - $51,31 \pm 4,03$ лет и был сопоставим с группой здоровых лиц ($t=0,54$, $p>0,05$; $t=0,29$, $p>0,05$ соответственно). Контрольная группа состояла из 25 женщин и 20 мужчин в возрасте от 26 до 58 лет, не имеющих жалоб на боли в суставах в течение всей жизни, и без клинических проявлений ОА. Окисленные липопротеины низкой плотности и антитела к окисленным липопротеинам низкой плотности определялись иммуноферментным методом (Biomedica Gruppe, Oxidised LDL, cat № 20042 и Biomedica Gruppe, OLAB-IgG, cat № 20032 соответственно) до и после лечения.

Результаты:

Средний уровень оЛПНП в сыворотке крови здоровых людей составил $114,3 \pm 4,2$ нг/мл, анти-оЛПНП - 324 ± 14 мЕд/мл везде ($M \pm m$). Уровень нормальных показателей оЛПНП и анти-оЛПНП, определяемый как $M \pm 2s$, и составил от 60 до 168 нг/мл – для оЛПНП, и от 244 до 404 мЕд/мл – для анти-оЛПНП. Частота выявления оЛПНП в сыворотке крови у здоровых лиц составила 4,4% (2 человека), анти-оЛПНП - 2,2% (1 человек). Повышенный уровень оЛПНП в сыворотке крови больных ОА был обнаружен у 78 (60%), анти-оЛПНП – у 38 пациентов (29%), что было статистически значимо чаще, чем у здоровых лиц ($p<0,001$). Средний уровень оЛПНП у больных ОА составил $252,2 \pm 3,4$, анти-оЛПНП - $484,5 \pm 12,5$ мЕд/мл, что статистически значимо превышало показатели здоровых лиц ($p=0,0014$ и $p<0,001$ соответственно). Были изучены исходные уровни оЛПНП и анти-оЛПНП в сыворотке крови у больных ОА в зависимости от возраста и пола. Было обнаружено повышение уровня оЛПНП и анти-оЛПНП в сыворотке крови у больных ОА старше 50 лет, эти различия были статистически значимы ($p \leq 0,01$). Средний уровень оЛПНП в сыворотке крови у мужчин составил $257,6 \pm 3,7$ нг/мл, у женщин - $251,6 \pm 3,8$ нг/мл. Средний уровень анти-оЛПНП в сыворотке крови у мужчин составил $472,8 \pm 13,7$ мЕд/мл, у женщин - $489,8 \pm 13,8$ мЕд/мл ($t=0,83$, $p>0,05$). Таким образом, уровень оЛПНП и анти-оЛПНП в сыворотке крови больных ОА не зависит от пола пациентов. Как видно из таблицы 1, наиболее высокий исходный уровень оЛПНП и анти-оЛПНП в сыворотке крови обнаружен у больных ОА в более старших возрастных группах (от 50 до 77 лет). Вероятнее всего, повышение оЛПНП и анти-оЛПНП в сыворотке крови при ОА происходит за счет усиления окислительных реакций. Согласно свободно-радикальной теории Хармана (1995 г), прогрессирование ОА происходит за счет повреждения свободными радикалами, гидроперекисями и окисленными липопротеинами низкой плотности биополимеров, входящих в состав клеточных мембран околоуставных тканей и хряща.

Заключение:

Таким образом, повышенный уровень оЛПНП был обнаружен у 60%, анти-оЛПНП у 29% больных с ОА. Для больных с высоким уровнем оЛПНП характерен следующий симптомокомплекс: моно и олигоартроз длительностью более 5 лет, III и IV рентгенологической стадией, III классом функциональной недостаточности суставов. Для больных, имеющих высокий уровень анти-оЛПНП, характерно развитие полиостеоартроза более 10 лет с наличием вторичного синовита, III рентгенологической стадией, II-III классом функциональной недостаточности суставов. Таким образом, можно предположить, что оЛПНП и анти-оЛПНП могут играть определенную роль в патогенезе ОА.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДИАБЕТА КАК ПРЕДИКТОР АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Троицкая Е. А., Старостина Е. С., Крюкова Ю. В.,
Кобалава Ж. Д.

РУДН

Введение (цели/ задачи):

Риск возникновения диабетических осложнений возрастает с длительностью сахарного диабета (СД). Взаимосвязи между длительностью диабета и артериальной ригидностью до конца не изучены. Цель исследования: изучить ассоциации между длительностью диабета и параметрами артериальной ригидности у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа) и артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

Включено 90 пациентов с СД 2 типа и АГ (39% мужчин, средний возраст $63,8 \pm 11,6$ года, 44% курящих, 80% с дислипидемией). Среднее артериальное давление (АД) составило $146 \pm 23/86 \pm 10$ мм.рт.ст. Все пациенты получали комбинированную антигипертензивную терапию, целевое АД $<140/85$ мм.рт.ст достигнуто у 29 (52,7%) пациентов. Медиана длительности СД составила 8,5 лет (IQR 2;13 лет), средний уровень глюкозы плазмы – $8,0 \pm 2,4$ ммоль/л, средний HbA1c $9,2 \pm 2,0\%$, 58 (64,4%) пациентов получали инсулинотерапию. Измерение АД проводилось валидированным осциллометрическим прибором. Параметры артериальной ригидности определяли методом апplanationной тонометрии (Sphygmocor, AtCor, Австралия), сердечно-сосудистый индекс (СЛСИ) и сосудистый возраст – на приборе VaSera 1500. Результаты считались статистически достоверными при $p < 0,05$

Результаты:

Среднее центральное АД составило $132 \pm 18/79 \pm 12$ мм.рт.ст., средняя скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) – $10,5 \pm 2,4$ м/с, среднее СЛСИ справа $8,8 \pm 1,9$, слева – $8,9 \pm 1,8$. Дальнейший анализ проводился по группам в зависимости от длительности СД (Гр1 <4 лет ($n=31$), Гр2 – 4-10 лет ($n=30$), Гр3 >10 лет ($n=29$)). Пациенты из Гр3 были старше ($69,5 \pm 11,1$ vs $62,1 \pm 11,2$ vs $60,0 \pm 10,8$ лет), характеризовались более высоким сосудистым возрастом ($73,8 \pm 9,0$ vs $68,6 \pm 11,8$ vs $64,5 \pm 13,4$ лет), СЛСИ справа и слева ($9,3 \pm 1,9$ vs $9,0 \pm 1,8$ vs $8,1 \pm 1,9$ and $9,4 \pm 2,0$ vs $9,2 \pm 1,6$ vs $8,1 \pm 1,8$, соответственно); $p < 0,05$. Пациенты с большей продолжительностью СД (Гр2 и Гр3) чаще получали инсулинотерапию (79% vs 70% vs $45,2\%$, $p < 0,05$), характеризовались более высокой СРПВ ($11,0 \pm 2,0$ and $11,4 \pm 2,4$ vs $9,1 \pm 2,4$ м/с, $p = 0,0009$). Корреляционный анализ Спирмена выявил значимые корреляции между длительностью СД и возрастом ($r = 0,35$), сосудистым возрастом ($r = 0,30$), уровнем креатинина ($r = 0,23$), СРПВ ($r = 0,34$), СЛСИ справа ($r = 0,3$) и слева ($r = 0,3$), $p < 0,05$. Многофакторный регрессионный анализ показал, что только возраст и длительность СД были значимыми предикторами повышения СРПВ ($\beta = 0,3$, $p = 0,02$ и $\beta = 0,2$, $p = 0,04$, соответственно).

Заключение:

У пациентов с АГ и СД 2 типа артериальная ригидность ассоциирована с длительностью диабета, независимо от уровня АД и гликемии. Наиболее значительное повышение СРПВ происходит в течение первых 4 лет.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ МЕНОПАУЗЫ

Халмухамедов Б. Т.

Ташкентская медицинская академия

Введение (цели/ задачи):

Изучить особенности проявлений метаболического синдрома у женщин в климактерическом периоде в зависимости от возраста больных и продолжительности менопаузы.

Материал и методы:

Исследование выполнено на 42 больных с метаболическим синдромом: 22 женщин в постменопаузе в возрасте от 45 до 68 лет (средний возраст обследованных женщин составил $55,4 \pm 6,1$ года) и 20 женщин репродуктивного периода (средний возраст женщин в контрольной группе составил $34,3 \pm 2,5$ лет). Комплексное обследование больных включало в себя сбор жалоб, анамнеза, ЭКГ. Исследование биохимических показателей крови, включавшее определение содержания в сыворотке уровня

базальной и постпрандиальной гликемии, липидного спектра, гликированного гемоглобина.

Результаты:

Основные проявления в частности сухость во рту, жажда и полидипсия достоверно чаще встречались в группах больных с менопаузальным метаболическим синдромом, одновременно с этим частота встречаемости полиурии уменьшалась с увеличением возраста. При оценке лабораторных показателей углеводного обмена (гликемия натощак, постпрандиальная гликемия, гликированный гемоглобин) в группах обследованных отличий не было установлено – все больные находились в стадии субкомпенсации. Нами установлена выраженная дислипидемия во всех группах обследованных, а также статистически значимое нарастание показателей липидограммы (холестерина, ЛПНП, ЛПОНП, ТГ), в том числе и индекса атерогенности в группе больных с наибольшей продолжительностью менопаузы. В ходе корреляционного анализа была обнаружена сильная отрицательная корреляция между уровнем МАУ и ХС ЛПВП, и положительная с ТГ ($r = -0,79$ и $r = 0,72$ соответственно, $p < 0,005$). Кроме того, также была обнаружена положительная корреляция между уровнем МАУ и длительностью СД ($r = 0,87$, $p < 0,05$), а также между уровнем МАУ и длительностью АГ ($r = 0,77$, $p < 0,05$). При исследовании связи ОТ и ИМТ была обнаружена статистически значимая тесная прямая корреляция ($r = 0,89$, $p < 0,05$), что отражает увеличение ОТ при увеличении массы тела.

Заключение:

Выраженность основного клинического комплекса метаболического синдрома нарастает с возрастом и продолжительностью периода менопаузы у женщин; метаболические нарушения проявляются степенью выраженности дислипидемии, микроальбуминурии, гипозстрогенемии, гиперлептинемии и гиперинсулиемии.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ И СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ 1 СТЕПЕНИ

Шепель Р. Н., Драпкина О. М.

ФГБУ «ГНИЦ ПМ» Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Изучить частоту встречаемости депрессии у пациентов с ожирением 1 степени.

Материал и методы:

Методом слепой рандомизации в исследование включено 60 пациентов, средний возраст $55,05 \pm 17,27$ года, число мужчин и женщин – 20 (33,33%) и 40 (66,67%), соответственно. В зависимости от показателя индекса массы тела пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа – пациенты с нормальной массой тела ($n=30$); 2-я группа – пациенты с ожирением 1 степени ($n=30$). Всем пациентам была выполнена оценка антропометрических показателей (рост, вес, индекс массы тела). Оценку депрессивного синдрома оценивали по опроснику А. Бека.

Результаты:

Симптомы депрессии различной степени тяжести встречались на 20% ($p = 0,02$) чаще у лиц с ожирением 1 степени по сравнению с пациентами с нормальной массой тела (53,3% и 33,3%, соответственно). Средний балл по шкале Бека в 1-й группе составил $7,47 \pm 5,45$, в то время как аналогичный показатель во 2-й группе – $10,13 \pm 5,13$. Общая частота случаев выявления симптомов депрессии во второй группе оказалась выше в 4 раза у женщин, чем у мужчин ($n=12$ (40%) и $n=3$ (10%), соответственно). У лиц с нормальной массой тела симптомы депрессии установлены у 33,3% участников ($n=10$).

Заключение:

1) У лиц с ожирением 1 степени депрессивные симптомы встречаются чаще, чем у лиц с нормальной массой тела. 2) Каждый третий участник группы пациентов с нормальной массой тела имел симптомы депрессии. Безусловно, данный факт должен учитываться врачами (особенно специалистами первичного звена здравоохранения) с целью коррекции и профилактики возможного развития ассоциированных с депрессией заболеваний. 3) Изучив степень выраженности депрессии у лиц с ожирением 1 степени на основе опросника Бека, можно рекомендовать применять научно обоснованные методы коррекции и профилактики патологических нарушений личности. 4) Полученные результаты могут быть использованы для оптимальных стратегий, тактик и средств психологического, психотерапевтического и врачебного воздействия, для разработки методов профилактики психических расстройств и патологических личностных поведенческих нарушений у лиц с ожирением 1 степени.

НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА

АРИТМИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Князькова И. И.¹, Тверетинов А. Б.², Цыганков А. И.², Мазий В. В.²

¹Харьковский национальный медицинский университет,

²ГУ «Национальный институт терапии

имени Л.Т. Малой НАМН Украины

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования - провести анализ характера и причин нарушений сердечного ритма у беременных.

Материал и методы:

В исследование вошло 117 женщин (средний возраст $25,9 \pm 3,6$ года) во II-III триместре беременности, направленных на консультацию в поликлинику ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины. Всем обследованным проводили стандартные исследования, в том числе электролиты (калий, натрий) в сыворотке крови и гормоны щитовидной железы (тиреотропный гормон, трийодтиронин, тироксин), доплероэхокардиографию («Logic-5», Германия), суточный мониторинг ЭКГ («Кардиосенс», ХАИ МЕДИКА, Украина). Статистическую обработку полученных данных проводили методами вариационной статистики с использованием пакета статпрограмм «STATISTICA 6.0». Достоверность различий считалась при величине $p < 0,05$

Результаты:

Различные нарушения сердечного ритма зарегистрированы у 97 пациенток, из которых у 55 - на фоне сердечно-сосудистой патологии (1 группа) и у 42 - идиопатические аритмии (2 группа). Контрольную группу составили 20 женщин с нормальным синусовым ритмом. Установлено, что 40 женщин (34,1%) курили на момент обследования. Семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний отмечен у 65 (55,6%) женщин. Следует отметить, что до беременности жалоб на перебои в работе сердца или сердцебиение у обследованных пациенток не было. У пациенток с нарушениями сердечного ритма во II триместре беременности появились слабость, повышенная утомляемость, периодически перебои в работе сердца, сердцебиение, что было причиной дополнительного обследования. При до-

полнительном обследовании в 1 группе было установлено у 38 женщин пролапс митрального клапана, причем митральная регургитация I степени выявлена у 6 и II степени - у 32 человек; недостаточность митрального клапана ревматического генеза отмечена у 5 пациенток, постмиокардитичный кардиосклероз - у 11 человек и открытое овальное окно - в 1 случае. По данным суточного мониторинга ЭКГ в 1 группе количество желудочковых экстрасистол составило на 26% ($p < 0,001$) больше, чем во 2 группе и в 7,6 раз больше чем в группе контроля; наджелудочковых экстрасистол - в 2,8 и 7 раз больше чем во 2-й и группе контроля (все $p < 0,001$) соответственно. Установлено, что наджелудочковые и желудочковые экстрасистолы регистрировались в обеих группах пациенток с нарушениями сердечного ритма. Причем, у пациенток с пролапсом митрального клапана отмечено меньшее количество наджелудочковых экстрасистол ($p < 0,001$) и больше желудочковых экстрасистол ($p < 0,05$) по сравнению с лицами с другими сердечно-сосудистыми заболеваниями. При сравнении с пациентками с идиопатическими аритмиями у женщин с пролапсом митрального клапана значительно меньше было наджелудочковых экстрасистол ($p < 0,05$), а число желудочковых экстрасистол значительно не отличалась от больных второй группы.

Заключение:

Таким образом, нарушения сердечного ритма у беременных отмечено как на фоне сердечно-сосудистой патологии (врожденные и приобретенные пороки сердца, постмиокардитичный кардиосклероз, пролапс митрального клапана с незначительной митральной регургитацией), так и без нее и нарушений метаболических процессов. Такие пациентки нуждаются в тщательном динамическом наблюдении, а при развитии жизнеугрожающих аритмий и гемодинамической нестабильности - проведении своевременной адекватной терапии.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ВЕЛИЧИНОЙ ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРА И ЧАСТОТой РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА

Курпита А. Ю.

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава РФ

Введение (цели/ задачи):

Выявить взаимосвязь между величиной эпикардиального жира (ЭЖ) и частотой развития нарушения ритма и проводимости сердца.

Материал и методы:

Обследованы 240 пациентов, находившихся на лечении в ДКБ на ст. Самара, в кардиологическом отделении, в возрасте от 38 до 69 лет. Величину ЭЖ оценивали эхокардиографическим методом. В зависимости от величины ЭЖ все пациенты были разделены на группы: первую группу составили пациенты с уровнем ЭЖ до 0.5 см (102 человека, средний возраст 59 лет), вторую - лица с уровнем ЭЖ до 0.9 см (101 человек, средний возраст 57 лет), третью группу составили пациенты с уровнем ЭЖ более 0,9 см (37 человек, средний возраст 61 год).

Результаты:

Среди пациентов первой группы фибрилляция предсердий (ФП) наблюдалась у 7.1% пациентов; общий процент блокады левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ), блокады правой ножки пучка Гиса (БПНПГ) наблюдался у 22.8% пациентов; общий процент желудочковых экстрасистол (ЖЭ) у 30.9% пациентов; общий процент наджелудочковых экстрасистол (НЭ) - у 59.8% пациентов. Среди пациентов второй группы ФП отмечалась у 8.7% пациентов; общий процент БЛНПГ, БПНПГ - у 32.3% пациентов; общий процент

ЖЭ и НЭ – у 57.8% и 72.5% пациентов соответственно. Среди пациентов третьей группы ФП регистрировалась у 20.9% пациентов; общий процент БЛНПГ, БПНПГ – у 62.5% пациентов; общий процент ЖЭ и НЭ – у 69.8% и 92.4% пациентов соответственно.

Заключение:

Среди обследованных групп пациентов отмечается статистически значимая корреляция между уровнем ЭЖ и частотой выявления нарушений проводимости по правой и левой ножке пучка Гиса. ФП, а также ЖЭ и НЭ встречались достоверно чаще среди пациентов третьей группы.

ВЛИЯНИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ УЗЛОВОЙ РЕЦИПРОКНОЙ ТАХИКАРДИЕЙ

Эркабоев Ш. М.¹, Амиркулов Б. Д.², Курбанов Р. Д.²

¹Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, ²РСЦК г. Ташкент

Введение (цели/ задачи):

Оценить качество жизни больных атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардией (АВУРТ) после радиочастотной катетерной абляции.

Материал и методы:

В исследование включены 81 больных с диагнозом АВУРТ в варианте «slow-fast». Среди них мужчин – 33 (40,7%), женщин – 48 (59,3%), средний возраст составил 40,4±2,21 лет (Ме 40 лет; IQR 31,0-52,5). Процедуры ВС ЭФИ (внутрисердечное электрофизиологическое исследование) и РЧА проводились по стандартной методике. Для оценки качества жизни пациентов использовали короткую версию опросника здоровья (MOS 36-Item Short-Form Health Survey - MOS SF-36).

Результаты:

Мы выявили что АВУРТ оказывает негативное влияние на возможность выполнения различных физических нагрузок (снижение PF по сравнению с показателем контрольной группы на 23,7%), на повседневную ролевую деятельность (RP – на 40,6%), на возможность заниматься повседневной деятельностью (BP – на 36,4%), что отражало снижение субъективной оценки пациентами своего здоровья (GH – на 38,3%). Через три месяца после РЧА из показателей физического компонента здоровья КЖ отмечалось достоверное повышение шкалам PF – на 13,7%, RP – на 24,3% по сравнению с уровнем до лечения, BP (на 11,0%) и GH (на 8,2%) также повысились, но недостоверно. Через 6 месяцев после абляции улучшились параметры ролевого физического функционирования (на 48,6%), физического функционирования (на 25,5%) и общего состояния здоровья (19,7%). Показатель BP хотя и повысился (на 13,8%), но не достоверно. Через 12 месяцев мы наблюдали существенное улучшение КЖ по всем параметрам физического компонента здоровья, которые не отличались от таковых у лиц контрольной группы. При анализе составляющих психологического компонента здоровья наблюдалось снижение жизненной активности (VT – на 26,1%), эмоционально-ролевого функционирования (RE – на 31,5%), социального функционирования (SF – на 22,9%) и психологического здоровья (MH – на 19,5%). Уже через три месяца после РЧА все показатели психологического компонента КЖ достоверно повысились по сравнению с уровнем до лечения и приблизились значениям группы клинического сравнения.

Заключение:

1. У пациентов с АВУРТ отмечается снижение качества жизни, проявляющееся низкими показателями как физического (на

38,6%), так и психологического (на 24,8%) компонентов здоровья. 2. Применение радиочастотной абляции при АВУРТ в варианте «slow-fast» оказалось эффективным в 98% случаев. Значительное улучшение физического (на 20,8%) и психологического (на 15,8%) компонентов качества жизни наблюдается через 3 месяца после РЧА медленной части АВ соединения, а через 6 месяцев эти показатели не отличаются от аналогичных характеристик группы клинического сравнения.

ВНУТРИСЕРДЕЧНОЕ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ WPW

Амиркулов Б. Д., Эркабоев Ш. М., Курбанов Р. Д.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент

Введение (цели/ задачи):

Представить результаты внутрисердечного ЭФИ и катетерной абляции пациентов с синдромом WPW.

Материал и методы:

Оперировано всего 163 больных с синдромом WPW. Из них мужчин – 89 (54,6%), женщин – 74 (45,4%). Возраст больных составил от 17 до 77 лет (средний возраст 34,3±13,3 года). Манифестирующая форма WPW диагностирована у 93 (57,1%), скрытая форма у 36 (22,0%), латентная форма у 7 (4,3%) и интермиттирующая форма у 27 (11,8%) пациентов. В анамнезе приступы тахикардии у пациентов длились от 0,5 до 35 лет (в среднем 14,4±8,5 лет). В течение многих лет больные принимали антиаритмические препараты разных групп с временным эффектом. Частота индуцированной тахикардии составляла от 150 до 200 уд в мин, в среднем 165,7±12,4 уд в мин. Внутрисердечное ЭФИ начиналось с пункции левой, правой бедренных вен и левой подключичной вены по методике Сельдингера, через которые в полость сердца проводились электроды для проведения ЭФИ и устанавливались в стандартных позициях. При расположении ДПЖС в левой АВ борозде по методике Сельдингера дополнительно пунктировалась правая бедренная артерия. После установления зоны локализации ДПЖС на внутрисердечном ЭФИ проводился абляционный катетер. Далее проводилась радиочастотная абляция ДПЖС с параметрами: P = 38,1±5,2 Wt; T = 50±3,7°C; I = 110,3±5,3 Ohm и длительностью по 60 сек. Проведение по ДПЖС прекращалось на 4-8 секунде первого РЧА воздействия. Дополнительно проводилось 3-5 контрольных радиочастотных воздействий в близлежащих точках. После воздействия проводилось контрольное ЭФИ и методами учащающей и программированной стимуляции тахикардия не индуцировалась. У 5 (3,7%) больных критериев устранения проведения по ДПЖС достичь не удалось, в двух случаях в связи с параксизмальным, в трех случаях субэпикардальным расположением пучка, им была подобрана антиаритмическая терапия на фоне которого пароксизмов АВРТ не отмечалось.

Результаты:

У больных с синдромом WPW эффективность процедуры составила 96,3%. Периоперационных осложнений не было. За время наблюдения от 1 месяца до 6 лет рецидивов тахикардии не наблюдалось.

Заключение:

Радиочастотная абляция является эффективным радикальным и безопасным методом лечения больных с синдромом WPW. Эффективность операций достигает до 97% и позволяет больным избавиться от пожизненного приема антиаритмических препаратов.

**КАРДИАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ
СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И АРИТМИИ У МУЖЧИН
ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА**

Паторская О. А.

УО «Белорусский государственный медицинский
университет»**Введение (цели/ задачи):**

Проблема дисплазии соединительной ткани (ДСТ) представляет интерес для клинической кардиологии, поскольку изменения сердца и сосудов проявляются у пациентов в молодом возрасте, а нарушения ритма и проводимости часто являются одними из первых и клинически значимых признаков патологии сердечно-сосудистой системы.

Материал и методы:

Проведено комплексное исследование 135 мужчин в возрасте 18-27 лет (средний возраст 20,5 года, 95% ДИ 20,5:21,3 лет) на базе терапевтических отделений УЗ «9 ГКБ» г. Минска. Диагностику ДСТ выполняли по результатам оценки фенотипа, антропометрических и инструментальных методов, выявляющих нарушение строения внутренних органов. Инструментальные исследования включали ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, эхокардиографию (ЭхоКГ) с оценкой морфометрических и гемодинамических характеристик.

Результаты:

Для выявления признаков ДСТ провели осмотр 135 мужчин призывного возраста, из которых основную группу составили 117 мужчин с признаками ДСТ, Контрольная группа (18 человек) представлена практически здоровыми мужчинами с признаками дисморфогенеза менее 5, без внутрисердечной патологии и аномалий других внутренних органов. К наиболее распространенным у пациентов основной группы исследованных относились следующие малые аномалии сердца: ПМК–65,5%, аномально расположенные хорды левого желудочка – 77%. Результаты сопоставления морфометрического исследования сердца показали достоверное увеличение ширины аорты на уровне аортального клапана ($p<0,05$), тенденцию к увеличению толщины межжелудочковой перегородки в диастолу ($p=0,06$), достоверное уменьшение ширины нисходящей части аорты ($p<0,01$), конечного диастолического объема левого желудочка ($p<0,05$), диаметра левого предсердия ($p<0,05$) и снижение ударного объема ($p<0,01$) у лиц с ДСТ по сравнению с контрольной группой. При проведении суточного мониторирования ЭКГ у пациентов с ДСТ наблюдали достоверное увеличение среднесуточной частоты сердечных сокращений (76 уд/мин, 95% ДИ 75-79 уд/мин) по сравнению с контрольной группой (71 уд/мин, 95% ДИ 67-76 уд/мин, $p<0,05$) и достоверно меньшее число эпизодов синусовой брадикардии (5, 95% ДИ 3-15) по сравнению с контрольной группой (130, 95% ДИ 27-182, $p<0,01$). У пациентов с ДСТ отметили тенденцию к увеличению частоты сердечных сокращений в ночные часы (64 уд/мин, 95% ДИ 58-65 уд/мин) по сравнению с таковой у пациентов контрольной группы (57 уд/мин, 95% ДИ 52-60 уд/мин, $p=0,07$). Циркадный индекс у пациентов с ДСТ и контрольной группы находился в пределах нормальных значений, однако у пациентов с ДСТ выявили тенденцию к его уменьшению (1,3, 95% ДИ 1,28-1,36) по сравнению с контрольной группой (1,42, 95% ДИ 1,35-1,45, $p=0,08$), что может свидетельствовать о вегетативной недостаточности. Нарушения ритма выявлены у 89,9% пациентов с ДСТ, достоверно часто встречали наджелудочковую экстрасистолию (79,7%; количество экстрасистол от 1 до 29843), реже – желудочковую (39,1%,

$p<0,01$; количество экстрасистол от 1 до 144760). У пациентов контрольной группы регистрировали желудочковую (от 1 до 13 экстрасистол) и наджелудочковую (от 1 до 22 экстрасистол) экстрасистолию в непатологическом количестве. У 18,8% лиц с ДСТ диагностированы паузы продолжительностью более 1800 мсек, которые достоверно чаще были обусловлены СА-блокадой 2 степени (53,8%, $p<0,05$), АВ-блокадой 2 степени типа Мобитц 1 и 2 (30,8%), эпизодами выраженной синусовой брадикардии (15,4%). Эпизоды миграции водителя ритма из синусового узла по предсердиям выявлены у 31,9% пациентов с ДСТ, достоверно чаще, чем при проведении стандартного электрокардиографического исследования (6,1%, $p<0,01$).

Заключение:

У мужчин призывного возраста часто встречаются кардиальные проявления ДСТ: малые аномалии сердца, уменьшение конечного диастолического объема левого желудочка, диаметра левого предсердия и снижение ударного объема, обусловленные изменениями внеклеточного матрикса, ригидностью миофибрилл кардиомиоцитов, приводящими к невозможности поддерживать адекватный потребностям ударный объем. Свой вклад в этот процесс вносит уменьшение диаметра левого предсердия вследствие влияния экстракардиальных факторов. Среди нарушений сердечного ритма и проводимости преобладают наджелудочковая экстрасистолия и эпизоды миграции водителя ритма из синусового узла по предсердиям, что может быть обусловлено положением сердца в грудной клетке, вызывающим особенности электрических процессов в миокарде.

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ
ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ
АЛГОРИТМАХ ВЕДЕНИЯ**Соколов А. В., Царегородцев Д. А., Недоступ А. В.
ФГАОУ ВО ПМГМУ им.И.М. Сеченова**Введение (цели/ задачи):**

Желудочковые аритмии являются самыми распространенными нарушениями ритма у пациентов без структурной патологии сердца. Пациенты с идиопатическими желудочковыми аритмиями (ЖА) составляют 10-20% от общего числа пациентов специализированных аритмологических центров. Тактика ведения таких больных, согласно действующим рекомендациям, зависит прежде всего от симптомности аритмии и предпочтений пациента. Однако общепринятые критерии принятия решения о необходимости и способе лечения идиопатических нарушений ритма в настоящее время отсутствуют. Наиболее часто встречается общий подход к терапии, без разделения на пациентов с аритмией на фоне структурной патологии сердца и без нее. Цель исследования: оценить влияние качества жизни (КЖ) пациентов на выбор тактики лечения идиопатических желудочковых аритмий и сравнить результаты различных терапевтических подходов.

Материал и методы:

В исследование включено 82 пациента (21 мужчина, 61 женщина, средний возраст 43 ± 14 лет) с желудочковыми нарушениями ритма при отсутствии структурной патологии сердца. Устойчивая желудочковая тахикардия (ЖТ) зарегистрирована у 8 пациентов (9,8%), у остальных больных – частая желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) в количестве 14069 [8284;21947] за сутки. При выборе одного из трех подходов (антиаритмическая терапия (ААТ), радиочастотная катетерная абляция (РЧА) или наблюдение) руководствовались предпочтениями пациента. Исходно и через 1 месяц после включения в исследование проводили холтеровское мони-

торирование (ХМ) и оценивали КЖ с использованием опросника SF 36. Положительным результатом лечения считалось снижение суточного количества ЖЭ более, чем на 75%, и отсутствие ЖТ.

Результаты:

Исходно жалобы были связаны с ЖА у 45% пациентов, у 31% больных связь жалоб с ЖА была нечеткой, а у 24% – жалобы не были связаны с нарушениями ритма. ЖА мешали повседневной и трудовой деятельности 12% пациентов, у 59% они вызывали лишь умеренный дискомфорт, у 29% больных аритмия была бессимптомной. Отказались от лечения ЖА 18 больных (22%). Их средний возраст составил 31 [23;41] лет и был достоверно меньше, чем у 28 (34%) пациентов (средний возраст 43 [30;54] лет), избравших проведение РЧА ($p=0,023$) и у 36 больных, предпочитавших ААТ (средний возраст 50 [40;58] лет, $p=0,001$). При этом средний показатель КЖ в группе наблюдения исходно был более высоким (84 [52;88] баллов), чем в группе РЧА (60 [52;72] баллов, $p=0,007$) и в группе ААТ (60 [52;72] баллов, $p=0,014$). Через 1 месяц в группе ААТ среднее количество ЖЭ за сутки снизилось с 12982 [7516;20897] до 815 [6;4299] ($p<0,0001$), эффективность лечения составила 71%. В группе РЧА эффект отмечен у 74% больных, количество ЖЭ до и после лечения составило 19 185 [12989;26961] и 693 [41;11983] в сутки соответственно ($p=0,001$). Спонтанное значимое снижение числа ЖЭ за сутки отмечено у 25% больных из группы наблюдения, однако среднее количество ЖЭ в группе изменилось недостоверно: 13175 [5278;18301] ЖЭ исходно и 7662 [2747;15758] ЖЭ через 1 месяц ($p=0,352$). При этом через 1 месяц КЖ статистически значимо улучшилось лишь в группе ААТ: 60 [52;72] баллов исходно, 74 [64; 80] баллов через 1 месяц ($p=0,003$). В группах РЧА и наблюдения через 1 месяц данный показатель изменился недостоверно и составил соответственно 64 [58;78] баллов ($p=0,23$) и 76 [60;90] баллов ($p=0,733$).

Заключение:

Активной тактике ведения (РЧА или ААТ) отдают предпочтение пациенты с идиопатическими ЖА среднего и старшего возраста с более выраженным снижением КЖ. Медикаментозная ААТ позволяет добиться быстрого улучшения КЖ у больных с идиопатическими ЖА. После РЧА, несмотря на высокую антиаритмическую эффективность процедуры, улучшение КЖ, очевидно, отсрочено. У 25% пациентов с идиопатическими ЖА при краткосрочном наблюдении (1 месяц) отмечается спонтанное уменьшение числа ЖЭ более, чем на 75%.

ОСОБЕННОСТИ АРИТМОГЕННОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ЕГО ТРАНСФОРМАЦИИ В ЖАРКОМ КЛИМАТЕ И ИХ ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ В РАЗВИТИИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ

МУХАММЕТГУЛЫЕВА О. С.

Больница с научно-клиническим центром физиологии

Введение (цели/ задачи):

Концепция первичного детерминированного склеродегенеративного поражения проводящей системы сердца (ПСС) при электрической, или аритмической болезни сердца (АБС) объясняет развитие первичных полной блокады левой ножки пучка Гиса (ППБЛНПГ), синдромов слабости синусового узла (ПСССУ) и предвозбуждения желудочков (ПСПВЖ). Среди исследователей существуют разные мнения о причинно-следственных соотношениях нейро-циркуляторной дистонии (НЦД) и первичной патологии ПСС с одной из органических составных АБС, в нашем случае хронической ИБС. Камнем преткновения остается и вопрос причинно-следственных соотношений электрического и функционального ремоделирования левого желудочка (РЛЖ)

при данных состояниях при выявлении клинически желудочковой аритмии (ЖА), их прогностической значимости в развитии электрической нестабильности миокарда (ЭНМ) и провоцировании внезапной смерти, особенно в жарком климате. Изучение этих аспектов и составило цель исследования.

Материал и методы:

Обследованы 6 групп больных (с и без ЖА): 1-ая – НЦД ($n=31$); 2-ая – ПСПВЖ ($n=38$); 3-я – “чисто” ИБС ($n=71$); 4-ая – ПСПВЖ+ИБС ($n=25$); 5-ая – ПСССУ+ИБС ($n=55$), 6-ая – ППБЛНПГ+ИБС ($n=36$). Больные НЦД были отнесены к функциональному, ПСПВЖ – к идиопатическому (первичному) этапам АБС, а остальные – к этапу слияния первичного с органическим. Контроль составили 24 здоровых лица. Обследование включало аритмологический опрос, ЭКГ покоя и её мониторинг по Холтеру, электрофизиологическое (ЭФ) чреспищеводное исследование сердца, метод по-синдромной оценки тяжести состояния больных по Д.Меметову.

Результаты:

У больных НЦД выявлены особенности течения, которые явились патогенетически едиными звеньями трансформации в ИБС и свидетельством уязвимости в плане развития ЭНМ – это обнаружение диспропорциональности среди не выходящих за границы нормы показателей ПСС и сохранность показателей функционального состояния сердца. Эта ситуация явилась свидетельством благоприятного прогноза у больных НЦД, невзирая на наличие ЖА и позволила отнести НЦД к одному из начальных этапов развития АБС, а её сочетание с ЖА считать одной из клинических масок АБС. У больных НЦД при развитии в последующем ИБС найдены эксцентрическое РЛЖ и хронотропная недостаточность (ХронН). Выявление же ЖА сопровождалось патологической дилатацией ЛЖ с регрессией толщины межжелудочковой перегородки (МЖП), усугублением ХронН и низкой атриовентрикулярной (АВ) проводимостью, ростом значений клинических синдромов ЖА, сердечной (СН) и коронарной недостаточности (КН). При ПСПВЖ его активация сочеталась с ХронН и ригидностью сердечного ритма при сохранном функциональном состоянии миокарда, а при выявлении ЖА отмечалось усугубление ХронН. У больных ПСПВЖ при присоединении ИБС отмечалось усугубление ХронН, которая также сочеталась с низкой АВ-проводимостью и ригидностью сердечного ритма, при росте значений 3-х клинических синдромов, а при выявлении ЖА вновь найдена регрессия толщины МЖП. При ПСССУ присоединение ИБС сопровождалось клинически ростом эпизодов тахи-брадикардии и синкопе; концентрическим РЛЖ с его дилатацией и СН; выраженной ХронН с низкой АВ-проводимостью и ригидностью сердечного ритма. При ППБЛНПГ присоединение ИБС сопровождалось эксцентрическим РЛЖ с его дилатацией и СН, на фоне дополнительного негативного влияния имеющихся ранее типов А и В парадоксального движения МЖП; выявлением ригидности сердечного ритма и ХронН. При ППБЛНПГ и ПСССУ в сочетании с ИБС наличие ЖА опять сопровождалось регрессией толщины МЖП, при усугублении ХронН и росте значений клинических синдромов ЖА и СН.

Заключение:

Выводы: В условиях жаркого климата электрическое РЛЖ проявилось при НЦД диспропорциональностью сохраненных показателей ПСС, а на последующих этапах – ХронН в виде ЭФ-ких признаков, свойственных СССУ. Предикторами риска внезапной смерти у больных АБС являются высокая ЭНМ в виде сочетания ЖА с ХронН и ригидностью сердечного ритма при меняющихся значениях АВ-проводимости; дисфункция ЛЖ на фоне 2-х типов дезадаптивного РЛЖ; избирательная регрессия толщины МЖП; ишемия миокарда (отражены в патенте на изобретение).

Выявление клинически ЖА при слиянии первичной патологии ПСС с ИБС свидетельствовало о прогрессировании АБС, с непредсказуемостью времени наступления фатальных аритмий.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ СРТ-Д УСТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

АМИРКУЛОВ Б. Д., АБДУЛЛАЕВ Т. А., ЯКУБОВ А. А.,
ЭРКАБОВ Ш. М., ЦОЙ И. А., КУРБАНОВ Р. Д.
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ, ТАШКЕНТ

Введение (цели/ задачи):

Представить предварительные результаты сердечной ресинхронизирующей терапии у больных с хронической сердечной недостаточностью на фоне оптимальной медикаментозной терапии.

Материал и методы:

Оперировано всего 8 больных, из них мужчин – 7 (87,5%), женщин – 1 (12,5%). У всех пациентов имелись признаки внутрисердечной диссинхронии и хроническая сердечная недостаточность (ХСН) III-IV функционального класса (ФК) по NYHA, резистентная к оптимальной медикаментозной терапии (ОМТ). Средний возраст больных составил (45[±]9,4) лет. Причины возникновения ХСН: ИБС – 3 (37,5%), ДКМП – 5 (62,5%). Средний ФК ХСН до проведения СРТ составил (3,5[±]1,2). Всем больным по стандартной методике успешно были имплантированы СРТ устройства с функцией дефибриллятора. Были изучены показатели длительности QRS комплекса, фракции выброса, конечно диастолический объем и функциональный класс по NYHA до и после 3 месяцев имплантации СРТ -Д устройства.

Результаты:

До имплантации устройства (ФВ) у исследуемой группы больных составила (27,8[±]1,5%), КДО-(220[±]18,4 мл), длительность комплекса QRS (145[±]4,9мс). При изучение вышеуказанных показателей через 3 месяца после операции на фоне оптимальной медикаментозной терапии и эффективной бивентрикулярной стимуляции нами выявлено увеличение ФВ с (27,8[±]1,5%) до 36,2[±]1,64%), уменьшение КДО с (220[±]18,4 мл) до (195[±]17,4 мл). При проведение теста шестиминутной ходьбы (ТШХ) до операции средний (ФК) составлял (3,5[±]1,2), через 3 месяца после процедуры имплантации показатели свидетельствовали о переходе больных во II ФК ХСН.

Заключение:

Эффективная бивентрикулярная стимуляция на фоне оптимальной медикаментозной терапии увеличивает фракцию выброса, уменьшает размеры сердца, функциональный класс по NYHA и улучшает качество жизни больных с хронической сердечной недостаточностью.

РЕЗУЛЬТАТЫ КАТЕТЕРНОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ УЗЛОВОЙ РЕЦИПРОКНОЙ ТАХИКАРДИИ

ЭРКАБОВ Ш. М., АМИРКУЛОВ Б. Д., КУРБАНОВ Р. Д.
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ, г. ТАШКЕНТ

Введение (цели/ задачи):

Представить собственные результаты радиочастотной катетерной абляции больных атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардией (АВУРТ).

Материал и методы:

Катетерная абляция проведена у 149 больных с АВУРТ. Среди них мужчин – 49 (32,9%), женщин – 100 (67,1%). Возраст больных от 14 до 64 года (средний возраст 40,2[±]14,7 лет). В анамнезе приступы тахикардии продолжались от 3 до 28 лет (в среднем 18,7[±]4,9 лет). Большинство больных многие годы принимали антиаритмические препараты без видимого эффекта. С помощью чреспищеводного и внутрисердечного ЭФИ по стандартному протоколу устанавливался диагноз АВУРТ. Для проведения внутрисердечного ЭФИ пунктировались бедренные вены, правая яремная вена, через которые проводились электроды. После подтверждения диагноза АВУРТ по типу “slow-fast” на внутрисердечном ЭФИ, проводился абляционный катетер. Далее проводилась радиочастотная абляция “медленных путей” АВ-соединения в правой среднесептальной области с параметрами: P = 28,1[±]3,2 Wt; t = 51,3[±]4,9°C; I = 109,5[±]8,3 Ohm и длительностью по 60 сек. Всего проводились 3-5 радиочастотных воздействий. После этого проводилась контрольное ЭФИ на которой данные за двойные пути АВ соединения не выявлялись.

Результаты:

У 149 больных были получены критерии эффективности деструкции “медленных путей” и эффективность процедуры составила 100%, в 4 случаях при проведении радиочастотной абляции отмечалась преходящая АВ блокада II степени с последующим восстановлением синусового ритма к концу операции, осложнений связанных с оперативным вмешательством не было.

Заключение:

Радиочастотная катетерная абляция является эффективным, радикальным и безопасным методом лечения АВУРТ, эффективность процедуры достигает до 100% и позволяет больным улучшить качество жизни, избавиться от пожизненного приема антиаритмических препаратов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ I С КЛАССА ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЯХ НЕКОРОНАРОГЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

КУЧКАРОВ Х. Ш.

РСЦК, г.ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/ задачи):

Изучить эффективность антиаритмических препаратов (ААП) I С класса при желудочковых аритмиях (ЖА) у больных с сердечно – сосудистыми заболеваниями (ССЗ) некоронарогенной этиологии.

Материал и методы:

В исследование включено 44 больных (20 женщин, 24 мужчин) с желудочковыми нарушениями сердца (ЖНРС) на фоне миокардита. Средний возраст больных составил 34,8[±]7 лет. У всех больных имелся в анамнезе перенесенный миокардит, подтвержденный выписками из историй болезни, амбулаторных карт, данных клинико – лабораторных исследований. Длительность анамнеза по перенесённому миокардиту составила 3,5[±]1,4 год. Аритмический анамнез не менее 1 год. Всем пациентам проводилось 24-часовое Холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ) в амбулаторных условиях. Для классификации желудочковых экстрасистол (ЖЭС) использовалась общепринятая классификация ЖЭС по Lown. К высоким грациям относили ЖЭС III класс и выше (IV A и B). Подбор антиаритмической терапии (ААТ) осуществлялся последовательно препаратами I С класса (аллапинин, пропанорм, этацизин) с помощью ХМЭКГ.

Результаты:

Как показал сравнительный анализ, группы не различались по возрастано-половому признаку. Согласно критериям эффективности ААТ, больные были разделены на 3 группы: в I группе (n=14) наиболее эффективным был аллапинин, во II группе (n=10) пропанорм и в III группе (n=20) этацин. Общее количество ЖЭС в сравниваемых группах было сопоставимо и составило $12555,71 \pm 13450,93$ (от 2000 до 50704) в сутки, $13707,2 \pm 7846,86$ (от 5194 до 25936) в сутки и $17684,05 \pm 12278,62$ (от 2034 до 41665) в сутки, соответственно I, II и III группам ($p > 0,05$). Структурный анализ ЖЭС показал что, в I и II группе преобладали ЖЭС II класса, в III группе III класса. Так ЖЭС II класса по Lowp наблюдались у 6 (42,8%), 5 (50%) и 6 (30%) больных, III класса у 5 (35,7%), 3 (30%) и 8 (40%) больных, IV класса у 3 (21,5%), 2 (20%) и 6 (30%) больных соответственно I, II и III группам. Статистический непараметрический анализ показал, что на фоне ААТ количество ЖЭС уменьшилась до $2175,43 \pm 3721,51$ (на 82,7%) в I группе, до $428,4 \pm 760,8$ (на 96,9%) II группе и до $1687,3 \pm 3053,8$ (на 90,5%) в III группе.

Заключение:

Предварительный анализ показал, что исследуемые антиаритмические препараты I C класса эффективны при ЖА некоронарогенной этиологии. Но количество больных в группах и процент снижения количество аритмий отличаются в группах, что требует дальнейшего изучения данного вопроса.

ХАРАКТЕРИСТИКА РИСКА РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Коломиец В. В., Залюбовская Л. В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Введение (цели/ задачи):

Фибрилляция предсердий (ФП) способствует возникновению и прогрессированию сердечной недостаточности и системных тромбоэмболий. ФП возникает как при здоровом сердце, так и при его заболеваниях. Однако именно такая полиэтиологичность затрудняет понимание причин и механизмов ФП и не позволяет разработать программу патогенетически обоснованной профилактики. Цель исследования: установить степень риска ФП при различных заболеваниях и патологических отклонениях в здоровье.

Материал и методы:

У 100 больных с ФП, 42 - пароксизмальной, 12 – персистирующей, 46 – постоянной формой исследованы липидограмма, уровень артериального давления (АД), активность вегетативной нервной системы по анализу катехоламинурии флуориметрически и вариабельности сердечного ритма при суточном мониторинге ЭКГ, наличие и степень дилатации предсердий при эхокардиографии (ЭхоКГ), дисфункция эндотелия сосудов доплерографически, иммунологически содержание С-реактивного белка (С-РБ), интерлейкина-6 (ИЛ-6), фактора некроза опухоли альфа (ФНО-?). Проведен ретроспективный анализ 500 историй болезни пациентов с ФП.

Результаты:

Лиц без наличия сопутствующих заболеваний не выявлено. Основным диагнозом (83,2%) у больных ФП был диагноз ишемической болезни сердца (ИБС) с атеросклеротическим кардиосклерозом (86,5% случаев). Остальные случаи (16,8%) ФП связывались с миокардитическим кардиосклерозом - 0,6% и

кардиомиопатиями (дисгормональная, в т.ч. климактерическая – 9,0%, тиреотоксическая – 4,0%, алкогольная – 3,2%). Наиболее частое сопутствующее заболевание - гипертоническая болезнь (ГБ) у 58,0% пациентов с ФП в одинаковой пропорции (56-58%) при всех трех ее вариантах. Возникновение пароксизмов ФП при ГБ в большинстве случаев ассоциировалось с повышением АД, однако из-за нерегулярного контроля за АД невозможно определить предшествовало ли оно возникновению пароксизма ФП, или возникало на его фоне. В 42,0% ФП сопутствовал хронический пиелонефрит (у 60% больных в активной фазе, сопровождавшейся пиурией, повышением СОЭ и лейкоцитозом), с одновременным наличием ГБ у 80,0% пациентов; скорость клубочковой фильтрации сохранялась в пределах – 80-110 мл/мин. У 20,0% больных с ФП диагностированы заболевания щитовидной железы (ЩЖ) с повышением (35,0%) или понижением (75,0%) ее функции, принимавших терапию, корректирующую функции ЩЖ, и ни у одного больного с пароксизмом ФП не отмечалось явной дисфункции ЩЖ по результатам радиоиммунного определения гормонов в крови. Связь частоты ФП с сахарным диабетом 2 типа (СД) прослеживалась более явно ($p < 0,05$), чем с заболеваниями ЩЖ. Диагноз СД имелся у 28,0% пациентов с ФП. У 21,0% обследованных в историях болезни отсутствовал анализ на содержание глюкозы в крови. Недостаточно настойчиво у больных с ФП исследовался и липидный обмен. Данные о содержании общего холестерина и его фракций отсутствовали у 13,0% больных. В то же время дислипидемия выявлялась у 45,0% больных ФП. В 18,0% случаев ФП сочеталась с хронической обструктивной болезнью легких и приемом бронхолитиков, в 9,0% - с хроническим холециститом в неактивной фазе, в 14,0% – с язвенной болезнью желудка или 12-перстной кишки и гастродуоденитом, в 3,0% – с гастроэзофагальнорефлюксной болезнью. ЭхоКГ выявила дилатацию предсердий у 6,0% больных пароксизмальной формой ФП, у 12,0% больных персистирующей формой ФП, у 54,0% больных постоянной формой ФП. Однако у больных ГБ, СД и дисфункцией ЩЖ различий в частоте и степени дилатации предсердий не отмечено. У больных с ФП, ГБ и СД выявлены выраженная дисфункция эндотелия, абсолютное повышение симпатической активности и недостаточное противостояние ей парасимпатической нервной системы. Симпатикотония обусловлена избыточной секрецией норадреналина – на 17,5 мкг/24 ч (84,7%), особенно выраженной у больных с сочетанной патологией. Наиболее высокое содержание С-РБ, интерлейкина-6 (ИЛ-6), фактора некроза опухоли альфа (ФНО-?) и дислипидемия найдены при ГБ и СД.

Заключение:

Высокий риск ФП отмечается у больных ГБ, но эффективный контроль уровня АД у них отсутствует. Умеренный, но более выраженный риск ФП прослеживается у больных СД, чем с дисфункцией ЩЖ (чаще гипотиреоз). Несмотря на явные ассоциации ФП с нарушениями углеводного и холестерина обмена, их исследование осуществляется не у всех пациентов с ФП. У больных с ФП, ГБ и СД выявлены общие механизмы (высокая степень дисфункции эндотелия, вегетативного дисбаланса, дислипидемии и содержания провоспалительных цитокинов).

КАРДИОХИРУРГИЯ. РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ. ГИБРИДНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

ДЕКОМПРЕССИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ВЕНО-АРТЕРИАЛЬНОЙ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ МЕМБРАННОЙ ОКСИГЕНАЦИИ

ПЕТРОВИЧ Н. С., ШЕСТАКОВА Л. Г., КРАЧАК Д. И.,
БУШКЕВИЧ М. И., ЯРОШ Р. Г., АЧИНОВИЧ А. С.,
ЛЮБИМОВА О. В., ОСТРОВСКИЙ Ю. П.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
«Кардиология», РБ

Введение (цели/ задачи):

Одной из важнейших проблем при подключении периферической вено-артериальной экстракорпоральной мембранной оксигенации (В-А ЭКМО) является развитие острой левожелудочковой недостаточности (ОЛЖН). Она возникает в результате неадекватной объемной разгрузки левого желудочка (ЛЖ), сопровождающейся застоем в левом предсердии, венозной системе малого круга кровообращения и развитием отека легких. Непосредственный вклад также вносит снижение насосной функции ЛЖ. Цель исследования. Проанализировать результаты и оценить эффективность используемых инвазивных методов профилактики и лечения ОЛЖН при В-А ЭКМО в Республиканском научно-практическом центре «Кардиология».

Материал и методы:

В исследовании проведен ретроспективный одноцентровой анализ 63 пациентов, которым в период с 2010 г. по октябрь 2016г применялась В-А ЭКМО. С использованием артериальных канюль 15-19 Fr и венозных канюль 21-25 Fr хирургическим (открытым) либо пункционным способом производилась периферическая канюляция бедренных и подключичных сосудов. У 27 пациентов в связи с развитием ОЛЖН были применены методы инвазивной разгрузки ЛЖ. Показаниями к ее использованию являлись рефрактерность к медикаментозной терапии, клинико-инструментальные проявления застоя крови в малом круге кровообращения, признаки отека легких и фракция выброса ЛЖ менее 20%. Данные пациенты составили группу А. Используемые методы снижения постнагрузки на ЛЖ: внутриаортальная баллонная контрпульсация (20 пациентов), баллонная атриосептотомия (4 пациента), дренаж левых отделов (1 пациент), дренаж легочной артерии (1 пациент) и сочетание методов (1 пациент). В группу Б вошли 36 пациентов, которым проводилось медикаментозное лечение (кардиотонические, антигипертензивные и диуретические препараты)

Результаты:

ОЛЖН, рефрактерная к медикаментозной терапии, развилась у 42,9% пациентов с В-А ЭКМО. Средняя длительность ЭКМО составила 128 часов. У пациентов в группе А с применением инвазивных методов разгрузки ЛЖ на фоне проводимого лечения отмечалась положительная динамика рентгенологической картины, а также при контрольной эхокардиографии выявлено уменьшение объемных показателей ЛЖ. В указанной группе успешно купировали отек легких, стабилизировали состояние

и отлучили от ЭКМО 15 пациентов (55,6%), госпитальная выживаемость составила 48,1% (13 пациентов). В группе В с медикаментозной поддержкой ЛЖ успешно отлучили от ЭКМО 17 пациентов (47,2%), были выписаны 14 пациентов (38,9%).

Заключение:

Используемые инвазивные методы декомпрессии ЛЖ либо их сочетание при проведении периферической В-А ЭКМО обеспечивают продуктивную разгрузку ЛЖ в группе крайне «тяжелых» пациентов и увеличивают их госпитальную выживаемость в 1,3 раза.

ЗНАЧЕНИЕ ЗАКРЫТОГО КОНТУРА ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

БИКТАШЕВ Д. Б.^{1,2}, ЛЕСБЕКОВ Т. Д.¹

¹АО ННКЦ г. Астана, ²МУА г. Астана

Введение (цели/ задачи):

Несмотря на все достижения, искусственное кровообращение по-прежнему остается нефизиологичной процедурой, страивающей все звенья гомеостаза. Пациентом современной кардиохирургической клиники все чаще становится крайне тяжелый больной, с повторным вмешательством и обширной сопутствующей патологией. Главной целью кардиохирурга, как и много лет назад, является обеспечение безопасности пациента, имеющее технические и физиологические аспекты. Цель: оценить эффективность операций коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения в замкнутом и открытом контурах у пациентов с ишемической болезнью сердца. Задачи: определить и сравнить определенные параметры системного воспалительного ответа, гемоделиции и коагулопатии после операции аортокоронарного шунтирования с применением открытого и закрытого контуров искусственного кровообращения.

Материал и методы:

Исследование было одобрено комитетом по этике АО ННКЦ. 100 взрослых пациентов, перенесших аорто-коронарное шунтирование были отобраны для этого исследования. С августа 2014 года по июнь 2015 года в АО ННКЦ было выполнено 100 хирургических вмешательств у пациентов с ишемической болезнью сердца. Пациенты были разделены на 2 группы, I группа (50 пациентов) пациенты – это контрольная группа, с использованием открытого контура искусственного кровообращения, II группа (50 пациентов) - это пациенты с использованием закрытого контура искусственного кровообращения. Распределение мужчин и женщин в группах было 82 и 18 соответственно. Средний возраст составил 54,10лет. Клинические проявления сердечной недостаточности распределились во II и III функциональном классе (NYHA), 37 к 63 соответственно. Симптомы стенокардии распределились во II и III функциональном классе (CCS) - 35 пациент (35%) и 65пациентов(65%) соответственно. Функция левого желудочка оценивалась по ЭхоКГ: фракция выброса в контрольной группе и в группе сравнения составила 55,2% ±6,1 и 55,9% ±6,1 (p=0,6), уровень гематокрита в контрольной группе и в группе сравнения составил 41,3 ±2,8 и 41,8 ±3,4 соответственно (p=0,6); уровень гемоглобина контрольной группе и в группе сравнения составил 138,5г/л ±11,1 и 140г/л ±13,4 (p=0,5); уровень креатинина в контрольной группе и в группе сравнения составил 0,94мг/дл ±0,17 и 0,96мг/дл ±0,17 (p=0,5), уровень мочевины в контрольной группе и в группе сравнения составил 37,4мг/дл ±10,5 и 37,7мг/дл ±10,09 (p=0,8); уровень CRP в контрольной группе и группе сравнения составил 0,33мг/дл ±0,48 и 0,43мг/дл ±0,52 (p=0,3) уровень лейкоцитов в контрольной группе и группе срав-

нения составил $6,5 \times 10^9 \text{л} \pm 1,47$ и $6,5 \times 10^9 \text{л} \pm 1,4$ ($p=0,5$). Перио-
перационный риск смерти до операции определялся по шкале EuroSCORE II и составил $0,77$ баллов $\pm 0,45$ в контрольной группе и $0,78$ баллов $\pm 0,47$ в группе сравнения ($p=0,96$).

Результаты:

Всем пациентам выполнялась операция коронарного шунтирования, среднее количество шунтов $3 \pm 0,67$ в контрольной группе и $3 \pm 0,53$ в сравнительной группе ($p=0,001$). Время искусственного кровообращения в контрольной группе и в группе сравнения составило $64 \text{мин} \pm 16,9$ и $58 \text{мин} \pm 12,7$ ($p=0,04$). Время пережатия аорты в контрольной группе и группе сравнения составило $32 \text{мин} \pm 11,41$ и $28 \text{мин} \pm 9,01$ ($p=0,1$). При сравнении двух групп выявлено существенное снижение гемоглобина, гематокрита, эритроцитов после операции с открытым контуром искусственного кровообращения. Кровопотеря после закрытия грудины до 12ч после проведения операции в контрольной группе и группе сравнения составила $147 \text{мл} \pm 62,47$ и $164 \text{мл} (\pm 98)$ ($p=0,02$). Уровень гематокрита (6 часов после операции) в контрольной группе и группе сравнения составил $29,9 \pm 3,88$ и $33,2 \pm 3,89$ ($p=0,00004$); уровень гемоглобина (6 часов после операции) в контрольной группе и в группе сравнения составил $106 \text{г/л} \pm 11,18$ vs $112 \text{г/л} \pm 14,15$ ($p=0,01$); уровень эритроцитов (6 часов после операции) в контрольной и в группе сравнения составил $3,66 \times 10^{12} / \text{л} \pm 0,36$ и $3,9 \times 10^{12} / \text{л} \pm 0,51$ ($p=0,01$); уровень тромбоцитов (6 часов после операции) в контрольной группе и в группе сравнения составил $202 \times 10^9 \text{л} \pm 6,4$ и $220 \times 10^9 \text{л} \pm 13,2$ ($p=0,001$); уровень креатинина (6 часов после операции) в контрольной группе и в группе сравнения составил $0,272 \text{мг/дл} \pm 72$ и $0,275 \text{мг/дл} \pm 71$ ($p=0,2$); уровень мочевины (6 часов после операции) в контрольной группе и в группе сравнения составил $34,8 \text{мг/дл} \pm 7,4$ и $37,5 \text{мг/дл} \pm 9,9$ ($p=0,08$); уровень CRP (6 часов после операции) в контрольной группе и в группе сравнения составил $1,5 \text{мг/дл} \pm 1,2$ и $1,6 \text{мг/дл} \pm 2,7$ ($p=0,0002$); уровень лейкоцитов (6 часов после операции) в контрольной группе и в группе составил $12,1 \times 10^9 \text{л} \pm 3,47$ и $12,5 \times 10^9 \text{л} \pm 3,79$ ($p=0,5$); уровень тропонина I в контрольной группе и сравнительной группе составил $429 \text{нг/л} \pm 297$ и 589 ± 351 ($p=0,03$). Так же были проведены сравнения указанных анализов по истечению 16 часов после операции. Уровень гематокрита (16 часов после операции) в контрольной группе и в группе сравнения составил $31 \pm 3,1$ и $33 \pm 3,4$ ($p=0,01$); уровень гемоглобина в контрольной группе и в группе сравнения составил $106 \text{г/л} \pm 11,3$ и $114 \text{г/л} \pm 12,3$ ($p=0,01$); уровень эритроцитов в контрольной группе и в группе сравнения составил $3,64 \times 10^{12} / \text{л} \pm 0,444$ ($p=0,00001$); уровень креатинина в контрольной группе и в группе сравнения составил $1,031 \text{мг/дл} \pm 0,198$ и $1,033 \text{мг/дл} \pm 0,212$ ($p=0,6$); уровень мочевины в контрольной группе и в группе сравнения составил $34,2 \text{мг/дл} \pm 8$ и $37,2 \text{мг/дл} \pm 9$ ($p=0,08$); уровень CRP в контрольной группе и в группе сравнения составил $5,6 \text{мг/дл} \pm 2,2$ и $4 \text{мг/дл} \pm 2,5$ ($p=0,0009$); уровень лейкоцитов в контрольной группе и в группе сравнения составил $11,3 \times 10^9 \text{л} \pm 2,4$ и $10 \times 10^9 \text{л} \pm 13,2$ ($p=0,0001$); уровень тромбоцитов в контрольной группе и в группе сравнения составил $205 \times 10^9 \text{л} \pm 7,2$ и $221 \times 10^9 \text{л} \pm 12,0$ ($p=0,001$). В контрольной группе у одного пациента зарегистрирован пароксизм фибрилляции предсердий. Переливание крови и ее компонентов было выполнено 5 пациентам, из которых 2 пациента были группы контроля, 3 - из группы исследования. В группе исследования была выполнена 1 рестернотомия, остановка хирургического кровотечения. Летальности в обеих группах не было.

Заключение:

Непосредственные результаты операций коронарного шунтирования выполненных в условиях искусственного кровообраще-

ния в замкнутом контуре имеют преимущества в связи с техникой для уменьшения первичного объема заполнения системы искусственного кровообращения, вызывая меньше гемодилюции. Так же безусловно снижается системный воспалительный ответ при выполнении аортокоронарного шунтирования с применением закрытого контура искусственного кровообращения. Однако результаты касательно таких маркеров выделительной функции почек как креатинин и мочевина не показали значительной разницы.

КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОПЕРАЦИОННОГО МИКРОСКОПА ПРИ ДИФфуЗНОМ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Акчури Р. С., Ширяев А. А., Васильев В. П.,
Галютдинов Д. М., Саличкин Д. В.

ФГБУ «Российский кардиологический
научно-производственный комплекс» МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Целью исследования являлась оценка эффективности операции коронарного шунтирования (КШ) у больных с диффузным поражением коронарного бассейна и редуцированным восприимчивым руслом.

Материал и методы:

В исследование вошли 180 пациентов, которым выполнено КШ в отделе ССХ РКНПК в 2014г. Первая (исследуемая) группа включала в себя 89 пациентов с диффузным коронароатеросклерозом. Вторую (контрольную) группу сформировали пациенты с проксимальными стенозами. Критерием диффузного характера поражения считалось наличие стеноза типа В или С (по критериям CASS) в проксимальном или среднем отделе коронарной артерии (КА) в сочетании с атеросклерозом различной степени тяжести дистальных сегментов артерии. Все операции выполнялись по идентичной методике, в условиях искусственного кровообращения с применением операционного микроскопа. При анализе результатов лечения проводилась оценка клинического статуса и состоятельность шунтов в ближайшем послеоперационном периоде и через 1 год после оперативного вмешательства. Прходимости шунтов оценивалась по данным коронарошунтографии (КШГ) и УЗДГ маммарно-коронарного шунта в случаях рецидива стенокардии.

Результаты:

При сравнении дооперационной клинко-функциональной характеристики больных, изучаемые группы оказались сопоставимыми, за исключением количества больных с недостаточностью кровообращения 3 функционального класса по NYHA, которых оказалось несколько больше в группе с диффузным коронароатеросклерозом (10% против 0%, $p<0,05$). Диффузное поражение КА определялось по данным коронароангиографии и интраоперационной ревизии. В ходе сравнения интраоперационных показателей, в группе с диффузным поражением коронарного бассейна чаще использовались Y-образные и секвенциальные конструкций, (27 против 12, $p<0,05$), также в данной группе чаще отмечалась потребность в инотропной поддержке в периоперационном периоде (17% против 8%, $p<0,05$). При анализе годовых результатов, статистически достоверной разницы по частоте рецидивов стенокардии и летальных исходов получено не было. Однако в группе с диффузным поражением коронарного русла отмечалось большее число повторных вмешательств (6% против 0%, $p<0,05$).

Заключение:

Полученные результаты свидетельствуют о возможности выполнения коронарного шунтирования при диффузном поражении КА с рисками, сопоставимыми с таковым при локальном поражении, что обуславливает целесообразность оперативного лечения пациентов с диффузным коронароатеросклерозом.

МЕХАНИЧЕСКИЙ МОСТ К ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА

Петрович Н. С., Шестакова Л. Г., Ярош Р. Г., Крачак Д. И., Бушкевич М. И., Ачинович А. С., Любимова О. В., Островский Ю. П.
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
«Кардиология», РБ

Введение (цели/ задачи):

Трансплантация сердца - наиболее эффективный метод лечения терминальной стадии хронической сердечной недостаточности (ХСН). У потенциальных реципиентов с нестабильной гемодинамикой, рефрактерной в течение 24-48 часов к максимальным дозам кардиотонических препаратов, полиорганной дисфункцией применяются устройства моно-, бивентрикулярного обхода желудочков, экстракорпоральная мембранная оксигенация или полное искусственное сердце. Цель: Анализ результатов и оценка эффективности методов временной механической поддержки (МП) кровообращения, используемых в качестве «моста» к трансплантации сердца или к постановке в лист ожидания в Республиканском научно-практическом центре «Кардиология».

Материал и методы:

В исследовании проведен ретроспективный одноцентровой анализ 11 пациентов в возрасте $40,9 \pm 19,9$ лет, которым в период 2009-2016гг. были имплантированы устройства временной МП кровообращения при декомпенсации ХСН. В 36,4% (n=4) случаев использовались системы поддержки желудочков сердца Centrimag Levitronix (2 обхода левого желудочка и 2 бивентрикулярных обхода). В 63,6% (n=7) случаев применялась периферическая экстракорпоральная мембранная оксигенация (Cardiohelp Maquet с оксигенатором HLS Advanced 7.0 и Sarns-Delphin с оксигенатором EOS ECMO Sorin) в сочетании со следующими методами инвазивной разгрузки левого желудочка (ЛЖ): атриосептотомия (n=6), дренирование ЛЖ (n=1) и внутриаортальная баллонная контрпульсация (n=1). Для предотвращения ишемии нижних конечностей у 4 пациентов проводилась селективная антеградная перфузия через интрадьюсер 8 Fr, установленный в поверхностную бедренную артерию. В 45,5% (n=5) в связи с выраженными метаболическими нарушениями и нарастанием признаков почечной недостаточности потребовалась заместительная почечная терапия. В 1 случае на фоне выраженной гипербилирубинемией и энцефалопатией потребовалось проведение заместительной печеночной терапии (альбуминовая сорбция).

Результаты:

За период 2009-2016 гг. в Республике Беларусь было выполнено 233 ортотопических трансплантации сердца. Из них 29 проведены после имплантации механических устройств (11 среднесрочных и 18 длительных). Основной патологией у 63,6% пациентов явилась ДКМП, у 36,4% - ИКМП. Показание для МП - декомпенсация ХСН, а именно: систолическое АД $88 \pm 19,5$ мм.рт.ст. на фоне кардиотонической поддержки (100%), СИ $2,12 \pm 7,6$ л/мин/м², ДЛА $53,4 \pm 9,9$ мм.рт.ст., ДЗЛА $23,7 \pm 7,6$ мм.рт.ст., индекс Вуда $4,6 \pm 1,8$, ФВлж $16,2 \pm 5,5\%$, ФВ

пж 29 ± 6 , УОлж $47,4 \pm 25,2$ мл, проBNP 9365 пг/мл, pH $7,29 \pm 0,1$, BE $-6,7 \pm 6,7$ ммоль/л, лактат $6,9 \pm 3,7$ ммоль/л, АСТ 532,8 Ед/л, АЛТ 825,1 Ед/л, ЛДГ 782,6 Ед/л, билирубин 77,83 мкмоль/л. С целью гипокоагуляции применялась инфузия нефракционированного гепарина, оптимальным считалось активированное время свертывания крови 180-200сек. Объемная скорость кровотока составила 80-100% от должного минутного объемного кровотока. Средняя продолжительность МП составила $16,2 \pm 7,2$ сут (20ч-26сут). 9 из 11 пациентов успешно отключили от кардиотонической поддержки. В 100% отмечалась выраженная положительная динамика биохимических показателей и снижение лактата в 5,4 раза. При контрольной трансторакальной ЭхоКГ выявлено уменьшение объемных характеристик ЛЖ: КДИ с $157,3 \pm 53,5$ мл/м² до $123,9 \pm 31,7$ мл/м² (19,7%), КСИ с $130,4 \pm 43,5$ мл/м² до $100 \pm 29,2$ мл/м² (20,8%), увеличение ФВлж на 14,5%, ФВпж на 23,2%, СИ на 43,6%. Двое пациентов (18,2%) погибли на фоне осложнений (периоперационный инфаркт миокарда, массивное кровотечение, полиорганная недостаточность, ДВС-синдром, сепсис), один (9,1%) пациент переведен на длительный обход левого желудочка. В 8 случаях выполнена пересадка сердца. Госпитальная выживаемость составила 72,7%.

Заключение:

Временная механическая поддержка кровообращения является высокоэффективным методом хирургического лечения терминальной стадии ХСН. Применяемые методы обеспечивают сохранение жизнеспособности организма в целом, способствуют уменьшению объемных показателей левого желудочка, нормализации метаболизма и биохимических показателей, предотвращают нарушение функциональной деятельности других органов и улучшают общее клиническое состояние, что дает возможность потенциальному реципиенту качественно подготовиться к следующему этапу хирургического лечения - ортотопической трансплантации.

МИНИИНВАЗИВНЫЙ ДОСТУП В ХИРУРГИИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Кадыралиев Б. К.¹, Марченко А. В.¹,
Кадыралиев К. К.², Чрагян В. А.¹

¹ФГБУ «ФЦССХ им. С.Г. Суханова» МЗ РФ, г. Пермь,

² «Высокогорный региональный-кардиологический центр им. М.М. Миррахимова» Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, г. Нарын

Введение (цели/ задачи):

Оценить ближайшие результаты миниинвазивного протезирования митрального клапана.

Материал и методы:

С февраля 2015 года по февраль 2016 года в ФЦССХ им. С.Г. Суханова (г.Пермь) было выполнено 56 операций на митральном клапане с использованием миниторакоскопической техники. Среди оперированных 36 мужчин и 20 женщин. Средний возраст пациентов составил $52,0 \pm 12,1$ лет, средний индекс массы тела $- 20,5 \pm 7,7$. Средняя ФВ ЛЖ $- 49,6 \pm 8,5\%$. Большинство больных исходно находились во II (42%) и III (53%) ФК сердечной недостаточности по NYHA. По причине этиологии порока 1/2 больных имели ревматический генез порока сердца и более 1/3 пациентов - проявления синдрома соединительнотканной дисплазии, инфекционный эндокардит с поражением МК встретился в 7% случаев. По характеру поражения МК преобладала недостаточность (62,8%), стеноз МК выявлен в 11,5% случаев, сочетанный порок МК - в 25,7% случаев. Во всех случаях интраоперационно

выполнялась ЧПЭхоКГ. Доступ к сердцу осуществлялся из правосторонней боковой миниторакотомии в IV межреберье. Средняя длина кожного составила $5,3 \pm 2,7$ см. Через отдельные проколы (2) вводились видеокамера и зажим Chitwood для пережатия аорты. Использовался специальный набор для миниинвазивной хирургии "Valve XS" фирмы "Aescular". Операции выполнялись в условиях ИК с нормотермической перфузией и тепловой кровяной кардиopleгией или раствором «Кустодиол». Подключение АИК выполнялось через бедренные сосуды. Виды оперативного вмешательства на МК: реконструкция МК - 38, протезирование МК - 18, Среднее время ИК составило $91,4 \pm 42,1$ минут, среднее время окклюзии аорты — $59,9 \pm 28,7$ минут.

Результаты:

В целом неосложненный послеоперационный период наблюдался у 89,8% больных. Госпитальная летальность составила 2,4%. Причинами летального исхода в трех случаях острая сердечная недостаточность, в 1 случае – полиорганная недостаточность.

Заключение:

Операции на митральном клапане из миниторакотомного доступа обеспечивают хорошую визуализацию и позволяют выполнить широкий спектр манипуляций на митральном клапане с хорошими непосредственными результатами. Данные операции являются перспективными и могут выполняться с высокой долей эффективности и надежности.

НАШ ОПЫТ ПО СТЕНТИРОВАНИЮ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМНЫМИ СТЕНОЗАМИ

Юлдашев Н. П., Каримов Б. Х., Тоирова А. Д., Атамуродов Б. Р.

АО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ»

Введение (цели/ задачи):

Оценить непосредственные результаты, безопасность и возможность стентирования сонных артерий у пациентов с симптомными стенозами.

Материал и методы:

С июля 2012 по февраль 2017 года в отделении рентгеноэндоваскулярной хирургии АО «РСЦК» были выполнены эндоваскулярные вмешательства на внутренних сонных артериях у 20 пациентов (из них 17 (85%) были мужчины). Возраст пациентов составил от 47 до 77 (ср.возраст= $61,3 \pm 7,7$) лет. Все поражения имели атеросклеротический генез. Асимптомных пациентов не было, больных с сопутствующей ИБС было 13 (65%) человек, с сахарным диабетом 2 типа - 3 (15%). Одному (5%) больному с сопутствующей ИБС было выполнено одномоментное стентирование на коронарных и сонных артериях. Основные методы выявления значимого стенозирования сонных артерий включали ультразвуковое доплеровское исследование и селективную ангиографию. Для исследования зоны поражения каротидных артерий использовалась контрастная КТ-ангиография, которая была проведена у 5 (25%) пациентов. Доступ осуществлялся в 18 (90%) случаях через бедренную артерию, в 2 (10%) – через плечевую артерию. Во всех случаях использовались нитиноловые самораскрывающиеся стенты («Acculink» Abbott Vascular, «Prot©g© Rx» EV3) и различные устройства защиты от дистальной эмболизации («Filterwire» Boston Scientific, «Spider FX» EV3).

Результаты:

У всех 20 (100%) пациентов был достигнут ангиографический успех. Осложнений в виде острого инфаркта миокарда, инсульта и летальных исходов не было. У 1 (5%) больного после

успешного стентирования стенозированной ВСА, через 1 месяц было выполнено стентирование контрлатеральной ВСА; 2 (10%) пациентам выполнено стентирование контрлатеральных ВСА в течение последующих 3 месяцев.

Заключение:

На наш взгляд, эндоваскулярные вмешательства при симптомных стенозах ВСА имеют успешные перспективы, поскольку являются безопасными и могут рассматриваться в качестве средств профилактики ишемического инсульта у данной категории больных.

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ТРАНСКАТЕТЕРНОГО ЗАКРЫТИЯ УШКА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНОГО С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НЕКЛАПАННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Юлдашев Н. П., Каримов Б. Х., Юлдашев Б. А., Хайитметова М. Х.

АО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ»

Введение (цели/ задачи):

Поделиться первым опытом транскатетерного закрытия ушка левого предсердия (УЛП) у больного с фибрилляцией предсердий (ФП) неклапанной этиологии.

Материал и методы:

У 59-летнего пациента с ФП и артериальной гипертонией через 4 года после начала антикоагулянтной терапии развилось тяжелое желудочно-кишечное кровотечение. Варфарин был отменен и вместо него назначен аспирин. Два года спустя у пациента случился инсульт с левосторонним гемипарезом и афазией.

Результаты:

Перед проведением катетерной окклюзии УЛП пациент прошел общее и неврологическое обследование; были выполнены рутинные анализы крови; ЭКГ; рентгенография органов грудной клетки. Трансторакальная и чрезпищеводная эхокардиография позволили получить важную информацию о морфологии УЛП, а также установили отсутствие противопоказаний (наличие тромбов в левом желудочке (ЛЖ) или УЛП) для использования системы «CARDIA». Вмешательство было выполнено под местной анестезией. Доступом из бедренной вены произведена пункция межпредсердной перегородки под контролем чрезпищеводной эхокардиографии. Трансептальный интродьюсер проведен в левое предсердие. Чтобы угол для доставки устройства был оптимальным, перегородку лучше всего пунктировать как можно ниже. Во время процедуры вводился гепарин в дозе, обеспечивающей поддержание активированного времени свертывания более 250 секунд. Затем с помощью жесткого проводника трансептальный интродьюсер заменен на специально сконструированный 12 F трансептальный интродьюсер. После проведения кончика интродьюсера в УЛП проведена ангиография УЛП, что позволило получить точную информацию о диаметре основания, а также длине УЛП. Основываясь на этих данных, было выбрано подходящее устройство. Обычно оно должно быть на 20-40% больше, чем диаметр основания УЛП. После проведения обтуратора в УЛП устройство было установлено в основании ушка. Для подтверждения хорошей герметизации ушка выполнена ангиография с введением контрастного вещества проксимальнее и дистальнее устройства, а также чрезпищеводная эхокардиография. После этого система доставки и трансептальный интродьюсер извлечены из левого предсердия. Пациенту назначен аспирин в дозе 300 мг в день постоянно и клопидогрель 75 мг в день в течение 6 месяцев, а

также даны рекомендации по предотвращению и профилактике подострого инфекционного эндокардита.

Заключение:

Данный опыт транскатетерной окклюзии ушка левого предсердия обнадеживает дальнейшие результаты и может стать альтернативой для пациентов с фибрилляцией предсердий, которым противопоказана или у которых имеется непереносимость терапии варфарином. Представленный случай свидетельствует о высокой эффективности и безопасности процедуры чрескожного закрытия ушка левого предсердия.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОТСРОЧЕННЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Чевгун С. Д., Данияров Б. С., Абдылдаев И. З.

Научно-исследовательский институт хирургии сердца и трансплантации органов, г. Бишкек, Кыргызстан

Введение (цели/ задачи):

Чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) давно стали эффективным инструментом в лечении острых коронарных синдромов (ОКС), и своевременность вмешательств у таких пациентов имеет большое значение. Однако, в связи с социально-экономическими трудностями, не всегда возможно проведение адекватного лечения данного острого состояния, в соответствии с установленными международными критериями и стандартами, что дает повод исследовать результаты выработанного практической деятельностью подхода к тактике «вынужденно» отсроченных ЧКВ у больных с ОКС. Цель исследования состояла в оценке непосредственных результатов отсроченного ЧКВ у пациентов с ОКС.

Материал и методы:

В исследование были включены пациенты с ОКС, поступившие для прохождения коронароангиографии (КАГ) с возможным стентированием коронарных артерий (КА) («острая» группа ЧКВ, 42 пациента), пациенты, получавшие медикаментозную терапию по поводу ОКС в госпитале без возможности ЧКВ (50 пациентов) и медикаментозно стабилизированные пациенты после ОКС, которые поступили для КАГ и стентирования КА. (В среднем, через 30 дней после ОКС, 49 пациентов). Группы не отличались базовыми демографическими и клиническими характеристиками. Были оценены стандартные клинические, электрокардиографические (ЭКГ) и эхокардиографические (ЭХОкг) данные.

Результаты:

В группах ЧКВ ангиографический успех был достигнут в 100% случаев. Среднее время от появления симптомов до ЧКВ в «острой» группе составляло 89,4 часов. В «острой» группе смертность составила 3 пациента (7,1%), а в группе медикаментозной терапии смертность составила 18% (p < 0,05). Среди умерших, в «острой» группе два пациента имели кардиальные причины, и в момент прибытия у них наблюдалась симптоматика кардиогенного шока, один пациент умер от осложнений, вызванных большим кровотечением. Положительная динамика возвращения сегмента ST на ЭКГ и показателей ЭХОкг была более выражена в «острой» группе ЧКВ.

Заключение:

Несмотря на задержку во времени, ЧКВ при ОКС является более эффективным методом восстановления функции миокарда даже по сравнению с пациентами, которые получали ранний тромболитис.

ОБОСНОВАНИЕ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ «СЛОЖНЫХ» ПОРАЖЕНИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Голощапов-Аксенов Р. С.^{1,2}, Шугушев З. Х.², Максимкин Д. А.², Лакунин К. Ю.¹

¹ ГАУЗ МО «ЦГКБ г. Ревтов»,

² ФПКМР Российского университета дружбы народов

Введение (цели/ задачи):

Ежедневно рентгенэндоваскулярные специалисты после выполнения коронарографии сталкиваются со «сложными» поражениями коронарных артерий. От принятия коллегиального решения зависит выбор способ реваскуляризации – рентгенэндоваскулярного или хирургического, от чего зависят результаты лечения и качество жизни больных. Цель: обосновать применение рентгенэндоваскулярных технологий в лечении «сложных» поражений коронарных артерий.

Материал и методы:

Определение «сложные поражения коронарных артерий» (СПКА) было сформулировано в результате анализа литературных данных и личного 15-летнего опыта проведения чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) в 9 медицинских организациях около 5000 больным стабильной ишемической болезнью сердца и острым коронарным синдромом, из которых 75% составили пациенты со «сложными» поражениями коронарных артерий. В эту группу вошли пациенты с множественным/многососудистым атеросклеротическим поражением коронарных артерий (КА), поражением ствола левой КА, с извитыми КА, острым коронарным синдромом (ОКС), хроническими окклюзиями КА, с интраоперационными осложнениями и больные после аорто/маммарокоронарного шунтирования. Применённые технологии, описанные в литературе и инженерные новаторские решения для успешного завершения ЧКВ у больных со «сложными» поражениями коронарных артерий позволили оценить целесообразность, эффективность и безопасность рентгенэндоваскулярного метода лечения в нестандартных ситуациях и при развитии осложнений и относительно обосновать приоритет выполнения малоинвазивной операции в условиях местной анестезии. Оценку результатов проводили в ближайшие сроки после ЧКВ по ангиографической и клинической эффективности.

Результаты:

Сформулированное нами определение «СПКА» - анатомические особенности коронарных артерий и патофизиологические процессы в организме, которые вызвали затруднения в принятии решения по тактике или непосредственно во время выполнения чрескожного коронарного вмешательства, а также привели к развитию осложнений. Анализ результатов лечения больных с «СПКА» показал высокую эффективность рентгенэндоваскулярного метода, новых инструментов и применяемых инженерных решений для успешного завершения операции или борьбы с осложнениями. Частота успешного завершения ЧКВ составила в группе больных со стабильной стенокардией напряжения 99,9%, в группе больных с ОКС – 98,8%, в группе больных с развившимися осложнениями – 99,1%.

Заключение:

Выделение в отдельную группу больных ишемической болезнью сердца пациентов со «СПКА» имеет важное значение для определения тактики лечения, выбора инструментария для успешного завершения операции и эффективной борьбы с осложнениями, возникшими во время ЧКВ. Высокая частота положительных исходов ЧКВ у больных со «СПКА» свидетельствует о безопасности метода и обоснованно может быть рекомендована для применения.

ОПЫТ УСПЕШНОЙ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ЭНДОПРОТЕЗОВ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ АОРТЫ

Кадыралиев Б. К., Туйгильдин А. К.

ФГБУ ФЦ ССХ г. Пермь имени профессора Суханова С.Г.

Введение (цели/ задачи):

Целью нашего исследования являлось поделиться опытом успешного транскатетерного протезирования аневризм разных отделов аорты.

Материал и методы:

За период с мая 2014 по апрель 2017г. в ФЦССХ г. Пермь было произведено 20 процедур эндоваскулярной имплантации стент-графта: 15 бифуркационных, 2 тубулярный в инфраренальный отдел, 3 в нисходящий отдел грудной аорты. 5 пациентов были мужского пола. Средний возраст $64,8(\pm 1,8-6,1)$. Размеры аневризм находились в пределах (4,1-8,6см.). У всех пациентов имелась сопутствующая патология, ассоциированная с высоким риском хирургического вмешательства. Трое больных ранее перенесли АКШ.

Результаты:

Первичный технический успех процедуры отмечен у 100% больных. Периоперационная летальность составила 0%. Средний койка день $12,3(\pm 5,3-6,7)$. Средний день в реанимации составил $2,2(\pm 1,2-1,8)$. Всем больным через три месяца после эндопротезирования выполнена контрольная КТ. Отмечена тенденция к уменьшению размера аневризм.

Заключение:

Таким образом, нами получен хороший непосредственный и ранний отдаленный результат. Считаем, что эндопротезирование аневризм аорты с использованием эндоваскулярных протезов является прецизионным, адекватным методом лечения аневризм различных отделов аорты. Наиболее часто используемый эндопротез бифуркационного типа.

ОРТОТОПИЧЕСКАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ СЕРДЦА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Островский Ю. П., Валентюкевич А. В., Рачок Л. В.,

Гребенюк И. А., Колядко М. Г., Курлянская Е. К.,

Черноокий О. Г., Шестакова Л. Г., Крачак Д. И.

РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Золотым стандартом лечения пациентов в терминальной стадии развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) в Республике Беларусь (РБ), как и во всём Мире, является трансплантация сердца (ТС). Данный метод лечения представляет собой высшую ступень в ряду методов лечения, которые медицина на сегодняшний день может предложить данной категории больных. На современном этапе развития и совершенствования хирургических и фармацевтических технологий, трансплантация сердца не только продлевает жизнь больным, но и существенно улучшает ее качество. По данным 23-го регистра международного общества трансплантации сердца и легких, однолетняя выживаемость пациентов после трансплантации составляет 80%, одиннадцатилетний рубеж пересекают 50% реципиентов. Оценка качества жизни реципиентов после операции по шкале HRQOL показала, что оно максимально приближено к качеству жизни здорового человека. Значительно возрастает толерантность к физической нагрузке, по сравнению с дооперационным периодом, что позволяет реципиентам придерживаться полноценного активного образа жизни.

Материал и методы:

В период с 11 февраля 2009 года по 1 октября 2017г трансплантация сердца была выполнена 261 реципиенту. В когорте прооперированных больных пациенты с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) составили подавляющее большинство (78,6%). Пациенты с ишемической кардиомиопатией составили 15,7%, с хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС) – 2,9%, 1 пациент с врожденным пороком сердца (ВПС) и 1 с опухолью сердца, что составило по 1,4% соответственно. Пациенты в терминальной стадии ХСН, резистентные к проводимой медикаментозной терапии и не подлежащие альтернативным хирургическим методам лечения, независимо от этиологии первичного заболевания, рассматриваются как потенциальные кандидаты для внесения в лист ожидания трансплантации сердца. В настоящее время в республиканском листе ожидания трансплантации сердца состоит 46 человек, средний возраст которых составил $38,2\pm 12,4$ года. Преобладают пациенты с клиническим диагнозом ДКМП мужского пола. За период наблюдения смертность пациентов, состоящих в листе ожидания трансплантации сердца составила 34,2% в год. Основным фактором, определяющим показания к ТС, является прогноз однолетней выживаемости без трансплантации < 50%. Ключевыми критериями такого прогноза являются фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) < 20%, уровень натрия сыворотки крови < 135 мэкв/л, давление заклинивания в легочной артерии > 25 мм рт.ст, уровень норадреналина в плазме > 600 пкг/мл, максимальное потребление кислорода < 10 мл/кг/мин., кардиоторакальный индекс > 0,6 на фоне максимальной медикаментозной поддержки. С целью продления времени ожидания донорского органа 36 пациентам по показаниям выполнены паллиативные операции (аннулопластика на опорных кольцах или протезирование атриовентрикулярных клапанов с сохранением подклапанных структур), которые являются так называемым «хирургическим мостом» к последующей ТС. Пациентам с ИКМП аннулопластика была дополнялась коронарным шунтированием (КШ). Показанием к КШ послужило наличие критических стенозов в системе коронарных артерий и наличие не менее 50 % жизнеспособного миокарда с накоплением радиофармпрепарата (РФП) > 50 % и прирост накопления РФП после стресс-добутаминальной пробы не менее чем на 10 % при проведении сцинтиграфии миокарда. Средняя продолжительность «хирургического моста» составила $826,4 \pm 143,7$ дней. Одним из немногих абсолютных противопоказаний к трансплантации сердца является наличие высокого легочного сосудистого сопротивления более 5 единиц по Вуду или транспульмонального градиента более 15 мм ртутного столба без реакции на вазодилататоры. Сохраняющееся постоянно высокое давление в легочной артерии является прогностическим показателем фатальной правожелудочковой недостаточности в раннем послеоперационном периоде. В качестве «механического» моста к трансплантации сердца таким пациентами выполнена имплантация различных систем механической поддержки кровообращения (LVASD, BiVAD, ЭКМО), что позволило снизить степень легочного сопротивления а также стабилизировать функции жизненно важных органов, тем самым подготовить пациента к дальнейшей трансплантации сердца. Необходимо учитывать тот факт, что применение «механического» моста сопряжено с развитием таких грозных осложнений как кровотечение, инфекция и тромбоэмболия, однако многим потенциальным реципиентам данный метод позволил дожидаться оптимального донорского сердца. 11 пациентам вторым этапом была успешно выполнена ОТС. На дотрансплантационном этапе пациенты получают базисную терапию ХСН, включающую ингибиторы АПФ, β -блока-

торы и мочегонные средства. В качестве «фармакологического» моста к ТС на критических этапах течения терминальной ХСН применяется инотропная поддержка (допамин, добутамин, коротроп, левосимендан). Специфика терапии пациентов, перенесших ОТС, заключается в применении иммуносупрессивных препаратов. Целью современной схемы иммуносупрессии является селективная модуляция иммунного ответа реципиента для предотвращения реакции отторжения при сохранении противoinфекционного и противоопухолевого иммунитета с максимально возможным ограничением токсического воздействия иммуносупрессивных препаратов на органы-мишени. Иммуносупрессия после трансплантации состоит из двух фаз: ранней индукции и долговременной поддержки. В фазу ранней индукции активность иммуносупрессивной нагрузки максимальна, так как частота реакций отторжения аллотрансплантата является самой интенсивной в раннем послеоперационном периоде. В РНПЦ «Кардиология» используется иммуносупрессивный режим, включающий терапию тремя препаратами: такролимус (програф), стероиды и микофенолат мофетил (селлсепт). Анти-тимоцитарный глобулин (АТG) применяется как часть протокола фазы индукции. Применение его в раннем послеоперационном периоде позволяет уменьшить гормональную терапию и отсрочить использование такролимуса при риске развития почечной недостаточности. Применение комбинированной иммуносупрессивной терапии позволяет минимизировать дозы отдельных препаратов для ограничения их токсического воздействия. Несмотря на адекватную иммуносупрессию бичом раннего послеоперационного периода остаётся острая реакция отторжения трансплантата. Максимальный риск развития отторжения приходится на первые 3 месяца после трансплантации, на этот период приходится 80% эпизодов острых реакций отторжения. В большинстве случаев она обусловлена проявлением клеточного иммунитета, гуморальные реакции отторжения случаются значительно реже. Основными факторами риска развития отторжения являются женский пол, наличие высокого титра HLA, а также использование аллотрансплантатов от молодых доноров и женщин. Эндомиокардиальная биопсия правого желудочка остаётся «золотым» стандартом диагностики острого отторжения. Плотность и распространённость лимфоцитарной инфильтрации, а также наличие некроза кардиомиоцитов в биоптате определяют степень выраженности клеточной реакции отторжения. Несмотря на то, что 80–96% острых реакций могут быть подавлены применением кортикостероидов, отторжение все еще является одним из основных жизнеугрожающих осложнений после трансплантации сердца. В когорте прооперированных в РНПЦ «Кардиология» пациентов у 23 в послеоперационном периоде имели место клеточные реакции отторжения трансплантата, лишь в 2 случаях реакция отторжения трансплантата привела к летальному исходу, причиной послужила самовольная отмена иммуносупрессивных препаратов пациентом. Подавление защитных механизмов реципиента вследствие хронической иммуносупрессии обуславливает наличие предрасположенности к развитию инфекционных осложнений. Инфекция безусловно стоит в ряду основных причин смертности после пересадки сердца. Наиболее опасным периодом развития инфекционных осложнений считаются первые 3 месяца после трансплантации, а также острые кризы отторжения, когда иммуносупрессивная терапия наиболее интенсивна. В когорте прооперированных нами больных в раннем послеоперационном периоде трое пациентов умерло от инфекционных осложнений. В двух случаях причиной смерти послужил вирус свиного гриппа H1N1, в одном – грибковая инфекция (аспергиллёз).

Результаты:

Госпитальная летальность составила 8,6%. Летальность в группе пациентов, которым трансплантация была выполнена трансплантация через «механический» мост составила 0%.1, 3-х и 5-летняя выживаемость составила 89,6%, 83,3%, 79,4% соответственно.

Заключение:

Важно понимать, что трансплантация сердца ассоциирована со значительным риском интра- и постоперационной летальности, что обусловлено исходной тяжестью состояния данных пациентов, спецификой медикаментозной терапии после ОТС, связанные с токсическим воздействием на органы-мишени, высокий риск развития инфекционных осложнений в послеоперационном периоде

ПРИМЕНЕНИЕ РЕТРОГРАДНОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ПРИ ОККЛЮЗИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИИ В УСЛОВИХ Г. ТАШКЕНТА

Юлдашев Н. П., Атамуродов Б. Р., Эшпулатов А. С., Утениязова Х. К.

АО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ»

Введение (цели/ задачи):

Оценить эффективность применения ретроградной реканализации при окклюзии коронарных артерий (КА), определить оптимальный инструментарий, показания и противопоказания к проведению ретроградной реканализации при окклюзии КА (РРОКА).

Материал и методы:

В период с 2015 по 2016гг в условиях отд. рентгенэндоваскулярной хирургии АО «РСЦК» методика РРОКА была применена у 18 пациентов, у которых ранее было место неудачная антеградная реканализация окклюзий КА. Средний возраст пациентов составил 54,0±7,2 лет. Для реканализации применяли микрокатетеры Finecross или corsair. Баллонные катетеры Maverick 1.5 мм, Mini Trek 1,2-1,5 мм, Rujin 1.25-1.5 мм. Средняя продолжительность процедуры составила 63,6±3,5 мин (34-114 мин). Радиационная нагрузка 240,4±43,3 Grey / cm² (67,7-704,7).

Результаты:

У всех больных отмечалась стенокардия напряжения II-III функционального класса. У 10 пациентов окклюзия сочеталась со стенотическими поражениями других магистральных артерий и только у 8 были однососудистые поражение коронарного русла. Локализация окклюзий была представлена: передней нисходящей артерией (ПНА) и правой коронарной артерией (ПКА). Фракция выброса > 50% наблюдалась у 16 пациентов, в пределах от 40 до 50% - у 2 пациентов. В 8 случаях РРОКА была выполнена по ПКА, в 10 – по ПНА, при этом во всех случаях для РРОКА использовались септальные ветви ПНА – как коллатеральные пути. Реканализацию ПНА в 8 случаях проводили через септальные ветви задней межжелудочковой артерии (ЗМЖА) ПКА, а еще в 2 случаях через концевые верхушечные разветвления того же сосуда. Во всех случаях РРОКА была выполнена правосторонним лучевым доступом с визуализацией коллатеральных путей через контралатеральную радиальную артерию. Для прохождения коллатерали использовали проводники типа Fielder XT-A, Fielder XT-R, Whisper. Успех процедуры был достигнут в 17 из 18 случаев (94,4%). В одном случае развилась перфорация септальной коллатеральной ветви с экс-

травмацией контрастного вещества в межжелудочковую перегородку без отрицательных клинических и ангиографических последствий, еще в одном случае не удалось провести микрокатетер через септальную коллатеральную ветвь. Клинический успех отметили у 17 пациентов, выразившийся в улучшении функционального класса стенокардии на две ступени и более. Большие кардиальные осложнения не наблюдались. Летального исхода не было. Во всех случаях использовались стенты с лекарственным покрытием. Осложнений со стороны артерий доступа также не наблюдали.

Заключение:

Наш опыт применения РРОКА дает основание для дальнейшего применения метода. Наиболее важными факторами для реканализации хронических окклюзий коронарных артерий являются наличие специального инструментария, а также соответствующего опыта катетеризационной лаборатории и интервенционных кардиологов. Методика РРОКА является эффективной процедурой при эндоваскулярном лечении окклюзии КА и еще одним методом, расширяющим возможности интервенционной кардиологии.

**ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ МЕМБРАНОЙ
ОКСИГЕНАЦИИ ПРИ ДИСФУНКЦИИ СЕРДЕЧНОГО
ТРАНСПЛАНТАТА**

Петрович Н. С., Шестакова Л. Г.,

Ярош Р. Г., Островский Ю. П.

Республиканский научно-практический центр Кардиология,
Минск

Введение (цели/ задачи):

Дисфункция сердечного трансплантата (ДСТ) - основной фактор риска летального исхода в первые 30 дней послеоперационного периода, требующий применения различных методов вспомогательного кровообращения. Выбор специфического лечения и наиболее подходящего метода механической поддержки остается важным и спорным вопросом. Несмотря на высокий риск развития осложнений, при своевременном применении вено-артериальной экстракорпоральной мембранной оксигенации (В-А ЭКМО) остается эффективным способом поддержки жизнедеятельности организма и адекватной системной гемодинамики. Цель: Проанализировать результаты и оценить эффективность применения В-А ЭКМО при развитии ДСТ.

Материал и методы:

В исследовании проведен ретроспективный одноцентровой анализ 14 реципиентов сердца в возрасте $48,46 \pm 12,18$ лет, которым была имплантирована система В-А ЭКМО в связи с развившейся после пересадки ДСТ. В 35,7% (n=5) подключение ЭКМО проводилось на фоне отсутствия значимого эффекта внутриаортальной баллонной контрпульсации. Периферическая методика канюляции пункционным (чрезкожным) либо хирургическим (открытым) способом применялась в 78,6%, в трех наблюдениях - центральная. Для предотвращения ишемии нижних конечностей в 21,4% проводилась дистальная селективная антеградная перфузия через интродьюсер 7-8Fr, установленный в поверхностную бедренную артерию. В 21,4% в связи с выраженными метаболическими нарушениями и нарастанием признаков почечной недостаточности потребовалась заместительная почечная терапия.

Результаты:

В Республике Беларусь за период с 2009 по март 2017 гг. было

проведено 249 трансплантаций сердца. Дисфункция трансплантата развилась у 5,6% реципиентов сердца. В 71,4% (n=10) наблюдалась первичная дисфункция трансплантата, в 28,6% (n=4) - вторичная. Показания для подключения В-А ЭКМО: ФВлж $46,78 \pm 11,87\%$, ФВпж $37,38 \pm 10,81\%$, СИ $1,58 \pm 0,16$ мл/мим/м², ЦВД $11 \pm 5,94$ мм. рт. ст., ДЗЛА $11,5 \pm 6,24$ мм. рт. ст. Средняя продолжительность ЭКМО составила $5,06 \pm 3,8$ суток (6ч- 9,2 сут). В 50% случаев удалось успешно отключить пациентов от ЭКМО. Одному пациенту была выполнена ретрансплантация сердца. Госпитальная выживаемость 42,86%. Ведущими причинами летальных исходов явились сепсис, полиорганная недостаточность и ДВС-синдром. Однолетняя выживаемость составила 100%.

Заключение:

В-А ЭКМО является эффективным методом восстановления функции сердечного трансплантата, позволяющий поддержать системную гемодинамику, предупредить развитие необратимых органных изменений и подготовить реципиента к ретрансплантации в случае ее необходимости.

**РАННЕЕ УДАЛЕНИЕ КОМПРЕССИОННОЙ ПОВЯЗКИ ПОСЛЕ
КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ РАДИАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ**

Огнерубов Д. В., Проваторов С. И., Меркулов Е. В.,

Самко А. Н., Терещенко А. С.

ФГБУ РКНПК Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Сопоставить частоту развития окклюзии лучевой артерии после диагностической коронароангиографии (КАГ), выполненной радиальным доступом, при раннем снятии компрессионной повязки (через 4 часа) и традиционном (через 24 часа).

Материал и методы:

349 пациентов, в возрасте $62 \pm 8,1$ лет (62,8% мужчин), которым была выполнена КАГ трансрадиальным доступом, проспективно включены в исследование и разделены на две группы. Пациенты, получавшие дополнительно антикоагулянты не включались. В группе 1 (171 пациент) компрессионная повязка с места пункции удалялась через 24 часа после процедуры. В группе 2 (178 пациентов) повязку удаляли через 3,5-4,5 часа, с последующим контролем проходимости лучевой артерии обратным Barbaeu's тестом с пульсоксиметром. Проходимость артерии определялась через 24 часа, с помощью обратного Barbaeu's теста. При отрицательном результате пациенту проводилось УЗИ артерий предплечья для подтверждения окклюзии артерии.

Результаты:

В группе 2, случаев окклюзии (ЛА) отмечено не было. В группе 1 окклюзия лучевой артерии отмечалась у 15 пациентов (8,8%) (p<0,05). Частота развития гематомы в области пункции размером более 5 см у пациентов группы 2 была ниже чем в группе 1 более чем в 2 раза, 5 (2,8%) и 10 (5,8%) соответственно, однако данный показатель не достиг статистической значимости. У пациентов группы 1 был отмечен 1 (0,6%) случай кровотечения после снятия компрессионной повязки, потребовавший повторного наложения повязки, во второй группе таких осложнений зарегистрировано не было, (p>0,05).

Заключение:

Раннее снятие компрессионной повязки снижает вероятность окклюзии лучевой артерии после КАГ радиальным доступом и не связано с повышением вероятности кровотечения из области пункции либо возникновения гематомы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСКАТЕТЕРНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ АНЕВРИЗМ РАЗНЫХ ОТДЕЛОВ АОРТЫ

Кадыралиев Б. К.¹, Синельников Ю. С.¹,
Марченко А. В.¹, Кадыралиев К. К.², Чрагян В. А.¹

¹ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЦЕНТР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ ИМЕНИ
С.Г. СУХАНОВА» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, г. ПЕРМЬ,

² «ВЫСОКОГОРНЫЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ИМ. М.М. МИРРАХИМОВА» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ, г. НАРЫН

Введение (цели/ задачи):

Современные исследования показывают, что аневризмы аорты в популяции встречаются от 4,1-14,2% у мужчин и от 0,4-6,2% среди женщин. По данным отечественных исследователей на 100тыс. населения РФ аневризмы брюшного отдела аорты выявляются в 10-40 случаев, а грудного отдела в 8-12. Поскольку реконструктивные операции при аневризмах аорты до настоящего времени сопровождаются высоким числом осложнений и летальных исходов, особенно у больных с высоким операционным риском возникновение концепции миниинвазивных технологий абсолютно оправдано. Целью нашего исследования являлось поделить опытом успешного транскатетерного протезирования аневризм разных отделов аорты.

Материал и методы:

За период с мая 2015 по октябрь 2016г. в ФЦССХ г. Пермь было произведено 6 процедур эндоваскулярной имплантации стент-графта: 3 бифуркационных, 1 тубулярный в инфраренальный отдел, 2 в нисходящий отдел грудной аорты. 5 пациентов были мужского пола. Средний возраст 64,8(±1,8-6,1). Размеры аневризм находились в пределах (4,1-7,7см.). У всех пациентов имелась сопутствующая патология, ассоциированная с высоким риском хирургического вмешательства. Трое больных ранее перенесли АКШ.

Результаты:

Первичный технический успех процедуры отмечен у 100% больных. Периоперационная летальность составила 0%. Средний койка день 12,3(±5,3-6,7). Средний день в реанимации составил 2,2(±1,2-1,8). Всем больным через три месяца после эндопротезирования выполнена контрольная КТ. Отмечена тенденция к уменьшению размера аневризм.

Заключение:

Таким образом, нами получен хороший непосредственный и ранний отдаленный результат. Считаем, что эндопротезирование аневризм аорты с использованием эндоваскулярных протезов является прецизионным, адекватным методом лечения аневризм различных отделов аорты.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПРОТЕЗА АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКИМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

Кадыралиев Б. К.¹, Синельников Ю. С.¹, Марченко А. В.¹,
Кадыралиев К. К.², Чрагян В. А.¹

¹ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЦЕНТР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ
ИМЕНИ С.Г. СУХАНОВА» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, г. ПЕРМЬ),

² «ВЫСОКОГОРНЫЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ИМ. М.М. МИРРАХИМОВА» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ, г. НАРЫН

Введение (цели/ задачи):

Кальцинированный аортальный порок является распространенным заболеванием сердечно-сосудистой системы. Эндоваскулярное протезирование аортального клапана – единственный эффективный метод лечения у пациентов с высоким риском открытого хирургического вмешательства. ЦЕЛЬЮ нашего исследования явилось поделить опытом успешного транскатетерного протезирования аортального клапана.

Материал и методы:

За период с июня 2015г. по август 2017г. в нашем центре было проведено 20 процедуры транскатетерной имплантации аортального клапана MedtronicCoreValve. Все пациенты являлись мужчинами. Средний возраст составил 72 года (от 60 до 79 лет). Фракция выброса левого желудочка составила в среднем 34% (от 21% до 43%). У всех пациентов имелась сопутствующая патология, ассоциированная с высоким риском хирургического вмешательства: выраженная ХОБЛ, легочная гипертензия, мультифокальный атеросклероз, онкологическое заболевание. Всем больным был имплантирован биологический клапан MedtronicCoreValve. У 18 больных процедура была выполнена через трансфеморальный доступ, у 2 пациента в связи с невозможностью применения трансфеморального доступа (окклюзия НПА, БА справа, выраженные стенозы НПА, БА слева) процедура была выполнена трансаортальным доступом через мини-стернотомию.

Результаты:

Во всех случаях был достигнут положительный результат. Пиковый градиент до операции составлял 75-130 мм рт. ст., после операции составил в среднем 18,6 мм рт. ст. (от 12 до 31 мм рт. ст.). Интраоперационная и госпитальная летальность составила 0%. Дальнейшее наблюдение по данным ЭХО-КГ не выявило отрицательной динамики. Субъективно все пациенты отмечали улучшение самочувствия уже на 3-и сутки после операции.

Заключение:

Транскатетерная имплантация протеза аортального клапана у больных с критическим дегенеративным стенозом аортального клапана может быть с успехом использована у пациентов с высоким риском операции на открытом сердце.

СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ИБС С НИЗКОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Каримов А. М., Абдуллаев Т. А., Фозилов Х. Г.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии

Введение (цели/ задачи):

Изучить особенности поражения коронарного русла у больных ИБС с систолической дисфункцией левого желудочка (ЛЖ) в зависимости от пола.

Материал и методы:

В нашем исследовании по половому признаку пациенты различными формами ИБС и сниженной сократительной способностью миокарда ЛЖ были разделены на 2 группы: 1-группа (n=27) – лица женского пола; 2-группа (n=111) лица мужского пола. Все больные имели фракцией выброса ЛЖ (менее 45%) определенного методом Teicholz. По таким клиническим характеристикам как дислипидемия, артериальная гипертензия, ожирение, сахарный диабет, перенесенный в анамнезе инфаркт миокарда, операции реваскуляризации до 1 года группы не имели статистически достоверной разницы. Возраст пациентов в среднем составил 61.9±8.9 лет и 58.1±8.5 лет в 1-ой и во 2-группах соответственно (P=0.041). Фракция выброса ЛЖ в среднем составила 38.8±4.7% и 38.3±6.2% в 1-й и 2-й группах соответственно.

Результаты:

При проведении диагностической коронарографии у больных 1-группы атеросклеротические поражения коронарного русла были выявлены в 63 и 280 эпикардиальных артериях и ее ветвях в 1-й и 2-й группах больных соответственно. По данным селективной коронарографии однососудистое поражение имело место у 40.7% (11) и 25.2% (28) пациентов, двухсосудистое поражение у 37.1% (10) и 34.3% (38) и поражение трех и более ветвей у 22.2% (6) и 40.5% (45) больных 1-й и 2-й группы соответственно. По результатам коронарографии в 1-группе больных было выявлено 65 гемодинамически значимых поражений коронарных артерий. По результатам морфометрического анализа гемодинамически значимых стенозов (стенозы ? 50%) основных эпикардиальных артерий у больных 1-группы наиболее часто встречались поражения типа «С» 50.8% (33), поражения типа «В» составили 40.0% (26) и поражения типа «А» - 9.2% (6) от общего количества выявленных сужений. Среди поражений коронарных артерий окклюзии составили 27.7% (18), из них 14 (77.8%) поражений - хронические тотальные окклюзии. Во 2-й группе больных было выявлено 327 гемодинамически значимых поражений коронарных артерий. Наиболее часто встречались стенозы типа «В» 45.8% (150), стенозы типа «С» составили 25.7% (84) и стенозы типа «А» - 6.8% (22) от общего количества выявленных сужений. Среди поражений коронарных артерий окклюзии составили 21.7% (71), из них 56 (78.9%) поражений - хронические тотальные окклюзии.

Заключение:

Результаты нашего исследования показывают, что у лиц женского пола страдающих ИБС и сниженной сократительной способностью левого желудочка наиболее часто встречалось однососудистое поражение коронарного русла и имели место стенозы и окклюзии высокого риска (тип «С» по классификации морфологии стенозирующего атеросклеротического поражения АСС/АНА). В то же время у лиц мужского пола с данной патологией наиболее часто встречалось трехсосудистое поражение коронарного русла и имели место стенозы и окклюзии среднего риска (тип «В» по классификации морфологии стенозирующего атеросклеротического поражения АСС/АНА).

ТРАНСЛЮМИНАЛЬНАЯ БАЛЛОННАЯ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКА КАЛЬЦИНИРОВАННОГО КРИТИЧЕСКОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ ХИРУРГИЧЕСКИМ РИСКОМ

Дадабаев Г. М.¹, Бокерия Л. А.¹, Алебян Б. Г.²,
Пурсанов М. Г.¹, Петросян К. В.¹, Шахбазян К. Р.¹
¹ФГБУ «ННПСССХ им. А.Н. Бакулева»

Минздрава России,

²ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского»

Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Оценка клинической эффективности транслюминальной баллонной вальвулопластики у пациентов с критическим кальцинированным клапанным стенозом аорты высокого хирургического риска.

Материал и методы:

С 2005 по 2014 гг. в Научном Центре сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева ТЛБВП клапанного стеноза аорты была выполнена 29 пациентам в возрасте в среднем 73,7±9,7 лет. Риск операции по EuroSCORE составлял 29,2±5,7%, STS-19,47±4,4%. Согласно классификации NYHA 18 (62,1%) пациентов были отнесены к III ФК, 11 (37,9%) - к IV ФК. По данным ЭхоКГ, градиент систолического давления на аортальном клапане составил в среднем 89,2±19,9 мм рт.ст., диаметр фиброзного кольца аорты составил 21,6±1,7 мм.

Результаты:

ТЛБВП критического кальцинированного стеноза аортального клапана удалось выполнить во всех случаях. У большинства пациентов улучшилось клиническое состояние, и уменьшилась степень СН. Так, у 55,2% (15 пациентов) было отмечено II ФК СН, у 11 (37,9%) - III ФК, а у 2 (6,9%) - IV ФК. Недостаточность аортального клапана после операции не превышала 1-2 степени. По данным ЭхоКГ, систолическое давление в ЛЖ снизилось с 195,3±21,1 до 162,2±25,2 мм рт.ст. Систолическое давление в аорте возросло с 105,4±5,2 до 119,3±33,5 мм рт.ст., а ФВ ЛЖ увеличилась с 57,2±6,7 до 64,5±7,5%. Однако при этом значимых отличий вышеприведенных показателей по сравнению с исходным уровнем не отмечалось. В то же время у всех пациентов отмечалось значимое (p<0,05) уменьшение градиента систолического давления на клапане с 89,1±9,9 до 36,3±11,4 мм рт.ст. Госпитальная летальность составила 6,9%. Отдаленные результаты прослежены у 20 (70,8%) пациентов, при этом оценивали такие показатели, как летальность, частота осложнений, частота выявления рестеноза АК, ГСД ЛЖ/Ао, степень недостаточности АК. Исследование показало, что на момент обследования все пациенты были живы, рестеноз АК был выявлен в 64,7% случаев в сроки от 2 до 6 мес., недостаточность АК не превышала 2 степени, при этом ГСД ЛЖ/Ао увеличилось с 36,3±11,4 до 59,4±15,8 мм рт.ст. В 3 случаях выполнено протезирование аортального клапана, в 2-х – транскатетерная имплантация аортального клапана.

Заключение:

ТЛБВП критического КСА улучшает клиническое состояние неоперабельных пациентов и может рассматриваться для них, как паллиативный метод лечения. Она характеризуется в раннем послеоперационном периоде: госпитальной летальностью 6,9%, частотой осложнений – 13,8%, улучшением у пациентов функционального класса сердечной недостаточности по NYHA.

ТРАНСКАТЕТЕРНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У БОЛЬНЫХ С ОПЕРАЦИЯМИ НА СЕРДЦЕ В АНАМНЕЗЕ

Акчурин Р. С., Имаев Т. Э., Комлев А. Е., Лепилин П. М.,
Колегаев А. С., Саличкин Д. В.

ФГБУ «РОССИЙСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ КОМПЛЕКС» МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Пациенты старческого возраста с критическим стенозом аортального клапана (АК) и тяжелым коморбидным фоном представляют категорию больных высокого хирургического риска. Особую группу среди этих больных занимают больные с операциями на сердце в анамнезе, поскольку данный фактор является дополнительным, независимым предиктором неблагоприятных исходов оперативного лечения. Транскатетерное протезирование АК (ТИАК) позволяет нивелировать риски, связанные с доступом к АК и использованием искусственного кровообращения у этих больных. Цель. Целью данного исследования явился анализ результатов транскатетерного протезирования аортального клапана у больных с ранее выполненным коронарным шунтированием (КШ).

Материал и методы:

В период с 2010 по май 2017гг., в ОССХ РКНПК более 300 больных со стенозом АК подверглись процедуре ТИАК, 30 из которых имели операции на сердце в анамнезе (коронарное шунтирование, протезирование аортального или митрального клапанов). Был проведен анализ дооперационного клинкоморфологического статуса этих пациентов, а также оценены непосредственные и отдаленные результаты эндопротезирования АК.

Результаты:

Все прооперированные пациенты имели крайне высокий риск хирургического вмешательства (ср. EuroScore II 12%, ср. STS 31.6%). В подавляющем большинстве случаев оперировались больные мужского пола (80% муж. и 20% жен). Маммарокоронарный шунт функционировал у 87% пациентов. Средний градиент давления на аортальном клапане составил 51 мм.рт.ст. У всех больных использовался трансфеморальный способ доставки эндопротеза. В трех случаях протезирование АК выполнено по методике «valve-in-valve» у пациентов с дегенеративными изменениями ранее имплантированных биопротезов (1 митральный и 2 аортальных). Как правило (в 80% случаев) протезирование АК выполнялось баллонрасширяемым эндопротезом. Госпитальная смертность составила 3% (умер 1 больной от полиорганной недостаточности). В 3 случаях потребовалась имплантация двухкамерного электрокардиостимулятора по причине атриовентрикулярной блокады III степени. Средний градиент давления на аортальном клапане на момент выписки составил 9 мм.рт.ст. На данный момент общая выживаемость в данной группе больных составляет 93% (документировано 2 летальных исхода, в одном случае причиной смерти явился ИМ, во втором случае – онкопатология).

Заключение:

Процедура ТИАК является эффективным и безопасным методом лечения больных с тяжелым аортальным стенозом и может рассматриваться как метод выбора у пациентов с операциями на сердце в анамнезе, поскольку позволяет нивелировать дополнительные риски хирургического вмешательства у таких больных.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИЗ МИНИТОРАКОТОМИИ

Янушко А. В., Кизюкевич И. Л., Соловьев С. Л.

УЗ «Гродненский областной клинический
кардиологический центр»

Введение (цели/ задачи):

Более половины всех приобретенных пороков сердца приходится на поражения митрального клапана (МК). Особого внимания среди них заслуживает пролапс митрального клапана (ПМК), являясь патологией лиц молодого трудоспособного возраста. Хотя стандартным доступом при операциях на МК является срединная стернотомия, все больше кардиохирургов проявляют интерес к миниинвазивной коррекции данной патологии.

Материал и методы:

С января 2013г. по июнь 2017г. в нашем центре прооперировано 105 пациентов по поводу недостаточности МК. Большинство пациентов – мужчины (n=55, 52%), средний возраст – 45,3±11,4 лет. Степень митральной недостаточности перед операцией составляла 3,35±0,5. Фракция выброса (ФВ) 61±6,9% без исходного нарушения локальной сократительной функции левого желудочка (ЛЖ). Средний предоперационный функциональный класс сердечной недостаточности (ФКСН) по NYHA 2,36±0,56. У пациентов исходно не отмечалось случаев печеночной либо почечной недостаточности, в анамнезе не было сахарного диабета. Степень операционного риска по шкале EuroSCORE2 в среднем составила 2,04±3,3%. Все пациенты оперированы в условиях комбинированной анестезии (общая и продленная односторонняя паравerteбральная на уровне хирургического доступа). Интубация левого главного бронха выполнялась двухпросветной эндобронхиальной трубкой типа Роберт-Шоу. Оперативный доступ осуществлялся в 4-м межреберье справа через передне-боковую миниторакотомию (средняя длина разреза 5,2 ± 1,1см.). Подключение аппарата искусственного кровообращения производилось через бедренные артерию и вену в правой паховой области (открытое выделение, средняя длина разреза 2,9 ± 0,9см.) и правую внутреннюю яремную вену (пункционная канюляция по Сельдингеру). Пережатие аорты осуществлялось зажимом Chitwood (Scanlan International, Inc, St Paul, MN, USA). Кровяная холодовая кардиopleгия подавалась антеградно в корень аорты. Доступ для визуализации МК осуществлялся через левое предсердие (ЛП). Для профилактики воздушной эмболии в рану постоянно подавался углекислый газ со скоростью 2л/мин. Деаэрация сердца проводилась через ЛП при его наполнении, а также через кардиоплегическую канюлю.

Результаты:

ПМК наблюдался у 94 из 105 пациентов (89%), подвергшихся миниинвазивной коррекции недостаточности МК. Тот или иной вид пластики МК удалось произвести у 92 пациентов (87,6%). При этом, треугольная резекция сегмента P2 МК была выполнена 32 пациентам, 14 пациентам производилась пликация сегмента P2. У 15 пациентов была выполнена имплантация искусственных хорд, 14 пациентам выполнялась пластика МК по Alfieri («край-в-край»), а 7 пациентам – пластика МК по Alfieri с имплантацией нео-хорд. Во всех случаях пластика МК дополнялась имплантацией жестких колец. Использовались кольца Sorin, Edwards, Medtronic, SJM (средний размер имплантированного кольца составлял 34мм). Операции протекали стандартно. Общее время операции составило 201,1±22,3 мин., время искусственного кровообращения (ИК) – 97,2±25,8 мин., время ишемии миокарда – 59,4±15,9 мин. Среднее время искусственной вентиляции легких

(ИВЛ) после операции составило $72,6 \pm 53,1$ мин., объем отделяемого по дренажам - $165,1 \pm 79,8$ мл., а средняя продолжительность нахождения в отделении интенсивной терапии - $24,2 \pm 9,5$ часа. На 5-6 сутки после проведения миниинвазивной коррекции недостаточности МК по данным эхокардиографии достоверно уменьшились конечно-диастолический и конечно-систолический объемы ЛЖ, конечно-диастолический размер ЛЖ, размеры ЛП. Достоверно снизился ФКСН по NYHA (исходно - $2,36 \pm 0,56$, на 6 сутки - $1,51 \pm 0,4$). Осложнений со стороны торакотомной раны не было. Летальность составила 0%. Средняя продолжительность нахождения в стационаре после операции $6,8 \pm 3,5$ дня.

Заключение:

Как показывают полученные нами результаты в раннем послеоперационном периоде, выполнение пластики МК из правосторонней миниторакотомии в условиях ИК - это безопасная и эффективная процедура лечения недостаточности МК. Она позволяет сократить продолжительности ИВЛ и время пребывания в отделении интенсивной терапии, уменьшить кровопотерю и необходимость гемотрансфузии в раннем послеоперационном периоде, несмотря на относительно продолжительное время ИК и время ишемии миокарда, а также общее время операции. После миниинвазивной хирургии МК не было летальности. При этом, отмечалось относительно небольшое количество осложнений на фоне превосходного косметического эффекта и более быстрого возвращения пациентов к нормальной физической активности.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ И ГИБРИДНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АОРТАЛЬНОГО СИНДРОМА

Акчурин Р. С., Терновой С. К., Имаев Т. Э., Комлев А. Е., Лепилин П. М., Колегаев А. С., Кучин И. В.
ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Минздрава РФ, г. Москва

Введение (цели/ задачи):

Острый аортальный синдром (ОАС) – неотложное жизнеугрожающее состояние, связанное с нарушением анатомической целостности стенки аорты; как правило, сопровождающееся выраженным болевым синдромом (аорталгия); приводящее к массивному внутреннему кровотечению и/или органной мальперфузии (при диссекции аорты).

ЦЕЛЬ. Анализ непосредственных и отдаленных результатов гибридного и эндоваскулярного лечения острого аортального синдрома.

Материал и методы:

С марта 2010 по февраль 2017 17 пациентам мужского пола было выполнено экстренное эндоваскулярное лечение. В 9 случаях по поводу острого разрыва аневризмы брюшной аорты, эндопротезирование нисходящего отдела по поводу острой диссекции III В типа у 6 пациентов, у 2 больных по поводу разрыва нисходящей грудной аорты было выполнено эндопротезирование нисходящей грудной аорты в сочетании с эндоваскулярным дебринингом зоны 2. Средний возраст составил 63,4 года (44-90). Средний диаметр аневризм у пациентов с разрывом брюшной аорты составил 7,9 см (диапазон 5,6-10см). МСКТ выполнялась всем пациентам для оценки анатомии аневризмы и стратегии оперативного выбора. Все вмешательства проводились в условиях гибридной операционной. Во всех случаях был использован хирургический доступ к общим бедренным артериям. В четырех случаях эндопротезирование разорвавшейся АБА было выполнено под местной анестезией и в пяти случаях под общей анестезией. Были использованы два типа эндопротезов в брюшную аорту:

E-VITA ABDOMINAL, ENDURANT II. В семи случаях использовался бифуркационный эндопротез, у двух больных было выполнено унилатеральное эндопротезирование с бедренно-бедренным шунтированием. В одном случае, из-за большого диаметра проксимальной шейки АБА, использовался грудной эндопротез (VALIANT THORACIC). У пациента с разрывом грудной аорты на третьи сутки после стабилизации гемодинамики и коррекции геморрагического шока была выполнена переднебоковая торакотомия с эвакуацией гематомы, сдавливающей левое легкое.

Результаты:

Технический успех эндопротезирования составил 100%. 30-ти дневная летальность составила 18% (3 пациента). 1 больной умер на вторые сутки после операции из-за ОНМК. 1 пациент скончался на 20 сутки после операции при явлениях острой дыхательной недостаточности. Еще у пациента развился абдоминальный компартмент синдром, пациент умер на 20 сутки после операции. Неврологические осложнения, связанные с перекрытием левой подключичной артерии, не наблюдались. В одном случае мы наблюдали эндолик 3 типа интраоперационно, который потребовал имплантации дополнительного эндопротеза. Осложнений со стороны хирургического доступа также не наблюдались. Период наблюдения составил от 1 месяца до 4 лет.

Заключение:

1) Наш опыт эндоваскулярного и гибридного лечения острого аортального синдрома свидетельствует о низкой периоперационной и госпитальной летальности и демонстрирует обнадеживающие ближайшие и средне-отдаленные результаты у крайне тяжелой группы больных. 2) Возможность экстренного выполнения МСКТ с контрастированием является необходимым условием для оценки анатомии и выбора размера эндопротеза. 3) Важнейшую роль в профилактике острого аортального синдрома играет своевременная диагностика состояний, потенциально чреватых его развитием (скрининг).

ОСЛОЖНЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ И НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Голикова А. А.¹, Стрюк Р. И.¹, Кожуховская О. Л.¹, Сергиенко И. В.²

¹ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И.Евдокимова
Минздрава России,

²ФГБУ ДПО ЦГМА УД Президента РФ

Введение (цели/ задачи):

Провести сравнительный анализ, изучив особенности анамнеза, клинического течения, лабораторных данных и функционального состояния миокарда у больных с гипергликемией (ГГ), гиперурикемией (ГУ), гиперкреатинемией (ГК) в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ) с элевацией сегмента ST и у больных с нормальными показателями ГГ, ГУ и ГК в остром периоде ИМ с элевацией сегмента ST.

Материал и методы:

Обследовано 69 больных ИМ с подъемом сегмента ST. Первая группа состояла из 23 пациентов, у которых острый период ИМ

сопровождался ГГ, ГУ и ГК (19 мужчин и 4 женщины), медиана возраста 79,0 (73,5;81,2) лет. Вторая группа включала 46 больных ИМ (30 мужчин и 16 женщин), медиана возраста 70,2 (63,3;76,8) лет с нормальными показателями ГГ, ГУ и ГК. У больных 1 группы ГГ при поступлении составила 11,9 (9,6;16,1) ммоль/л, ГУ 528,0 (472,0;597,0) ммоль/л, ГК 182,8 (150,0;213,0) мкмоль/л. У больных 2 группы показатели глюкозы в крови составили 6,4 (5,6;7,6) ммоль/л, мочевой кислоты 296,5 (263,1;339,6) ммоль/л, креатинина 80,5 (70,2;99,4) мкмоль/л и были статистически значимо ниже показателей 1 группы. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы оценивали по данным эхокардиографии (ЭхоКГ). Сравнение групп проводилось посредством критерия Манна-Уитни и точного двустороннего критерия Фишера.

Результаты:

У больных 1 группы количество летальных исходов в 5,5 раза превышало показатели 2 группы ($p < 0,001$). В структуре осложнений острого периода ИМ острая левожелудочковая недостаточность (ОЛЖН) выявлялась с частотой 70% у больных 1 группы и 33% у больных 2 группы ($p < 0,004$). У больных 1 группы ИМ чаще развивался на фоне хронической сердечной недостаточности (ХСН) II – III ст., 48% vs. 22% ($p < 0,05$). Сложные нарушения ритма сердца и проводимости в 3,3 раза чаще регистрировались у больных 1 группы ($p < 0,03$). Пневмония в остром периоде ИМ в 1,8 раза чаще выявлялась у больных 1 группы ($p < 0,03$). ИМ у больных 1 группы развивался чаще на фоне хронической болезни почек (ХБП) ($p < 0,004$), при этом отмечено снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у больных 1 группы 100% vs. 68% ($p < 0,001$). По данным ЭхоКГ медиана конечного диастолического размера левого желудочка (КДР ЛЖ) у больных 1 группы была выше, чем у больных 2 группы: 5,3 (4,9;5,7) см и 4,9 (4,7;5,4) см ($p < 0,05$). Медиана максимального передне-заднего размера левого предсердия (ЛП) у больных 1 группы была выше, чем у больных 2 группы: 4,2 (4,1;4,6) см и 3,9 (3,6;4,3) см ($p < 0,005$). У больных 1 группы чаще выявлялось увеличение левых и правых камер сердца: в 1,6 раза дилатация левого предсердия (ЛП) ($p < 0,05$); в 1,9 раза дилатация левого желудочка (ЛЖ); в 2,1 раза дилатация правого желудочка (ПЖ) ($p < 0,04$). Диаметр корня аорты (АО) и раскрытие створок аортального клапана (АК) были в пределах нормы у больных обеих групп, при этом у больных 1 группы отмечалась меньшая амплитуда раскрытия створок, чем у больных 2 группы ($p < 0,03$). Уплотнение и кальциноз фиброзного кольца аорты и створок АК были более выражены и чаще выявлялись у больных 1 группы. Фракция выброса (ФВ) ЛЖ у больных обеих групп была снижена, более выраженное снижение ФВ отмечено у больных 1 группы: 40,0 (34,0;45,0)% и 45,0 (40,0;50,0)% ($p < 0,01$). Не выявлено статистически значимых различий в нарушении локальной сократимости у больных обеих групп. При оценке регургитационных потоков выявлена большая частота аортальной регургитации 1-2 степени 57% vs. 16% ($p < 0,002$), а также митральной регургитации 2 и более степени: 91% vs. 36% ($p < 0,007$) у больных 1 группы. Легочная гипертензия чаще отмечалась у больных 1 группы, что составило 48% vs. 13% ($p < 0,007$).

Заключение:

1. У больных ИМ с ГГ, ГУ, ГК статистически значимо чаще отмечалось осложненное течение острого периода заболевания, сопровождавшееся развитием ОЛЖН, сложными нарушениями ритма сердца и проводимости, пневмонией, а также более частыми летальными исходами. 2. У больных 1 группы выявлено более выраженное снижение систолической функции ЛЖ. 3. У больных 1 группы ИМ протекал на фоне более тяжелого, чем у больных 2 группы нарушения функции почек. 4. Выявлена большая частота митральной регургитации у больных 1 группы,

которая способствовала более частому развитию ОЛЖН у этих больных. 5. Выявленная большая частота аортальной регургитации у больных 1 группы обусловлена деформацией аортального клапана вследствие выраженного атеросклеротического процесса на фоне метаболических нарушений.

ОСЛОЖНЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПОЖИЛЫХ

Халмухамедов Б. Т.

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/ задачи):

Все большее число пациентов в возрасте 70 лет в настоящее время госпитализируются с диагнозом острый инфаркт миокарда (ИМ). Эти больные имеют отличные от пожилых факторы риска, осложнения и прогнозы. Цель исследования: Оценить особенности факторов риска и течения ИМ у пожилых.

Материал и методы:

Расспрос больных, клинические и инструментальные обследования. ЭКГ, ЭХОКГ. Исследование проводилось в 1-ой клинике Ташкентской медицинской академии у 45 больных ИМ с зубцом Q, из них 22 больных в возрасте до 40 лет и 23 старше 65 лет мужского пола.

Результаты:

Среди факторов риска у молодых (95%) пациентов превалировала наследственная отягощенность по сравнению с пожилыми пациентами (60%). Факторы риска такие как курение (90%), злоупотребление алкоголем (60%), употребление наркотиков (6%), нервный стресс (85%) и ожирение (65%) чаще отмечались у молодых (у пожилых 15%, 10%, 0%, 30%, 20% соответственно). У пожилых факторами риска были гиподинамия (90%), артериальная гипертензия (85%), сахарный диабет (65%). У молодых эти факторы встречались соответственно 10%, 15%, 0%. Гипертриглицеридемия и повышения уровня ЛПНП и снижение уровня ЛПВП было одинаково часто в обеих группах (85%, 80%, 90%). На ЭКГ локализация инфаркта миокарда у молодых на передне-перегородочной области 45%, передне-распространенное 20%, передне-боковая 20%, задняя стенка 15%, а у пожилых соответственно 25%, 45%, 10%, 15%, циркулярный ИМ 5%. Эхокардиографические показатели у пожилых отличались снижением сократительной способности миокарда по показателю фракции выброса левого желудочка (средние показатели у пожилых $45\% \pm 2,2\%$, у молодых $60\% \pm 1,2\%$). Из нарушения ритма желудочковая экстрасистолия одинаково часто встречался в обеих группах (у молодых 55%, у пожилых 60%). Желудочковая тахикардия, мерцательная аритмия, фибрилляция желудочков, АВ блокады чаще регистрировались у пожилых (соответственно 55%, 40%, 25%, 20%, у молодых 20%, 25%, 5%, 10%). У 5 молодых пациентов изза не соблюдения постельного режима развилась аневризма левого желудочка. Кардиогенный шок, острая лево-желудочковая недостаточность, отек легких встречались чаще у пожилых (50%, 55%, 30%).

Заключение:

Наследственность, стрессы и вредные привычки являются основными факторами риска среди молодых пациентов. У пожилых основными факторами риска были гиподинамия, артериальная гипертензия и сахарный диабет. Нарушение липидного состава крови одинаково часто встречаются у молодых так и у пожилых. Сократительная способность миокарда ЛЖ у пожилых при инфаркте миокарда резко снижается в отличие с молодыми. Тяжелые осложнения чаще отмечается у пожилых в связи с поражением нескольких коронарных артерий. Обширный инфаркт миокарда часто регистрируется у пожилых. Ча-

стая локализация ИМ в обеих группах отмечается на передней стенке ЛЖ. Течение ИМ у пожилых тяжелая в связи с тяжелыми осложнениями и жизни угрожающими нарушениями ритма.

РОЛЬ СИНДРОМА СИСТЕМОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА В ДИАГНОСТИКЕ ПОСТИНФАРКТНОГО РАЗРЫВА МИОКАРДА

Ковальчук Е. Ю., Повзун А. С., Кулай Н. С.
ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Введение (цели/ задачи):

Проблема постинфарктного разрыва миокарда по-прежнему остается актуальной в связи с широкой распространенностью ишемической болезнью сердца, сохраняющейся высокой летальностью от постинфарктных разрывов миокарда и отсутствием эффективных методов ранней диагностики, профилактики и эффективного лечения данного осложнения. Цель исследования: наряду с известными предикторами развития постинфарктного разрыва миокарда оценить возможную роль синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) в ранней диагностике данного осложнения. Задачи исследования: 1. Провести клинико-эпидемиологическое исследование постинфарктных разрывов сердца и выявить наиболее информативные предикторы его развития. 2. Оценить роль синдрома системного воспалительного ответа у пациентов с первым Q инфарктом миокарда передней локализации. 3. Выявить возможную взаимосвязь тяжести синдрома системного воспалительного ответа и постинфарктного разрыва миокарда.

Материал и методы:

Исследование проведено на базе ГБУ СПб НИИ СП. На первом этапе исследования был проведен ретроспективный анализ 81 случая смерти от постинфарктного разрыва сердца (из 3209 ИМ). На втором этапе были сформированы 2 группы: основная группа (52 пациента с разрывом) и группа сравнения (50 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; наличие M-комплекса; отсутствие ИМ в анамнезе. У большинства из них присутствовали рецидивирующие ангинозные боли (91,4 %) и острая сердечная недостаточность KILLIP II-IV (95,7 %). Разрыв преимущественно произошёл у женщин (86,4 %). Фактором риска также являются возраст старше 65 лет (91,4 %) и сроки госпитализации более 3 часов от момента начала заболевания (81,4 %). 2. В группе пациентов с постинфарктным разрывом миокарда достоверно чаще был диагностирован ССВО ($p < 0,001$) и степень выраженности данного синдрома был выше (преобладал ССВО 3-4). Данные подтверждены по критерию Пирсона (2), а также по результатам множественного регрессионного и линейного дискриминантного анализа. 3. На основе полученных данных была разработана двухуровневая шкала оценки риска постинфарктного разрыва миокарда, куда дополнительным критерием вошел ССВО.

Заключение:

На основе полученных данных можно сделать вывод о том, что степень выраженности синдрома системного воспалительного ответа (ССВО 2 – 4), определенных при поступлении пациентов с Q ИМ с подъемом сегмента ST в первые часы заболевания являются ранними предикторами постинфарктного разрыва миокарда. Данный предиктор должен использоваться наравне с классическими, что в большей долей вероятности поможет нам спрогнозировать данное осложнение.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТИНФАРКТНОГО РАЗРЫВА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Кадыралиев Б. К., Чрагян В. А.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЦЕНТР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ ИМЕНИ
С.Г. СУХАНОВА» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, г. ПЕРМЬ

Введение (цели/ задачи):

Представить случай успешной хирургической коррекции постинфарктной аневризмы левого желудочка и разрыва межжелудочковой перегородки у пациентки в возрасте 50 лет.

Материал и методы:

Больная М., 50 лет, поступила в ФГБУ «ФЦССХ им. С. Г. Суханова» Минздрава России с жалобами на частые ангинозные боли и выраженную одышку, возникающие как в покое, так и при минимальных физических нагрузках, и купирующиеся самостоятельно. По данным эхокардиографии: дилатация обоих предсердий и правого желудочка, акINETическая хроническая аневризма сердца перегородочно - верхушечной локализации с толщиной стенки в области верхушки - 0,5 см и межжелудочковым дефектом (15 - 20 мм) с лево-правым сбросом. ФВ ЛЖ – 55 %, минимальная митральная и трикуспидальная регургитация, расчетное давление в ПЖ – 67-70 мм рт.ст. По данным коронароангиографии: слабое заполнение дистального русла, сегментарная окклюзия передней межжелудочковой артерии, гемодинамически значимый стеноз диагональной ветви, субокклюзия правой коронарной артерии в средней трети. Вентрикулография позволила визуализировать отчетливый сброс контрастного вещества слева направо в верхушечной части МЖП на фоне акинезии апикального отдела левого желудочка. Больной рекомендовано коронарное шунтирование, ревизия ХАС, пластика ДМЖП с указанием высокого риска оперативного вмешательства. Эндovasкулярное закрытие постинфарктного ДМЖП признано невозможным. Пациентке выполнено оперативное вмешательство в условиях искусственного кровообращения. При ревизии обнаружена передне-верхушечная аневризма левого желудочка и ДМЖП размером 5x5 см. Выполнена пластика ДМЖП синтетической заплатой, а также геометрическая реконструкция ЛЖ по Dog.

Результаты:

Время искусственной вентиляции легких составило 9 часов, время пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии - 70 часов. На 2-е сутки после операции больная переведена в отделение. По данным контрольных ЭХОКГ и МСКТ патологии не выявлено. Пациентка выписана на 16 сутки после оперативного вмешательства в удовлетворительном состоянии. Через 8 месяцев после операции состояние больной соответствует I ФК по NYHA.

Заключение:

Постинфарктный разрыв межжелудочковой перегородки является потенциально жизнеугрожающим состоянием, требующим неотложного хирургического вмешательства, несмотря на высокую оперативную летальность (от 25 до 70 %). Разработанная V. Dog геометрическая реконструкция ЛЖ и пластика постинфарктного дефекта межжелудочковой перегородки значительно улучшает прогноз у этой тяжелой группы больных.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСТИНФАРКТНОГО РАЗРЫВА МИОКАРДА

Ковальчук Е. Ю., Повзун А.С., Кулай Н.С.
ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Введение (цели/ задачи):

Определить наиболее информативные предикторы развития постинфарктного разрыва миокарда, и, на этой основе, разработать шкалу оценки риска данного осложнения. Задачи исследования: 1. Провести исследование эпидемиологии и клинику постинфарктных разрывов миокарда и выявить наиболее информативные маркеры риска развития разрыва миокарда. 2. На основе выявленных предикторов разработать шкалу оценки риска постинфарктного разрыва миокарда.

Материал и методы:

Исследование проведено на базе СПб ГБУ НИИ СП. На первом этапе исследования был проведен эпидемиологический, клинический и патоморфологический анализ 81 случая смерти от постинфарктного разрыва сердца (из 3209 ИМ). На втором этапе – определение наиболее значимых предикторов риска разрыва сердца – из числа этих пациентов была сформирована основная группа (52 пациента с разрывом). В группу сравнения были включены 50 больных с осложненным Q-позитивным ИМ с элевацией сегмента ST из числа выживших.

Результаты:

1. Все пациенты, у которых ИМ осложнился разрывом сердца, имели элевацию сегмента ST 2 мм и более; наличие Q-зубца; наличие M-комплекса; отсутствие ИМ в анамнезе. У большинства из них присутствовали рецидивирующие ангинозные боли (91,4 %) и острая сердечная недостаточность KILLIP II-IV (95,7 %). Разрыв преимущественно произошёл у женщин (86,4 %). Предикторами также являются возраст старше 65 лет (91,4 %) и сроки госпитализации более 3 часов от момента начала заболевания (81,4 %). 2. В число статистически значимых ($p < 0,001$) предикторов постинфарктного разрыва сердца по критерию Пирсона (2), а также по результатам множественного регрессионного и линейного дискриминантного анализа, вошли: повышенный уровень фибриногена (не менее 6 г/л), C-реактивного белка (не менее 15 мг/л) и наличие SIRS, определенных при поступлении в стационар. На основе полученных данных и данных литературы была создана шкала оценки риска постинфарктного разрыва миокарда. Предложенный алгоритм обладает следующими оперативными характеристиками: специфичность – 98,0 %; предсказательная ценность положительного результата (разрыв) – 98,1 %; точность предсказания – 99,0 %.

Заключение:

Предложенная шкала оценки риска постинфарктного разрыва позволяет с высокой степенью надежности прогнозировать вероятность развития этого грозного осложнения и в кратчайшие сроки начать профилактику, что позволит снизить частоту развития данного осложнения и летальность. Главными достоинствами шкалы является простота исполнения и отсутствие необходимости в дополнительных дорогостоящих исследованиях и может быть использована даже в условиях неспециализированного стационара.

ОСТРАЯ И ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

ВАРИАБИЛЬНОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ

Турсунова Л. Д., Джаббаров А. А.
Ташкентская Медицинская Академия

Введение (цели/ задачи):

Изучить в сравнительной оценке некоторые клинические аспекты у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), на фоне дилатационной (ДКМП) и кардиомиопатии, развившаяся в следствии ишемической болезни сердца (ИКМП).

Материал и методы:

В исследование было включено 42 пациента с постановленным диагнозом ХСН, средний возраст которых составило $54,9 \pm 14,1$ (от 26 до 77) лет. Диагноз ХСН выставлялся согласно классификации NYHA (1964). В целом средний ФК ХСН составил $3,3 \pm 0,6$ (по NYHA). ДКМП диагностировалась на основании рекомендаций ВОЗ/МОФК (1995). В зависимости от этиологии ХСН больные были разделены на 2 группы: 1гр. – 22 больных с ДКМП и 2гр. – 20 больных с ИКМП, которые характеризовались перенесенным в анамнезе Q-волновым инфарктом миокарда. Пациенты 2гр. ранее (до включения в данное исследование) подверглись диагностической коронарографии. Всем пациентам проводились: общеклинический анализ крови; ЭКГ; ЭхоКГ; тест 6-мин. ходьбы (ТШХ) и оценка клинического состояния по шкале ШОКС. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты:

В обеих группах преобладали лица мужского пола: 16 (72,7%) и 17 (85%), соответственно в 1 и 2 группах. Пациенты 1гр. отличались молодым возрастом и коротким периодом заболевания (все $p < 0,05$). Количество баллов по шкале ШОКС, не достигало существенных различий, тем не менее, показатели АД преобладали во 2гр. Измерение длины пройденной дистанции во время ТШХ установило, что пациенты 2гр. проходили меньшее расстояние и, соответственно, характеризовались несколько большим ФК ХСН. Возможно, это было обусловлено явлением ишемии венечных сосудов, поскольку жалобы на кардиалгию при ТШХ, являлись прерогативой лиц 2гр. (25% vs 13,64%, соответственно). Напротив, в 1гр. при сравнительно большей длине проходимой дистанции чаще встречались одышка и удушье, при этом САД и ДАД на максимуме нагрузки имели меньший прирост, чем во 2гр. Оценка ЭхоКГ-параметров выявила, что больные 2гр. имели меньшие объемные значения левых отделов сердца ($p > 0,05$), при этом у них наблюдалась большая толщина стенок сердечной мышцы ($p < 0,05$) и, соответственно, большая масса миокарда ЛЖ. Однако, вычисление индексированных значений (иММЛЖ, иКДР, RWT) установило, что обе группы имели экцентрическую гипертрофию ЛЖ с его дилатацией, при этом лица с ИКМП имели ФВ ЛЖ во 2гр. $= 42,1 \pm 15,9\%$, что на 2,4% превышало аналогичный показатель больных с ДКМП.

Заключение:

ХСН, развившаяся в следствии ИБС, характеризуется тем, что клиника проявляется за достаточно длительный промежуток времени и в более пожилом возрасте. Несмотря на сравнительно одинаковую дилатацию полостей сердца и снижение систолической функции миокарда ЛЖ, тем не менее, явление

ремоделирования более присуще пациентам с ДКМП, у которых, по данным ЭхоКГ, наблюдается явная диссоциация между дилатацией и гипертрофией ЛЖ.

ВЛИЯНИЕ ГИПОКСИТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Дубовик Т. А., Рачок Л. В.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
«КАРДИОЛОГИЯ»

Введение (цели/ задачи):

Особое положение в общей структуре ишемической болезни сердца (ИБС) занимают пациенты с признаками хронической сердечной недостаточности (ХСН). Несмотря на значительные достижения в изучении патогенеза, диагностики и лечения ХСН, ее распространенность не только не снижается, но продолжает неуклонно нарастать. Несмотря на очевидный прогресс в медикаментозном лечении осложненных форм ИБС, прогноз пятилетней выживаемости этих пациентов не превышает 50%. В этой связи особую актуальность приобретает усовершенствование подходов к лечению этой группы пациентов. Целью настоящего исследования явилось изучение влияния использования курса прерывистой нормобарической гипокситерапии (ПНГ) на течение ХСН у пациентов с ишемической кардиомиопатией (ИКМП).

Материал и методы:

В настоящее исследование были включены 50 пациентов с установленным диагнозом ИКМП. Средний возраст обследованных составил $57,01 \pm 1,38$ лет. Все пациенты имели в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда, фракцию выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) < 35% и II-IV стадии хронической сердечной недостаточности по NYHA. На фоне сохранения базовой медикаментозной терапии ХСН всем исследуемым проводили десятидневный курс ПНГ с использованием газоразделительной мембранной установки для гипокситерапии «Био-Нова-204G1» (Россия) и применяли оригинальную модифицированную методику ступенчатой адаптации к периодической гипоксии, отличающуюся от стандартной, изменением кратности и экспозиции непрерывного гипоксического воздействия на протяжении сеансов ПНГ. Инструментальное и клинико-лабораторное обследование пациентов проводили исходно и после курса ПНГ. Для объективизации функционального класса ХСН использовалась классификация Нью-Йоркской кардиологической ассоциации сердца NYHA по данным теста 6-минутной ходьбы. Всем пациентам выполнялись трансторакальная эхокардиография (ЭхоКГ), скintiграфия миокарда, спировелоэргометрия (спироВЭП), оценивался уровень лабораторных маркеров ХСН - мозгового натрий-уретического пептида (BNP), эндотелина -1 (ЭТ-1), гомоцистеина, фактора некроза опухолей-? (ФНО-?).

Результаты:

Исходная тяжесть состояния исследуемых пациентов определялась нарушением контрактильной функции ЛЖ с дезадаптивным характером ремоделирования полости ЛЖ (ФВ ЛЖ составила $29,63 \pm 0,77$, КДО ЛЖ и КСИ ЛЖ соответственно - $252,01(216,01;285,01)$ мл и $85,57(75,45;95,26)$ мл/м²) и значительным нарушением состояния перфузии миокарда на фоне множественного атеросклеротического поражения коронарных сосудов. После курса ПНГ у пациентов ИКМП отмечалось достоверное увеличение площади жизнеспособного миокарда с $84,62(76,47;99,82)$ % до $94,12(92,31;100,00)$ % ($p = 0,000$) на фоне

достоверного снижения общего количества сегментов с нарушенной перфузией с $7,57 \pm 0,53$ до $5,89 \pm 0,43$ ($p = 0,002$). После курса ПНГ у исследуемых отмечалось улучшение клинического состояния и их общей физической работоспособности, что подтверждалось достоверным ростом по данным спироВЭП величины объема выполненной работы (с $1350,00(825,00;2175,00)$ до $2058,00(1760,00;2700,00)$ кгм, $p=0,024$) и мощности пороговой нагрузки (с $50,00(50,00;100,0)$ до $75,00(75,00;100,0)$ Вт, $p=0,023$), а также достоверным увеличением уровня VO_{2max} (с $11,89 \pm 0,59$ мл/кг/мин до $13,69 \pm 0,64$ мл/кг/мин, $p=0,009$) как наиболее надежного и объективного маркера для оценки толерантности к физической нагрузке и тяжести ХСН. Улучшении клинического течения ХСН под влиянием гипокситерапии подтверждалось снижением после курса ПНГ уровня лабораторных маркеров ХСН: уровня BNP с $310,20(174,23;668,01)$ до $180,49(86,92;335,79)$ пг/мл ($p=0,000$), ЭТ-1 с $2,04 \pm 0,23$ до $1,03 \pm 0,14$ ($p=0,001$), гомоцистеина с $15,46 \pm 0,90$ до $11,77 \pm 0,73$ ($p=0,002$), ФНО-? с $19,61(10,02;27,11)$ до $7,77(3,27;11,68)$ нг/мл ($p=0,005$).

Заключение:

Комплексный подход к лечению пациентов с ИКМП и проявлениями ХСН с использованием прерывистой нормобарической гипокситерапии способствует улучшению функциональных резервов кардио-респираторной системы, что положительно отражается на компенсаторно-адаптационных возможностях организма и клиническом течении ХСН и позволяет использовать данный метод на различных этапах лечения пациентов с проявлениями ХСН.

ВЛИЯНИЕ ЛЕВОСИМЕНДАНА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СО СНИЖЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ

Ледяхова М. В., Насонова С. Н., Жиров И. В.,

Терещенко С. Н., Масенко В. П., Ускач Т. М.

ФГБУ РКНПК Минздрава РФ, ИКК им. А.Л. Мясникова

Введение (цели/ задачи):

В 25-70% случаев острой декомпенсации хронической сердечной недостаточности (ОДХСН) развивается острое почечное повреждение (ОПП). Цель: оценить влияние инфузии левосимендана на функцию почек у пациентов с ОДХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ).

Материал и методы:

В исследование было включено 30 мужчин, госпитализированных с ОДХСН (средний возраст $62,5 \pm 9,7$ (лет)) и ФВ ЛЖ меньше 40%, BNP > 500 пг/мл и систолическим артериальным давлением (САД) > 125 мм рт ст. Критериями исключения служили: ОКС, механическая обструкция, препятствующая заполнению или выбросу крови из желудочков, рестриктивная кардиомиопатия, желудочковая тахикардия типа "пируэт" в анамнезе, нарушения функции почек тяжелой степени (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) меньше 30 мл/мин/1,73м², уровень креатинина в крови > 220 мкмоль/л), тяжелые нарушения функции печени. Пациенты (N=30) были рандомизированы на две группы по 15 человек. В первой группе пациентам, в дополнение к стандартной терапии проводилась внутривенная (в/в) 24-часовая инфузия левосимендана в дозе 0,1 мкг/кг/мин, при необходимости уменьшение дозы до 0,05 мкг/кг/мин или увеличение до 0,02 мкг/кг/мин. Вторая группа получала стандартную терапию. Во время инфузии левосимендана проводилось мониторирование

ЭКГ, ЧСС и АД, контроль диуреза, тяжести симптомов сердечной недостаточности, а также уровень калия и гемоглобина в крови. Для оценки функционального состояния почек рассчитывали СКФ по формуле СКД-EP1. ОПП определяли в соответствии с Рекомендациями KDIGO 2012 г. Определение креатинина, СКФ, мочевины, N- терминального пропептида мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) проводилось исходно и в течение 48 часов с начала инфузии. Результаты анализа представлены в виде: медиана [нижний квартиль; верхний квартиль]. При сравнении независимых выборок (межгрупповое сравнение) для оценки достоверности различия применялся непараметрический тест Манна-Уитни (Mann-Whitney U-test), а при исследовании динамики показателей внутри каждой из групп использовался непараметрический тест Вилкоксона (Wilcoxon matched pairs test). Различия считали статистически значимыми при уровне $p < 0,05$.

Результаты:

У пациентов с ОДХСН в течение 48 часов с начала инфузии отмечалось значимое увеличение СКФ в группе левосимендана с 61,2 [49,0; 101,3] мл/мин/1,73м² до 70,4 [62,2; 106,0] мл/мин/1,73м² ($p=0,011$), а в группе на стандартной терапии улучшение СКФ не наблюдалось (с 65,0 [40,0; 82,0] мл/мин/1,73м² до 62,0 [47,0; 72,0] мл/мин/1,73м² ($p=0,932$)). Значимое снижение уровня креатинина в сыворотке крови отмечалось в группе левосимендана с 101,7 [75,8; 130,9] мкмоль/л до 91,75 [68,0; 105,9] мкмоль/л ($p=0,009$), по сравнению с группой на стандартной терапии с 103,8 [85,2; 146,5] мкмоль/л до 114,0 [96,6; 142,0] мкмоль/л ($p=0,4$). В группе левосимендана не было отмечено случаев острого почечного повреждения, которое определялось как повышение уровня креатинина в сыворотке крови на 26,5 мкмоль/л (на 0,3 мг/дл) в течение 48 часов с начала инфузии; в группе на стандартной терапии ОПП отмечалось у 20% пациентов ($p < 0,05$). Вместе с тем, отмечалось значимое снижение и уровня мочевины в крови в группе левосимендана с 8,7 [6,5; 9,9] ммоль/л до 7,0 [5,2; 8,5] ммоль/л ($p=0,023$), в группе на стандартной терапии значительных изменений уровня мочевины в крови (с 8,5 [7,2; 12,6] ммоль/л до 8,6 [7,5; 10,5] ммоль/л ($p=0,866$)) выявлено не было. Кроме того, наблюдалось значимое снижение уровня NT-proBNP в группе левосимендана с 4541,0 [3253,0; 7590,8] пг/мл до 2720,0 [1850,0; 3523,0] пг/мл ($p=0,002$), в группе на стандартной терапии отмечалась тенденция к снижению уровня NT-pro BNP (с 4416,0 [2503,0; 9194,0] пг/мл до 3759,0 [1866,0; 8463,0] пг/мл ($p=0,125$)), однако достоверных изменений достигнуто не было.

Заключение:

24-часовая инфузия левосимендана у пациентов с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности со сниженной фракцией выброса левого желудочка улучшает функциональное состояние почек.

ВЛИЯНИЕ ТРЕХМЕСЯЧНОЙ ТЕРАПИИ L-АРГИНИНОМ НА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ахматов Я. Р., Абдуллаев Т. А., Цой И. А., Мирзарахимова С. Т.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии

Введение (цели/ задачи):

Оценить влияние трехмесячного курса терапии L-аргинином на клинико-функциональные показатели у больных с различными формами сердечной недостаточности.

Материал и методы:

Было обследовано 55 больных с кардиомиопатиями (1 гр. – 22больных с изолированной правожелудочковой дилатационной кардиомиопатией (ПЖДКМП) и 2гр. - 33 больных – с ДКМП). При диагностике ДКМП использовались критерии ВОЗ/МОФК (1995), а при ПЖДКМП – те же критерии с адаптацией на поражение правых отделов сердца. Всем проводились: физикальный осмотр по шкале ШОКС; общеклинические анализы крови; ЭКГ; ЭхоКГ с вычислением фракции выброса (ФВ) как левого (ЛЖ), так и правого желудочков (ПЖ), а также тест 6-минутной ходьбы (ТШХ) с измерением длины пройденной дистанции (ДПД). Для оценки функции сосудистого эндотелия использовали метод плетизмографии с помощью монитора UM 300 (Украина), сразу после введения препарата и спустя 3 месяца наблюдения.

Результаты:

В 1 гр. курс терапии L-аргинином через 3 месяца способствовал приросту систолического АД на 10,5 мм.рт.ст. ($p < 0,05$). ДПД, при проведении ТШХ, составила 254,5м, что на 57,5м оказалось больше, чем на исходном этапе. При оценке состояния по шкале ШОКС количество баллов спустя 3 месяца оказалось на 4,6 балла меньше ($p < 0,001$), чем на исходном этапе. Кроме того, отмечалось снижение среднего ФК ХСН с 3,1 до 2,6. При оценке ЭхоКГ-показателей существенных различий на этапах выявлено не было, за исключением ФВлж, которая на фоне 3 месячной терапии увеличилась на 10,3% ($p < 0,05$). Толщина стенок миокарда ЛЖ также несколько увеличилась, что, вероятно, и обеспечило прирост сократительной функции миокарда не только ЛЖ, но и ПЖ (ФВ ПЖ на исх.этапе=36,1±9,1% и через 3 мес.=40,5±4,3%). Во 2гр. наблюдалось урежение ЧСС на 10,6% по сравнению с исходными данными ($p < 0,05$); улучшение общеклинического статуса в виде снижения количества баллов по шкале ШОКС и увеличения ДПД при ТШХ, что, соответственно, способствовало уменьшению ФК ХСН с 3,1 до 2,3. В обеих группах 3-месячная терапия L-аргинином оказала позитивное влияние на эндотелиальную функцию периферических сосудов, что выразилось в снижении индекса ВМАПВ/ВРПВ ($p < 0,05$).

Заключение:

3-месячный курс терапии L-аргинином у лиц с изолированной правожелудочковой дилатационной кардиомиопатией способствует улучшению систолической функции миокарда как левого (прирост ФВлж на 10,3%), так и правого (прирост ФВпж на 4,4%) желудочков, что характеризуется стабилизацией общеклинического состояния больных (улучшение показателей ТШХ и ШОКС), уменьшением проявлений сердечной недостаточности (снижение среднего ФК ХСН), а также улучшением функции эндотелия сосудов.

ДИНАМИКА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ Q-ВОЛНОВОЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Муллабаева Г. У., Курбанов Р. Д.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Узбекистан, Ташкент

Введение (цели/ задачи):

Сравнительное изучение динамики постинфарктного ремоделирования левого желудочка (ПИР ЛЖ), у больных перенесших Q-волновой инфаркт миокарда (ИМ) в группе высокого риска.

Материал и методы:

В исследование включено 294 пациентов мужского пола (средний возраст 52,6±9,1 лет) с первичным Q-волновым ИМ. Вклю-

чение пациентов проводилось на 10-14 сутки заболевания. Всем больным была назначена стандартная терапия. Больные обращались на повторные клинические и инструментальные осмотры на 6 мес, 1 год и 2 года наблюдения. На 2 год наблюдения нами обследовано 259 больных. Судьба 32 пациентов установлена с помощью бесед с родственниками, предоставившими свидетельство о смерти. Всем пациентам при плановом обращении проводились физикальные осмотры, эхокардиоскопия (ЭхоКС) и доплерографическое исследование проводились на аппарате «Sonoline Versa Pro» по стандартной методике с использованием рекомендаций Американского эхокардиографического общества. Измерялись и рассчитывались следующие показатели: толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП); толщина задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ); конечный диастолический размер ЛЖ (КДР), конечный систолический размер (КСР) ЛЖ, фракция выброса (ФВ) ЛЖ. Для количественной характеристики геометрической формы ЛЖ определяли индекс сферичности (ИС) = $d1/d2$, где $d1$ – продольный конечно-диастолический размер ЛЖ, $d2$ – поперечный конечно-диастолический размер ЛЖ.

Результаты:

За два года наблюдения общая смертность составила 11,9% (35 больных). От некардиальных причин погибло 3 больных (1%), общая кардиальная смертность (КС) имела место у 32 (10,8%) пациентов, в том числе внезапная коронарная смерть (ВКС) – у 24 (8,1%) больных. Для проведения сравнительного анализа пациенты были разделены на 2 группы: I группа выживших больных ($n=259$), II группа умерших ($n=32$). В группе умерших достоверно чаще регистрировалась передняя локализация ИМ (71% против 50,9%, ОШ 2,46; 95%ДИ 1,10-5,52; $p=0,04$). В этой же группе острая сердечная недостаточность (ОСН) наблюдалась у каждого четвертого пациента (25% против 2,7%; ОШ 12%; 95%ДИ 4,0-36,0; $p=0,0001$). Через 6 месяцев больные 2 группы чаще обращались с приступами прогрессирующей стенокардии напряжения, при визитах предъявляли жалобы на стенокардию напряжения, участились случаи госпитализации по поводу дестабилизации состояния и повторных ИМ (ПИМ). Так, к концу срока наблюдения, случаи ПИМ зарегистрирован у 40 пациентов (13,6%). При этом 15 (46,8%) из них наблюдались у больных II группы. На 10-14 сутки ИМ показатель ИС (в норме стремящийся к 2) в обеих сравниваемых группах был сравнительно одинаковым. В дальнейшем в группе с неблагоприятным прогнозом отмечается дальнейшее увеличение поперечных размеров сердца, что проявлялось уменьшением ИС в данной группе с 1,64 до 1,45 у.е. ($p<0,05$), тогда как в первой группе отрицательная динамика не прослеживается. Более того, к концу 2 года наблюдения показатель ИС в первой группе приближен к 2, что говорит об адаптивном характере ремоделирования. Анализ линейных показателей ЛЖ показал, что уже на 10-14 сутки заболевания группа с неблагоприятным исходом имела более высокие показатели КДР, КСР. К 6 месяцу во II группе отмечается увеличение КДР на 8,2% ($p<0,05$) и КСР на 14%, тогда как в группе выживших данная тенденция носит недостоверный характер. К концу 1 года наблюдения прирост КДР и КСР в II группе относительно исходных значений составили уже 14% и 19% ($p<0,05$). В тот же период в I ой группе отмечается достоверное снижение КДР на 5,2% ($p=0,004$). Необходимо отметить, что к концу 2 года наблюдения в первой группе отмечается благоприятная динамика в отношении данных показателей. Так, КДР составил 5,3 см (?% = -7%), КСР 3,6см (?% = -8%). Анализ динамики ФВ ЛЖ также показал, что в группе со сниженной ФВ в дальнейшем отмечалось дальнейшее ее прогрессивное снижение с 40% до 35,9% в группе больных с неблагоприятным прогнозом.

Заключение:

Прогрессирующий характер ПИР не всегда объясняется наличием патологического ремоделирования на ранних стадиях ИМ. Свой немаловажный вклад вносят и последующие дестабилизации в виде повторных ИМ, сохраняющейся стенокардии.

ЗНАЧИМОСТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОБУСЛОВЛЕННОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Турсунова Л. Д.

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/ задачи):

Анализ клинической картины хронической болезни сердца у больных с ишемической болезнью сердца (стенокардия) в сочетании с гипертонической болезнью, диагностических возможностей «рутинных» дополнительных методов исследования, выявление динамики и значимых факторов усугубления симптомов хронической сердечной недостаточности.

Материал и методы:

Обследовано 46 больных: 25 мужчин и 21 женщины. У всех диагностирована стабильная стенокардия и гипертоническая болезнь. Всем больным проводилось подробное клиническо-инструментальное обследование (ЭКГ, мониторинг ЭКГ по Холтеру, Д-ЭхоКГ). Оценка систолической функции левого желудочка давалась по фракции выброса. Диастолические свойства левого желудочка исследовались путем изучения спектра трансмитрального диастолического потока. Определялись: максимальная скорость трансмитрального диастолического потока в период раннего наполнения левого желудочка (Е, см/с); максимальная скорость трансмитрального диастолического потока в период позднего наполнения ЛЖ (А, см/с), а также соотношение Е/А. Выделялись три типа диастолической дисфункции левого желудочка: тип с нарушенным расслаблением, псевдонормальный и рестриктивный типы. Все пациенты были по этой же программе повторно обследованы в период до 2 лет.

Результаты:

Наибольшие жалобами больных: одышка, связанная с физической нагрузкой, и общая слабость. Проявление ХСН после постановки диагноза у 73% случаев через 5 лет, раньше у 20% и у 7% давность ХСН неизвестна. Объективные данные: кардиомегалия (90%), глухие и приглушенные тоны сердца (78%), акцент второго тона над аортой (62%). На ЭКГ гипертрофия левого желудочка: у 14 больных (28%), гипертрофия левого предсердия – у 6 пациентов (12%). По данным Д-ЭхоКГ у 80% больных обнаружена аномальная релаксация (тип с нарушением расслабления), 4% имели псевдонормальный тип наполнения левого желудочка и у 8% пациентов оценить диастолическую функцию не представлялось возможным. При повторном исследовании выявились следующие изменения. На 6% выросло количество пациентов с глухими и приглушенными тонами сердца и акцентом второго тона над аортой. Отмечалась тенденция к увеличению периферических отеков и пастозности (с 26% до 32%). По величине левого предсердия оценивается диастолическое давление у больных с сохраненной фракцией выброса (98% пациентов) и нормальной толщиной миокарда. Среди женщин и мужчин исследуемой группы наблюдается тенденция к стабилизации размера полости левого предсердия. При анализе данных Д-ЭхоКГ в динамике также преобладает 1-й тип

диастолической дисфункции с нарушением расслабления (80% пациентов). На ХМ ЭКГ у 16 % пациентов зарегистрирована фибрилляция предсердий.

Заключение:

С помощью физикальных методов исследования можно надежно диагностировать ХСН. ХСН с сохраненной фракцией выброса имеет место практически у всех больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией. Диастолическая сердечная недостаточность дебютирует в первые пять лет от начала заболевания.

ИНСУЛИНОПОДОБНЫЙ ФАКТОР РОСТА-1 И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

ЗАКИРОВА Н. Э.¹, ЗАКИРОВА А. Н.¹, НИЗАМОВА Д. Ф.², НИКОЛАЕВА И. Е.¹

¹ФГБОУ ВО БГМУ, ²ГБУЗ РБ РКЦ

Введение (цели/ задачи):

Установить вклад инсулиноподобного фактора роста-1 (ИФР-1) в развитие процессов ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза.

Материал и методы:

В исследование включены 112 мужчин с ХСН ишемического генеза, которые разделены на 4 группы в зависимости от функционального класса (ФК) ХСН. В контрольную группу вошли 25 здоровых мужчин-добровольцев. Состояние внутрисердечной гемодинамики оценивали по данным эхокардиографии, определяли индексированные объемные показатели и индекс массы миокарда (ИММ), фракцию выброса (ФВ) ЛЖ. Рассчитывали параметры ремоделирования ЛЖ: индекс сферичности (ИС), относительную толщину стенки (ОТС), миокардиальный стресс (МС), устанавливали типы ремоделирования ЛЖ. Содержание ИФР-1 в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом.

Результаты:

При оценке внутрисердечной гемодинамики у больных ХСН различных ФК, выявлено, что по мере возрастания тяжести заболевания конечные систолические и диастолические объемы ЛЖ, ИММЛЖ прогрессивно увеличивались, а ФВ ЛЖ существенно снижалась по сравнению с данными здоровых мужчин и пациентов более низких ФК. Показано, что выраженность гемодинамических сдвигов зависела от ФК ХСН и была наиболее значимой у больных ХСН III-IV ФК. Наиболее существенное возрастание ИММЛЖ и снижение ФВ ЛЖ отмечены у пациентов с ХСН IV ФК. Эти изменения развивались на фоне уменьшения ОТС и возрастания ИС ЛЖ, сопровождалась повышением МС ЛЖ. Гемодинамические сдвиги, зарегистрированные у пациентов с ХСН III-IV ФК, ассоциировались с развитием эксцентрической гипертрофии ЛЖ и характеризовались значимым подъемом параметров ИММЛЖ при низкой ОТС ЛЖ. Нами установлено, что у пациентов с ХСН I-IV ФК (общая группа) средняя концентрация ИФР-1 не имела различий с данными здоровых мужчин ($p > 0,05$). В тоже время, у больных ХСН I ФК зарегистрирован существенный подъем уровня ИФР-1 при сопоставлении с контролем ($p < 0,05$). Между тем у мужчин с ХСН II ФК параметры ИФР-1 снижались по сравнению с данными пациентов ХСН I ФК (29,1 %; $p > 0,05$), их значения приблизились к параметрам здоровых лиц ($p > 0,05$). Наиболее выраженная динамика

показателей ИФР-1, с тенденцией к снижению этих величин зарегистрирована у больных ХСН III-IV ФК. Максимальное падение активности ИФР-1 установлено у пациентов с ХСН IV ФК, ее значения были не только меньше контрольных величин, но существенно ниже параметров ИФР-1, зарегистрированных при ХСН I-II ФК. При корреляционном анализе, проведенном у пациентов с ХСН III-IV ФК, установлены обратные взаимосвязи между уровнем ИФР-1 и показателем ИММЛЖ ($r = - 48, p < 0,05$).

Заключение:

Результаты исследований указывают на существенный вклад дефицита ИФР-1 в развитие процессов ремоделирования ЛЖ у пациентов с ХСН ишемического генеза.

ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ И ЛАТЕНТНЫЕ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

КУРМАНБЕКОВА Б. Т., ОСМАНКУЛОВА Г. Э., НОРУЗБАЕВА А. М.
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ И ТЕРАПИИ
ИМЕНИ АКАД. М. МИРРАХИМОВА

Введение (цели/ задачи):

При хронической сердечной недостаточности (ХСН) развивается и прогрессирует инсулинорезистентность (ИР), что способствует развитию сахарного диабета (СД) 2 типа и приводит к ухудшению прогноза и увеличению смертности. Кроме этого, активация ренин-ангиотензиноподобной системы также потенцирует развитие нарушений углеводного обмена (НУО). Поэтому раннее выявление латентных НУО во взаимосвязи с нейрогуморальной дисрегуляцией у больных с ХСН является актуальным. Цель исследования: изучение распространенности латентных нарушений углеводного обмена во взаимосвязи с инсулинорезистентностью у госпитализированных пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы:

У 279 госпитализированных больных с ХСН функциональный класс (ФК) II-III (NYHA) различной этиологии, без СД 2 типа и приема гипогликемических средств в анамнезе, не старше 70 лет, получающих базисную терапию по ХСН, проведены сбор антропометрических данных (рост, вес, индекс массы тела, объем талии), измерение уровня артериального давления, опрос по шкале FINDRISC (the Finnish diabetes risk score – опросник Финской диабетической ассоциации для оценки десятилетнего риска развития СД 2 типа), ряд анализов (глюкоза крови натощак, липидный спектр, гликогемоглобин, креатинин с расчетом скорости клубочковой фильтрации по СКД-EPI). Всем пациентам проведен стандартный оральный тест толерантности к глюкозе (ОТТГ) с нагрузкой в 75 гр глюкозы. Содержание NTproBNP, альдостерона и инсулина определены методом иммуноферментного анализа. ИР оценена при помощи формулы HOMA-IR (Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance).

Результаты:

Из 279 пациентов (средний возраст 58,17±8,8) мужчины составили 53,7% (n=150), женщины – 46,3% (n=129). По этиологическому признаку чаще всего среди больных с ХСН встречались пациенты с коронарной болезнью сердца (КБС) – 73,8% (среди них КБС в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) – 51,2%), приобретенные пороки сердца – 21,5%, миокардиты и кардиомиопатии – 5,01%. На основании результатов ОТТГ среди всех обследуемых пациентов у 41,2% (n=115) выявлены латентные НУО: нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ) –

27,6% (n=77), СД 2 типа впервые выявленный – 13,6% (n=38); и без НУО оказалось 58,8% (n=164) пациентов. Среди лиц с НУО достоверно чаще встречались такие факторы риска, как избыточная масса тела (p<0,005), наследственность (p<0,01), АГ (p<0,005), повышенные уровни триглицеридов (p<0,025). При исходном опросе по шкале FINDRISC в группе с НУО, а именно у больных с СД 2 типа впервые выявленным, общее количество баллов оказалось значимо выше, по сравнению с пациентами без НУО (p<0,001). ИР выявлена у всех больных с ХСН, причем ее уровень возрастал по мере увеличения выраженности НУО. У больных с НТГ индекс HOMA-IR оказался статистически значимо выше, чем у пациентов без НУО (p<0,005). Средняя концентрация альдостерона в крови также повышалась по мере нарастания тяжести НУО, а именно СД 2 типа впервые выявленного, по сравнению больных без НУО (p<0,025). В то же время, по уровню NTproBNP не выявлено статистически значимых различий между группами, но его уровень достоверно повышался в зависимости от ФК тяжести СН (NYHA).

Заключение:

При проведении ОТТГ у госпитализированных больных с ХСН выявлена значительная распространенность латентных НУО – 41,2%, от предиабета – НТГ (27,6%) до СД 2 типа впервые выявленного (13,6%). ИР определялся у всех больных с ХСН и достоверно возрастала по мере увеличения выраженности НУО. Средний уровень альдостерона достоверно выше оказался у пациентов с СД 2 типа впервые выявленным, чем у пациентов без НУО. Своевременное выявление с помощью ОТТГ скрытых НУО во взаимосвязи с ИР при ХСН дает возможность определить их характер и выраженность, начать превентивные немедикаментозные и медикаментозные вмешательства для профилактики развития и лечения СД 2 типа, что позволит снизить смертность и улучшить прогноз у данной категории тяжелых пациентов.

К ВОПРОСУ О ФАКТОРАХ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Волкова С. Ю.¹, Томашевич К.А.², Пантеева Е.В.¹

¹ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России,

²ОАО МСЧ «Нефтяник»

Введение (цели/ задачи):

Оценить факторы, влияющие на летальность пациентов с ХСН в отдаленном периоде наблюдения после госпитализации.

Материал и методы:

Проведено проспективное наблюдение пациентов госпитализированных с диагнозом «ХСН, декомпенсация». В исследование вошли данные 177 пациентов (88 мужчин и 89 женщин, средний возраст 73,2±11,1 лет). Проводился анализ повторных госпитализаций и оценка конечной точки исследования (летальный исход) на протяжении 4-х лет данной когорты пациентов с оценкой исходов, средний срок наблюдения составил 325,8 ± 291,5 дней (от 0 до 1267 дней), среднее число госпитализаций – 3,05±2,4 (от 1 до 6 за время наблюдения). С учетом данных медицинской документации при первом поступлении проведена оценка течения основного заболевания, коморбидной патологии, основных физикальных параметров, показателей углеводного обмена, функций почек с расчетом скорости клубочковой фильтрации по формуле MDRD, системы гемостаза, оценка NT-pro BNP, анализировались данные эхокардиографии, оценивалась проводимая медикаментозная терапия.

Результаты:

Основными факторами летальности у пациентов с ХСН в нашем исследовании стали: наличие ХБП с СКФ<60 мл/мин/1,73 кв.м, высокий функциональный класс ХСН, ожирение 3 стадии, наличие в анамнезе различных комбинаций клапанных пороков. Наличие пневмонии у пациентов, поступивших в стационар с «декомпенсацией ХСН», является фактором, не только способствующим госпитальной летальности, но и значимо влияющим на летальность пациентов в краткосрочном (100-дневном) периоде после госпитализации. Отсутствие приема иАПФ являлось ожидаемым фактором повышения летальности в последующем. Факторами, снижающими риск летального исхода являлись: применение биспролола, применение иАПФ, как в монотерапии, так и в комбинации с бета-адреноблокаторами, а так же применение блокаторов кальциевых каналов, назначаемых при первой госпитализации пациентов.

Заключение:

В ходе исследования, анализ факторов, приводящих к повышению летальности пациентов с ХСН в долгосрочном периоде наблюдения, показал ряд как вполне ожидаемых результатов, так и несколько, требующих дальнейшего изучения.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА И ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК

Ходжанова Ш. И.

Ташкентская Медицинская Академия

Введение (цели/ задачи):

Изучить клинических особенностей течения хронической сердечной недостаточности у больных с дисфункцией почек.

Материал и методы:

Обследованы 80 больных ХСН I-III ФК ишемического генеза (49 мужчин и 31 женщина, средний возраст 56,3±10), проходивших стационарное лечение в отделениях кардиореанимации и неотложной кардиологии. Все больные были разделены на две группы: 1 группу составили 40 больных, ХСН с дисфункцией почек и 2 группу 40 больных с ХСН без дисфункцией почек. Больным проведено комплексное обследование, которое включало в себя сбор анамнеза, общеклинические методы, лабораторное и инструментальные исследования. Клиническое состояние пациентов оценивалось по Шкале оценки клинического состояния (ШОКС) в модификации Мареева В.Ю и проведен «тест шестиминутной ходьбы». Всем больным, включенным в программу исследования, с целью оценки систолической и диастолической функции сердца проводилось эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле MDRD. (Modification of Diet in Renal Disease Study). Экскрецию альбумина с мочой (ЭАМ) определяли методом-тест полосок.

Результаты:

Наиболее частыми жалобами в обеих группах являлись боль в прекардиальной области, одышка при физической нагрузке, слабость и головная боль. Причем в группе больных с дисфункцией почек практически все параметры клинического состояния встречались в большей степени, чем у больных без дисфункцией почек. Основная разница отмечалась при изучении частоты встречаемости одышки и сердцебиение. По результатам ШОКС выраженность клинической симптоматики ХСН была взаимосвязана с функциональным состоянием почек и у больных ХСН сопутствующей дисфункции почек средний балл по ШОКС составил 4,7±0,51 баллов и у больных ХСН без дисфункции почек средний балл по ШОКС составил 7,2±0,67 баллов. Такая же картина наблюдалась на ре-

зультатах с ТШХой. У больных ХСН с дисфункцией почек средние значение ТШХ составил 237,5±29,4 метров, а у больных ХСН без дисфункции почек средние значение ТШХ составил 344,6±21,8 метров, что отражает наиболее низкую толерантность физической нагрузки у больных ХСН с дисфункцией почек. Среднее значение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) в основной группе составил 60,4±12,32 мл/мин/1,73м², а в контрольной группе составил 91,3±7,06 л/мин/1,73м². Ранний маркер нефропатии, МАУ была выявлена у 61,2% пациентов с ХСН. Все показатели систолической функции сердца у больных ХСН с дисфункцией почек были несколько хуже, чем у больных ХСН без дисфункции почек. Достоверные изменения отмечались в показателях ФВ ЛЖ, КДО и КСО ЛЖ. УО составил 96±2,7 мл, ФВ-50,1±4,9, КДО-172,0±10,6 мл, КСО-68,2±11,9 мл. Нарушения диастолической функции сердца были выявлены у пациентов обеих групп. По данным нашего исследования достоверные изменения в диастолической функции сердца были в показателях DT- времени замедления раннего диастолического наполнения и IVRT- времени изоволюмического расслабления ЛЖ (DT=253,97±29,07 мс у больных ХСН без ДП и DT=277,54±37,56 мс у больных ХСН с ДП, IVRT=106,79±34,78 мс у больных ХСН без ДП и 117,47±19,34 мс у больных ХСН с ДП (p<0,01). Больные со сниженной функцией почек имели больше диаметр левого предсердия, митральную регургитацию.

Заключение:

Дисфункция почек развивается задолго до появления симптомов ХСН. При ХСН дисфункция почек выражается снижением СКФ а также больших вероятностью МАУ. Нарастание ФК ХСН приводит к увеличению случаев развития хронического заболевания почек (ХПБ). На ранних стадиях ХСН нарушается способность почек поддерживать натриевый баланс в ответ на его высокое поступление. Затем снижаются почечный кровоток и СКФ. При прогрессировании ХСН и дальнейшем снижении сердечного выброса кровотока в приносящих артериях снижается настолько, что почечное перфузионное давление и СКФ снижаются и увеличивается концентрация креатинина сыворотки. Подобные нарушения функции почек отражался на течении и клинической картине ХСН. В нашем исследовании у больных с дисфункцией почек баллы по шкале ШОКС полутора раза превосходили баллы в сравнении без дисфункции почек. А также отражено наиболее низкая толерантность к физической нагрузке у больных ХСН с дисфункцией почек. Структурно-функциональные изменения сердца у больных с хронической сердечной недостаточностью, сопровождающийся с дисфункцией почек, характеризуются выраженной систолической и диастолической дисфункцией левого желудочка, высокая частота развития митральной регургитации. Таким образом, изучение состояние почек является одним из основных прогностических факторов у больных с тяжелой ХСН. А это указывает проводить в дальнейшем исследования, способные предложить новые морфологические и инструментальные критерии диагностики дисфункции почек у больных с ХСН.

ПРОГНОЗ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Нуриддинов Н. А.¹, Аvezов Д.К.¹, Камилова У.К.²

¹Ташкентская медицинская академия,

²РСНПМЦ ТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Введение (цели/ задачи):

Оценить прогноз и качество жизни у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в зависимости от нейрогуморального фактора – уровня альдостерона.

Материал и методы:

Обследованы 64 больных перенесших ИМ, осложненной I-III ФК ХСН в возрасте от 40 до 60 лет. Всем больным был проведен тест шестиминутной ходьбы (ТШХ) и оценка клинического состояния по ШОКС. Определение уровня альдостерона проводилось иммуноферментным методом. Оценку КЖ больных проводили с помощью Миннесотского опросника. Прогноз оценивали по частоте повторных госпитализаций, частоты развития повторного нефатального и фатального ИМ (ПНФИМ и ПФИМ), летальности. Длительность наблюдения составило 3 года.

Результаты:

Прогноз оценивался через год и через 3 года. Годичное наблюдение показало, что частота повторных госпитализаций составило 31%, частота развития ПНФИМ - 7,6%, ПФИМ 6,6% и летальность -10%. Через 3 года наблюдения частота повторных госпитализаций составило 40%, ПНФИМ – 10,4% и ПФИМ – 7%,. Летальность составило 16%. При анализе показателей прогноза у больных перенесших ИМ отмечено, что неблагоприятный прогноз отмечался у больных с низкой фракцией выброса(ФВ) и толерантностью к физической нагрузке, высоким уровнем альдостерона. Результаты исследования показали, что у больных неблагоприятный прогноз отмечалось более выраженное снижение суммарного индекса качества жизни, которая коррелировала с показателями ТШХ, ШОКС и уровнем альдостерона (r=0,68; r=0,59; r=0,72). .

Заключение:

Высокий уровень альдостерона и низкий показатель ФВ у больных ХСН являются предикторами неблагоприятного прогноза.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Цырульникова А. Н.¹, Мистюкевич А. П.², Малаева Е. Г.¹

¹ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ,

²ГОМЕЛЬСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №3

Введение (цели/ задачи):

Изучение таких составляющих психосоматических особенностей как уровень депрессии, качество жизни, личностная и реактивная тревожности у больных хронической сердечной недостаточностью на фоне артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца.

Материал и методы:

Было обследовано 105 больных ИБС и артериальной гипертензией с проявлением ХСН I-IV функциональных классов по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца. Уровень депрессии определяли по шкале депрессии Бека, уровень качества жизни исследовали с помощью опросника NAIF(New Assessment and Information form to Measure Quality of life.P.Y.Hugenholtz and R.A. Erdman, 1995), оценку личностной и реактивной тревожности проводили с применением шкалы Спилберга-Ханина. Статистический анализ проводили с использованием непараметрических критериев: Т- критерия Манна-Уитни, метода ранговой корреляции Спирмена, обработка данных проводилась с помощью программы « Statistica» 6.0.

Результаты:

Отсутствие депрессивных симптомов было отмечено у 39 пациентов (37,2%), депрессия различной степени была выявлена у 66 пациентов (62,8%). Легкая депрессия наблюдалась у 25 человек (41%), умеренная – у 26 человек (34,5%), выражен-

ная - у 11 человек (18%) и тяжелая у 4 человек (6,5%). Чаще депрессией страдали пациенты, у которых была артериальная гипертензия II-III степени и стенокардия напряжения ФК II и III, а также пациенты, имеющие сочетание ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии. Интегральный показатель качества жизни был незначительно снижен у пациентов ХСН I ФК ($73,8 \pm 3,5\%$), умеренно снижен у пациентов II ФК ($62 \pm 3,6\%$), значительно снижен у пациентов III ФК ($44,2 \pm 3,8\%$) и резко снижен у пациентов IV ФК ($23,4 \pm 3,8\%$). По нозологическим причинам интегральный показатель качества жизни был ниже у пациентов, которые страдали артериальной гипертензией II-III степени, стенокардией напряжения ФК II-III, а также лица, имеющие сочетание артериальной гипертензии и ишемической болезнью сердца. Уровень реактивной тревожности у всех групп пациентов не превысил 45 баллов, т.е. остался умеренным, не было зависимости реактивной тревожности от ФК ХСН, ФК стенокардии и степени артериальной гипертензии. В тоже время был отмечен высокий уровень личностной тревожности у пациентов II и III ФК ХСН, у пациентов со стенокардией ФК II-III, артериальной гипертензией II-III степени и при сочетании стенокардии напряжения и артериальной гипертензии.

Заключение:

Депрессивные расстройства выявлены у 62,8% больных, страдающих ХСН; когнитивно - аффективные нарушения преобладали у пациентов I и II ФК ХСН, соматические проявления депрессии – у пациентов III и IV ФК ХСН. Депрессивные расстройства ассоциировались с женским полом (68% женщин и 32% мужчин), возрастом старше 50-ти лет и тяжестью соматического заболевания. Уровень качества жизни снижается с увеличением ФК ХСН и тяжестью соматического заболевания. Уровень реактивной тревожности у всех групп пациентов с ХСН является умеренным, уровень личностной тревожности является высоким и ассоциируется с тяжестью ХСН и соматического заболевания, что возможно связано с индивидуальными особенностями личности и влиянием соматического заболевания на личность.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

ГАРГАНЕЕВА А. А., КУЗЬМИЧКИНА М. А., КУЖЕЛЕВА Е. А.,
АЛЕКСАНДРЕНКО В. А., ТЕПЛЯКОВ А. Т.
НИИ Кардиологии, Томский НИМЦ

Введение (цели/ задачи):

Изучить распространенность и особенности клинической картины хронической сердечной недостаточностью (ХСН) среди пациентов, госпитализированных в специализированный кардиологический стационар.

Материал и методы:

В исследовании проанализирована медицинская документация пациентов, госпитализированных в специализированный кардиологический стационар в первом квартале 2016 года ($n=230$). Средний возраст включенных в исследование пациентов составил $59,7 \pm 10,7$ лет. Исследуемая группа была представлена преимущественно мужчинами (72,8%). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием статистической программы Statistica V10.0.

Результаты:

Из 230 пациентов, включенных в исследование, ХСН была диагностирована у 210 больных (91,3%). Большинство пациентов

с ХСН страдали ишемической болезнью сердца (70,9%) и артериальной гипертензией (78%), которые сочетались в 69,5% случаев. Каждый третий пациент (36,2%) имел в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда. Хронический миокардит был причиной развития ХСН в 10,4% случаев, прочие заболевания (нарушения ритма сердца, ревматическая болезнь сердца и др.) – в 10% случаев. Наиболее частой жалобой больных с ХСН явилась одышка - у 74,2% пациентов. На ощущение сердцебиения и перебоев в работе сердца жаловались 34,7% и 34,2% больных, соответственно. Ортопноэ отмечалось в 1,9% случаев. При объективном исследовании застойные явления в большом круге кровообращения в виде пастозности или отеков нижних конечностей выявлялись у 25,7% пациентов. В двух случаях был диагностирован асцит (1,9%), у 5 больных выявлена гепатомегалия. Застойные хрипы в легких определялись в 3,3% случаев, приступы сердечной астмы - у 4 пациентов (1,9%). В исследуемой группе больных ХСН преобладали пациенты со II функциональным классом (ФК) по классификации NYHA (48,1%). На долю больных с ФК III ХСН пришлось 32,8% случаев. У 4 пациентов диагностирован IV функциональный класс ХСН. В 16,2% случаев симптомы ХСН беспокоили пациентов только при значительной физической нагрузке, что соответствует I функциональному классу.

Заключение:

Распространенность ХСН среди больных, госпитализированных в специализированный кардиологический стационар, превышает 90%. Наиболее часто сердечная недостаточность развивалась на фоне сочетания ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии. Каждый второй больной с ХСН имел симптомы, характерные для II функционального класса, согласно классификации NYHA, каждый третий – III функционального класса. Несмотря на высокий уровень развития кардиологической науки и практики, в 1,9% случаев у пациентов диагностировалась тяжелая ХСН IV ФК, проявляющаяся ортопноэ и эпизодами сердечной астмы.

СОСТОЯНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ, ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

ЗАКИРОВА Н. Э.¹, НИЗАМОВА Д. Ф.¹, НИКОЛАЕВА И. Е.²,
ЗАКИРОВА А. Н.¹

¹ФГБОУ ВО БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ,

²ГБУЗ РБ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

Введение (цели/ задачи):

Оценить состояние систолической и диастолической функции левого желудочка (ЛЖ), особенности ремоделирования миокарда у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-IV функционального класса (ФК).

Материал и методы:

Обследованы 112 мужчин с ХСН ишемического генеза, которые разделены на 4 группы в зависимости от ФК ХСН. В контрольную группу вошли 25 здоровых мужчин-добровольцев. Состояние внутрисердечной гемодинамики оценивали по данным эхокардиографии, определяли фракцию выброса (ФВ), индексированные объемные показатели и индекс массы миокарда (ИММ) ЛЖ. Рассчитывали параметры ремоделирования ЛЖ: индекс сферичности (ИС), относительную толщину стенки (ОТС), миокардиальный стресс (МС), интегральный систолический индекс

ремоделирования (ИСИР), устанавливали типы ремоделирования ЛЖ. При оценке диастолической функции ЛЖ исследовали параметры максимальной скорости трансмитрального потока: в период раннего (V_e) и позднего диастолического наполнения (V_a) ЛЖ, соотношение их скоростей (V_e/V_a). Выделяли 3 типа нарушений диастолической функции ЛЖ: с нарушенной релаксацией, рестриктивный и псевдонормальный.

Результаты:

При оценке внутрисердечной гемодинамики выявлено, что при ХСН I ФК объемные показатели и ФВ ЛЖ, а также структурно-геометрические параметры ремоделирования ЛЖ не значимо отличались от контроля. По мере возрастания тяжести ХСН конечные диастолические и систолические объемы, ИММЛЖ прогрессивно увеличивались, а ФВ ЛЖ существенно снижалась по сравнению с данными здоровых и пациентов ХСН более низких ФК. Выраженность гемодинамических сдвигов зависела от ФК ХСН и была наиболее значимой у больных с ХСН III-IV ФК. У больных ХСН IV ФК отмечены максимальный подъем значений ИММЛЖ и снижение ФВ ЛЖ, эти изменения развивались на фоне уменьшения ОТС и возрастания ИС, сопровождались повышением МС ЛЖ. Наиболее информативным показателем оценки тяжести ХСН и выраженности ремоделирования ЛЖ оказался ИСИР, его параметры у больных III-IV ФК были не только в 2 и более раз меньше контроля, но и значимо отличались от данных ХСН I-II ФК. При оценке типов ремоделирования ЛЖ установлено, что 75% больных IV ФК имели эксцентрическую гипертрофию ЛЖ, а у пациентов с ХСН II-III ФК отмечено сочетание концентрической гипертрофии (33,3%) и концентрического ремоделирования (22,1 %) с эксцентрической гипертрофией ЛЖ (44,6 %). При исследовании диастолической функции ЛЖ выявлено, что для ХСН I ФК было характерно нормальное диастолическое наполнение ЛЖ, а для ХСН II ФК преобладающим типом диастолической дисфункции был тип с нарушенной релаксацией, характеризующийся снижением доплеровских скоростей V_e/V_a . Наиболее выраженные нарушения диастолической функции отмечены у пациентов с ХСН IV ФК, при котором соотношение V_e/V_a было значимо увеличено и превышало 1,5, что свидетельствовало о наличии рестриктивного типа диастолической дисфункции.

Заключение:

Тяжелое течение ХСН характеризуется дезадаптивной формой ремоделирования с развитием эксцентрического типа ремоделирования ЛЖ и рестриктивного типа диастолической дисфункции

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЛИЦ ИБС С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Шибeko Н. А., Гелис Л. Г., Русак Т. В., Медведева Е. А.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

«Кардиология»

Введение (цели/ задачи):

Целью исследования явилось изучение влияния традиционных клинико-анамнестических, инструментальных и интраоперационных факторов риска на развитие острой сердечной недостаточности при кардиохирургических вмешательствах у лиц с ИБС с сохранной фракцией выброса.

Материал и методы:

В исследовании изучался риск возникновения острой сердечной недостаточности (ОСН) у лиц с ИБС при кардиохирургических вмешательствах, имеющих сохранную фракцию выброса левого желудочка (ЛЖ) $\geq 40\%$. Проведен ретроспективный анализ

историй болезни пациентов с ИБС, которым выполнено коронарное шунтирование или коронарное шунтирование с клапанной коррекцией в условиях искусственного кровообращения (ИК). Всем пациентам, включенным в исследование, проводились общепринятые клинико-инструментальные и лабораторные обследования, включавшие в себя сбор анамнестических данных, физикальные исследования, ЭКГ в 12 отведениях, эхокардиографию, а также коронароангиографию. Оценивались характер, степень и уровень суммарного поражения коронарного русла. Анализ результатов исследования проводили на основе биостатистических методов программы STATSOFT STATISTICA for Windows (6.0), SSPS for Windows (14.0).

Результаты:

Проанализирована 231 история болезни пациентов с исходной пограничной фракцией выброса ЛЖ после коронарного шунтирования (182 человека) и коронарного шунтирования с клапанной коррекцией (49 человек) в условиях ИК, из них у 12 (5,2%) человек ранний послеоперационный период осложнился ОСН, которая включала кардиальную астму, отек легких и кардиогенный шок, возникшие в течение 35ч после оперативного лечения. Обход ЛЖ использовался у 10 (4,3%) человек, ВАБК применялась в 4 (1,7%) случаях. Госпитальная летальность составила 1,3%. Острая сердечная недостаточность была причиной смерти всех умерших больных. Пациенты разделены на две группы. В 1-ю группу вошли 12 (5,2%) пациентов, у которых ранний послеоперационный период осложнился развитием ОСН, 2-ю группу составили 219 человек (94,8%) у которых не было данного осложнения. Группы сопоставимы по возрасту и полу. Так, средний возраст пациентов 1-ой группы составил $58,4 \pm 9,4$ года и $57,1 \pm 6,6$ лет во 2-ой группе, а количество женщин – 16,6% и 14,6% соответственно. Кроме этого, группы сопоставимы по сопутствующей патологии, функциональным классам стенокардии и сердечной недостаточности, а также по фракции выброса ЛЖ. Пациенты с развитием ранней послеоперационной ОСН отличались достоверно большим суммарным поражением коронарных артерий (СПАС), однако количество пораженных артерий и полнота реваскуляризации, а также прогнозируемый операционный риск по шкале EuroSCORE II достоверных различий не имели в этих группах пациентов. При проведении корреляционного анализа установлено, что сильная взаимосвязь наблюдается между наличием периоперационной сердечной недостаточности и суммарным поражением коронарных артерий (СПАС) ($r = 0,78$; $p = 0,0005$), интраоперационным временем ишемии миокарда ($r = 0,77$; $p = 0,000000$), временем искусственного кровообращения ($r = 0,72$; $p = 0,000000$), индексом массы миокарда ЛЖ ($r = 0,70$; $p = 0,000000$). При анализе диастолической функции ЛЖ выявлено, что у пациентов с развившейся периоперационной сердечной недостаточностью, до хирургического вмешательства достоверно чаще выявлялась диастолическая дисфункция 2 и 3 типа, чего не наблюдалось у лиц с неосложненным послеоперационным течением. Это дает возможность предполагать, что в механизме развития ОСН у оперированных лиц с сохранной фракцией выброса ЛЖ существенную роль играет диастолическая дисфункция.

Заключение:

Установлено, что из традиционных показателей, выполняемых перед проведением КШ и клапанной коррекции, достоверными факторами, влияющими на развитие ОСН у пациентов ИБС с сохранной фракцией выброса являются СПАС, ИММЛЖ, интраоперационное время ишемии миокарда и время искусственного кровообращения, а также выраженная диастолическая дисфункция ЛЖ.

ЧАСТОТНОСТЬ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СРЕДИ БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Турсунова Л. Д.

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/ задачи):

Оценить частоту хронической сердечной недостаточности у пациентов кардиологического профиля в условиях реальной клинической практики.

Материал и методы:

Проведен анализ работы приема кардиолога в поликлинике при Республиканской клинической больницы №1 за 1 месяц, число дней приема – 24. Всего было принято 334 человек (в среднем 13,9 человека в день), из них 58,0% (194 человек) женщин и 42,0% (140 человек) мужчин. Возраст пациентов составил от 20 до 88 лет, в среднем $55,1 \pm 14,7$ лет. Основную возрастную категорию составили пациенты от 50 до 69 лет (60-69 лет – 30,0% и 50-59 лет – 29,0%). Диагностика хронической сердечной проводилась в соответствии с рекомендациями ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН.

Результаты:

На прием к кардиологу в течение 1 месяца обратилось 334 человека. У большинства из них (51,8%), поводом для обращения была артериальная гипертензия. Больные нуждались в уточнение диагноза или коррекции гипотензивной терапии. Второй по частоте причиной обращения явились нарушения ритма сердца – 15,1%. Диагноз ишемическая болезнь сердца и вегетососудистая дистония в качестве основного поставлен 12,2% и 12,5% пациентам. Врожденные и приобретенные пороки сердца стали поводом для обращения у 3,8% пациентов. По частоте сопутствующей патологии лидировало ожирение – 54,0%. Артериальная гипертензия в качестве сопутствующего заболевания имела место почти у четверти пациентов – 23,5%. С одинаковой частотой диагностированы сахарный диабет 2 тип, гиперхолестеринемия, заболевания желудочно-кишечного тракта. ХСН у пациентов, обратившихся на прием к кардиологу диагностирована в 18,4% случаев.

Заключение:

В условиях реальной клинической практики у пациентов в возрасте 50-69 лет, обратившихся на прием к кардиологу, хроническая сердечная недостаточность встречается с частотой 18,4%.

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

ВЛИЯНИЕ БЕССИМПТОМНОЙ ДИЛАТАЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ТЕЧЕНИЕ ПЕРЕДНЕГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Бейшенкулов М. Т., Чазымова З.М., Калиев К.Р.,

Токтосунова А.К., Абдурашидова Т.Ш.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ И ТЕРАПИИ

им. М. МИРРАХИМОВА

Введение (цели/ задачи):

Изучение ремоделирования, диастолической функции левого желудочка при бессимптомной дилатации левого желудочка у больных первичным передне - перегородочным ИМ.

Материал и методы:

Проспективно в течение 1 года обследовано 58 больных первичным ИМ передне - перегородочной локализации без признаков СН с ФВ ЛЖ более 40%. Все пациенты, включенные в исследование, были мужского пола. Группы больных: 1-я – больные без дилатации ЛЖ (КДР ЛЖ < 5,5 см) (n=28); 2-я - больные ИМ с бессимптомной дилатацией ЛЖ (КДР ЛЖ 5,6-5,9 см) (n=30);

Результаты:

Анализ данных ЭХОКГ, на 3 сутки заболевания показал, что у больных ИМ без дисфункции ЛЖ (1 гр.) в сравнении с больными с дисфункцией ЛЖ (2 гр.) при достоверно увеличенных КДР ЛЖ и объемных показателях ЛЖ (ИКДО ЛЖ и ИКСО ЛЖ) ФВ ЛЖ не различалась. На 3 сутки заболевания у больных 1-й гр. имелись признаки нарушения релаксации: увеличение А, уменьшение Е, Е/А. В группе больных ИМ с бессимптомной дисфункцией ЛЖ (2 гр.) отмечалось достоверное снижение Е/А ($0,60 \pm 0,3$ против $0,79 \pm 0,4$ ($p < 0,05$)). Изменения геометрии ЛЖ были уже на 3 сутки заболевания у больных 2-й группы: диастолический индекс сферичности (ИСд) был достоверно больше, чем в 1-й группе ($0,57 \pm 0,01$ ед против $0,51 \pm 0,01$ ед ($p < 0,05$)). На 3 сутки заболевания степень выраженности меж- и внутривентрикулярной асинхронии достоверно между группами не различались. На 30 сутки заболевания у больных 1 группы отмечалось улучшение систолической функции ЛЖ. В то же время дальнейшее динамическое наблюдение за насосной функцией ЛЖ у больных 2 группы к 30 суткам показало достоверное увеличение объемных показателей ЛЖ (КДО ЛЖ составил $163,2 \pm 37,2$ мл, КСО ЛЖ – $94,6 \pm 23,8$ мл), отмечалась тенденция к снижению фракции выброса ЛЖ с $43,8 \pm 2,7\%$ до $42,0 \pm 2,8\%$. К 6 месяцу у больных 2 группы ФВ ЛЖ составила $38,9 \pm 2,4\%$. При оценке диастолической функции, уже на 30 сутки заболевания у больных 1-й гр. выявлено уменьшение выраженности диастолической дисфункции. Так, продолжительность DT уменьшилась с $213,2 \pm 45,7$ мс до $207,1 \pm 41,3$ мс, IVRT - с $111,4 \pm 17,9$ мс до $102,3 \pm 13,1$ мс ($p < 0,001$), а также увеличилось среднее значение отношения Е/А с $0,79 \pm 0,4$ ед до $0,89 \pm 0,2$ ед. Проанализированы типы трансмитрального доплеровского потока и их распространенность у больных с ИМ. К 6 месяцу постинфарктного периода диастолическая функция ЛЖ нормализовалась у 57,1% больных 1 группы, тогда как во 2-й группе она нормализовалась всего у 26,6% пациентов, а псевдонормальный и рестриктивный типы диастолической дисфункции развились у 43,3%. У больных ИМ без дисфункции ЛЖ на 12 месяцев

заболевания СН сохранялась в 10,7% случаев, у данной группы больных увеличилась толерантность больных к физической нагрузке, достоверно увеличилось расстояние, пройденное ими за 6 минут, с 415,4±80,8 м до 520,5±91,4 м. В то же время, во 2-й группе продолжала прогрессировать СН, в результате чего она наблюдалась у 33,2% больных.

Заключение:

Динамическое наблюдение за больными ИМ с бессимптомной дилатацией ЛЖ при ФВ ?40% показало, что у таких больных по сравнению с пациентами без дилатации ЛЖ более выражены диастолическая дисфункция, дезадаптивное ремоделирование ЛЖ. В течение 12-месячного наблюдения у больных ИМ с бессимптомной дилатацией ЛЖ СН развивается чаще (ОШ-4,17; 95% ДИ-1,01-17,2, p<0,05).

ЗАЩИТНЫЕ ЭФФЕКТЫ ИШЕМИЧЕСКОГО ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОИМ И ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Гореликов А. В.¹, Карпелев Г. М.¹, Карпелева О. Г.¹, Чегерова Т. И.², Островский Ю. П.³

¹Могилевская областная больница,

²Могилевский государственный университет

имени А.А. Кулешова,

³Республиканский научно-практический центр «Кардиология»

Введение (цели/ задачи):

Эффективное восстановление кровотока в инфаркт-связанной артерии при первичных чрезкожных коронарных вмешательствах (ПЧКВ) у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) и подъемом сегмента ST в 25% случаев не приводит к оптимальной тканевой перфузии. Причины неудовлетворительных результатов интервенционного лечения включают в себя микроваскулярную дисфункцию и реперфузионное повреждение миокарда. Цель исследования: оценка защитных эффектов ишемического посткондиционирования (ИПостК) при ПЧКВ у пациентов с ОИМ и подъемом сегмента ST.

Материал и методы:

Обследован 31 пациент в возрасте 33-64 лет. 16 пациентов составили контрольную группу и 15 основную. В исследование включены пациенты с наличием полной окклюзии одной из крупных эпикардиальных коронарных артерий, подъемом сегмента ST>0.1 mV в двух и более смежных отведениях и поступивших в стационар в первые 6 часов от начала заболевания. Время симптом-баллон составило 239,7±67,8 минут в контрольной группе и 246,1±48,3 минут в основной. Всем пациентам проведены мануальная аспирационная тромбэктомия и ПЧКВ. Пациентам основной группы в течение первой минуты после восстановления коронарного кровотока выполнена процедура ИПостК посредством серии из пяти последовательных коротких циклов окклюзии (60 с)/открытия (30 с) просвета коронарной артерии. Адекватность восстановления коронарного кровотока и тканевой перфузии оценивались ангиографически по шкалам MBG и TIMI, а также электрокардиографически по динамике суммарного показателя подъема сегмента ST. Эффективность интервенционного лечения оценивалась по индексу спасенного миокарда (ИСМ), который рассчитывался по данным однофотонной эмиссионной томографии миокарда с комплексом MIBI99mTc, проведенной через 60-120 минут и 10-12 суток после ПЧКВ.

Результаты:

Исследуемые группы пациентов различались по показателю ИСМ – в опытной группе этот показатель составил 0,55 (0,18 –

1,0), в контрольной 0,1 (-2,47 – 0,54). По данным парной однофотонной эмиссионной томографии у 25% пациентов контрольной группы стандартное интервенционное лечение сопровождалось распространением зоны некроза миокарда к 10-12 суткам, что является прямым доказательством реперфузионного повреждения миокарда. В опытной группе случаев распространения зоны некроза после ПЧКВ не отмечено. Для оценки влияния ишемического фактора на конечный размер зоны инфаркта в пределах обеих исследуемых групп были выделены пациенты с сочетанием трех параметров –TIMI 3, MBG 3 и восстановлением сегмента ST более 50%, характеризующих эффективность реперфузии. ИСМ в основной группе продемонстрировал дополнительный прирост на 0,22 (40%), в то время как в контрольной группе прироста ИСМ не отмечено.

Заключение:

Эффективная коронарная реперфузия (сочетание TIMI 3, MBG 3 и восстановления сегмента ST более 50%) у пациентов с ОИМ и подъемом ST может сопровождаться распространением зоны некроза миокарда и свидетельствует о наличии реперфузионного повреждения. Использование ИПостК способствует предотвращению распространения инфаркта миокарда и уменьшению конечной зоны некроза. Адекватное восстановление кровотока без попытки предупреждения реперфузионного повреждения миокарда является одной из причин неудовлетворительных результатов лечения пациентов с ОИМ и подъемом сегмента ST.

КОМПЛАЕНТНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА «РОКСИМ-УЗ»

Нагаева Г. А., Мамутов Р. Ш.

АО «Республиканский специализированный центр кардиологии»

Введение (цели/ задачи):

Оценить приверженность к медикаментозной терапии у пациентов с ОКС/ОИМ на амбулаторном этапе по анамнестическим данным в одном из районов г.Ташкента (по данным исследования РОКСИМ-Уз).

Материал и методы:

Из всех включенных в данный регистр (за один 2015 год) респондентов были проанализированы данные 771 человека, из которых 491 (63,7%) (в дальнейшем 100%) – были живые люди, оставшиеся 280 (36,3%) – были умершими (по данным СМЭ и ЗАГСа). Согласно протоколу регистра была сформирована база данных, по которой проводился необходимый анализ.

Результаты:

Средний возраст пациентов составил 58,3 ±7,9 лет. В гендерном аспекте преобладали лица мужского пола (55% мужчин и 45% женщин). У подавляющего большинства пациентов в анамнезе имели место стенокардия - 85,7% больных и артериальная гипертензия (АГ) – 79,4%, а также сахарный диабет (СД) – 21,6% и хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – 50,1%; 31% больных ранее перенесли, как минимум, один инфаркт миокарда. При оценке приверженности к терапии было выявлено, что более 70% обследованных оказались склонными к приёму медикаментозной терапии, при этом 20% принимали комбинации из 3 ЛС (из которых излюбленными оказались АСК в сочетании с группой БАБ и иАПФ – 46,4%) и 16% принимали комбинации из 4 ЛС (превалирующими из которых оказались АСК в сочетании с группой БАБ, иАПФ и нитратов – 71,4%). Развитие ОИМ с зубцом Q чаще наблюдалось у пациентов, либо совсем не принимавших никаких ЛС (15,6%), либо у лиц, при-

нимавших 6 и более ЛС (16,7%). По мере увеличения возраста пациентов наблюдался прирост комплаентности к врачебным рекомендациям.

Заключение:

Результаты исследования «РОКСИМ-Уз» свидетельствуют о необходимости проведения подобных регистров, с целью объективного выявления характера лечения данной категории больных, а также подчеркивают востребованность агитационно-разъяснительных работ среди населения для более раннего выявления ОКС/ОИМ и внимательного отношения к собственному здоровью.

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Калиев К. Р., Бейшенкулов М. Т., Чазымова З. М., Токтосунова А. К., Абдурашидова Т. Ш.

Национальный Центр Кардиологии и Терапии
им. М. Миррахимова

Введение (цели/ задачи):

Изучение степени нарушения функции почек у больных нестабильной стенокардией с сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса левого желудочка в зависимости от типа диастолической дисфункции левого желудочка.

Материал и методы:

Обследовано 15 (7 мужчин и 8 женщин) больных нестабильной стенокардией с сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса левого желудочка. Фракция выброса левого желудочка у всех больных составила >50%. В первую группу вошли 10 больных с диастолической дисфункцией левого желудочка по типу нарушения релаксации, во вторую группу вошли 5 больных с псевдонормальным типом диастолической дисфункции левого желудочка. Средний возраст больных составил 66,67±3,75 лет. Всем больным проводилась ЭХОКГ с определением размеров предсердий, правого и левого желудочек, оценкой систолической и диастолической функций миокарда. Оценку почечной функции определяли при помощи подсчета скорости клубочковой фильтрации по формуле СКД-EPI, суточной протеинурии, суточной микроальбуминурии.

Результаты:

При анализе данных было выявлено снижение скорости клубочковой фильтрации во второй группе больных с псевдонормальным типом диастолической дисфункции – 55,8±8,98 мл/мин/1,73м² по сравнению с первой группой больных, имевших диастолическую дисфункцию по типу нарушения релаксации – 62,1±10,27 мл/мин/1,73м² (p=0,26). Суточная протеинурия во второй группе больных оказалась выше – 50,4±5,66 мг/сут в отличие от первой группы больных – 46,0±5,78 мг/сут (p=0,18), также как и суточная микроальбуминурия – 7,8±5,1 мг/сут во второй группе больных по сравнению с первой группой больных – 6,6±1,10 мг/сут (p=0,62).

Заключение:

У больных нестабильной стенокардией с сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса при диастолической дисфункции по типу нарушения релаксации почечная дисфункция была выражена меньше, чем у больных с псевдонормальным типом диастолической дисфункции. Для более детального изучения взаимосвязи диастолической и почечной дисфункции необходимо дальнейшее исследование.

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И СМЕЩЕНИЯ ST-СЕКМЕНТА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ КОМОРБИДНОМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ

НАГАЕВА Г. А.

АО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ»

Введение (цели/ задачи):

Оценить частоту встречаемости нарушений ритма сердца (НРС) во взаимосвязи со смещением ST-сегмента у больных со снижением артериального давления (АД) по данным скорой медицинской помощи (СМП) в одном из районов г.Ташкента (данные исследования РОКСИМ-Уз).

Материал и методы:

За 2015 год было обследовано свыше 32000 сигнальных листов СМП, из которых было отобрано 620 случаев с подозрением на острый инфаркт миокарда (ОИМ) или острый коронарный синдром (ОКС). Из 620 отобранных случаев у 55 (8,9%) больных было зафиксировано систолическое АД<100мм.рт.ст. (среднее САД=85,64±17,29мм.рт.ст.).

Результаты:

В ходе исследования было установлено, что из 55 респондентов с САД<100мм.рт.ст., в 14 (25,5%) случаях регистрировалось смещение ST-сегмента (7 – с ST-элевацией и 7 – с ST-депрессией); в 24 (43,6%) случаях на ЭКГ фиксировались различные НРС (3 – с пароксизмальной фибрилляцией предсердий, 2 – с пароксизмами желудочковой тахикардии и 19 – с пароксизмами суправентрикулярной тахикардии). Среднее САД у лиц с НРС составило 88,75±10,35мм.рт.ст. и средняя ЧСС=147,10±32,51уд/мин, в то время как у респондентов без НРС аналогичные показатели составили – 83,23±21,04мм.рт.ст. и 78,22±11,94уд/мин (p<0,001). Анализ ST-смещений в сопоставлении с НРС показал, что у лиц с НРС в большинстве случаев (5 из 7) фиксировалась ST-депрессия и лишь в 1 случае – ST-элевация, в то время как у больных без НРС чаще имела место ST-элевация, нежели снижение ST-сегмента (6 vs 2, соответственно).

Заключение:

У больных с подозрением на ОКС/ОИМ в 8,9% случаев наблюдается низкий уровень систолического АД. Снижение систолического АД в 25,5% случаев сопровождается смещением ST-сегмента и в 43,6% - различными нарушениями ритма сердца. Сочетание низкого АД с нарушениями ритма сердца в большинстве случаев сопровождается ST-депрессией.

ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕКМЕНТА ST НА ЭКГ

Вакульчик К. А.¹, Межонов Е. М.², Вялкина Ю. А.², Шалаев С. В.¹

¹ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России,
²ГБУЗ ТО «ОКБ№1»

Введение (цели/ задачи):

В проспективном наблюдении изучить прогностическое значение острого почечного повреждения (ОПП) у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМП ST).

Материал и методы:

В проспективное наблюдение, продолжавшееся 6 месяцев, включен 241 пациент с ИМП ST, поступивших в стационар в течение года, в возрасте 32-95 лет (средний возраст – 62,4±11,13

лет), из них 177 (73,4%) мужчин. ОПП диагностировали согласно рекомендациям KDIGO (2012). Конечными точками в исследовании являлись: госпитальная летальность, смерть от сердечно-сосудистых причин в период последующего наблюдения, повторные госпитализации в связи с ОКС.

Результаты:

У 41,1% пациентов встречалась почечная дисфункция (СКФ < 60 мл/мин). По тяжести нарушения функции почек больные распределились следующим образом: СКФ более 90 мл/мин – 32,78%, 60-89 мл/мин – 43,98%, 45-59 мл/мин – 13,28 мл/мин, 30-44 мл/мин – 5,81 мл/мин, 15-29 мл/мин – 4,15 мл/мин. ОПП развивалась у 23,2% пациентов с ИМП ST, в том числе ОПП 1 степени – 19,1%, ОПП 2 степени – 3,3%, ОПП 3 степени – 0,8%. Все пациенты получали стандартную фармакологическую терапию. Суммарно ТЛТ проведена в 41 случае (17,0%), в 19,5% случаев зарегистрировано развитие ОПП ($p=0,685$), таким образом проведение ТЛТ не ассоциировалось с развитием ОПП. В 96,7% случаев проведена коронароангиография (КАГ), частота проведения КАГ снижалась со снижением СКФ ($p<0,001$), в 91,7% случаев проведение КАГ завершалось выполнением ангиопластики, в 22,3% случаев зарегистрировано ОПП различных стадий ($p=0,414$), при этом средняя доза рентгенконтрастного вещества составила $148\pm 52,6$ мл. Среди пациентов с СКФ > 60 мл/мин КАГ не проведена в 1,6% случаев, в то время как с СКФ < 60 мл/мин в 8,9% случаев ($p=0,013$), в группе же пациентов с СКФ < 30 мл/мин КАГ не проведена 30% пациентов ($p<0,001$). У пациентов с СКФ от 15 до 29 мл/мин отсутствие реперфузионной терапии достигало 30%. Наибольшее количество случаев ОПП зарегистрировано у пациентов с СКФ < 60 мл/мин (51 случай из 56), в случае отсутствия реперфузионной терапии в этой группе больных частота развития ОПП достигала 58,3% ($p=0,017$). Выполнение ангиопластики коронарных артерий в этой категории пациентов также было сопряжено с развитием ОПП, достигая 41,2% в случае ТЛТ и ангиопластики коронарных артерий ($p=0,008$) и 53,6% в случае только ангиопластики коронарных артерий ($p<0,001$), в то время как у пациентов с СКФ > 60 мл/мин при аналогичных вмешательствах частота развития ОПП составила 5,0 и 3,5% соответственно. Средняя доза рентгенконтрастного вещества не различалась у пациентов с СКФ > 60 мл/мин и СКФ < 60 мл/мин и составила $145\pm 51,9$ мл и $153\pm 53,6$ мл ($p=0,217$). Таким образом, низкие значения СКФ ассоциировались с отсутствием реперфузионной терапии и повышенным риском развития КИН в случае проведения чрескожного коронарного вмешательства, что в свою очередь приводило к появлению или прогрессированию ОПП, как проявление острого кардио-ренального синдрома. Частота развития ОПП возрастала со снижением уровня СКФ при поступлении в стационар, так при уровне СКФ от 45 до 59 мл/мин частота ОПП различных стадий достигала 34,4%, при уровне СКФ от 30 до 44 мл/мин – 42,9%, при уровне СКФ от 15 до 29 мл/мин – 60,0% ($p=0,003$). СКФ от 45 до 59 мл/мин при поступлении в стационар увеличивает ОР развития ОПП в 3 раза (ОР 95% 2,925 (1,127-7,590), $p=0,027$), СКФ от 30 до 44 мл/мин – в 4 раза (ОР 95% 4,189 (1,231-14,239), $p=0,022$), СКФ от 15 до 29 мл/мин – в 8 раз (ОР 95% 8,375 (2,052-34,182), $p=0,003$). Частота развития ОПП также ассоциировалась со стадией ОСН по Killip при поступлении, ОПП более часто встречалось при более высоких степенях ОСН ($p<0,001$). Killip III увеличивает ОР развития ОПП в 3 раза (ОР 95% 3,369 (1,077-10,540), $p=0,037$), а Killip IV – в 20 раз (ОР 95% 19,651 (2,237-172,623), $p=0,007$). В течение последующего наблюдения от 1 дня до 6 месяцев (медиана наблюдения 6 месяцев),

у 39 больных (17,8%) зарегистрировано наступление комбинированной первичной конечной точки (23 случая госпитальной летальности в период индексного события, 13 повторных госпитализаций в связи с симптомами ОКС, 4 случая смерти в течение временного интервала 6 месяцев, трое из которых умерли от острой декомпенсации сердечной недостаточности, один от повторного инфаркта миокарда). Развитие ОПП ассоциировалось с увеличением госпитальной летальности у пациентов с ИМП ST, возрастая с утяжелением степени ОПП, так при ОПП 1 степени госпитальная летальность составила 26,2%, ОПП 2 степени – 42,9%, ОПП 3 степени – 100% ($p<0,001$). Такая же закономерность была характерна и для комбинированной первичной конечной точки и смерти от сердечно-сосудистых причин в период наблюдения. Развитие ОПП не ассоциировалось с увеличением количества кровотечений по критериям группы TIMI ($p=0,472$). Анализ ОР наступления госпитальной летальности в зависимости от наличия или отсутствия ОПП показал, что ОПП увеличивает риск данной конечной точки в 6,5 раз (ОР 95% 6,519 (2,664-16,073), $p<0,001$), при этом ОПП 1 степени увеличивает риск госпитальной летальности в 4,8 раза (ОР 95% 4,757 (1,768-12,796), $p=0,002$), а ОПП 2 и 3 степени в 20 раз (ОР 95% 19,556 (4,779-80,017), $p<0,001$). ОПП увеличивает риск наступления комбинированной первичной конечной точки в 5 раз (ОР 95% 4,604 (2,14-9,908), $p<0,001$).

Заключение:

ОПП достаточно часто встречается у пациентов с различными вариантами ОКС и сопряжено с неблагоприятным прогнозом у пациентов с ИМП ST, где низкие значения СКФ ассоциировались с отсутствием реперфузионной терапии, что в свою очередь приводило к появлению или прогрессированию ОПП, как проявление острого кардио-ренального синдрома.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ И АСИНХРОНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ОБОИХ ЖЕЛУДОЧКОВ, С НЕСТАБИЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКОЙ В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Чазымова З. М., Бейшенкулов М. Т., Калиев К. Р.,
Токтосунова А. К., Абдурашидова Т. Ш.
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ И ТЕРАПИИ
им. М. МИРРАХИМОВА

Введение (цели/ задачи):

Изучение ремоделирования левого желудочка (ЛЖ), межжелудочковой (МЖА) и внутрижелудочковой асинхронии (ВЖА) при сочетанном инфаркте миокарда (ИМ) нижней стенки ЛЖ и правого желудочка (ПЖ) со стабильной и нестабильной гемодинамикой.

Материал и методы:

Проспективно в течение 1 месяца обследовано 56 пациентов с первичным ИМ нижней стенки левого желудочка и правого желудочка. Все пациенты, включенные в исследование, были мужского пола. Острый ИМ нижней стенки ЛЖ диагностировали по ЭКГ в отведении II, III, AVF и по ЭХОКГ (наличие гипокинеза ЛЖ), повышение тропонина I. Острый ИМ ПЖ диагностировали по ЭКГ в отведении RV4 и по ЭХОКГ (наличие гипокинеза ПЖ). Наличие артериальной гипотонии диагностировалось при снижении систолического артериального давления в течение 30 минут до 80-90 мм.рт.ст. при отсутствии клинических признаков гипоперфузии органов. ЭКГ, ЭХОКГ, доплерЭХОКГ проведены на 3 и 30 сутки заболевания. В зависимости от наличия артериальной гипотонии, больные были разделены на 2 группы:

1-я – ИМ нижней стенки ЛЖ и ПЖ без артериальной гипотонии (n=29), 2-я – ИМ нижней стенки ЛЖ и ПЖ, осложненный артериальной гипотонией (n=27).

Результаты:

Все пациенты получали тромболитическую терапию (стрептокиназа 1,5 млн ЕД в/в), ацетилсалициловую кислоту 100 мг/сут, клопидогрел 75 мг/сут, гепарин 15 тыс ЕД/сут, бисопролол 1,25 мг/сут, затем увеличение дозы до 2,5 мг/сут, аторвастатин 80мг/сут, эналаприл до 20 мг/сут. Больные второй группы после стабилизации гемодинамики получали бета-блокаторы и ингибиторы ангиотензин превращающего фермента. Анализ результатов ЭХОКГ на 3 сутки заболевания показал, что у больных ИМ обоих желудочков в сочетании с артериальной гипотонией отмечались более выраженные признаки систолической и диастолической дисфункций как ЛЖ, так и ПЖ. Так у больных 1 гр. КДО ЛЖ был 134,8±3,0 мл3 против 152,5±2,27 мл3 2 гр. (p<0,0001), КСО ЛЖ 68,3±4,3 мл3 против 79,7±4,02 мл3 соответственно (p<0,0001). Что касается показателей ПЖ у больных 1гр. КДП ПЖ составила 29,2±1,6 см³ против 33,4±1,32 см³ у больных 2 гр. (p<0,05), КСП ПЖ – 18,6±1,2 см³ против 23,1±1,6 см³ (p<0,05), ФВ ПЖ 36,3±2,1% , против 30,8±1,6% (p<0,05), TAPSE – 15,2±1,6 мм, против 10,1±1,7 мм (p<0,05) соответственно. Диастолическая функция ЛЖ нарушена в большей степени у больных 2 гр., так отношение Е/А ЛЖ 0,65±0,03 против 0,85±0,03 у больных 1 гр.(p<0,0001). В динамике на 30-е сутки от начала заболевания, выявлено достоверное увеличение объемных показателей ЛЖ у больных 2 гр. (p<0,016). У больных ИМ с нестабильной гемодинамикой на 30 сутки заболевания отмечалось увеличение диастолического и систолического ИС, так ИСс у больных 1 гр. был 0,52±0,04, против 0,54±0,04 у больных 2 гр (p<0,05), ИСд – 0,57±0,04 против 0,61±0,04 (p<0,05). Диастолическая функция ЛЖ к 30 суткам ухудшается у больных обеих групп, но в большей степени у больных 2 гр.- 0,67±0,03 против 0,65±0,03 (p<0,05). Данные изменения происходят на фоне восстановления систолической функции ПЖ у больных обеих групп, так у больных 1гр. КДП ПЖ составила 25,1±2,2 см³ против 31,4±2,0 см³ у больных 2 гр. (p<0,05), КСП ПЖ – 14,4±1,9 см³ против 19,8±2,0 см³ (p<0,05), TAPSE 16,6±1,2 мм, против 13,1±1,2 мм у больных 2 гр соответственно (p<0,05). В дебюте заболевания зафиксировано достоверное увеличение как ГВЖА так и МЖА у больных 2 гр. - МЖА у больных 1гр. была 37,4±4,2 мс против 46,1±3,7 мс у больных 2 гр. (p<0,0001), ГМЖА 98,55±12,4 мс против 142,6±12,4мс соответственно (p<0,015). К 30 суткам от начала заболевания зафиксировано увеличение ГВЖА у больных обеих групп, но в большей степени у больных 2 гр. (p<0,05). Динамики со стороны МЖА на 30 сутки не замечено.

Заключение:

Согласно полученным данным нами выявлено, что вовлечение ПЖ в зону ИМ имеет разные клинические проявления, от стабильной гемодинамики до развития артериальной гипотонии. В ранние сроки от начала заболевания отмечается значительное нарушение как систолической, так и диастолической функций обоих желудочков, более выраженные у больных с артериальной гипотонией в раннем периоде. К 30 суткам заболевания зафиксировано восстановление ПЖ (систолической и диастолической функций) у больных обеих групп. Несмотря на восстановление ПЖ, больные с осложненным течением ИМ обоих желудочков значительно тяжелее клинически (один летальный исход), у них чаще развиваются повторные эпизоды острого коронарного синдрома, у трети данных больных выявлены признаки сердечной недостаточности (ОШ 6,75; 95% ДИ 1,304-34,943).

СМЕРТНОСТЬ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В РАННИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ НАБЛЮДЕНИЯ

Аминов А. А., Мамутов Р. Ш., Уринов О. У.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ

Введение (цели/ задачи):

Целью исследования явилось изучение смертности в половозрастном аспекте после перенесенного острого коронарного синдрома и острого инфаркта миокарда (ОКС/ОИМ), а также с подозрением на них. Анализировались свидетельства о смерти, выданные отделу ЗАГС врачами судмедэкспертизы, стационаров и поликлиник одного из районов г. Ташкента.

Материал и методы:

Исследование проводилось среди лиц в возрасте 20-70 лет (ср. возраст 57,6±9,1 лет). В анализ включено 465 лиц, перенесших острую коронарную патологию. Наблюдение велось с 1 января 2015 г. по 1 февраля 2017 г. (в среднем 12,3 месяцев). Умершие были разделены на 2 группы: (1-группа) умершие в ранние сроки острой коронарной патологии (ОКП) (в течение 10 дней после развития ОКП, n-19), и (2-группа) умершие после выписки из стационаров (от 1-го до 24 мес, n-59). Использовались популяционно-профилактические, статистические и математические методы исследования.

Результаты:

Из 465 больных, подвергшихся проспективному наблюдению, мужчин было 246 человек (ср. возраст -61,3±5,8 лет), женщин 219 человек (60,9±5,9 лет), т.е. гендерной разницы в возрасте больных практически не было. За период наблюдения всего умерших было 78 (16,7 %) больных. Из них в 1-ые 10 дней после развития ОКП умерло 19 (24 %), а в последующие сроки умерли 59 (76 %) больных. Среди 246 мужчин в разные сроки умерли 44 (17,9 %) человек, среди 220 женщин умерли 34 (15,4 %), разница статистически недостоверна. Однако, среди женщин преобладала ранняя смертность (1-группа) после перенесенной ОКП по сравнению с мужчинами: 29 % и 20 % соответственно у женщин и мужчин. Из всех умерших респондентов первичные диагнозы при включении в регистр были следующими: острый коронарный синдром (ОКС) – 8%, острый инфаркт миокарда (ОИМ) – 10 %, острые нарушения ритма сердца (НРС) -14 %, нестабильная (или прогрессирующая) стенокардия (НС) – 68%. При распределении больных на 2 группы по возрасту, до 50 лет (гр. А) и старше 50 лет (гр-Б), среди мужчин в группе А смертность составила 3,2 %, в группе Б– 23,0 % (p<0,001). В то же время смертность среди женщин составила: в гр. А- 3,1 %, а в гр. Б – 17,6 % (p<0,05). Обращает внимание отсутствие гендерной разницы показателя смертности после перенесенной ОКП среди больных гр. А.

Заключение:

У больных старше 50 лет в первые 24 месяцев после перенесенной ОКП, смертность оказалась высокой, что требует особого внимания врачей в профилактике смертности в данной возрастной категории больных. Врачами первичного звена здравоохранения, при наличии клиничко-электрокардиографических данных за ОКС, в 68 % случаях устанавливается диагноз НС (или прогрессирующая), что говорит о недостаточном соблюдении ими рекомендаций по диагностике при данной патологии.

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Арипова Н. А.

ТАШКЕНТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/ задачи):

Изучение показателей центральной гемодинамики при ОКС.

Материал и методы:

Обследованы 40 больных ОКС, леченных в 1 РКБ. Из них мужчин 24, женщин – 16. Средний возраст больных 54,3 ± 5,6 лет. Больные были разделены на 2 группы: I группа- 18 больных ОКС с элевацией сегмента ST, II группа – 22 больных ОКС без элевации сегмента ST. Группу сравнения составили 10 больных со стабильной стенокардией II-III ФК. Всем больным проводили полное клиническое обследование, также изучали липидный спектр крови, тропонин 1, ЭКГ в 12 стандартных отведениях. Определяли показатели острофазовых реакций (С реактивный белок, фибриноген, интерлейкин 1, интерлейкин 6 и фактор некроза опухоли ?). Показатели центральной гемодинамики изучали по данным ЭхоКГ в двухмерном и доплеровском режимах при поступлении и на 5 й день поступления после трансформации ОКС. По ЭхоКГ оценивали показатели центральной гемодинамики: КДО, КСО, УО, ФВ, МО, СИ.

Результаты:

Изучение показателей центральной гемодинамики в I группе больных показали статистически достоверное увеличение КДО (162,4±6,2 мл, p>0,01), КСО-(102,5±3,8 мл., p>0,01), снижение УО-(58,2±2,2 мл, p>0,05) ФВ-(37,3±2,5%, p>0,01), снижение МО- 3,9 л/мин, СИ- 2,3 л/мин/ м2 было статистически достоверным. Во II группе больных выявлено статистически достоверное увеличение КДО (152,3±5,9 мл, p>0,05) КСО-(86,4±4,1 мл, p>0,02), УО был в пределах нормальных показателей (66,2±3,8 мл), снижение показателей ФВ-(43,1±18%, p>0,05) МО-4,1 л/мин, СИ-2,4 л/мин/м2 было недостоверным. В контрольной группе КДО был 116,2±3,4 мл, КСО- 52,4±2,3мл, УО- 64,1±2,9 мл, ФВ- 48,2±2,3%, МО-4,6л/мин, СИ-2,8л /мин/ м2. В дальнейшем ИМ с зубцом Q диагностирован у 13, без зубца Q-у 19, нестабильная стенокардия (НС) – у 8 больных. Диагноз варифицирован в соответствии с критериями Всероссийского научного общества кардиологов (2007). У 9 больных I группы ОКС с элевацией сегмента ST произошла трансформация в ИМ с зубцом Q, у 7 больных без зубца Q и у 2 больных в НС. Во II группе больных трансформация ОКС соответственно в ИМ с зубцом Q у 5, без зубца Q – у 12 и у 5 больных в НС.

Заключение:

Сравнительное изучение показателей центральной гемодинамики у больных ОКС с элевацией сегмента ST и без нее показало достоверное снижение ФВ у больных ОКС с элевацией сегмента ST по сравнению с больными ОКС без элевации и с контрольной группой. Снижение ФВ у больных ОКС без элевации сегмента ST при поступлении по сравнению с контрольной группой также были статистически достоверным. Приведенные данные позволяют заключить, что у больных ОКС с элевацией сегмента ST и без нее развиваются снижение показателей центральной гемодинамики более выраженные у больных ОКС с элевацией сегмента ST.

У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ СТАРШЕ 75 ЛЕТ ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ АССОЦИИРОВАНЫ СО ШКАЛАМИ РИСКА

Соселия Н. Н., Соловьева А. Е., Виллевалде С. В.,

КОБАЛАВА Ж. Д.

РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ

Введение (цели/ задачи):

Наряду с увеличением выживаемости пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в данной популяции актуальным становится синдром старческой астении (ССА), наличие которого отражает комплекс функциональных нарушений и ассоциируется с высокой частотой осложнений и неблагоприятным прогнозом. Цель: Изучить распространенность, ассоциации ССА и его влияние на тактику ведения пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) старческого возраста и долгожителей.

Материал и методы:

У 90 пациентов >75 лет, экстренно госпитализированных с ОКС (74% женщин, средний возраст 83,7±4,7 лет (M±SD), артериальная гипертензия (АГ) 91%, ранее перенесенный инфаркт миокарда (ИМ) 26%, фракция выброса левого желудочка 45±11%, фибрилляция предсердий 40%, сахарный диабет 23%) оценен ССА скрининговому опроснику «Возраст не помеха», проведено специализированное гериатрическое обследование с оценкой когнитивных функций (MMSE), базовой активности в повседневной жизни (индекс Бартел), питания (MNA), морального состояния («Philadelphia geriatric morale scale») и двигательной активности. Риск сердечно-сосудистых и геморрагических осложнений рутинно определяли по шкалам GRACE, TIMI и CRUSADE.

Результаты:

По данным опросника «Возраст не помеха» у 65,7% пациентов диагностирован ССА, у 17 и 23% пациентов наблюдался легкий и умеренный когнитивный дефицит, 9 и 63% пациентов имели легкую и умеренную зависимость от посторонней помощи в повседневной жизни, 51% пациент имел риск развития синдрома недостаточности питания. Нарушений морального состояния не выявлено. Легкие и умеренные нарушения подвижности выявлены у 66 и 29%. 74% пациентов имели >140 баллов по шкале GRACE, 48,6% - >5 баллов по шкале TIMI, 88,6% - >40 баллов по шкале CRUSADE. Пациенты с ССА по сравнению с пациентами без ССА чаще были представлены женщинами (82 и 73%, p<0,05), имели более высокую частоту АГ (100 и 77%, p<0,01), перенесенного ранее ИМ (32 и 15%, p<0,05), ИМ в индексную госпитализацию (64 и 38%, p<0,05), инсульта (29 и 0%, p<0,001), скорость клубочковой фильтрации <60 мл/мин/1,73 м2 (82 и 31%, p<0,001), более высокие уровни тропонина (16±7 и 0,12±0,05 нг/мл, p<0,01), креатинина сыворотки (109±31 и 93±26 мкмоль/л, p<0,05). У пациентов с ССА наблюдался более высокий риск кровотечений по шкале CRUSADE (50±7 и 44±9 баллов, p<0,01). Пациенты с высоким ишемическим риском (GRACE >140 баллов) характеризовались более выраженными изменениями психического статуса (26,6±5,03 и 29,9±1,9 баллов, p<0,05) и двигательной активности (34,02±3,57 и 37,1±1,23 баллов, p<0,01). Пациенты с высоким риском геморрагических осложнений (CRUSADE >40 баллов) характеризовались более выраженными проявлениями ССА (3,13±1,02 и 2 балла, p<0,001), нарушениями двигательной активности (34,4±3,4 и 38±1,07 баллов, p<0,01), базовой активности в повседневной жизни (индекс Бартел) (89,3±8,9 и 100 баллов, p<0,001). При наличии по шкале TIMI>5 баллов у пациентов были выявлены

более высокие баллы по шкале «Возраст не помеха» ($3,26 \pm 1,12$ и $2,5 \pm 0,51$ баллов, $p < 0,001$), более выраженные нарушения базовой активности в повседневной жизни (индекс Бартел) ($86,9 \pm 9,4$ и $95 \pm 5,1$ баллов, $p < 0,001$). Пациентам с ССА достоверно чаще выполняли ЧКВ (41 и 15%, $p < 0,05$).

Заключение:

ССА встречается у 65,7% пациентов с ОКС старше 75 лет, ассоциируется с большей частотой сердечно-сосудистых заболеваний. ССА, нарушения когнитивных функций, двигательной активности и активности в повседневной жизни ассоциированы с более высоким риском ишемических и геморрагических осложнений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИЛДРОНАТА В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Бабаджанов Ж. К.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение (цели/ задачи):

Широкое внедрение в лечение острого коронарного синдрома (ОКС) в Узбекистане тромболиза, коронарной ангиопластики, в сочетании с традиционными антикоагулянтами и дезагрегантами позволили ощутимо сократить смертность. Вместе с тем, тромболизис и внутрикоронарная ангиопластика сопровождаются реперфузионной аритмией, развивающейся вследствие генерации в зоне реперфузии большого числа свободных радикалов, в результате ускоренного окисления в кардиомиоцитах недоокисленных жирных кислот. В связи с этим применение антиоксидантных кардиоцитопротекторов с первых часов ОКС представляется целесообразным. Цель исследования. Определить клиническую эффективность Милдроната в составе комплексной терапии больных ОКС с подъемом сегмента ST на стационарном этапе реабилитации с оценкой параметров внутрисердечной гемодинамики, аритмической активности и состояния процессов свободнорадикального окисления при использовании препарата с первых часов развития болезни.

Материал и методы:

В открытое рандомизированное исследование включено 140 больных в возрасте 45–60 лет с ОКС, которые были разделены на 4 группы по характеру проводимой терапии: 1 – получавшие тромболитическую терапию в сочетании с Милдронатом (40 чел.), 2 – получавшие тромболитическую терапию без Милдроната, 3 – получавшие Милдронат без тромболиза, 4 – не получавшие тромболитическую терапию и Милдронат. Методы исследования включали оценку параметров внутрисердечной гемодинамики, состояния процессов свободнорадикального окисления, уровень пронатрийуретического гормона (NT-proBNP). Методом доплерэхографии оценивали систолидиастолическую функцию ЛЖ с расчетом параметров трансмитрального потока. Оценка аритмической активности проводилась путем суточного холтеровского мониторирования. Статистическая обработка производилась стандартными методами параметрической статистики.

Результаты:

При оценке исходного состояния параметров внутрисердечной гемодинамики во всех группах установлено низкое значение ФВ, КДО, не высокий уровень IVRT, некоторое снижение IVCT, повышение ИС, пониженное значение V_e , соотношение V_e/V_a (менее 1), повышение величины V_a , а также пограничные значения DTe. Анализ динамики параметров диастолической функции ЛЖ показал, что включение Милдроната в комплексную терапию ускоряло восстановление V_e . Применение Милдроната без тромболиза также дало положительных результат. На-

блюдалось менее выраженное снижение величины IVRT. Включение милдроната в комплексную терапию сопровождалось менее выраженным дальнейшим приростом NT-proBNP в крови, существенно ограничивало прирост продуктов деградации липопероксидов (ДК и МДА) как у больных с тромболизисом, так и без тромболиза. Наблюдалось значительное сокращение ЖЭ высоких градаций и большей, в отличие от группы сравнения, частоты ЖЭ низких градаций.

Заключение:

Включение Милдроната в комплексную терапию больных ОКС улучшает диастолическую функцию миокарда ЛЖ. Применение Милдроната с первых часов госпитальной терапии в сочетании с тромболитиками при ОКС уменьшает частоту аритмических эпизодов в процессе госпитальной реабилитации. Терапия Милдронатом больных ОКС уменьшает проявление окислительного стресса.

ЭЛЕКТРОННАЯ БАЗА ИНДИКАТОРОВ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ В РАМКАХ ВНЕДРЕНИЯ ИНТЕГРИРОВАННОЙ МОДЕЛИ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Беркинбаев С. Ф., Джунусбекова Г. А., Нурмухамбетова М. Т., Мусагалиева А. Т., Кабыкенова Р. К., Жарылкасынова Р. К.
РГП на ПХВ «НИИ Кардиологии и внутренних болезней»
МЗ РК

Введение (цели/ задачи):

В Республике Казахстан (РК) значительно снизилась смертность от болезней системы кровообращения (БСК). Так, если в 2007г. она составляла 526 на 100 тыс. населения, то в 2016г. составила 179,3 на 100 тыс. населения. Однако сердечно-сосудистые заболевания остаются основной причиной смертности среди всех причин. В структуре смертности от БСК наибольшую долю занимает смертность от ишемической болезни сердца (ИБС) – 36,7%, в том числе смертность от острого инфаркта миокарда (ОИМ) – 7%. В рамках реализации Госпрограммы «Денсаулы?» 2016-2019гг. при НИИ Кардиологии и внутренних болезней (НИИКиВБ) создан Координационный совет по кардиологической и кардиохирургической службе. Координационным советом разработан Дорожная карта по внедрению интегрированной модели оказания медицинской помощи при ОИМ, Алгоритмы оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме (ОКС) с подъемом и без подъема сегмента ST и стандарт кардиологической и кардиохирургической службы по регионализации, то есть разделение медицинских организаций на соответствующие уровни оказания неотложной кардиологической помощи (кардиологическая, кардиохирургическая помощь) пациентам с ОКС/ОИМ. Целью исследования является изучение эффективности Электронной базы индикаторов ОКС, внедряемой в рамках интегрированной модели оказания медицинской помощи при ОИМ.

Материал и методы:

Электронная база индикаторов ОКС разработана специалистами НИИКиВБ совместно с компанией Real System Media для оценки качества оказания медицинской помощи пациентам при ОКС. Данная база внедрена в 256 медицинских организациях РК, участвующих в оказании экстренной кардиологической помощи. База дает возможность провести оценку достоверности данных, получения в любое время оперативных данных в разрезе медицинских организаций республики, расчет индикаторов качества во временных промежутках (в минутах), оценка качества оказания медицинской помощи в целом и каждого пациента на всех

этапах, исключение внесения необоснованных исправлений, а также регистрация производится в онлайн-режиме, при минимальных затратах времени (5-7 мин), во всех стационарах (I, II и III уровень).

Результаты:

Анализ данных Электронной базы индикаторов ОКС показал возможность оперативного выявления основных причин задержки в экстренном оказании медицинской помощи пациентам с ОКС. Одной из основных причин является позднее обращение больных за медицинской помощью при первых признаках ОИМ. По республике среднее время обращения пациента с момента возникновения болей за грудиной до первого медицинского контакта составило 384,6 минут (6 часов). Имеются недостатки в оказании помощи на этапе скорой медицинской помощи. Так, например, среднее время доставки пациента с момента первого медицинского контакта до двери центра чрезкожного коронарного вмешательства (ЧКВ) составило 197,9 минут (3,2 часа) при целевом уровне до 120 минут (2 часа). При проведении догоспитальной тромболитической терапии бригадой скорой помощью среднее время оказания помощи по РК составило 35,8 минут (целевой уровень в течении 30 минут). Кроме этого, наблюдается задержка в оказании медицинской помощи на этапе самого центра ЧКВ. С момента доставки в центр ЧКВ до раздутия баллона среднее время составило 234,3 минуты (целевой уровень - 60 минут).

Заключение:

Таким образом, электронная база индикаторов ОКС в рамках внедрения интегрированной модели в оказании медицинской помощи при ОИМ позволит принятие административных решений для повышения качества в оказании медицинской помощи пациентам с ОИМ, что будет способствовать снижению смертности от БСК, в том числе от ИБС и ОИМ.

ПОРОКИ СЕРДЦА

ДИНАМИКА ПРОФИЛЯ ОККЛЮДЕРА AMPLATZER ПОСЛЕ ЗАКРЫТИЯ ВТОРИЧНОГО ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

УСУПБАЕВА Д. А., ДАДАБАЕВ М.Х., БОГДАНОВА Е. Ю., БАКЕЕВА М. Э.

НЦКИТ

Введение (цели/ задачи):

Целью исследования являлась оценка состояния имплантированного окклюдера Amplatzer в течение 24 месяцев наблюдения после закрытия вторичного ДМПП.

Материал и методы:

Обследовано 66 больных (28 мужчин и 38 женщин) с вторичным ДМПП, подвергшихся транскатетерной коррекции порока. В зависимости от размера имплантированного окклюдера Amplatzer больные были распределены на 2 группы. В I группу обследовано 66 больных (28 мужчин и 38 женщин) с вторичным ДМПП, подвергшихся транскатетерной коррекции порока. В зависимости от размера имплантированного окклюдера Amplatzer больные были распределены на 2 группы. В I группу вошли 31 пациент (средний возраст 14,8±1,8 лет), у которых размер имплантированного окклюдера был < 20 мм, во II-ю - 35 пациентов (средний возраст 29±2,5 лет) с размером окклюдера > 20 мм. Всем 66 больным было установлено по одному окклюдеру.

Результаты:

Размер окклюдера в I группе колебался от 10 до 20 мм (в среднем 16,8±0,5мм), во II - от 22 до 40 мм (в среднем 31,3±0,9 мм). С помощью трансторакальной ЭхоКГ оценивали динамику толщины профиля окклюдера Amplatzer спустя 24 часа, 1, 3, 6, 12 и 24 месяцев после транскатетерного закрытия вторичного ДМПП. При сравнительном анализе толщины профиля окклюдера между группами значения ее были достоверно выше во II группе (p< 0,001 до 0,0001). Сравнение параметров толщины профиля окклюдера у пациентов с полным закрытием дефекта и имеющими резидуальные шунты непосредственно после закрытия ДМПП не выявило различий (p>0,05).

Заключение:

В процессе наблюдения после закрытия ДМПП отмечено существенное уменьшение толщины дисков окклюдера в различных проекциях, причем процент изменений практически не зависит от размера окклюдера. За весь период наблюдения ни в одном случае не отмечалось таких осложнений как эмболизация окклюдера и тромбообразование. Ключевые слова: вторичный дефект межпредсердной перегородки, транскатетерное закрытие, окклюдер Amplatzer, профиль окклюдера.

ЛАБОРАТОРНАЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ВОЗМОЖНОСТИ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИЗМЕНЕНИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Азизов В. А., Султанова М. Д.

АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/ задачи):

Оценить характер коронарных кальцификаций у больных сахарным диабетом с помощью цифровой рентгенографии и мультиспиральной компьютерной томографии.

Материал и методы:

Ретроспективно проанализированы результаты рентгенологических и компьютерно томографических методов исследования у 29 больных сахарным диабетом типа 2. Средний возраст пациентов составил 61,5±1,3 года. Продолжительность заболевания: у 5(17,2%) пациентов до 3 года, у 14 (48,2%) пациентов 4-9 лет, у 10 (34,4%) пациентов более 9 лет. Для оценки и тесноты связи качественных признаков в наблюдаемых группах проводили корреляционный анализ методом Пирсона.

Результаты:

При цифровой рентгенографии (ЦР) органов грудной клетки коронарные кальцификации у 11 (37,9±9,0%) больных определены на одной, у 10 (34,5±8,8%) на двух и у 6 (20,7±7,5%) на 3 коронарных сосудов. У 19 (65,5±8,8%) больных они были визуализированы в передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии (LDA), у 17 (58,6±9,1%) в огибающей ветви левой коронарной артерии (LCx), у 8 (27,6±8,3%) в правой коронарной артерии (RCA) и у 2 (6,9±4,7%) в основном стволе левой коронарной артерии (LMA). У 17 (58,6±9,1%) больных визуализированы кальцификации аортальной дуги, у 1 (3,4±7,0%) больного кальцификация митрального клапана и у 1 (3,4±7,0%) больного перикар-

диальные кальцификации. На мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) коронарные кальцификации у 4 (13,8±6,4%) больных определены на одной, у 10 (34,5±8,8%) на двух и у 15 (51,7±9,3%) больных ?3 коронарных сосудов. У 29 (100%) больных они были визуализированы в LDA, у 24 (82,8±7,0%) в LCx, у 15 (51,7±9,3%) в RCA и у 5 (17,2±7,0%) в LMA. У 25 (86,2±6,4%) больных визуализированы кальцификации аортальной дуги. Визуализация кальцификаций других локализаций (митральный клапан, перикард) была одинаково с рентгенографией.

Заключение:

Результаты исследования показывают, что частота случаев коронарных кальцификаций напрямую зависит от возраста пациентов и продолжительности болезни. Больные СД с подозрением на ишемическую болезнь сердца являются реальными кандидатами проведения ЦР и МСКТ, которые дают ценную информацию о подтверждении наличия или отсутствия коронарных случаев и определяют выбор лечения.

КОРОНАРНЫЕ ФИСТУЛЫ И ШУНТЫ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЛОКАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ

Цоколов А. В.¹, Луценков Д. А.²

¹ФГУ МО РФ «1409 Военно-морской клинический госпиталь»,

²HOSPITAL MATERNOINFANTIL – UNIVERSITAT DE BARCELONA
«SANT JOAN DE DEU», BARCELONA, SPAIN

Введение (цели/ задачи):

Информация о коронарных фистулах (КФ), имеющаяся в доступной литературе, носит несистемный обрывочный характер. При этом нам не встретилось ни одного источника, где бы давались объяснения огромному разбросу значений скорости (V_{max}) и градиента давления (G_{max}), регистрируемым при подобной патологии.

Материал и методы:

Проанализированы данные 11 собственных исследований пациентов с КФ, и более 20 зарубежных и российских литературных источника, в которых приводились скоростные показатели в проекции основания КФ.

Результаты:

Проанализировав доступные данные по КФ мы пришли к выводу о том, что несоответствие реальной регистрируемой V_{max} и G_{max} в проекции КФ с расчетными ожидаемыми показателями (с учетом показателей давления в камерах сердца и в коронарных артериях (КА) (60–90 мм рт.ст. на уровне проксимальных участков КА), даже с учетом снижения давления в дистальных сегментах коронарного русла до 18–28 мм рт. ст. за счет деления на ветви 1–2–3 порядка) чаще обусловлено нарушением эмбриогенеза (Бураковский В.И., Guttenger-de Groot A., Vogers A.) и формированием «синусоидов». Последние рассматриваются как эмбриональный тип кровообращения в сердце, по типу расширенных терминалей венечных артерий, которые непосредственно открываются в камеры сердца. За счет максимального снижения скорости и давления в таких «синусоидах» происходит соответствующее снижение G_{max} как в самих синусоидах, так и между КА и камерой сердца до 4–6 мм Рт. ст. Такие КФ, с точки зрения механизма их формирования и гемодинамических характеристик локальных потоков, правильнее было бы описывать как «истинные дистальные КФ». Более высокие V_{max} и G_{max} , также описываемые в литературе, и достигающие 3,3–3,58 м/с, чаще относятся к послеоперационным КФ, либо к КФ в прок-

симальных отделах коронарного русла. В отличие от «истинных дистальных КФ», их следовало бы классифицировать скорее как «вторичные/послеоперационные КФ/шунты» и «истинные проксимальные КФ». Целесообразность подобного разделения на «дистальные истинные» и «вторичные/проксимальные» КФ обусловлена как вероятностью наступления осложнений, так и тактикой ведения таких пациентов, главным образом – необходимостью последующего оперативного лечения, а также рекомендациями по безопасному уровню физической активности и, в ряде случаев, допуску к занятиям спортом.

Заключение:

В качестве основных ЭХОКГ-характеристик КФ, с учетом данных доступной литературы и собственных результатов обследования, следует выделить следующие: 1) локализация по ходу основных стволов и ветвей КА; 2) фазность регистрируемого потока – чаще диастолический, но может быть и систолодиастолическим с преобладанием систолической составляющей в случае КФ в правом предсердии; 3) величина максимального градиента давления (G_{max}) в зависимости от того, в какую камеру сердца открывается КФ. Поскольку скоростные показатели в проекции КФ оказываются далекими от расчетных максимальных значений (на примере градиентов давлений между различными сегментами КА и отделами сердца), отличаясь в разы, данный признак КФ не может быть использован в процессе ЭХОКГ-диагностики как «первостепенно значимый». Близкие к расчетным значения могут быть получены только в случае наличия шунта в проксимальных участках КА, их устьях, равно как и между аортой и камерами сердца. Наиболее значимыми в таком случае остаются: а) фазность потока; б) локализация шунта. Однако, поскольку фазность потока также имеет определенные различия, совпадая по «преобладающей диастолической составляющей» с такими, часто встречающимися потоками, как – ОАП, трикуспидальная и митральная недостаточность, парапротезная фистула в области аортального клапана или клапана легочной артерии, на итоговое заключение в конечном счете влияют все ТРИ составляющих признака. На наш взгляд, в качестве однозначных ЭХОКГ признаков КФ все же следует рассматривать следующие: 1. Появление необычных потоков в камерах сердца после инвазивных эндоваскулярных вмешательств. 2. Наличие «необычного» патологического потока в полости левого желудочка. 3. Диастолические патологические потоки, не связанные с клапанными структурами и не пересекающие МЖП на всем протяжении в режиме цветного доплеровского картирования. 4. Максимальная скорость диастолического потока до 2–3,3 м/с; чаще регистрируются потоки на уровне 1–1,5 м/с. 5. Наличие дополнительных аномалий/пороков сердца, нарушение структуры миокарда, чаще – некомпактный миокард. С учетом имеющихся литературных и собственных данных, может быть сделан вывод о том, что в случае врожденной патологии КА истинные дистальные КФ формируются главным образом в терминальных отделах коронарного русла, в местах формирования синусоидных капилляров, с низкими скоростными показателями, и низким внутрисосудистым давлением. Для приобретенных же фистул характерны высокоскоростные потоки, чаще с локализацией в проксимальных отделах коронарного русла. Перспективным направлением изучения данной проблемы должна стать катетеризация КА и камер сердца у лиц с КФ с оценкой гемодинамических показателей у таких пациентов, с последующим формулированием выводов о возможностях ЭХОКГ-диагностики КФ, в сравнении с ангиографическими данными.

ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАРДИО-ВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Александров А. В., Бенедикция Е. В., Александров В. А., Алехина И. Ю., Александрова Н. В., Зборовская И. А. ФГБНУ «НИИ клинической и экспериментальной ревматологии»

Введение (цели/ задачи):

Поражение сердечно-сосудистой системы (ССС) отмечается у большинства больных системной красной волчанкой (СКВ) и отличается выраженным полиморфизмом. Цель исследования: совершенствование методов иммунологической диагностики поражения сердца и сосудов у больных СКВ с помощью иммобилизованных антигенных наносистем (АНС) на основе ферментов пуринового метаболизма (ПМ).

Материал и методы:

Под наблюдением находилось 60 больных СКВ в возрасте от 22 до 56 лет (55 женщин и 5 мужчин; средний возраст $36,32 \pm 15,27$ лет). Активность СКВ оценивалась с помощью индексов SLEDAI и ECLAM. Антитела (Ат) класса IgG к ферментам ПМ – аденозиндезаминазе (АДА), аденозинкиназе (АДК), пуриноклеозидфосфорилазе (ПНФ), гуаниндезаминазе (ГДА) определяли в сыворотке крови больных СКВ в разработанной модификации ELISA-теста с использованием иммобилизованных АНС на основе соответствующего фермента в качестве антигенной матрицы.

Результаты:

Признаки поражения сердца (в первую очередь миокардит) были отмечены у 31,7% больных СКВ. У больных СКВ ($n=21$) с наличием «васкулопатии» (в данной группе были объединены клинические проявления, характерные как для васкулита, так и для не воспалительного поражения сосудов – тромбозы сосудов мелкого и среднего калибра, капилляриты ногтевого ложа, некротизирующие поражения кожных покровов, сетчатое ливедо) антитела к ферментам ПМ определялись достоверно чаще (критерий хи-квадрат) и в более высоком титре (для Ат к АДА $p=0,041$; для Ат к АДК $p=0,023$; для Ат к ПНФ $p=0,042$; для Ат к ГДА $p=0,044$). Одним из основных факторов, приводящим к развитию сосудистой патологии при СКВ, является накопление активных форм кислорода, стимулирующих апоптоз клеток и оказывающих повреждающее действие на липиды, белки и другие компоненты сосудистой стенки, в результате чего они приобретают свойства аутоантигенов и стимулируют выработку различных антител, имеющих вторичное повреждающее действие. Наряду с этим, высокое содержание Ат к АДК у больных СКВ с признаками поражения сосудов предполагает возможное участие данных антител в изменении энзиматической активности АДК с последующим накоплением токсических концентраций аденозина, который в больших концентрациях воздействует, в том числе и на сердечно-сосудистую систему, как провоспалительный агент. Для оценки состояния клапанного аппарата были использованы данные эхокардиографии (поражения клапанов обнаружены у 14 пациентов, 23,3%). Наиболее часто у больных СКВ выявлялись (в порядке убывания) стеноз аорты, недостаточность аортального клапана, митральный стеноз, недостаточность митрального клапана. Методом регрессионного анализа была проведена оценка различных иммунологических показателей (в том числе антифосфолипидных антител, анти-Sm антител, антител к ферментам ПМ и др.) в качестве независимых факторов риска поражения клапанного аппарата при СКВ. Достоверная связь поражения клапанов сердца у больных СКВ была установлена только при одновременном положительном результате

определения антифосфолипидных антител класса IgG (IgG-аФЛ) и антител к АДА ($p<0,001$). Также было отмечено, что IgG-аФЛ чаще и в более высоком титре обнаруживались у анти-АДА-позитивных пациентов (10 из 14), чем у анти-АДА-негативных (7 из 24) больных СКВ (хи квадрат = 6,39; $p<0,02$). Не было выявлено статистически значимых различий в содержании IgM-аФЛ у больных СКВ в зависимости от наличия Ат к АДА ($p>0,05$). Принимая во внимание, что определенная часть АДА сосредоточена во фракции плазматических мембран эритроцитов и тромбоцитов в виде комплекса с гликопротеидами, представляется вероятным возможность конформационного воздействия Ат к АДА на β бета-2-гликопротеин-1, что способствует экспрессии «скрытых» эпитопов в молекуле бета-2-гликопротеин-1 и индукции синтеза аФЛ.

Заключение:

Новые иммунологические методы определения антител к ферментам ПМ могут быть использованы в качестве дополнительного фактора в диагностике кардио-васкулярной патологии при СКВ.

СВЯЗЬ УРОВНЕЙ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-9 И ЕГО ТКАНЕВОГО ИНГИБИТОРА-1 В СЫВОРОТКЕ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ КАРТИДНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Усманова З. А., Арипов А. Н., Розыходжаева Г. А. Ташкентский институт усовершенствования врачей

Введение (цели/ задачи):

Изучить взаимосвязь уровней матриксной металлопротеиназы-9 (ММП-9) и его тканевого ингибитора-1 (ТИМП-1) в сыворотке с диастолической функцией левого желудочка у больных картидным атеросклерозом.

Материал и методы:

Были обследованы 148 человек. Лица, вошедшие в выборку, были в возрасте 45-89 лет, средний возраст $65,35 \pm 0,73$ лет. Из них 112 (75%) мужчин, средний возраст $64,39 \pm 1,07$ лет и 36 (25%) женщин, средний возраст $66,89 \pm 1,80$ лет. Основной диагноз больных являлся, ишемическая болезнь сердца (ИБС), которая устанавливалась на основании общепринятых критериев. Всем пациентам проводились цветное дуплексное сканирование брахицефальных артерий и доплерэхокардиография на ультразвуковом сканере HD3 (Phillips). У всех однократно забирали кровь из локтевой вены утром натощак через 12 часов после приема пищи. Все образцы венозной крови немедленно центрифугировались, сыворотки замораживались при температуре -20 градусов. Концентрацию ММП-9, ТИМП-1 в сыворотке определяли с помощью стандартных тест-систем для иммуноферментного анализа (Bender-MedSystems GmbH, Австрия). Измерение проводилось на спектрофотометре (Hospitex, Италия).

Результаты:

Среднее значение ММП-9 было $328,71 \pm 19,98$ нг/мл, ТИМП-1 $1642,06 \pm 63,72$ нг/мл, а соотношение ММП-9/ТИМП-1 $0,20 \pm 0,01$. Конечный диастолический размер (КДР) оказался $4,87 \pm 0,05$ см, а конечный диастолический объем (КДО) $121,38 \pm 2,34$ мл. Выявлена обратная корреляционная взаимосвязь КДР с уровнями ММП-9 и ТИМП-1 ($r=-0,20$, $p<0,013$; $r=-0,26$, $p<0,001$, соответственно). Также обнаружена обратная корреляционная взаимосвязь КДО с уровнями ММП-9 и ТИМП-1 ($r=-0,32$, $r=-0,37$, $p<0,000$, соответственно). Диастолическая дисфункция левого желудочка (ЛЖ) выявлена у 47,3% пациентов.

Заключение:

С увеличением концентрации ММП-9 и ТИМП-1 снижается значения КДР и КДО. Это исследование подтверждает, что уровень ММП-9 и ТИМП-1 в сыворотке может быть маркером деградации

веклеточного матрикса сердца, что связано с ремоделированием ЛЖ и спектр геометрических параметров сердца изменяется параллельно при структурных и функциональных изменениях в артериальном дереве.

РЕАБИЛИТАЦИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА СЕРДЦЕ

Кадыралиев Б. К., Синельников Ю. С.,
Лазарьков П. В.
ФГБУ «ФЦССХ им. С.Г. Суханова» МЗ РФ, г. Пермь

Введение (цели/ задачи):

Предоставить опыт организации школы здоровья для пациентов после операций на сердце.

Материал и методы:

За период с 01.09.2016 по 31.01.2017 года в ФЦССХ было организовано 18 кардиошкол, которые посетило 971 пациента. Каждое занятие включало в себя: лекционный материал, ответы на вопросы, практические занятия, индивидуальное консультирование. Выдавалась памятка «Жизнь с обновленным сердцем» разработанная студентами ПГМУ совместно со специалистами ФЦССХ. Оценка эффективности и значимости кардиошколы, а также начальный уровень знаний пациентов осуществлялся с использованием анкетирования, которое проводилось трёхкратно (до проведения школы, после и на момент выписки из стационара).

Результаты:

На первом этапе исследования была проведена оценка уровня знаний пациентов о факторах риска. Установлено, что только 5,4 % пациент осведомлены, что является наиболее распространенными факторами риска ССЗ, а знания о модифицированных факторах риска отсутствуют. На втором этапе оценки результатов исследования был осуществлен анализ факторов риска ССЗ в исследуемой группе. Фактор риска «отсутствие контроля АД» был выявлен у 264 мужчин (52 %) и 116 женщин (25 %), из них АГ страдали 166 мужчин и 24 женщины (62,9 и 20,7%). Обследуемых с нормальной массой тела было 185 женщины и 215 мужчин, с избыточной массой тела – 176 и 152 соответственно, с I степенью ожирения – 54 и 86, со II степенью ожирения – 49 женщины и 54 мужчин. Фактор риска «курение» присутствовал у 456 (курят), 51 (не курили), 89 (отказались) мужчин и 32 курят, 18 отказались, 442 не курили женщин. Положительные результаты знаний о сроках и правилах ношения грудного бандажа показали 49 женщин и 54 мужчины, неудовлетворительные ответы получены у 868 пациентов. О дозировках физической нагрузки в послеоперационном периоде были осведомлены 24 мужчины и 98 женщин (122 пациента). Правила приема лекарственных препаратов знали 156 мужчин и 167 женщины.

Заключение:

Проведение школы здоровья повлияло на все основные модифицируемые факторы риска ССЗ, сюда входит как соблюдение назначений врача, понимание важности сроков и правилах ношения грудного бандажа в послеоперационном

периоде, так и приверженность здоровому питанию, отказ от вредных привычек, знание и нивелирование остальных факторов риска. Школа здоровья является важной частью профилактики ССЗ и должна быть включена в комплексное лечение.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПРИ ПОЛИКЛИНИКЕ

Лясковская Н. И.
ФГБОУВО «САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Введение (цели/ задачи):

Для оптимизации лечебных мероприятий и повышения медицинского взаимодействия на базе филиала № 1 «Самарского медицинского клинического центра ФМБА» России в 2015 г организован лечебный комплекс: поликлиника - дневной стационар. Задачей нового объединения является реабилитация пациентов после стационарного лечения, осложненных гипертоническими кризами на амбулаторном этапе и предупреждение прогрессирования заболеваний и развития осложнений, требующих круглосуточной госпитализации.

Материал и методы:

В дневном стационаре пациенты терапевтического профиля получают консервативное лечение в течение 10-13 дней. Проводится комплексное обследование с использованием всего диагностического потенциала поликлиники и стандартное лечение с учетом российских рекомендаций в сочетании с лечебно-охранительным режимом, физиотерапией, массажем. Врач дневного стационара, располагая более длительным временем личного контакта с пациентом, проводит образовательный медицинский минимум знаний о болезни и воспитывает у пациента приверженность к лечению. Оценка эффективности диспансерного наблюдения больных с привлечением дневного стационара 2 раза в год проведена за 12 месяцев работы. Врачи лечебного комплекса разработали показания для госпитализации. К ним относятся: артериальная гипертония (АГ) нестабильного течения, осложненная гипертоническими кризами, впервые выявленная гипертония, сосудистые кризы, ИБС стабильного течения, диабетическая ангиопатия, дисциркуляторная и гипертензивная энцефалопатия 1-2 стадий с сохранными когнитивными функциями, транзиторные ишемические атаки, последствия внутричерепного кровоизлияния и ишемического инсульта. Оказана лечебно-диагностическая помощь 102 пациентам, из которых 60% имели АГ и, или сахарный диабет (СД) 2 типа (36,7% мужчин, 63,3% женщин, средний возраст $59 \pm 12,3$). Средняя длительность заболевания составила 12 лет. Проведен анализ карт дневной госпитализации и соответствующих им амбулаторных карт. Выделены две группы. Первая включала больных с АГ 2 стадии, риск 2 (80%); вторая – АГ 3 стадии, риск 3 (20%). Все пациенты получали комбинированную гипотензивную терапию в сочетании с физиотерапевтическими методами и воспитанием приверженности к лекарственной терапии, рациональной диете, физическим лечебным комплексам. Всем пациентам с АГ 3 ст., риск 3, с трудно контролируемым течением гипертонии назначались статины в дозе 20 мг в сутки.

Результаты:

Наиболее трудной оказалось задача по изменению образа жизни пациентов. Из 11 курильщиков со «стажем» 20-30 лет полностью отказались 2 чел (18,2%), остальные снизили коли-

чество сигарет до 5 штук в день. Диетотерапия с ограничением простых углеводов, жиров и соли до 3 г в сутки полностью выполнялась в 78,2% всех наблюдений. Во 2 группе частота нарушения характера питания снизилась на 26%. Дозированное увеличение физической активности в виде ходьбы до 5 км в день по ровной местности достигнуто у 77,8%, у остальных наблюдаемых стали потребностью ежедневные прогулки по 2-3 км в зависимости от толерантности к физической нагрузке. Строгое выполнение диетических рекомендаций и физическая активность привели к снижению избыточной массы тела и частоты висцерального ожирения на 20,8 % у всех наблюдаемых. Плановые курсы терапии 2 раза в год в дневном стационаре оказали положительные результаты, особенно у пациентов с АГ 2 стадии. Улучшение самочувствия отмечено в 66,7 %, состояние без перемен – в 23,5%, ухудшение – в 9,8% случаях. Целевые уровни клинического АД достигнуты у 83,3% наблюдаемых лиц. Потребовалась круглосуточная госпитализация по поводу осложнений во 2 группе: 1 больной перенес ишемический инсульт и 2 нестабильную стенокардию. Эти пациенты отличались низкой приверженностью к комбинированной терапии.

Заключение:

Важнейшими составляющими эффективности амбулаторного лечения служат преемственность стационарного и поликлинического этапов ведения пациентов, и воспитание приверженности к лечению и здоровому образу жизни, что достигается за счет оптимального использования ресурсов медицинских учреждений и «человеческого» фактора в лице врача и пациента.

СОЧЕТАННОЕ ВЛИЯНИЕ ПРОГРЕССИРУЮЩИХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК С ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЕЙ МЫШЦ НА ПОКАЗАТЕЛИ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У. К., Тагаева Д. Р., Расулова З. Д.,
Машарипова Д. Р., Джураева В.
РСНПМЦ ТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Введение (цели/ задачи):

Изучить влияние прогрессирующих физических тренировок у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в сочетании с курсовой электростимуляцией мышц (ЭСМ) на качества жизни больных и адаптацию организма к физическим нагрузкам по показателям толерантности к физическим нагрузкам.

Материал и методы:

Обследовано 130 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) осложненной ХСН I-III ФК. Средний возраст больных 63,2±1,5 лет. Толерантность к физической нагрузке оценивалась по тесту шестиминутной ходьбы (ТШХ). Показатели качества жизни оценивали по Миннесотскому опроснику, по опроснику «Индекс качества жизни» (Quality of life Index) (2000). Больные были разделены на 2 группы: 1 группа – 65 больных ХСН I ФК (25), II ФК (26), III ФК (14); 2 группа - 65 больных ХСН I ФК (23), II ФК (27), III ФК (15). В течение 6 месяцев обе группы получали стандартную базисную терапию (ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, антиагреганты, спиронолактон, диуретики). 1 группа - занималась общепринятым вариантом комплекса физических упражнений, который включал в себя утреннюю гимнастику, с обязательным компонентом физической тренировки на аппарате MOTOMED viva 2, который включала в себя двигательную активность мышц ног, начальный уровень сложности был 5, 3, 1

у I II и III ФК, соответственно, и нагрузка ежедневно увеличивалась на одну единицу. Продолжительность комплекса занимало – 30 минут, с достижением аэробного порога (60-70% максимальной ЧСС). 2 группа - в дополнении к вышеуказанному получила электростимуляцию крупных скелетных мышц: ягодичных мышц, мышц передней поверхности бедра и голени с помощью аппарата «Амплипульс», предназначенного для электрического воздействия низкочастотными импульсными токами. Сила тока во время сеанса соответствовала отчетливому, но безболезненному мышечному сокращению. Длительность сеанса составляло 20 минут. Десятидневный курс электростимуляции больные получали 1 раз в 2 месяца, всего - 3 курса.

Результаты:

У больных I и II группы с II ФК ХСН было отмечено уменьшение дистанции ТШХ на 17,1% и 15,4% ($p<0,01$) и III ФК ХСН на 48% и 47,7% ($p<0,001$) соответственно по сравнению с показателями ТШХ больных с I ФК ХСН. Показатели ШОКС также были достоверно выше у больных II и III ФК ХСН по сравнению с показателями больных с I ФК ($p<0,001$). Оценка показателей качества жизни до лечения показала, что суммарный показатель физического здоровья больных ХСН у больных II ФК на 17,1 % и 15,4% ($p<0,01$), у больных III ФК на 38% и 37,7% ниже, чем у больных I ФК, в 1 и 2 группе соответственно. После 6 месячного лечения у больных 1 группы эти показатели имели следующие значения - у больных I ФК на 12,8% и 41,8% ($p<0,001$), у больных II ФК на 13,9% и 22,5% ($p<0,001$), у больных III ФК на 8,5% и 18,2% ($p<0,001$), соответственно. Во 2 группе суммарный индекс качества жизни улучшились от исходных значений - у больных I ФК на 32,4% и 50,7% ($p<0,001$), у больных II ФК на 25% и 42,6% ($p<0,001$), у больных III ФК на 23,8% и 29,2% ($p<0,001$), соответственно. Вместе с тем дистанция ТШХ увеличилась у больных с I, II и III ФК первой группы на 13,1%, 14,5% и 16,6% ($p<0,001$), у больных второй группы на 16,3%, 19,4% и 23% ($p<0,005$), соответственно.

Заключение:

Курсовое применение ЭСМ в сочетании с лечебной гимнастикой и в виде прогрессирующих физических тренировок с нарастающей нагрузкой способствуют выраженному повышению толерантности к физическим нагрузкам, увеличивают работоспособность и улучшают показатели качества жизни больных с ХСН.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

АЛЬБУМИНУРИЯ КАК ВАЖНЫЙ МАРКЕР В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК: ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В СТАЦИОНАРЕ

Лясковская Н. И.

ФГБОУВО «САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Введение (цели/ задачи):

Современные рекомендации в кардиологии направлены на раннее выявление кардиоренальной патологии с целью увеличения продолжительности жизни пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Хроническая болезнь почек (ХБП) это надзологическое понятие является подтвержденным самостоятельным фактором риска заболеваемости и прогрессирования патологии системы кровообращения. По данным исследования NIPPONDATA90 риск сердечно-сосудистой смерти для жителей Японии, не страдавших ранее ССЗ, возрастает обратно пропор-

ционально СКФ и при СКФ < 30 мл/мин/1,73 м², он в 5,5 раз выше, чем у лиц того же возраста с сохраненной функцией почек. Альбуминурия (АУ) достоверно признана наиболее ранним маркером повреждения почек и коррелирует с увеличением смертности у пациентов с невысоким риском. Согласно национальным рекомендациям РКО 2013 г.: «Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардио-нефропротекции» определение СКФ (по формуле СКД-ЕPI) и АУ являются важнейшими маркерами верификации диагноза ХБП и должны включаться в рамки стандартного обследования – клинико-статистические группы (КСГ) для пациентов с ССЗ. Цель. Изучить возможности выполнения АУ в реальной клинической практике у больных с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

В поперечном исследовании ретроспективно изучен уровень диагностики АУ у пациентов в кардиологических отделениях 4 стационаров г. Самары.

Результаты:

Проведен анализ историй болезни 320 пациентов с АГ за период от 01.02.2016 по 01.05.2017г. Методом случайного отбора выбраны 210 пациентов кардиологического отделения (45% мужчины, средний возраст 58±14 лет, общий холестерин 5,23± 1,12 ммоль/л, ХС-ЛВП 1,8±0,7 ммоль/л, ХС-ЛНП 3,2±0,5 ммоль/л, триглицериды 1,8± 0,6 ммоль/л). Количество пациентов с АГ составило 42% со средней длительностью заболевания 11(4;18) лет и уровнями АД 136±21/80±8 мм рт.ст. Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто встречались дислипидемия (61%), ИБС (31%), фибрилляция предсердий (5%), хроническая сердечная недостаточность (2%), анемия (1%). У всех пациентов оценивалась СКФ. Диагностика АУ из-за высоких финансовых затрат на исследование проводилась только у пациентов с АГ (21%) с целью верификации диагноза ХБП. Медиана сыворотки креатинина составила 86 (75;103) мкмоль/л, СКФ 66 (60;88) мл/мин/1,73 м².

Заключение:

Реализация современных практических рекомендаций в области медицины в значительной степени зависит от финансовых затрат, а также от владения определенным спектром диагностических умений. В настоящее время лабораторная диагностика АУ лимитирована объемом стандарта КСГ. Эти ограничения не позволяют выявлять ранние признаки повреждения почек, отражающие начальные стадии эндотелиальной дисфункции, а также следить за степенью ухудшения состояния сосудов при других формах кардиоренальных отношений. Необходимо прорабатывать экономические вопросы для внедрения научных исследований в амбулаторную и клиническую практику.

АМЛОДИПИН В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Азизов В. А., Алекперова А. К., Рагимова А. С.

Азербайджанский Медицинский Университет

Введение (цели/ задачи):

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) является самым распространенным заболеванием печени и на сегодняшний день признана шестым критерием метаболического синдрома (МС) и самостоятельным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний. Именно в рамках МС чаще всего встречается сочетание артериальной гипертензии (АГ) и поражения печени. Трудности ведения больных АГ в сочетании с НАЖБП усугубляются еще и тем, что подобная коморбидность не является един-

ственной и проявляется наличием другой сочетанной патологии, в том числе ХОБЛ. Отсутствие негативного влияния на бронхиальную проходимость делает антагонисты кальция препаратами выбора. Цель исследования: изучить влияние амлодипина на функции печени при сочетанной патологии НАЖБП, АГ и ХОБЛ.

Материал и методы:

В исследование были включены 20 больных (12 мужчин и 8 женщин) с сочетанной патологией НАЖБП, АГ и ХОБЛ, принимающие на амлодипин в суточной дозе 10 мг в день. У всех больных была диагностирована АГ I степени и на УЗИ выявлены признаки жирового гепатоза. Исследование данных пациентов методом спирометрии обнаружило умеренную степень бронхиальной обструкции. Всем больным проводили биохимические анализы трансаминаз, общего билирубина и щелочной фосфатазы, а также ультразвуковое исследование печени.

Результаты:

Больные были условно разделены на 3 группы: I группа – 7 больных, принимающих амлодипин в течение от 6 месяцев до 1 года; II группа – 7 больных, принимающих амлодипин в течение 1-2 лет; III группа – 6 больных, принимающих амлодипин в течение более 2 лет. Анализируя полученные результаты, у больных, входящих в I группу колебания от нормы были выявлены лишь в показателях щелочной фосфатазы – увеличение наблюдалось на 10-15%. У пациентов II группы на УЗИ, помимо признаков жирового гепатоза, отмечалось увеличение печени на 0,5-1,0 см. Среди биохимических показателей внимание привлекало повышение ALT и GGT на 30 и 40% соответственно. Обнаружение увеличения ALP при этом отмечалось на 23-25%. Больные III группы обнаружили возрастание по всем показателям: ALT на 35-42%, GGT на 38-51%, ALP на 33-37%, общий билирубин на 11-13%, увеличение размеров печени на 1,0-1,5 см. Но даже такое колебание от нормы не может являться причиной для отказа от проводимой терапии при данной комбинированной патологии (т.к. только при появлении желтухи, повышении аминотрансфераз в 2 раза и ALP в 1,5 раза от верхней границы нормы необходимо отменить все препараты, за исключением жизненно важных лекарственных средств).

Заключение:

Больные с сочетанной патологией НАЖБП, АГ и ХОБЛ, употребляющие в качестве антигипертензивного средства амлодипин 10 мг, требуют постоянного контроля уровня трансаминаз, щелочной фосфатазы, общего билирубина и состояния печени при абдоминальном УЗИ вне зависимости от срока давности приема препарата.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ОТ НАЛИЧИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ЮЖНЫХ ОБЛАСТЯХ УЗБЕКИСТАНА

Икромов Х. С., Хикматов М. Н.

Ташкентская Медицинская Академия

Введение (цели/ задачи):

Изучить зависимость выявления гипертонической болезни от наличия медико-социальных факторов в южных областях Узбекистана.

Материал и методы:

Исследования было проведено в Ташкенте на РКБ №1 в терапевтическом отделении. Объект исследования поступившие больные для стационарного лечения. В исследование включено 42 пациента (71% пациентов составили женщины, 29% – мужчины). Из них у 31 была выявлена гипертоническая болезнь (I группа) и у 11 пациента не было гипертонической бо-

лезни (II группа). Средний возраст больных в I группе составил 61,9±13,9 лет и во II группе 45,1±16,3 лет (p=0,0001). Работающее население составило 63%, не работающее – 27%. Количество пенсионеров в I группе значительно больше и составило 69,1% по сравнению во II группе – 30,9% (p=0,0001). В группах наблюдения не выявлено различий по фактору курения, наследственности и инвалидности.

Результаты:

Больным проводилось ЭКГ, измерение окружности талии, биохимические анализы крови: уровень глюкозы и общего холестерина. Окружность талии составила 92,8±13,7 см у пациентов в I группе и 83±13,7 см во II группе (p=0,0001). Уровень общего холестерина у пациентов в I группе составил 5,7±1,2 ммоль/л, у пациентов во II группе 5,3±1,1 ммоль/л (p=0,0001). Уровень глюкозы составил 6,2±2,0 ммоль/л у пациентов с ГБ и 5,5±1,6 ммоль/л у пациентов без ГБ (p=0,0001). Помимо традиционных факторов риска была изучена частота обращения за медицинской помощью в течение года. Пациенты I группы в среднем посещали 4,7±4,0 раза в год терапевта и 1,04±1,53 раза невролога против 3,8±3,5 и 0,64±1,41 во второй группе (p=0,0001). Пациенты с ГБ в среднем делали ЭКГ 1,07±0,7 раз в год, против 0,66±0,6 раз у пациентов без ГБ (p=0,0001). Помимо традиционных факторов риска была изучена частота обращения за медицинской помощью в течение года. Пациенты I группы в среднем посещали 4,7±4,0 раза в год терапевта и 1,04±1,53 раза невролога против 3,8±3,5 и 0,64±1,41 во второй группе (p=0,0001). Пациенты с ГБ в среднем делали ЭКГ 1,07±0,7 раз в год, против 0,66±0,6 раз у пациентов без ГБ (p=0,0001).

Заключение:

Зависимость выявляемости артериальной гипертензии от медико-социальных факторов указывает на актуальность первичных профилактических мероприятий. Полученные данные могут быть использованы для планирования объемов лечебно – профилактических мероприятий городского населения.

АССОЦИАЦИЯ ПАРАМЕТРОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ С КАРОТИДНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Полупанов А. Г.¹, Мамасаидов Ж. А.², Ческидова Н. Б.¹, Гелесханова Ю. Н.¹, Алимбекова Д. Б.¹, Романова Т. А.¹, Джумагулова А. С.¹

¹Национальный центр кардиологии и терапии,

²Кыргызско-Российский Славянский Университет имени Б.Н. Ельцина

Введение (цели/ задачи):

Изучение возможности прогнозирования наличия и выраженности атеросклероза каротидных артерий на основании показателей сосудистой жесткости и аугментационного индекса у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ) на первичном уровне здравоохранения.

Материал и методы:

Обследовано 155 больных ЭГ в возрасте 30-70 лет. Проведено общеклиническое обследование, определение уровня сахара, креатинина и липидного спектра (уровни ЛПНП, ЛПВП и триглицеридов) крови, дуплексное сканирование сонных артерий, определение жесткости артерий методом контурного анализа пульсовой волны.

Результаты:

Индекс аугментации (AIx) в группе больных с атеросклерозом (АС) достигал уровня 20,9±13,3% и был существенно выше,

чем у больных без АС сонных артерий (11,1±13,7%, p<0,01). При этом наблюдалась линейная зависимость между AIx и выраженностью АС сонных артерий. Так у больных без АС сонных артерий величина AIx составила 11,1±13,7%, в группе больных ЭС с малым стенозом – 18,2±13,7%, умеренным стенозом – 23,1±11,3%, выраженным стенозом – 26,1±14,0% (p<0,02-0,001). Проведенный многофакторный регрессионный анализ показал, что независимыми факторами риска АС сонных артерий у больных ЭГ явились: возраст (?=0,39; p<0,0001), уровень офисного систолического артериального давления (?=0,14; p<0,05) и AIx (?=0,15; p<0,05). В нашем исследовании медиана величины AIx составила 25%, поэтому в качестве отрезной точки для прогнозирования наличия АС сонных артерий была взята величина AIx>25%. Кроме того известно, что данный показатель заметно изменяется с возрастом, что предполагало необходимость оценки его прогностической значимости отдельно для пациентов среднего и пожилого возраста. Показано, что у больных ЭГ среднего возраста повышение AIx >25% увеличивало вероятность выявления каротидного АС почти в 2,2 раза (ОШ-2,17; 95% ДИ 1,00-6,58) с высокой чувствительностью (85,7%). При этом прогностическая значимость положительного результата теста составляла 76,4%. В то же время в группе пожилых пациентов повышение AIx >25% ассоциировалось с недостоверным возрастанием вероятности выявления АС сонных артерий (ОШ-2,94; 95% ДИ 0,47-18,4).

Заключение:

1. Показатель AIx, определяемый при помощи пальцевой фотоплетизмографии на основе контурного анализа пульсовой волны, ассоциируется с наличием и выраженностью каротидного АС. 2. У больных ЭГ среднего возраста величина AIx более 25% с высокой специфичностью (85%) позволяет прогнозировать наличие АС сонных артерий. При этом прогностическая значимость положительного результата теста достигает 76%. 3. Данные результаты могут использоваться в рамках популяционных и скринирующих исследований, а также для определения показаний к проведению дуплексного сканирования сонных артерий у больных ЭГ среднего возраста на уровне первичного звена здравоохранения.

ВИТАМИН D В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Майлян Д. Э., Коломиец В. В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Введение (цели/ задачи):

Оценить влияние заместительной терапии витамином D у женщин постменопаузального возраста с эссенциальной гипертензией (ЭГ), осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы:

Обследовано 68 пациенток в возрасте 57,14±2,43 лет с ХСН II функционального класса (ФК) по классификации Нью-Йоркской Ассоциации Сердца с умеренным отеочным синдромом, соответствующим IIA стадии по классификации Василенко-Стражеско. ХСН была обусловленной ЭГ. У всех пациентов уровень 25-гидроксивитамина D (25(OH)D) был в пределах от 10 до 20 нг/мл. К стандартной терапии, включающей рамиприл, бисопролол и торасемид в субдиуретической дозе 2,5 мг в сутки был добав-

лен витамин D3 в общей дозе не превышающей 300000 МЕ. Исследование проводили до коррекции лечения и через 4 месяца после добавления к стандартной терапии препаратов витамина D3. Диастолическую функцию левого желудочка (ЛЖ) оценивали по показателям времени изоволюмического расслабления (IVRT), величинам E, A, отношению E/A, отношению E/e'. Для определения выраженности системного воспаления использовали уровни интерлейкинов 6 и 4 (ИЛ-6, ИЛ-4), фактора некроза опухоли альфа (ФНО-?) и С-реактивного белка (С-РБ). Оценку толерантности к физическим нагрузкам проводили при помощи тредмилл-теста. Статистическую обработку данных проводили при помощи программного обеспечения Statistica 6.0.

Результаты:

При оценке показателей диастолической функции ЛЖ было выявлено, что через 4 месяца после коррекции лечения отмечалось достоверное увеличение E с $0,58 \pm 0,02$ до $0,67 \pm 0,03$ м/с ($p < 0,05$), при этом изменение A были недостоверными: $0,62 \pm 0,02$ и $0,63 \pm 0,02$ мм/с соответственно ($p > 0,05$). Был отмечен значимый ($p < 0,05$) прирост отношения E/A от $0,90 \pm 0,02$ до $1,06 \pm 0,03$. Достоверных изменений IVRT выявлено не было ($p > 0,05$). При этом, было отмечено уменьшение отношения E/e' от $11,25 \pm 0,12$ до $9,51 \pm 0,08$ ($p < 0,05$), что свидетельствует об улучшении функции ЛЖ. Через 4 месяца после включения в комплексную терапию препаратов витамина D3 было выявлено снижение активности системного воспаления. Достоверными были изменения ИЛ-6 и ИЛ-4: $22,12 \pm 0,92$ и $12,35 \pm 0,68$, $14,21 \pm 1,21$ и $20,89 \pm 1,11$ пг соответственно ($p < 0,05$), что свидетельствовало о снижении выраженности воспаления. При этом значимых изменений в уровнях СРБ и ФНО-? отмечено не было ($p > 0,05$). При оценке толерантности к физической нагрузке было выявлено значимое ($p < 0,05$) увеличение пороговой мощности от $4,11 \pm 0,23$ до $5,02 \pm 0,17$ МЕ, потребления кислорода от $15,05 \pm 0,21$ до $19,43 \pm 0,18$ мл/кг/мин, а также максимальная частоты сердечных сокращений (ЧСС) с $100,51 \pm 0,63$ до $116,11 \pm 0,87$ ударов в минуту. При этом значимых изменений в показателях исходной ЧСС ($p > 0,05$).

Заключение:

Было установлено, что добавление препаратов витамина D к стандартной терапии ЭГ и ХСН у женщин постменопаузального возраста, имеющих низкий уровень 25(OH)D, позволяет уменьшить выраженность системного воспаления и улучшить диастолическую функцию ЛЖ, что способствует увеличению толерантности к физическим нагрузкам.

ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АПФ В РАЗВИТИИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Махкамова Н. У., Хамидуллаева Г. А.

Республиканский специализированный центр кардиологии

Введение (цели/ задачи):

Изучение особенностей распределения и роли полиморфизма гена АПФ у больных артериальной гипертонией с цереброваскулярными заболеваниями

Материал и методы:

Обследовано 91 больной эссенциальной гипертонией (ЭГ) I-III степени (ЕОК/ЕОГ 2013) с наличием цереброваскулярных заболеваний, в возрасте от 32 до 74 лет (средний возраст $52,5 \pm 9,2$ лет). Длительность АГ - $9,2 \pm 7,5$ лет. Проводилось офисное измерение АД по методу Короткова, суточное мониторирование АД; определяли липидный спектр крови биохимическим методом.

Результаты:

Исходно при офисном измерении в целом по группе средние значения САД составили $170,5 \pm 24,6$ мм.рт.ст., ДАД $100,4 \pm 10,4$ мм.рт.ст. При оценке частоты встречаемости генотипов и аллелей полиморфизма I/D гена ACE среди обследованных больных АГ с ЦВЗ нами выявлено статистически значимое преобладание лиц с ID генотипом (65,9%) против генотипов II (18,7%) и DD (15,4%) – (ОШ 3,75; 95%ДИ 2,03-6,92; $p = 0,00003$). Доминирование какой-либо аллели не установлено (ОШ 1,14; 95%ДИ 0,76-1,72; $p = 0,60$). Максимальные значения вариабельности САД наблюдались в группе с DD генотипом в дневные часы $15,3 \pm 3,2$ мм.рт.ст. (при норме 11,7 мм.рт.ст.). В ночные часы также в группе D аллеля наблюдалось статистически значимое повышение вариабельности САД и ДАД. Индекс нагрузки (ИН) САД и ДАД были высокие как в дневное, так и в ночное время, особенно у пациентов с DD носительством. Одним из важных показателей является степень ночного снижения АД, так как недостаточное снижение АД (<10%) способствует увеличению числа цереброваскулярных осложнений. Среди больных ЦВЗ статистически значимо чаще встречались «нон-дипперы» (67-73,6%; ОШ 7,79; 95%ДИ 4,0-15,1; $p = 0,0000$), чем «дипперы» (13-14,3%) и «найт-пиккеры» (11-12,1%). При анализе этого показателя по генотипам выявили преобладание «нон-дипперов» в группах с II (70,6%), ID (73,3%) и DD (78,6%). В группе больных с II генотипом «найт-пиккеры» не встречались.

Заключение:

Носительство ID и DD генотипов гена АПФ достоверно ассоциируется с высокой степенью АД, по сравнению с носителями II генотипа среди больных АГ с ЦВЗ. Для пациентов с ЦВЗ также как и для больных АГ без наличия ЦВЗ характерно ассоциация носительства DD генотипа гена АПФ с выраженными нарушениями суточного профиля АД: высокой вариабельностью АД, недостаточным ночным снижением АД или его ночным повышением.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Васильева И. Н.¹, Осадчук М. А.¹, Коржанков Н. П.¹, Куделин И. В.², Лагоденко Е. Г.², Миронова О. Б.²

¹ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Минздрава России, ²ГБУЗ «Диагностический центр №5 ДЗ города Москвы» Филиал № 2

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС), будучи самостоятельными нозологическими единицами, имеют много общих признаков. Во-первых, оба заболевания имеют одинаковые факторы риска, и при сочетании данных патологий суммарный уровень риска значительно увеличивается. Во-вторых, механизмы возникновения и патогенеза АГ и ИБС сложны и во многом похожи. Важно отметить, что главным фактором риска развития осложнений при АГ является степень повышения артериального давления, а при ИБС наличие самой АГ служит основным независимым фактором. В последние годы внимание многих исследователей привлекает изучение особенностей гемодинамики, в том числе и суточного профиля артериального давления у больных с сочетанной кардиальной патологией. С учетом вышесказанного, целью настоящего исследования явилось изучение особенностей суточного профи-

ля артериального давления (АД) у пациентов, страдающих артериальной гипертензией в сочетании с ишемической болезнью сердца.

Материал и методы:

Обследовано 122 человека среднего возраста $54,5 \pm 4,8$ года: 87 пациентов с АГ и ИБС (основная группа) и 35 человек с АГ без ИБС (контрольная). Длительность АГ у пациентов основной группы составляла $12,3 \pm 1,0$ года, ИБС – $8,9 \pm 2,1$ лет. Длительность АГ в группе контроля – $5,93 \pm 2,1$ лет. У 27,5% пациентов с сочетанием АГ и ИБС в анамнезе отмечался перенесенный ранее инфаркт миокарда. Всем больным проводилось физикальное обследование с определением офисных значений АД и суточное мониторирование АД (СМАД) осциллометрическим методом с использованием аппарата «ВРlab» («Петр Телегин», Нижний Новгород).

Результаты:

Несмотря на сопоставимость групп по степени тяжести АГ, средние значения офисного систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД были значительно выше у пациентов основной группы ($160,2 \pm 3,8/95,7 \pm 2,1$ мм.рт.ст.). Сравнительный анализ данных СМАД выявил более выраженные изменения суточного профиля АД у пациентов с сочетанной кардиальной патологией: более высокие значения среднесуточного САД ($p < 0,04$) и среднесуточного ДАД ($p < 0,03$), более низкую частоту сердечного ритма во все временные интервалы суток ($p < 0,05$), значительное повышение индекса времени САД ($p = 0,02$) в дневное время. Следует подчеркнуть отсутствие достоверных различий пульсового АД между группами, что, вероятно, свидетельствует о значимом сердечно-сосудистом риске у пациентов обеих групп. Кроме того, у пациентов с сочетанием АГ и ИБС регистрировалась высокая частота встречаемости патологических профилей САД: «non-dipper» – в 39,7%, «night-peaker» – в 25,0%, а также относительно небольшой процент пограничных нарушений для САД – 19,1%. У пациентов контрольной группы выявлено преобладание суточной кривой АД «non-dipper» – в 61,5% случаев, а также больший процент пограничных нарушений суточного профиля АД: для САД – 46,2%, для ДАД – 26,5%. При чем анализируемые показатели имели достоверно большие значения в соответствии с таковыми у больных основной группы ($p = 0,03$ и $p = 0,001$ соответственно).

Заключение:

Сравнительный анализ позволил выявить особенности суточного профиля АД, обусловленные дополнительным влиянием ИБС у больных АГ, что, безусловно, повышает риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

**ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ
ВЕНТИЛЯЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ**

Гунько А. В., Сытник К. А.

Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина

Введение (цели/ задачи):

Оптимизация диагностики вентиляционных нарушений у больных артериальной гипертензией (АГ) с ожирением на основании определения основных спирометрических показателей и оценки провоспалительных компонентов иммунного ответа.

Материал и методы:

Обследовано 103 пациента с АГ. Проводилось измерение таких антропометрических показателей: рост, вес, ИМТ. Всем боль-

ным была проведена компьютерная спирометрия. Уровень СРБ, ФНО- α и IL-6 в крови определялись методом иммуноферментного анализа. Пациенты были разделены на группы в зависимости от значений ИМТ и наличия бронхообструктивного синдрома.

Результаты:

Согласно полученным данным, для больных АГ характерно достоверное снижение спирометрических показателей в сравнении с группой контроля, которые достигали максимально низких значений у пациентов с АГ и ожирением ($p < 0,05$). При анализе воспалительной реакции выявлено достоверное повышение концентраций СРБ, IL-6 и TNF- α у больных АГ с ожирением, как при наличии бронхиальной обструкции так и без нее в сравнении с практически здоровыми лицами ($p < 0,05$).

Заключение:

Для пациентов с АГ и ожирением характерной является активация провоспалительных маркеров, таких как IL-6, СРБ и TNF- α , максимальная концентрация которых выявлена при наличии бронхообструктивного синдрома. Наличие корреляционных связей между изученными цитокинами и ОФВ1 позволяет предположить их влияние на формировании бронхиальной обструкции у больных АГ с ожирением.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА НА
РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

Полозова Э. И.

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. ОГАРЕВА»

Введение (цели/ задачи):

В последние годы большое внимание уделяется частому сочетанию патологии сердечно-сосудистой системы, в том числе артериальной гипертензии (АГ), и ревматических заболеваний. Ряд исследований доказывает увеличение смертности от сердечно-сосудистой патологии у данных больных на 60% по сравнению с общей популяцией, в основном в связи с возрастанием риска инфаркта миокарда и инсульта. Несмотря на большое число научных работ, посвященных проблеме кардиоваскулярной патологии при ревматоидном артрите (РА), современные исследования недостаточно полно освещают структуру ранних, бессимптомных кардиоваскулярных нарушений у больных РА – наиболее существенный в диагностическом, прогностическом и терапевтическом плане аспект существующей проблемы, а также особенности прогрессирования геометрических нарушений сердца при сочетании РА и АГ. Целью работы явилось исследование влияния факторов риска на ремоделирование сердца у больных АГ и РА.

Материал и методы:

В исследуемую группу вошли 60 пациентов с АГ 2 стадии и сопутствующим РА (85% женщин и 15% мужчин), средний возраст которых составил $48,7 \pm 3,9$ лет. Все пациенты находились на лечении в ревматологическом отделении ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница №5» г. Саранска в 2013–2017 г.г. Больным анализируемой группы проводили анкетирование для выявления факторов риска, оценку клинического и биохимического анализов крови, электрокардиографическое (ЭКГ) и эхокардиографическое исследования (ЭХОКГ) с определением относительной толщины стенок левого желудочка (ЛЖ), массы миокарда левого желудочка, индекса массы миокарда левого желудочка. Для выделения типов ремоделирования левого желудочка использовали классификацию Ganau et al. (1992 г.). Статистический анализ данных проводился по общепринятым формулам с использованием пакета программ Excel-7.

Результаты:

Исследования показали, что по данным заключений ЭКГ, гипертрофия левого желудочка имела место в 82% случаев. При оценке заключений ЭХОКГ гипертрофия миокарда левого желудочка определялась в 97% случаев в анализируемой группе. Структура распределения типов геометрии сердца была следующей: нормальная геометрия ЛЖ – 5,0%, концентрическое ремоделирование (КР) ЛЖ – 3,3%, эксцентрическая гипертрофия (ЭГ) ЛЖ – 58,3%, концентрическая гипертрофия (КГ) ЛЖ – 33,4%. Мы проанализировали распространенность факторов неблагоприятного прогноза развития сердечно-сосудистых осложнений в группах больных с различными типами ремоделирования сердца. Распространенность такого фактора неблагоприятного прогноза как стресс в анализируемой группе больных преобладала среди пациентов с КГ ЛЖ, избыточное употребление жирной пищи – у больных с ЭГ. Между типом ремоделирования левого желудочка и курением, избыточным употреблением соли и жирной пищи, как факторами неблагоприятного прогноза, была выявлена тесная взаимосвязь. Малоактивный образ жизни вели преимущественно пациенты с ЭГ ЛЖ. В анализируемой группе больных как при ЭГ, так и при КГ ЛЖ большинство пациентов имели избыточную массу тела (85% и 73,5%) соответственно. Оценка корреляционной зависимости подтвердила тесную связь гипертрофии ЛЖ с длительностью анамнеза РА, величиной индекса массы тела, скорости оседания эритроцитов и С-реактивного белка, что подтверждается достоверными величинами коэффициентов корреляции $r=0,72-0,98$. Проведенный анализ факторов риска показал, что больные анализируемых групп с КГ и ЭГ ЛЖ имеют наибольшее число и частоту встречаемости факторов неблагоприятного прогноза в отношении развития сердечно-сосудистых осложнений по сравнению с больными, имеющими НГ ЛЖ.

Заключение:

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о прогностической ценности выявления различных вариантов ремоделирования сердца для определения риска сердечно-сосудистых осложнений у больных РА и АГ. Полученные данные обосновывают необходимость учета показателей структурно-функционального состояния сердца при оценке кардиоваскулярного риска в данной категории больных, а также коррекции модифицируемых факторов риска с целью профилактики и обратного развития патологических типов геометрии левого желудочка при АГ в сочетании с РА.

К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Раупова Ш. А., Махмудов Н. С., Усмонова Н. А.
Согдийский областной кардиологический центр,
г. Худжанд

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертония (АГ) – это самое распространенное заболевание всей сердечно-сосудистой системы, которое является фактором риска заболеваемости и смертности во всех развитых странах. По данным различных авторов терапия антигипертензивными препаратами намного снижает этот риск, но большинство больных с артериальной гипертензией часто не выполняют рекомендации врача и имеют плохую приверженность к лечению. Это связано с такими причинами как: 1) бессимптомность течения заболевания; 2) возникновение побочных эффектов при приеме гипотензивных препаратов; 3) низкий социальный уровень некоторых больных. Целью нашего исследо-

вания была оценка уровня знаний больных о своем заболевании и адекватность терапии больных с артериальной гипертензией, выявление возможных причин неадекватности мероприятий по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Материал и методы:

Проведен анамнестический анализ группы из 220 больных, находившихся на стационарном лечении в отделении артериальной гипертонии Согдийского областного кардиологического центра по поводу артериальной гипертонии II - III степени, риск 3-4 в возрасте от 30 до 70 лет. У всех больных имелась артериальная гипертензия. Основное внимание было уделено факторам риска, вопросам лечения (препараты, следование советам врача) и профилактики (регулярности и правильности измерения артериального давления, образу жизни) артериальной гипертонии.

Результаты:

Средний возраст 220 отобранных для анализа больных составил 56,5 лет. Мужчин было 36%, женщин 64%. Средний уровень систолического АД составил 170,5 мм.рт.ст., диастолического - 105 мм.рт.ст. При оценке эффективности лечения больных с АГ выявлено, что все больные получали гипотензивные препараты. Анализ анамнестических данных показал, что только 55% больных регулярно принимали препараты, 38% - только при повышении АД, 7% - считали правильным курсовое лечение. При выборе лекарственных препаратов, снижающих АД, 72% больных с АГ лечились ингибиторами АПФ, 15% - бета-адреноблокаторами, 8% - антагонистами кальция, 5% - диуретиками. Подавляющее большинство пациентов (75%) в качестве лечения использовали монотерапию, остальные 25% - комбинированную. Для измерения АД больные в домашних условиях использовали различные типы аппаратов и имели аппарат дома только 65% больных. О правильности измерения АД в домашних условиях судить не представляется возможным. Только у 15% анализируемых отмечено, что больные измеряли АД 2-3 раза в сутки, 19% - 1 раз в сутки, остальные - один или 2 раза в неделю в основном при появлении головной боли. У 56% больных отмечалось превышение массы тела и только 17% опрошенных знали о повышении холестерина в крови. Большинство больных (83%) при поступлении в стационар не знали свой уровень холестерина и соответственно не получали лекарственные препараты, снижающие уровень липидов крови. 85% пациентов не курили, более 90% не употребляли алкоголь или употребляли изредка.

Заключение:

Анализ обследуемых больных показал, что большинство больных не получали должных врачебных рекомендаций по лечению артериальной гипертонии или же имели низкую приверженность к лечению. Зачастую врачи и пациенты недооценивали гиперлипидемию, как одного из основных факторов риска заболеваемости и смертности от ССЗ и не использовали гиполипидемические препараты в терапии АГ. У больных, регулярно измерявших АД, получавших комплексное лечение и ведущих здоровый образ жизни, были достигнуты положительные результаты.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВРЕМЕННОГО АНАЛИЗА ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПАРАМЕТРОВ ТУРБУЛЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ С УЧЕТОМ ВОЗРАСТНЫХ И ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ

Алейникова Т. В.

Гомельский Государственный Медицинский Университет

Введение (цели/ задачи):

Одной из наиболее актуальных проблем современной медици-

ны является совершенствование подходов к диагностике, лечению, профилактике артериальной гипертензии (АГ), включая поиск предикторов риска внезапной сердечной смерти. Существенную помощь в разрешении этой проблемы может оказать метод холтеровского мониторирования (ХМ), позволяющий оценить вариабельность и турбулентность сердечного ритма, которые являются независимыми предикторами риска внезапной смерти. Целью нашего исследования явилось проведение комплексной оценки временных показателей вариабельности сердечного ритма (BCP) и параметров турбулентности сердечного ритма (TCP) у пациентов с артериальной гипертензией II степени в разных возрастных подгруппах.

Материал и методы:

Обследовано 214 пациентов (средний возраст $57,7 \pm 7,6$). Из них 121 женщина (56,5 %) и 93 мужчины (43,5 %). В программе ХМ оценивались временные (time domain) показатели BCP: SDNN (мс), SDNN-i (мс), SDANN-i (мс), RMSSD (мс), pNN50 (%). У 173 (80,8 %) пациентов были зарегистрированы желудочковые нарушения ритма, позволяющие рассчитать и оценить параметры турбулентности. Оценивались параметры TO («onset»-«начало» турбулентности, показатель, отражающий период тахикардии) и TS («slope» ->«наклон» турбулентности, отражающий период брадикардии). Статистическая обработка результатов выполнялась с помощью программного обеспечения «Statistica», 10.0. Достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты:

В возрасте 35–39 лет зарегистрированы преимущественно нормальные и повышенные значения показателей BCP. В ответ на повышение уровня артериального давления (АД) у большинства зарегистрировано повышение SDNN и RMSSD, свидетельствующее о компенсаторном преобладании тонуса парасимпатической нервной системы. Снижение показателей имеет место преимущественно у женщин. У пациентов 40–49 лет зарегистрированы преимущественно нормальные значения показателей (SDNN - 70,8%; RMSSD - 54,2%; pNN50 - 75%). Повышение SDNN и RMSSD зарегистрировано в меньшем проценте случаев, что свидетельствует об уменьшении компенсаторного преобладания тонуса парасимпатической нервной системы при повышении уровня АД. В 50–59 лет нормальные значения показателей зарегистрированы у большинства пациентов (SDNN - 55,7%; RMSSD - 46,6%; pNN50 — 68,2%). Повышение показателей зарегистрировано преимущественно у женщин (компенсаторный механизм преобладания парасимпатических влияний в ответ на повышение уровня АД), снижение — преимущественно у мужчин. У пациентов 60–70 лет нормальные значения SDNN зарегистрированы в 60% случаев, RMSSD - 30,5%, pNN50 — 54,8%. Зарегистрированное повышение RMSSD в 61,1% свидетельствует о снижении концентрации сердечного ритма вследствие возрастного изменения реактивности вегетативной нервной системы. Повышение показателей имеет место преимущественно у женщин, снижение — у мужчин. Нормальные значения параметров TCP зарегистрированы у 52,8% пациентов всех возрастных подгрупп. С увеличением возраста пациентов отмечается повышение TO и снижение TS, таким образом, увеличивается количество пациентов, имеющих редукцию одного или тотальную редукцию параметров TCP. Проведен анализ корреляций показателей «time domain» анализа BCP и параметров TCP. Выявлены корреляции с высокой статистической значимостью между SDNN и ЦИ ($r = 0,531$; $p < 0,0001$); SDNN и TS ($r = 0,447$; $p < 0,0001$), RMSSD и TO ($r = 0,42$; $p < 0,0001$), RMSSD и TS ($r = 0,359$; $p < 0,0001$); pNN50 и TO ($r = 0,38$; $p < 0,0001$), pNN50 и TS ($r = 0,345$; $p < 0,0001$). Выявлена статистически значимая отрица-

тельная корреляция между параметром «time domain» анализа SDNN и возрастом пациента ($r = -0,2$; $p = 0,008$).

Заключение:

Большинство пациентов с АГ II степени имеют нормальные значения показателей вариабельности и турбулентности сердечного ритма. В молодом возрасте отмечается преимущественное повышение показателей вариабельности, свидетельствующее о компенсаторном преобладании тонуса парасимпатической нервной системы в ответ на повышение уровня АД. У мужчин старше 40 лет чаще отмечается преобладание тонуса симпатической нервной системы, что способствует более быстрому срыву компенсаторных возможностей и прогрессирующему повышению уровня АД.

КОМПЛЕКСНАЯ РАДИОНУКЛИДНАЯ ДИАГНОСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Исмаилова Г. Н.

АО Национальный научный центр хирургии

имени А.Н. Сызганова

Введение (цели/ задачи):

Появление новых методов диагностики и технологий, не является основанием для отказа от безопасной радионуклидной диагностики (РНД) в оценке функционального состояния почек, что подтверждается широким применением РНД в педиатрии и в антенатальной диагностике и мониторинге патологий почек плода. Известно, что патологии почек являются причиной или следствием различных форм артериальной гипертензии (АГ). Хотя в современные диагностические тесты позволяют быстро идентифицировать патологию и провести надлежащее лечение, но проблема прогнозирования эффективности лечения АГ сохраняет свою актуальность. Кроме того, представляет интерес тема персонализированных подходов в лечении АГ, которая должна основываться не только на дорогостоящих молекулярно-генетических исследованиях. Цель: Комплексная РНД заболеваний почек у больных АГ позволяет поставить точно диагноз и оценить эффективность проводимого лечения. Задача: Методами динамической сцинтиграфии почек (ДСП) и радиоиммунного анализа (РИА) активности и реактивности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) на фармакологические пробы определить и оценить эффективность лечения АГ.

Материал и методы:

ДСП выполнена на однофотонном эмиссионном компьютерном томографе «Genesys Epic», ADAC Lab (США) с программным обеспечением «Pegasys». РИА наборами IMMUNOTECH (Прага) меченый I125, с активностью в пределах 0.074-0.37 Мбк и гамма-счетчиком Wizard-1470, «Wallac» для определения реактивности РААС на фармакологические пробы: активность ренина плазмы (АРП), концентрацию альдостерона плазмы (КАП) и ангиотензин-1. Функциональное состояние почек оценивались параметрами Tmax и T?, а также рассчитывались T? и AS, где T? — время (в мин.), отражающее удержание радиофармпрепарата (РФП) почкой и рассчитывалось по формуле: $T? = [Tmax - Ta]/60$ сек., где Ta — время (в сек.), прохождения болюса от места инъекции РФП до супраренальной области аорты, по кривой ренограммы, а также AS (average slope) — коэффициент наклона кривой выведения от точки максимального накопления РФП до точки равной ? от максимума. Комплексная РНД выполнена 23 (83±1.6%) пациентам, а также 36 (11.5±1.8%) больным только анализ активности и реактивности РААС на фармакологические пробы с гипотензивными препаратами, из них у 14(60.9%) симптоматическая АГ и у 9(39.1%) эссенциальная АГ.

Результаты:

У больных наблюдались следующие изменения: гипертрофия левого желудочка, стенокардия миокарда, протеинурия и повышение уровня креатинина до 170 мкмоль/л. Базальный уровень РААС составил: АРП - 0.12-20.34 (нг/мл)/час, в среднем 1.87 ± 0.52 (нг/мл)/час, активность А-1 - 0.2-2.5 (нг/мл)/час в среднем 1.03 ± 0.26 (нг/мл)/час, КАП - 14.6-184.5 пг/мл в среднем 72.7 ± 7.87 пг/мл при (n=59). Размах величин АД в пределах от 140/90 мм.рт.ст. до 220/120 мм.рт.ст. Средние значения давления составили: САД - 185.7 ± 3.9 мм.рт.ст., ДАД - 99.6 ± 2.1 ммрт.ст при (n=59). Согласно современной классификации активности РААС, по базальному АРП позволили выделить: низко-рениновую АГ - 37(62.7±62%); нормо-рениновую АГ - 3(5.1±2.8%); высоко-рениновую АГ - 19(32.2±61%). Средние значения показателей ДСП у 23 обследованных страдающих АГ, составили: Тмах - 3.87 ± 0.89 мин. Т? 15.59 ± 0.77 мин., Т? - 3.4 ± 0.28 мин. и AS - $(-277.33) \pm (-52.52)$, при (n=46). У пациентов с нарушениями параметров ДСП в одной почке и больным, с сочетанным поражением фильтрационной функции и нарушением гемодинамики обеих почек анализ реактивности РААС выполнен с кардипином. У 9 больных с удовлетворительной выделительной функцией почек, по параметру Т?, но с нарушенной общей гемодинамикой по параметрам Тмах и Т? и со сниженной фракцией выброса, анализ РААС выполнен пробой с тензиомином. Лицам, со сниженной фильтрацией почек, на фоне удовлетворительной общей гемодинамики, анализ реактивности РААС выполнен с атеналолом. Полученные данные отличаются от литературных данных, так как преобладали участники с низко-рениновым типом АГ; больные старше 50 лет (81.3±2.2%), известно, что с возрастом АРП снижается; больные со стабильной АГ, как правило, с длительно существующим повышенным давлением крови (более 5 лет у 52.5±6.5%), что приводит к снижению активности клеток юкстагломерулярного аппарата почек и их истощением.

Заключение:

Комплексный подход в диагностике артериальной гипертензии позволяет выполнить более точную диагностику и назначить корректное лечение.

КОРРЕКЦИЯ ДЕФИЦИТА МАГНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Коломиец В. В., Панчишко А. С.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Введение (цели/ задачи):

Известно значение избытка ионов кальция в истощении синтеза оксида азота, развитии дисфункции эндотелия и снижении способности стенки бронхов реагировать расслаблением в ответ на бронходилатирующие стимулы. Оценка влияния приема препарата магния, являющегося природным антагонистом кальция, препятствующим его трансмембранному транспорту, на степень дисфункции эндотелия, суточный профиль артериального давления (АД) и степень бронхиальной обструкции у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материал и методы:

До и через три недели приема 0,15 ммоль/кг массы тела лактата магния в сутки на фоне адекватной антигипертензивной терапии амлодипином и лозартаном у 30 больных ЭГ II стадии с

ХОБЛ II ст. вне обострения и 30 больных ЭГ II стадии оценивали состояние обмена магния по динамике магниемии в течение 240 мин. в условиях перорального магниотолерантного теста с приемом оротата магния в дозе 0,15 ммоль на кг массы тела, уровень АД при его суточном мониторинге (СМАД), функцию внешнего дыхания на компьютерном спирографе, дисфункцию эндотелия сосудов доплерографически по изменению диаметра плечевой артерии (ПА) на фоне реактивной гиперемии (РГ) и по концентрации нитритов в плазме крови.

Результаты:

Дополнительный прием магния корректировал состояние его обмена - скорость элиминации нагрузочной магниемии возросла ($p < 0,05$) почти вдвое, особенно значительно ($p < 0,05$) у больных с ритмом АД "night-peaker", отличавшихся ее наименьшим уровнем. Антигипертензивная эффективность амлодипина и лозартана не снижалась, суточный ритм АД не ухудшался. Претерпели достоверные изменения среднесуточные уровни АД (на 6,1±1,5%), степень ночного снижения систолического АД (4,2±1,4 мм рт. ст.). Более выраженные изменения показателей СМАД отмечались у больных с большей степенью дисфункции эндотелия: Уменьшилось число пациентов с нарушенным суточным профилем АД non-dipper ($p < 0,01$). одновременно вариабельность АД уменьшилась в результате улучшения регуляции АД, в частности, на фоне гипоксии вследствие бронхиальной обструкции. В результате приема магния увеличился прирост диаметра ПА - на 29,0% ($p < 0,05$) и увеличилась концентрация нитритов в плазме крови с $48,1 \pm 2,9$ до $68,2 \pm 2,5$ мкмоль/л ($p < 0,01$). Более выраженные изменения показателей СМАД отмечались у больных с большей степенью уменьшения степени дисфункции эндотелия: среднесуточный показатель систолического АД у больных с уровнем дилатации ПА на фоне РГ более 5% снизился на $7,1 \pm 0,6$ мм рт.ст., вариабельность систолического АД снизилась на $7,9 \pm 0,4$ мм рт.ст., а у больных с уровнем дилатации ПА на фоне РГ менее 3%, - соответственно, на $4,1 \pm 0,5$ мм рт.ст. ($p < 0,05$) и на $4,3 \pm 0,3$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). Степень бронхиальной обструкции достоверно уменьшилась. После лечения магнием объем форсированного выдоха за первую секунду увеличился на 19,0% ($p < 0,001$), индекс Тиффно - на 18,1% ($p < 0,001$). При ЭГ в сочетании с ХОБЛ скоростные параметры выдоха были значительно меньшими, чем у больных ЭГ. Так, величина максимальной объемной скорости в момент выдоха 50% ФЖЕЛ (МОС50%) была ниже ($p < 0,05$) аналогичной величины в группе обследованных больных с ЭГ без ХОБЛ в 1,8 раза, МОС75% - в 2,1 раза. У больных с сочетанием ЭГ и ХОБЛ бронхиальная обструкция характеризовалась нарушением проходимости не столько мелких бронхов, сколько воздухоносных путей крупного калибра, на что указывало уменьшение МОС25% на 53,5% от должной величины и в 2 раза от аналогичного показателя у пациентов с ЭГ ($p < 0,05$), у которых показатель МОС25% был лишь на 4,6% меньше его средней должной величины. Между уровнем АД и величиной МОС25% у больных ЭГ в сочетании с ХОБЛ выявлена умеренная, но достоверная корреляционная связь ($r = -0,51$; $p < 0,05$), у больных с ЭГ такой связи не прослежено. Между величинами ?ДПА на фоне РГ и МОС25% также выявлена достоверная связь ($r = +0,347$; $p < 0,05$). После курса приема магния улучшение бронхиальной проходимости произошло преимущественно за счет дилатации крупных бронхов. Величина МОС25% возросла на 13,3% ($p < 0,001$), МОС50% - на 7,9%, ($p < 0,05$), МОС75% - всего на 7,1% ($p < 0,001$).

Заключение:

У больных ЭГ с сопутствующей ХОБЛ прием препарата магния, нормализуя обмен магния путем устранения его дефицита,

увеличивает синтез эндогенного оксида азота, уменьшает эндотелиальную дисфункцию, что сопровождается улучшением клинического течения ЭГ и увеличением бронхиальной проходимости, преимущественно за счет релаксации бронхов крупного калибра.

КУРЕНИЕ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Сытина И. В., Ащеулова Т. В., Ковалёва О. Н.

ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ,

г. ХАРЬКОВ, УКРАИНА

Введение (цели/ задачи):

Изучить особенности типов ремоделирования левого желудочка в зависимости от курения у больных гипертонической болезнью

Материал и методы:

обследовано 96 больных с гипертонической болезнью (ГБ), 69,4% – женщин, 30,6% – мужчин, медиана возраста составила – 60 [52; 64] лет, длительность ГБ – 8 [5; 12] лет. Группу контроля составили 27 лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Всем обследуемым для определения структурно-функциональных параметров сердца проводили эхокардиографию. На основании анализа полученных показателей, а именно индекса массы миокарда левого желудочка (ЛЖ) и относительной толщины стенки ЛЖ, определяли типы ремоделирования: нормальная геометрия ЛЖ (НГЛЖ), концентрическое ремоделирование, концентрическая гипертрофия ЛЖ (КГЛЖ), эксцентрическая гипертрофия ЛЖ (ЭГЛЖ). При помощи опроса изучали статус курения: интенсивность, длительность, с последующим расчетом индекса курения (ИК) по формуле: $ИК = \text{количество сигарет в сутки} \times \text{стаж курения (лет)} / 20$.

Результаты:

Согласно данным опроса в группе больных с ГБ – 24,5% пациентов курили. Медиана длительности курения составила 29 [17,5; 35,3] лет, количество сигарет в сутки – 16 [13; 22,5], индекс курения – 21,8 (11,3; 40,0). Согласно цели исследования больные распределены на 2 группы в зависимости от статуса курения. Медиана индекса массы миокарда ЛЖ в группе курильщиков составила 135,2 г/м², в группе больных без курения – 117 г/м². При анализе типов ремоделирования ЛЖ, первая группа характеризовалась нормальной геометрией ЛЖ у 16,7% пациентов, КРЛЖ – 20,4%, КГЛЖ – 44,4%, ЭГЛЖ – 18,5%, при 27,7%, 5,6%, 33,3%, 33,3% – во второй группе соответственно. В группе курильщиков лица с диагностированной гипертрофией ЛЖ и с нормальной массой ЛЖ статистически достоверно отличались ($p < 0,05$) по показателю – индексу курения. Выявлено, что у лиц с нормальной массой ЛЖ индекс курения составлял – 13 пачка/лет, у лиц с гипертрофией миокарда ЛЖ показатель увеличился в 2,6 раз и составил – 34 пачка/лет. Детальный анализ типов ремоделирования ЛЖ, продемонстрировал, что высокий показатель ИК был в группе лиц с КГЛЖ – 45,7 [27; 58] пачка / лет, у лиц с ЭГЛЖ – 23,7 [11,7; 36,5] пачка / лет, при концентрическом ремоделировании ИК составил 11,3 [5; 24,2] пачка / лет, лица с НГЛЖ – характеризовались низким показателем – 9 [5; 21,8] пачка / лет. Корреляционный анализ показал положительные взаимосвязи между курением и конечным диастолическим размером ЛЖ ($p < 0,05$), конечным систолическим размером ЛЖ ($p < 0,001$), конечным диастолическим объемом ($p < 0,05$), конечным систолическим объемом ($p < 0,05$), индексом массы миокарда левого желудочка ($p < 0,05$)

Заключение:

Больные с гипертонической болезнью при наличии курения характеризовались развитием гипертрофии миокарда левого желудочка, с формированием неблагоприятных в прогностическом отношении типов ремоделирования левого желудочка.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПЕРИОД ПОСТМЕНОПАУЗЫ

Арипова Н. А., Абдуллаев О. А.

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/ задачи):

Оценить особенности мозгового кровотока и холестерина обмена у женщин с артериальной гипертонией (АГ) в период постменопаузы, изучить динамику параметров церебрального кровотока и показателей липидного спектра на фоне 6-месячной гипотензивной и гиполипидемической терапии.

Материал и методы:

Исследование включено 24 женщины с АГ I и II степени, находящихся в периоде постменопаузы в течение 7,1±0,5 лет. Всем женщинам в начале исследования назначали мозксиприл в режиме монотерапии в суточной дозе 7,5-15 мг. Пациенткам с исходной дислипидемией дополнительно к гипотензивной терапии назначали липид снижающий препарат аторвастатин в суточной дозе 10 мг. Все наблюдаемые были разделены на две группы: I – монотерапии мозксиприлом (13 человек) II – комбинированной терапии мозксиприлом и аторвастатином (11 человек). В начале наблюдения и через 6 мес всем обследуемым выполнялась ультразвуковая доплерография (УЗДГ) сосудов головы и шеи и исследовались показатели липопротеидов.

Результаты:

По результатам клинического наблюдения к концу 6-го месяца исследования целевого уровня АД достигли 20 пациенток (83%). Исходные цифры АД у исследуемых в I группе составляли: систолическое АД 159,80±2,82 мм.рт.ст диастолическое АД 96,15±1,28 мм.рт.ст., после 6 мес лечения систолическое АД было 138,1±2,37 мм.рт.ст., диастолическое АД – 87,69±2,08 мм.рт.ст ($p < 0,01$). У пациенток II группы систолическое АД в начале исследования определялось на уровне 163,50±3,28 мм.рт.ст, диастолическое – 97,27 ±1,4 мм.рт.ст, через 6 мес систолическое АД снизилось до 136,40 ±3,24 мм.рт.ст., диастолическое – до 87,73 ± 2,37 мм.рт.ст ($p < 0,01$). У женщин I группы (4% от общего количества пациенток) на фоне приема мозксиприла отмечалось появление сухого кашля, что потребовало отмены препарата. Кроме того, во II группе к 6-му месяцу исследования у 90,9% пациенток выявлено улучшение координации движений, исчезновение шума в голове значительное повышение объема и резервных возможностей кратковременной памяти, улучшение внимания и увеличение психической активности. Повышение умственной работоспособности отмечалось в 81,8% случаев. На фоне 6-месячной терапии более выраженные позитивные изменения показателей церебральной гемодинамики и параметров липидного спектра крови были зафиксированы у больных, получающих комбинированную терапию гипотензивным и липид снижающим препаратами.

Заключение:

Для женщин с длительно протекающей АГ характерно ухудшение церебральной гемодинамики. Наиболее позитивное влияние на показатели церебральной перфузии оказывало комбинированное лечение мозксиприлом и аторвастатином.

ОПТИМИЗАЦИЯ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ

ГАИБОВА З. В., УРУНБАЕВА Д. С., ШОЕВ Ф. С.
ГОУ ИПО в СЗ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Введение (цели/ задачи):

Проблема своевременной диагностики и адекватного лечения пациентов с феохромоцитомой (ФХЦ) продолжает оставаться одним из нерешенных вопросов современной хирургии. Частота распространенности ФХЦ составляет 1-4 человека на 200 тысяч населения. Несвоевременная диагностика, применение различных гипотензивных средств, отказ пациентов от обследования и лечения, приводят к ухудшению течения ФХЦ, а частое развитие катехоламинового криза в 34% случаев заканчивается угрожающими жизни состояниями, а в 3,6% случаев приводит к смерти. Несмотря на достижения современной медицины в силу различных причин врачи часто не уделяют достаточного внимания глубокому исследованию состояния надпочечников у пациентов со злокачественным течением артериальной гипертензии. По данным литературы, диагноз до 70% случаев устанавливается с опозданием, после многих лет жизни с неконтролируемой АГ или посмертно. Цель исследования. Оптимизация гипотензивной терапии у больных с феохромоцитомой.

Материал и методы:

Анализируются результаты двух методик гипотензивной терапии 25 больных с феохромоцитомами (ФХЦ). Возраст больных колебался от 15 до 63 лет, в среднем составляя $31,6 \pm 2,4$ лет. Среди больных лица женского пола были 21 (84%), мужского – 4 (16%). Длительность заболевания колебалась от 6 месяцев до 7 лет, составляя в среднем $3,4 \pm 0,5$ лет. В зависимости от схем гипотензивной терапии больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 8 пациентов которым назначены различные гипотензивные препараты из группы β -адреноблокаторов, ингибиторов АПФ, блокаторов кальциевых каналов, а интраоперационно фентоламин, натрия нитропруссид и раствор нитроглицерина. Во вторую группу были включены 17 пациентов, которым в качестве основного гипотензивного препарата был применен α -адреноблокатор доксазозин. Доксазозин назначался в дозе от 2 до 12 мг два раза в сутки перорально. Первые 3-5 дней пациентам для профилактики развития ортостатической гипотонии рекомендовался постельный режим. С целью коррекции скрытой или явной гиповолемии после применения доксазозина пациентам проводилась внутривенная инфузия кристаллоидных и коллоидных препаратов. Длительность предоперационной подготовки больных I группы составила от 7 до 15 дней, в среднем $10,1 \pm 0,8$ суток, а пациентов II группы от 9 до 25 дней, в среднем $13,1 \pm 0,7$ суток. Анализируются показатели АД при госпитализации и в периоперационном периоде, а также все осложнения, связанные с артериальной гипертензией.

Результаты:

При госпитализации у пациентов обеих групп имелись приблизительно одинаковые повышенные цифры АД ($225,7 \pm 9,2/127,1 \pm 8,7$ напротив $227,2 \pm 7,0/118,3 \pm 5,3$ мм рт. ст.). Вместе с тем у пациентов II группы при проведении предоперационной подготовки доксазозинотом отмечалось достоверное снижение АД по сравнению с пациентами первой группы ($175,7 \pm 3,7/111,4 \pm 7,0$ напротив $110,8 \pm 3,4/73,9 \pm 2,4$ мм рт. ст.). Во время оперативных вмешательств стабильное течение АГ было у пациентов, которым в предоперационном периоде в качестве основного препарата был применен доксазозин ($235,7 \pm 7,2/127,1 \pm 6,8$ напротив $180,3 \pm 4,7/100,3 \pm 3,9$ мм рт. ст.). В связи с развитием синдрома «неуправляемой гемодинами-

ки» и связанной с ней острой сердечной недостаточности в первой группе пациентов отмечались статистически значимые ($p < 0,001$) фатальные последствия (25% напротив 0%). Летальные исходы у них на наш взгляд были следствием тактических ошибок при проведении предоперационной подготовки больных. Среди больных, которым применяли доксазозин, смертные случаи не наблюдались. Появление доксазозина позволило оптимизировать проведение предоперационной подготовки пациентов с ФХЦ.

Заключение:

Полученные нами данные в ходе исследования показали, что с целью профилактики развития синдрома «неуправляемой гемодинамики» и связанных с ним жизнеугрожающих состояний всем пациентам следует провести гипотензивную терапию с применением α -адреноблокатора – доксазозина независимо от уровня АД и других показателей сердечно-сосудистой системы.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ И ОБРАЗА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И НЕСТАБИЛЬНЫМИ ЦИФРАМИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

ШЕВЕЛЕВА О. Е., ДУРНОВА Л. В., МАГАСУМОВА А. Р.,
ПАНТЕЕВА Е. В.

ФГБОУ ВО ТЮМЕНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Введение (цели/ задачи):

Недавние исследования, проведенные Американской ассоциацией кардиологов, показали, что кровяное давление (развитие гипертонии) может быть снижено несложными диетами и уменьшением потребления натрия (соли). Не менее высокоэффективным методом вторичной профилактики АГ является обучение пациентов в школах здоровья по артериальной гипертензии. Целью нашего исследования являлось изучение особенностей питания и образа жизни пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) и нестабильными цифрами артериального давления (АД).

Материал и методы:

В исследование были включены 100 пациентов с эссенциальной АГ (45% мужчин, 55% женщин). Средний возраст составил 64 года (от 41 до 86 лет). Среднего возраста было 33% обследованных, пожилого – 47% и старческого – 20%. Длительность артериальной гипертензии составила от 1 года и более 10 лет. Все пациенты обращались по поводу нестабильного артериального давления в поликлинику или приемное отделение стационара. С помощью анкет-опросников изучались особенности питания и образа жизни данных пациентов.

Результаты:

При анализе характеристики питания и особенностей образа жизни пациентов с эссенциальной АГ и нестабильными цифрами АД было выявлено, что несоблюдение необходимой диеты в целом как для мужчин, так и для женщин встречалось в 91% случаев. Если рассматривать нарушения пищевого рациона детально, категорически отказываются исключить кофе и крепкий чай из своего рациона 60% опрошенных (из которых 65% случаев приходится на мужчин). Злоупотребление жирной, жареной и копченой пищи, не смотря на все рекомендации, продолжают включать в свой рацион 83% пациента, где снова большее количество случаев 79% приходится на мужское население. Не менее плачевной оказывается ситуация по поводу досаливания пищи, даже не пробуя её на вкус – 55% больных, и вновь, если смотреть по половой принадлежности, то 65% человек это мужчины. Не исключают из своего рациона алко-

голь - 56% опрошенных. И снова большинство в этой группе исследуемых составляют мужчины – 63% человек. Только у 18% пациентов индекс массы тела находился в пределах нормы, остальные 82% пациента имели индекс массы тела выше нормы (избыточную массу - 54% ожирение 1 степени - 22% , второй – 5%, третьей – 1%). Ни смотря на все рекомендации, курить, продолжают 69% пациентов, где основная масса это мужчины – 60% человек. Ведут физически активный образ жизни чуть больше половины исследуемых 56%. В этой группе более активными являются женщины, доля которых составила 60% случаев. Все 100% обследуемых нами пациентов, прошли обучение в школе по артериальной гипертензии, но лишь 5% из них спустя год помнят, чему их обучали.

Заключение:

Для пациентов с нестабильными цифрами АД зачастую решающую роль играет правильно подобранная диета, которая в совокупности с ежедневными динамическими аэробными физическими нагрузками и полным отказом от курения, может предупредить развитие инсульта и заболеваний сердца. Школы по артериальной гипертензии, пациентам с данным заболеванием, необходимо проходить каждый год, с целью восполнения старых знаний и приобретения новых, так как 95% через год не помнят, о чем шла речь. Первичная и вторичная профилактика АГ и факторов риска должна проводиться на высоком уровне и быть доступной всему населению, потому как, не смотря на то, что заболевание было изучено «со всех сторон», смертность в результате него снижается медленно, не взирая на весь прогресс современной науки.

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Иванченко В. С.¹, Довченко И. И.², Стилиди М. И.³, Гагарина А. А.³, Ушаков А. В.³

¹Медицинская академия им. С.И. Георгиевского,

²Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»,

³Арктический университет Норвегии, Тромсё

Введение (цели/ задачи):

Эндоthелиальная дисфункция (ЭД) является одним из важнейших механизмов, лежащих в основе развития кардиоваскулярных осложнений артериальной гипертензии (АГ). Кроме того, наличие ЭД наиболее часто ассоциируется с основными сердечно-сосудистыми факторами риска, такими как возраст, курение, сахарный диабет, гиперлипидемия, абдоминальное ожирение, а также гиподинамия. При этом, по данным литературы, исследований, посвящённых изучению влияния физической активности на функцию эндотелия, достаточно мало. Целью исследования явилось изучение параметров вазодилатационной функции эндотелия и её взаимосвязи с уровнем физической активности у пациентов с АГ и ожирением.

Материал и методы:

Обследовано 76 пациентов с АГ 1 и 2 стадии, которые были разделены на 2 группы: с наличием абдоминального ожирения (36 человек) и без ожирения (40 человек). Контрольная группа была представлена 26 лицами без ожирения, не страдающими АГ и сердечно-сосудистой патологией, сопоставимыми по полу и возрасту с группами больных АГ. Комплексное клини-

ко-инструментальное обследование пациентов проводили по общепринятому стандартному алгоритму. С целью изучения ЭД проводили 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). Для оценки физической активности использовали краткий международный опросник по физической активности (IPAQ).

Результаты:

Анализ данных, полученных в ходе проб с реактивной гиперемией и приёмом нитроглицерина, показал, что у пациентов с АГ величины ЭЗВД и ЭНВД были значительно ниже по сравнению с контрольной группой. Средние показатели ЭЗВД и ЭНВД у пациентов группы 2 (АГ без ожирения) составили $8,62 \pm 0,47$ % и $19,46 \pm 0,81$ % соответственно, что было достоверно ниже аналогичных показателей в группе контроля (ЭЗВД - $12,65 \pm 0,50$ %, $p < 0,0001$ и ЭНВД - $23,31 \pm 0,53$ %, $p = 0,001$). У пациентов с АГ присоединение ожирения (группа 1) характеризовалось более выраженным ухудшением ЭЗВД и ЭНВД. Так, наблюдалось достоверное снижение ЭЗВД ($6,78 \pm 0,44$ %) по сравнению с контрольной группой ($p < 0,0001$) и по сравнению с группой 2 ($p = 0,007$), а также ЭНВД ($18,68 \pm 0,84$ %) по сравнению с контрольной группой ($p < 0,0001$). При проведении корреляционного анализа взаимосвязи параметров вазодилатационной функции эндотелия с уровнем физической активности пациентов была установлена прямая корреляционная связь умеренной силы уровня физической активности с показателями ЭЗВД в группе 1 ($r = 0,42$; $p = 0,01$) и в группе 2 ($r = 0,46$; $p = 0,002$), а также с ЭНВД в группе 2 ($r = 0,33$; $p = 0,04$).

Заключение:

Полученные данные свидетельствуют о существовании взаимосвязи недостаточной физической активности с формированием вазодилатационной недостаточности у больных с АГ независимо от наличия либо отсутствия сопутствующего абдоминального ожирения. В то же время сочетание абдоминального ожирения с АГ ассоциируется с дополнительным снижением как эндотелийзависимого, так и эндотелийнезависимого вазодилатационного резерва.

ОЦЕНКА ВОДНОГО БАЛАНСА У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ МЕТОДОМ ИМПЕДАНСОМЕТРИИ

Гасымов С. Э., Бахшалиев А. Б., Гаджиев А. Б., Бабаева Н. З., Кандилова В. Н.

Научно-исследовательский институт кардиологии, Азербайджан

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время в формировании и прогрессировании артериальной гипертензии (АГ) наряду с другими факторами большое значение придается избыточной массе тела и нарушениям водно-солевого баланса организма. В связи с этим, целью представленной работы явилось изучение показателей, отражающих вышеуказанные обменные составляющие.

Материал и методы:

Нами обследовано 35 мужчин с АГ II степени (средний возраст $47,9 \pm 10,34$). Всем обследованным был проведен анализ водно-солевого баланса (общей воды, общей жидкости, внеклеточной и внутриклеточной жидкости), содержание жировой, безжировой массы тела, и их отношения к активной клеточной массе с помощью биоимпедансного анализатора Диамант.

Результаты:

У 35 обследованных больных отмечались отчетливые отклонения всех исследуемых показателей от нормальных значений. Индекс массы тела составил $32,61 \pm 5,03$ (норма 18,5-25), жировая масса составила $32,4 \pm 5,83\%$ (норма (14-20%)), безжировая масса - $68,36 \pm 5,15\%$ (норма 40-50%), активная клеточная масса - $45,32 \pm 4,08$ кг (норма выше 53 кг) и $44,77 \pm 4,33\%$ (норма 50-56%), содержание общей воды составило $50,04 \pm 3,77\%$ (норма 50-65%), общей жидкости - $42,66 \pm 3,05\%$ (норма 60-65%), внеклеточная жидкость - $13,92 \pm 1,64\%$ (норма 20-24%), внутриклеточная жидкость - $28,45 \pm 2,73\%$ (40-45%).

Заключение:

Как видно из полученных нами данных, практически все исследуемые показатели были за пределами нормальных значений. Поскольку водно-солевой баланс организма за счет ряда физиологических регуляторных механизмов характеризуется постоянством, мы пришли к заключению, что у обследованного нами контингента больных существенным образом нарушены внутренние механизмы регуляции водно-солевого баланса, в частности вследствие уменьшения количества или изменения чувствительности рецепторов объема, α -адренорецепторов юкстагломерулярного аппарата почек с снижением выделения ренина, ангиотензина и альдостерона.

ОЦЕНКА НЕФРОПРОТЕКТОРНОГО ЭФФЕКТА АТОРВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кривонос Н. Ю., Коломиец В. В.

Донецкий национальный медицинский университет

Введение (цели/ задачи):

Одним из органов-мишеней при эссенциальной гипертензии (ЭГ) и сахарном диабете (СД) являются почки. Диабетическая нефропатия (ДН) является одним из наиболее распространенных и серьезных хронических осложнений сахарного диабета, являясь основной причиной терминальной стадии почечной недостаточности. В классификации ДН, ее наиболее ранней и единственно обратимой считается стадия микроальбуминурии (МАУ). В настоящее время появляется все больше данных указывающих на способность статинов снижать уровень альбуминурии. Кроме этого, статины обладают дополнительными «холестерин-независимыми» нефропротекторными свойствами, такими, как способность повышать содержание оксида азота (NO), и антиоксидантное свойство. У пациентов с ЭГ и СД 2 типа общая смертность в 4-7 раз выше, чем у пациентов с нормальным АД и без СД. Цель исследования. оценка эффективности включения статинов в комплекс лечения больных СД 2 типа в сочетании с ЭГ.

Материал и методы:

В исследование были включены 60 пациентов (32 мужчин и 28 женщин) с АГ II стадии (с давностью заболевания $7,9 \pm 0,8$ год) в сочетании с СД 2 типа (с давностью $4,5 \pm 0,6$ года) в возрасте 43-77 лет, средний возраст пациентов составил $60,4 \pm 1,52$ года. АД на фоне проводимой антигипертензивной терапии лизиноприлом в дозе 10 мг и амлодипином 5 мг соответствовало следующим показателям - $142,3 \pm 6,3/88,1 \pm 1,67$. Уровень гликолизированного гемоглобина был $8,3 \pm 1,4\%$. До момента включения в исследование никто из пациентов гиполипидемических препаратов не получал. Пациенты рандомизировались на 2 сопоставимые по полу, возрасту, клинико-лабораторным характеристикам СД и проводимой сахароснижающей терапии группы. Пациентам 1-й группы (30 человек) назначали аторва-

статин в дозе 20 мг/сут в течение 24 недель. У 30 пациентов 2-й группы гиполипидемическая терапия не проводилась из-за отказа больных (причины отказа носили личный характер). Из исследования исключались пациенты СД 2 типа с протеинурией более 300 мг в сутки, инфекционными заболеваниями почек, почечно-каменной болезнью. Концентрацию альбумина в моче исследовали в порции из суточного объема мочи. Использовали иммуноферментный метод (набор фирмы "ORGenTec GmbH", Германия). Микроальбуминурию (МАУ) диагностировали, если величина экскреции альбуминов находилась в пределах от 30 до 300 мг/24 час. Всем пациентам определяли уровень общего холестерина (ХС) и креатинина сыворотки на автоматическом биохимическом анализаторе Biosystems A25 с использованием стандартных диагностических наборов. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по стандартной формуле Конкрофта-Голта. Использовали пакет статистических программ ?Microsoft Office Excel 2013?.

Результаты:

У пациентов 1-й группы, получавших гиполипидемическую терапию, отмечалось достоверное снижение уровня общего ХС с $5,77 \pm 0,18$ ммоль/л до $4,96 \pm 0,14$ ммоль/л. В контрольной группе показатели общего ХС существенно не изменились и составили $5,52 \pm 0,19$ ммоль/л, в сравнении с исходным уровнем ($5,68 \pm 0,22$ ммоль/л). МАУ до исследования в 1-й группе составляла $139,6 \pm 31,16$ мг/24 час, а во 2-й группе - $127,1 \pm 24,3$ мг/24 час. У пациентов, получавших аторвастатин, отмечалось достоверное ($p < 0,05$) снижение альбуминурии до $104,7 \pm 31,18$ мг/24 час. В контрольной группе, наоборот уровень МАУ незначительно увеличился до $152,52$ мг/24 час. Добавление аторвастатина на протяжении 6 месяцев в комплекс лечения сопровождалось выраженным нефропротективным действием (уменьшение уровня МАУ). В контрольной группе пациентов через 24 недели наблюдения отмечено достоверное снижение уровня креатинина, увеличение СКФ с $83,84 \pm 4,26$ и $98,7 \pm 4,93$ до $77,63 \pm 3,72$ и $105,37 \pm 4,88$ соответственно. В 1-й группе отмечены аналогичные изменения уровней креатинина ($81,44 \pm 3,72$ в начале и $76,23 \pm 3,34$ через 6 месяцев) и СКФ ($98,2 \pm 4,72$ в начале и $105,8 \pm 4,92$ через 6 месяцев).

Заключение:

Добавление аторвастатина в дозе 20 мг в сутки пациентам СД 2 типа в сочетании с ЭГ сопровождается нефропротективным эффектом, проявляющимся в снижении уровня микроальбуминурии отсутствия отрицательной динамики уровней креатинина и СКФ на фоне приема 10 мг лизиноприла и 5 мг амлодипина, а также достоверным снижением уровня общего ХС.

ПОВЫШЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

PAVLIY P. N.

ДОКТОР-SERVIS

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) остается наиболее распространенным заболеванием в развитых странах, составляя более 1 млрд. человек к 2015 году. Однако, даже в развитых странах целевых уровней АГ удается достичь только у 20-60% больных. Адекватный контроль артериального давления - сложная задача кардиологов первичного звена, напрямую зависящая от приверженности к терапии. Факторов риска плохой приверженности к лечению много, около 20, среди них - мало симптомный характер течения заболевания, ухудшение состояния на фоне приема медикаментов, достижение временного эффекта как причина

прекращения лечения. Основной задачей исследования явился поиск оптимального нейролингвистического трафарета при беседе с больными для повышения приверженности к лечению.

Материал и методы:

В исследовании принимали участие 119 больных, 76 женщин и 43 мужчины, в возрасте от 60 до 87 лет, со стажем АГ не менее 2-х лет, признаками дисциркуляторной энцефалопатии, которые получали гипотензивную терапию от случая к случаю, зачастую это были вызовы скорой помощи без дальнейшего систематического приема препаратов. Сами пациенты считали, что у них рефрактерная гипертония и им трудно помочь, или же, чувствуя себя относительно удовлетворительно не желали принимать лекарства, а к врачу их привели настойчивые уговоры родных. Всем больным назначалось стандартное обследование, рекомендованное ESH/ESC для обследования больных АГ. Последующие визиты - через 1 месяц, затем каждые 3 месяца в течение 2-х лет. Пациентам назначалась гипотензивная терапия в виде валсартана (Вальсакор, Валз, Нортиван) в дозе 80-160 мг 1 раз в сутки и нитрендипина (Нитресан, PRO.MED.Praha) в дозе 5-20 мг 2 раза в сутки, как препарата с доказанными протективными свойствами в отношении деменции и инсультов. Приверженность больного к лечению оценивали с помощью теста Мориски-Грина при первом посещении, через 6 мес. и через 1 год. При первом посещении комплаентность в группах была одинаковой и составила 0-1 балл. Больные были разделены на 2 группы, сопоставимые по основным демографическим показателям, наличию факторов риска, поражения органов-мишеней и наличию ассоциированных клинических состояний. Больным первой группы (n= 63) для повышения мотивации к лечению при первом посещении разъяснялись возможные риски при отказе от систематического лечения, делая упор на высокий риск развития деменции и болезни Альцгеймера в случае неадекватной или несистематической терапии. Больным второй группы (n= 56) разъяснялись риски, связанные с поражением органов-мишеней - инфаркта миокарда, инсульта, развития сердечной недостаточности, без упоминания болезни Альцгеймера и развития деменции.

Результаты:

В первой группе больных через 6 месяцев информацию о 12 больных (19%) получить не удалось, через год эта цифра увеличилась до 17 больных (26,9%). Целевого уровня АД удалось добиться через 6 мес. у 37 больных, при этом комплаентность в этой группе повысилась до 4 баллов у 84%. Через 1 год целевой уровень АД сохранялся у 35 больных, комплаентность в 4 балла - у 69,6%. Во второй группе через 6 месяцев информация о 16 больных (28,6%) была утрачена, через 1 год мы не имели информации о 24 больных (42,8%). Целевой уровень АД во второй группе через 6 месяцев был у 21 больного, комплаентность 4 балла показали только 11 больных. Через 1 год целевой уровень АД отмечался у 16 больных, комплаентность 4 балла у 8 больных.

Заключение:

Результаты нашего исследования демонстрируют, что, наряду с другими факторами, правильно подобранные лингвистические методики позволяют повысить приверженность больных к лечению, что особенно важно у пожилых больных с уже имеющимися нарушениями когнитивных функций на фоне дисциркуляторной энцефалопатии. Приведенные результаты свидетельствуют о необходимости совместных исследований с психологами и специалистами в области психиатрии с целью достижения большей приверженности больных к проводимой терапии.

ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ И β 2-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ, ПРИ ЭСSENЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Арапханова Т. Б.¹, Абдуллаев А.А.², Саидов М.З.²,
Маммаев С. Н.², Израйлова Г.Р.²

¹Центральная поликлиника-1, г.Сочи,

²Дагестанский Государственный Медицинский Университет

Введение (цели/задачи):

Эссенциальная артериальная гипертония (ЭАГ) является демонстративным примером мультифакториальных заболеваний, при которых наследственная (генетическая) предрасположенность сочетается с неблагоприятными условиями проживания и воздействиями факторов внешней среды. Относительная роль перечисленных этиопатогенетических блоков различна в каждом конкретном случае. Стратификация факторов риска ЭАГ вывела в число наиболее значимых генетические факторы, а также возраст пациентов. Целью настоящей работы явилась оценка гендерных различий полиморфизмов генов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и β 2-адренорецепторов при ЭАГ у лиц среднего и пожилого возраста. Очевидна важная роль полиморфизмов генов РААС и β 2-адренорецепторов при ЭАГ. Не менее очевидна крайняя неоднозначность и разнообразие патофизиологических следствий экспрессии конкретных полиморфизмов указанных генов, недостаточная изученность этого аспекта ЭАГ и обоснованность рекомендаций по учёту генетического паспорта пациентов при назначении гипотензивной терапии.

Материал и методы:

В работу были включены 98 больных ЭАГ (52 женщины и 46 мужчин), находившихся на обследовании и лечении в отделении артериальных гипертоний Республиканской клинической больницы г. Махачкалы, кардиологическом отделении Республиканской больницы №2 г. Махачкалы, а также больных, находившихся на амбулаторном учёте в Муниципальной поликлинике №4 г. Махачкалы. Исследование проведено в соответствии с Хельсинкской декларацией "Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека" с поправками 2000 г. У каждого участника было получено письменное информированное согласие на проведение обследования. Протоколы обследования больных были одобрены Этическим комитетом Дагестанского государственного медицинского университета. Для анализа использовали геномную ДНК, выделенную из цельной крови пациентов и здоровых добровольцев с помощью набора «ДНК-экспресс кровь» («Литех», Россия) согласно инструкции производителя.

Результаты:

Всего обследовано 98 больных ЭАГ, из них 52 женщины и 46 мужчин, средний возраст обследованных $46,8 \pm 7,6$ лет. I степень ЭАГ диагностирована у 26 (27%) больных, II степень ЭАГ диагностирована у 33 (34%) больных и III степень ЭАГ диагностирована у 37 (38%) больных. В семейном анамнезе ЭАГ встречалась у родственников I степени родства (родители, родные братья, сёстры) в 27 % случаев (26 пациентов) и у родственников II степени родства (бабушки и дедушки) в 44 % случаев (42 пациента). В обследованной когорте больных ЭАГ методом ПЦР в реальном времени были изучены следующие генотипы и аллели полиморфизмов генов-кандидатов ЭАГ: - полиморфизм Thr174Met (мутация в 174 кодоне, приводящая к замене аминокислоты треонина на метионин) гена ангиотензиногена

(AGT); - полиморфизм Met235Thr (мутация в 235 кодоне, приводящая к замене аминокислоты метионина на треонин) гена ангиотензиногена (AGT); - полиморфизм A1166C (замена нуклеотида аденина на цитозин в 1166 позиции) гена рецептора 1 типа ангиотензина II (AGTR1); - полиморфизм Gln27Glu (замена аминокислоты глутамина на глутаминовую кислоту в 27 позиции) гена β 2-адренорецептора (ADRB2); - полиморфизм Arg16Gly (замена аминокислоты аргинина на глицин в 16 позиции) гена β 2-адренорецептора (ADRB2). Все исследованные полиморфизмы относились к категории единичных нуклеотидных замен (SNP) и определялись в ПЦР в реальном времени либо в гомозиготном, либо в гетерозиготном состояниях. В работе представлены результаты и анализ только генотипов исследованных полиморфизмов.

Заключение:

1. Определение конкретных полиморфизмов генов-кандидатов ЭАГ необходимо учитывать в связи с более высоким риском развития ЭАГ у носителей этих полиморфизмов. Кардиогенетические исследования являются необходимым компонентом генетического паспорта пациента. 2. Использование результатов кардиогенетических исследований в клинической практике является реализацией принципов персонализированной медицины. 3. Исследование полиморфизмов генов РААС и β 2-адренорецепторов при ЭАГ вносит важную информацию об индивидуализации схем лечения пациентов с ЭАГ и доз применяемых препаратов. 4. Распределение частот полиморфизмов генов РААС и β 2-адренорецепторов при ЭАГ несёт в себе гендерные и этнические различия, что необходимо учитывать при назначении конкретных схем лечения больных-дагестанцев при ЭАГ. 5. Результаты работы используются в учебном процессе на кафедре поликлинической терапии, кардиологии и общей врачебной практики ПК и ППС ДГМУ и кафедре патофизиологии ДГМУ и рекомендуются для использования в учебном процессе в других медицинских ВУЗах страны.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ – ПУТЬ К СНИЖЕНИЮ СМЕРТНОСТИ ОТ БСК

Боровая Т. В.

ГУО «Белорусская медицинская академия», г. Минск

Введение (цели/ задачи):

Изучить состояние заболеваемости артериальной гипертензией (АГ) в Республике Беларусь (РБ) во взаимосвязи с динамикой смертности от болезней системы кровообращения (БСК), в том числе от инфаркта миокарда (ИМ) и острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК).

Материал и методы:

Проанализированы в динамике показатели официальной статистики по выявляемости АГ и смертности от БСК в РБ.

Результаты:

В РБ разработана система организации медпомощи пациентам с АГ, и мерах по их лечению и диспансерному наблюдению. Ежегодный охват взрослого населения измерением артериального давления (АД) достигает 90-95%. Повышенное АД выявляется у 25-27% лиц, прошедших измерение АД. Принимаемые меры по раннему выявлению АГ сказались на заболеваемости АГ, которая выросла у взрослого населения республики за последние 10 лет в 2 раза и достигла 5,8 на 1000 населения. В тоже время смертность от БСК за последние 5 лет снизилась на 10,5% : с 778,7 на 100000 населения до 699,4 на 100000 (на 10,2%). Достигнута положительная динамика показателя смертности от острых сердечнососудистых катастроф. Смертность от ОНМК

снизилась на 22,3% (с 128,3 до 99,8 на 100000 населения), смертность от ИМ – на 23,5% (с 12,9 до 9,9 на 100000 населения). Наибольший темп снижения смертности от ИМ и ОНМК наблюдается без сопутствующей АГ. Например, снижение числа умерших от ИМ с АГ составляет 17,0%, а без АГ - 35,7%. При ОНМК с АГ снижение случаев смерти произошло на 15,3%, при ОНМК без АГ снижение составило 46,1%. В целом при наличии АГ смертность от ИМ в 2,7 раза, а от ОНМК в 3,4 раза выше, чем от данных заболеваний без АГ.

Заключение:

Таким образом, эти показатели убедительно подчеркивают роль АГ в снижении смертности от БСК. Это в свою очередь диктует необходимость разработки дополнительных мер по борьбе с АГ, как ведущем факторе риска развития БСК, в том числе острых сердечно-сосудистых катастроф.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МВОІ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА РЕНИНА У ЛИЦ УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Срождинова Н. З., Нагай А. В., Хамидуллаева Г. А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Изучить распространенность Mbol (10631A>G; rs2368564) полиморфизма гена REN и ассоциацию с развитием АГ у больных АГ узбекской национальности.

Материал и методы:

В исследование были включены 100 больных мужчин узбеков с АГ, а также 40 здоровых лиц мужского пола, узбекской национальности. Геномную ДНК выделяли из лимфоцитов периферической крови по стандартному протоколу с использованием набора реагентов Diatom TM DNA Prep 200 (производство ООО «Лаборатория ИзоГен»). Полиморфный участок гена REN амплифицировали с помощью ПЦР-ПДРФ. ПЦР анализ проводили с использованием набора реагентов для ПЦР амплификации ДНК GenePak TM PCR Core (производство ООО «Лаборатория ИзоГен»).

Результаты:

Частота распределения 10631A>G (rs2368564) полиморфизма гена REN изучена у 100 больных АГ и 40 здоровых лиц узбекской национальности. AA-генотип отмечен у 55(55%) больных, AG-генотип – у 37(37%), GG-генотип – у 8 (8%) больных. В группе контроля AA-генотип встречался у 17 (42,5%) лиц, AG-генотип у 23 (57,5%) лиц, а GG-генотип среди здоровых лиц не наблюдался (?2=6,87, df=2, p=0,03). В группе больных АГ A-аллель выявлен в 73,5% случаях, а G-аллель – в 26,5% случаях. У здоровых лиц соотношение A и G-аллелей составило 71,3% и 28,8% (?2=0,15, df=1, p=0,7), соответственно. Распределение частот генотипов гена REN в контрольной группе не соответствовало, но в группе больных соответствовало распределению Харди-Вейнберга. Сравнительный анализ распределения частот аллелей и генотипов 10631A>G полиморфизма гена REN выявил статистически значимое увеличение частоты встречаемости генотипа GG у больных АГ по сравнению с контрольной группой по общей (p=0,03) модели наследования. GG-генотип 10631A>G полиморфизма гена REN у лиц узбекской национальности ассоциируется с высоким риском развития АГ по общей модели наследования OR 7,44, 95% CI 0,42-132,07.

Заключение:

Распределение 10631A>G (rs2368564) полиморфизма гена REN у лиц узбекской национальности характеризовалось достовер-

ным повышением частоты встречаемости GG-генотипа у больных АГ. Носительство GG-генотипа 10631A>G полиморфизма гена REN у лиц узбекской национальности ассоциируется с высоким риском развития АГ.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЗАПАДНОМ РЕГИОНЕ КАЗАХСТАНА

Исабекова А. Х., Беркинбаев С. Ф., Джунусбекова Г. А., Мусағалиева А. Т., Кошумбаева К. М., Кожабекова Б. Н., Акпанова Д. М., Алиева Г. Р., Ахыт Б. А.

Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней МЗ СР РК,
г. Алматы, Республика Казахстан

Введение (цели/ задачи):

Провести одномоментное (кросс-секционное) многоцентровое исследование в г. Актобе и Актюбинской области для получения исходных эпидемиологических показателей.

Материал и методы:

Материалом для проведения исследования послужили лица, в возрасте 18-69 лет, проживающие в г. Актобе и Актюбинской области. Общее количество обследованных по г. Актобе и области - 1515 взрослых лиц. В данном исследовании были использованы определения факторов риска в соответствии со стандартизированной методикой Всемирной организации здравоохранения STEPS.

Результаты:

Частота встречаемости повышенного АД (140/90 и выше мм.рт.ст.), по результатам измерений, проведенных во время исследования, составила 22,9% (стандартизованный показатель - 17,1%). Следует отметить, что данный показатель указывает на распространенность неконтролируемой артериальной гипертензии (АГ). Среди мужчин распространенность повышенного АД была несколько выше, чем среди женщин (26,9%; 21,7%, соответственно, $p=0,045$). С возрастом распространенность артериальной гипертензии нарастает, среди лиц старше 60 лет 45,3% респондентов страдают АГ. Среди жителей села неконтролируемая АГ встречается достоверно чаще, чем среди жителей города (26,8%; 20,3%, соответственно; $p=0,003$). На частоту встречаемости неконтролируемой АГ оказывает влияние уровень образования респондентов: среди лиц с неполным средним образованием и ниже распространенность АГ составила 39,1%, а среди лиц с высшим образованием - 19,3%, $p=0,005$. Анализ частоты встречаемости неконтролируемой АГ в зависимости от национальной принадлежности показал, что у 19,8% лиц казахской национальности выявлено АД 140/90 мм.рт.ст и выше, а среди русских и представителей других азиатских национальностей данный показатель был достоверно выше, 34%; 37,5%, соответственно, $p<0,001$). Связь неконтролируемой АГ с родом занятий обусловлена возрастом, поэтому среди пенсионеров частота АГ составила 47,4%. Таким образом, установлена связь распространенности АГ с возрастом, родом занятий, уровнем образования, национальной принадлежностью. А неконтролируемая АГ, помимо перечисленных показателей, связана с половой принадлежностью (у мужчин встречается чаще) и с местом проживания (среди жителей села встречается чаще).

Заключение:

В ходе эпидемиологического обследования взрослого населения Актюбинской области (включая г. Актобе) установлено, что распространенность артериальной гипертензии составляет

в среднем 37,8%. Частота неконтролируемой АГ (по данным измерений, проведенных в ходе скрининга) составила 22,9% (стандартизованный показатель - 17,1%), при этом в этой группе достоверно чаще встречались лица старшей возрастной группы и с низким уровнем образования, жители сельской местности, а также лица европейской национальности.

СКРЫТАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ КАРДИОСТИМУЛЯЦИЕЙ

Горохова С. Г.¹, Шабалина Е. Г.²

¹ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ,

²ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Оценить частоту и выявить особенности скрытой артериальной гипертензии (АГ) у пациентов с антиаритмической электрокардиостимуляцией (ЭКС).

Материал и методы:

В исследование включено 70 пациентов (50 мужчин и 20 женщин, средний возраст - $76,1\pm 9,6$ лет) с АГ, которым в связи с нарушениями ритма и проводимости сердца были имплантированы различные типы ЭКС (однокамерная стимуляция - у 34, двухкамерная стимуляция - у 36 пациентов) и 63 пациента с АГ без ЭКС (38 мужчин и 25 женщин, средний возраст - $68,6\pm 10,3$ лет). Всем пациентам проводили стандартное клиническое обследование, включая суточное мониторирование ЭКГ, эхокардиографию. Оценку АД выполняли по данным измерений при офисном осмотре и суточном 24-часовом мониторировании АД (СМАД), а также при самоконтроле. СМАД выполняли по стандартной методике с интервалами измерений каждые 20 мин во время бодрствования и 40 мин. во время сна. При анализе показателей СМАД определяли: средние, максимальные и минимальные значения систолического и диастолического АД (САД и ДАД), пульсового АД за сутки, день, ночь, а также вариабельность АД за сутки, день, ночь. Нагрузку давлением оценивали по индексу времени (ИВ) систолического и диастолического АД, суточный ритм АД - по степени ночного снижения (СНС) АД. В зависимости от показателей офисного АД и СМАД выделяли группы пациентов с явной и скрытой АГ. Скрытую АГ диагностировали при показателях офисного АД < 140/90 мм рт ст и среднесуточном АД > 135/85 мм рт ст. при СМАД.

Результаты:

Скрытая АГ выявлена у 22,9% пациентов с ЭКС, в том числе при двухкамерной стимуляции - 19,4%, при однокамерной стимуляции - 26,5%. Явная АГ была у 67,1%, АГ белого халата - у 10% пациентов с ЭКС. При скрытой АГ и ЭКС отмечено преобладание суточного ритма «нон-диппер», «найт-пикер» по САД и ДАД, достоверно меньшие среднесуточные и дневные значения ДАД чем в группе сравнения без ЭКС. Нагрузка давлением в дневное время при скрытой АГ и ЭКС была сопоставима с таковой при неэффективной терапии явной АГ, также выявлялись высокие показатели пульсового АД, а среднее значение ИВ САД в ночное время достигало максимально высокого уровня ($86,6\pm 4,6\%$). Анализ нарушений ритма при скрытой АГ и ЭКС выявил новые случаи желудочковой экстрасистолии, фибрилляции предсердий (в 40 и 46,7% случаев, соответственно). При бифункциональном мониторировании ЭКГ и АД прослежена связь изменений АД и нарушений ритма сердца в этой группе. Полученные данные использованы при разработке алгоритма оценки АД и клинического варианта АГ у пациентов с антиаритмическими ЭКС.

Заключение:

При ведении пациентов с АГ и антиаритмическими ЭКС следует иметь в виду высокую частоту скрытой АГ. Она ассоциирована с прогностически неблагоприятным суточным профилем АД, вновь возникшими нарушениями ритма сердца. Для выявления скрытой АГ в этой целевой группе пациентов необходимо соблюдение алгоритма диагностики, обязательным элементом которого являются СМАД, бифункциональное мониторирование АД и ЭКГ.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У ЖИТЕЛЕЙ КЫРГЫЗСТАНА НА НИЗКОГОРЬЕ И ВЫСОКОГОРЬЕ

Токтосунова А. Т.¹, Сартмырзаева М. А.¹, Муратали К.М.¹, Дюшебаев М.Ы.¹, Чолпонбаева М.Б.¹, Сатыбалдыев С.², Молдоева С.³, Кушубакова Н.А.³, Сарыбаев А. Ш.¹

¹НЦКиТ, лаборатория горной медицины

и легочных гипертензий,

²НЦКиТ. НОЦ, ³КГМА им. И.К. Ахунбаева

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) – ведущая причина сердечно-сосудистых осложнений и снижения качества жизни по всему миру. Исследований по распространенности АГ на высокогорье немного. Цель – изучить распространенность АГ и некоторых факторов риска (ожирение, курение и потребление алкоголя) у жителей Кыргызской Республики, проживающих в сельской местности в условиях низкогорья (НГ) и высокогорья (ВГ).

Материал и методы:

Были исследованы две группы: 1-я группа (n= 541) – жители сел на низкогорье (750-900 м над уровнем моря); 2-я группа (n= 984) – жители высокогорных сел (3000-3200 м над уровнем моря). Средний возраст исследуемых на низкогорье составил 43,4±14,1 лет, мужчин было 36,3%. Средний возраст жителей высокогорья не отличался от низкогорцев и был равен 42,3±14,4 лет. Из 984 человек-жителей высокогорья доля мужчин составила 32,7%. Значимых различий по возрастному и половому составу не обнаружено. Проведен сравнительный анализ распространенности АГ и таких факторов риска, как курение, ожирение, потребление алкоголя, между обеими группами.

Результаты:

В 1-й (низкогорной) группе распространенность АГ составила 44,9% [95% ДИ 40,7-49,2], во 2-й (высокогорной) группе частота АГ была 24,0% [95% ДИ 21,3-26,8], что почти в два раза ниже показателей жителей низкогорья (p<0,001). Ожирение на низкогорье встречалось в два с лишним раза чаще, чем у жителей высокогорья (29,2% [95% ДИ 25,4-33,4] против 13,8 [95% ДИ 11,7-16,1], p<0,001); курящих людей тоже было значительно больше на низкогорье (29,2% [95% ДИ 25,4-33,4] против 13,8 [95% ДИ 11,7-16,1], p<0,001). Частота употребления алкоголя также была выше на низкогорье (33,1% [95% ДИ 29,1-37,2] против 14,0 [95% ДИ 11,9-16,4], p<0,001).

Заключение:

Частота АГ на высокогорье оказалась значимо ниже в сравнении с низкогорьем. Возможно такой результат можно объяснить большей встречаемостью факторов риска АГ на низкогорье. Однако для убедительного ответа о благоприятном влиянии высокогорной гипоксии на распространённость АГ требуется более тщательный и полный анализ данных с учетом всех факторов риска, включая уровни холестерина, сахара, образа жизни, характера питания и др.

ТУРБУЛЕНТНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ ПО ДАННЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ

Алейникова Т. В.

ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/ задачи):

Метод холтеровского мониторирования (ХМ) является в настоящее время одним из наиболее часто используемых в диагностике заболеваний сердечно-сосудистой системы. Диагностика вегетативного дисбаланса в современных программах ХМ проводится с помощью variability или турбулентности сердечного ритма. Турбулентность сердечного ритма (ТСР) после желудочковых экстрасистол в настоящее время является одним из способов прогнозирования внезапной сердечной смерти. Метод ТСР основан на оценке способности систем автономной регуляции ритма (в первую очередь, барорефлекторной) к быстрой компенсации внутрисердечных гемодинамических изменений, вызванных желудочковыми аритмиями. Предложено два параметра турбулентности: ТО (начало турбулентности — turbulence onset) — величина учащения синусового ритма вслед за желудочковой экстрасистолой и TS (наклон турбулентности — turbulence slope) — интенсивность замедления синусового ритма, следующего за его учащением. Физиологическим ответом на желудочковую экстрасистолу считается учащение синусового ритма, следующее за его кратковременным урежением. Целью нашего исследования явилась оценка параметров ТСР у пациентов с артериальной гипертензией II степени.

Материал и методы:

Обследовано 214 пациентов (средний возраст 57,7 ± 7,6). Из них 121 женщина (56,5 %) и 93 мужчины (43,5 %). У 173 (80,8 %) пациентов были зарегистрированы желудочковые нарушения ритма, позволяющие рассчитать и оценить параметры турбулентности. Оценивались параметры ТО («onset»-»начало» турбулентности, показатель, отражающий период тахикардии) и TS («slope» -»наклон» турбулентности, отражающий период брадикардии). Статистическая обработка результатов выполнялась с помощью программного обеспечения «Statistica», 10.0. Достоверным считался уровень значимости p < 0,05.

Результаты:

Нормальные значения параметров турбулентности зарегистрированы у 52,8 % пациентов всех возрастных подгрупп. С увеличением возраста пациентов отмечается повышение ТО и снижение TS, таким образом, увеличивается количество пациентов, имеющих редукцию одного параметра или тотальную редукцию параметров ТСР. Выявлена статистически значимая корреляция величины параметра ТО с индексом массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) (r = 0,22; p = 0,003). Получена достоверная отрицательная корреляция TS с ИММЛЖ (r = -0,21; p = 0,005). Получены достоверные отрицательные корреляции TS с количеством желудочковых экстрасистол (r = -0,21; p = 0,005), средней ЧСС (r = -0,28; p = 0,0002). Выявлена статистически значимая корреляция между TS и фракцией выброса левого желудочка (r = 0,2; p = 0,008). Получен высокий уровень статистической значимости взаимосвязи ТО и TS (r = -0,29; p = 0,0001). Выявлено, что уровень взаимосвязи параметров ТО и TS возрастает с увеличением возраста обследованных пациентов. В возрасте 35–39 лет не было выявлено статистически значимой взаимосвязи между параметрами (r = -0,036; p = 0,9). У пациентов 40–49 лет статистически значима корреляция ТО и TS (r = -0,464; p = 0,022). Высокий уровень статистической значимости взаимосвязи параметров турбулентности выявлен у пациентов 50–59

лет ($r = -0,506$; $p < 0,0001$). У пациентов 60–70 лет взаимосвязь параметров TO и TS остается статистически значимой ($r = 0,2$; $p = 0,049$), однако ее уровень снижается, возможно, вследствие возрастного ослабления вегетативных реакций.

Заключение:

Патологические изменения TSP у пациентов АГ II степени проявляются, преимущественно, редукцией параметра TO. Изолированная редукция TS или тотальная редукция параметров регистрируются значительно реже, вероятно, они характерны для более выраженного поражения автономной регуляции сердца. С увеличением возраста пациентов отмечается повышение TO и снижение TS, таким образом, увеличивается количество пациентов, имеющих редукцию одного параметра или тотальную редукцию параметров TSP.

УЛУЧШЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ ПРИЕМА АЗИЛСАРТАНА МЕДОКСОМИЛА

Кулаков В. В., Троицкая Е. А., Старостина Е. С., Виллевалде С. В., Кобалава Ж. Д.
ФГАОУ ВО «РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ»

Введение (цели/ задачи):

Сахарный диабет (СД) 2 типа характеризуется высокой распространенностью неконтролируемой артериальной гипертензии (АГ) и отсутствием снижения артериального давления (АД) в ночное время. Азилсартан медоксомил (АЗМ) является мощным блокатором рецепторов ангиотензина-2 (БРА), который может улучшать суточный профиль АД в данной популяции пациентов. Цель исследования. Оценить изменения клинического и суточного АД у пациентов с АГ и СД 2 типа, получающих неэффективную двойную антигипертензивную терапию (АГТ) после замены ингибитора ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (иРААС) на АЗМ.

Материал и методы:

Включено 30 пациентов с неконтролируемой АГ (АД \geq 140/85 мм рт.ст.) и СД 2 типа, находящихся на неэффективной двойной АГТ (53% женщин, средний возраст 60,4 \pm 7,6 года ($m\pm SD$), 40% курильщиков). 63% получали иАПФ, 37% другие БРА, 57% тиазидные диуретики, 30% антагонисты кальция, 13% бета-адреноблокаторы. иРААС заменяли на АЗМ 40 мг с титрованием до 80 мг через 6 недель в случае неконтролируемой АГ. Продолжительность исследования составила 12 недель. АД измерялось осциллометрическим устройством. Параметры артериальной ригидности оценивали методом аппланационной тонометрии (SphygmoCor, AtCor). Суточное периферическое и центральное мониторирование АД проводилось с помощью BPLab Vasotens, «Петр Телегин». Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты:

Через 12 недель целевое АД было достигнуто у 25 (83%) пациентов. Повышение дозы АЗМ до 80 мг было выполнено у 11 (37%) пациентов. Клиническое АД снизилось со 160 \pm 16/89 \pm 9 мм рт.ст. до 125 \pm 7/73 \pm 6 мм рт.ст., $p < 0,05$. Исходные и достигнутые уровни АД распределились следующим образом: 147 \pm 17/84 \pm 10 и 125 \pm 9/75 \pm 6 мм рт.ст. для дневного, 138 \pm 22/76 \pm 11 и 114 \pm 8/67 \pm 6 мм рт.ст. для ночного и 144 \pm 19/82 \pm 10 и 120 \pm 8/71 \pm 6 мм рт.ст. для суточного, $p < 0,05$. Нормализация дневного АД наблюдалась у 27 (90%) пациентов, ночного – у 22 (73%), суточного АД – у 28 (93%) пациентов. Распространенность фенотипов суточного индекса САД была следующей: 27% дипперы, 53% нон-

дипперы, 20% найт-пикеры, 0% овер-дипперы. Терапия АЗМ привела к увеличению количества дипперов на 13% и регрессу количества найт-пикеров до 0%. ($p = 0,02$).

Заключение:

Замена иРААС на АЗМ приводит к достижению целевого АД у 83% пациентов, нормализации суточного профиля АД и улучшению диппинг-статуса у большинства пациентов с неконтролируемой АГ и СД 2 типа.

ФАКТОРЫ РИСКА И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ УКРАИНЫ И ПЕРУ

Васкес А.А.Э.¹, Арельяно В. С.Б.², Васкес А. Х.Э.³

¹НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

им. А.А. Богомольца,

²УНИВЕРСИТЕТ Сан-Педро, г. Чимботе, Перу,

³ЦЕНТР ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ № 2, г. Киев, Украина

Введение (цели/ задачи):

Оценить связь факторов риска (ФР) с артериальной гипертензией (АГ) у пациентов двух разных континентов земного шара.

Материал и методы:

Исследованы (в двух этапах) 2 популяции пациентов: одна в г.Киеве (Украина), другая в г. Чимботе (Перу), среди которых количество мужчин и женщин – практически поровну. На 1-ом этапе исследования в течение 4-х месяцев изучалась эффективность физической активности у 40 пациентов-гипертоников (по 20 чел. в каждой стране), независимо от степени АГ и возраста. На 2-ом этапе почти 2 года изучалась впервые выявленная АГ у 56 лиц молодого возраста (от 18 до 40 лет – 34 чел. в г.Киеве и 22 чел. в г.Чимботе). Были приняты во внимание влияние ФР (особенно гиподинамией) и критерии высокого или очень высокого сердечно-сосудистого риска, связанные с высоким АД. Исследование проводилось параллельно в г. Киеве и г. Чимботе и на основе непрерывного обмена данными и информацией через Интернет в 2015-2016 гг. Применялось анкетирование с использованием описательного и наблюдательного метода, где отдельное внимание обращалось на взаимосвязь между характеристиками независимой переменной (эффективность физической активности и минимум воздействия ФР) и зависимой переменной (поддержание АД в нормальных физиологических пределах).

Результаты:

На 1-ом этапе исследования у 16 пациентов (40%) исследуемой популяции отмечалась АГ 1-й степени без гипотензивного лечения, у остальных членов группы – разная степень АГ на фоне гипотензивного лечения (часто самоназначенного). На фоне рекомендованного устранения ФР, наблюдалось постепенное уменьшение АД, начиная с конца первой недели, которое стало более стойко отмечаться в конце первого месяца. Наряду с АД уменьшалась и частота сердечных сокращений. Для 24 пациентов (60%) с АГ 1-й и 2-й степени уже в конце второй недели была снижена дозировка гипотензивных препаратов, а у 7 пациентов (17,5%) с характерной выраженной гиподинамией в начале наблюдения – отмечалась тенденция к снижению АД с третьей и четвертой недели. Средний показатель САД у пациентов стал снижаться, достигая у 8 человек нормальных показателей в конце первого месяца. Не обнаружено значимого изменения ДАД исследуемых пациентов в ходе наблюдения, хотя в целом ДАД имело тенденцию к снижению или оставалось на том же уровне. На 2-ом этапе исследования у 25 па-

циентов (44,6%) исследуемой популяции отмечалась АГ 1-й (22 пац.) и 2-й (3 пац.) степени без гипотензивного лечения, а у остальных членов группы – разная степень (ст.) повышения АД, охарактеризованного авторами как ВСД с гипертензивным синдромом (прегипертензия). Большинство пациентов (18 пац. = 32,14% исследуемой популяции) с АГ 1-й ст. легко реагировали на коррекцию монотерапией (?-адреноблокаторы и АРА II) и / или минимизацией влияния ФР. Пациенты данной группы в основном имели САД выше нормальных показателей, которое имело склонность к снижению спустя 2-3 мес. гипотензивного лечения, напрямую связанного с их отношением к рекомендациям по ФР. У всех пациентов с АГ 1-й и 2-й ст. наблюдалось постепенное уменьшение АД, начиная с конца первой недели, которое стало более стойко отмечаться в конце первого месяца. Наряду с АД уменьшалась и частота сердечных сокращений, из-за чего в конце второй недели была снижена дозировка гипотензивных препаратов у 14 пациентов (13 пац. с АГ 1-й ст. и у 1-ого с АГ 2-й ст.).

Заключение:

1. Преобладающими ФР в изученных популяциях выступают курение, алкоголь и гиподинамия. 2. Динамическая физическая активность вначале вызывает у большинства пациентов с АГ и гиподинамией повышение САД, а позже, его снижение. 3. Диагноз АГ, впервые выявленной среди лиц молодого возраста, является частым явлением в основном из-за катастрофически «отрицательного» влияния ФР, особенно курения и гиподинамии. 4. По мере устранения ФР, обеспечивается более эффективная сократимость сердца, в результате чего и снижается САД, а медикаментозное гипотензивное лечение в этих условиях оказывается эффективнее, обеспечивая, прежде всего, реальный контроль АГ. 5. Устранение влияния ФР оказывается достаточно эффективным способом не только в плане улучшения прогноза АГ и продолжительности жизни, но и как фактор препятствия дальнейшему развитию АГ как заболевания.

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ КАК ПРЕДИКТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕНАЛЬНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Плацинская Л. И., Гончарик Д. Б., Часнойть А. Р., Барсукевич В. Ч., Савченко А. А., Персидских Ю. А., Мрочек А. Г.

РНПЦ «Кардиология» г. Минск, Беларусь

Введение (цели/ задачи):

В использовании ренальной денервации (РДН) для лечения пациентов с рефрактерной артериальной гипертензией (РАГ) актуальным является вопрос поиска возможных путей улучшения терапевтического ответа на данный вид терапии пациентов с тяжёлой формой АГ.

Материал и методы:

В исследование было включено 92 пациента с истинной РАГ, 19 (20, 7%) из которых имели фибрилляцию предсердий (ФП). Средний возраст пациентов составил 52 [19; 68] года. Всем пациентам, включённым в исследование, опытным электрофизиологом с использованием специализированного электрода Symplicity была выполнена процедура РДН. На визитах в 3, 6 и 12 месяцев после РДН оценивались офисное артериальное давление (АД) и суточное АД. Был проведён логистический регрессионный анализ связи нескольких показателей с динамикой снижения офисного систолического АД (САД) к году после

вмешательства. В анализ включили следующие показатели: пол, возраст, индекс массы тела, степень тяжести гипертензии по САД, сахарный диабет, наличие ФП.

Результаты:

Логистическая регрессия указала на сильную зависимость одного фактора в прогнозе ответа пациентов с РАГ на процедуру РДН. Этим фактором оказалось наличие фибрилляции предсердий. Среди пациентов с РАГ в сочетании с ФП не было «нереспондеров». Все пациенты с РАГ, имеющие ФП, ответили на РДН падением офисного САД более 10,0 мм рт.ст. к году после процедуры. Тогда как в группе РАГ без ФП 10 человек (15,4%) являлись «нереспондерами».

Заключение:

Одними из наилучших «респондеров» на процедуру РДН у пациентов с РАГ являются пациенты с наличием ФП. Это вывод может способствовать улучшению отбора пациентов с РАГ для эффективного использования методики РДН в лечении РАГ.

ФИКСИРОВАННАЯ КОМБИНАЦИЯ САРТАНА И ТИАЗИДОВОГО ДИУРЕТИКА В АМБУЛАТОРНОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА

Мухамметгульева О. С., Аннамаммедова Г. М., Атаева Э. А., Тамервердиева А. А., Клычмамедова О. И.
Больница с научно-клиническим центром физиологии

Введение (цели/ задачи):

“Стресс-индуцированная” артериальная гипертензия (АГ) часто выявляется при профилактических осмотрах у работников на железнодорожном транспорте. У них она часто сочетается с различными ассоциированными клиническим состояниями, которые обуславливают высокий сердечно-сосудистый риск (ССР) и осложняют выбор гипотензивной терапии. Негативным моментом при этом является низкая приверженность больных АГ к длительной гипотензивной терапии в амбулаторных условиях. В качестве метода оценки адекватности назначаемой терапии АГ и повышения приверженности к ней больных согласно рекомендаций ESH/ESC (2013г.) предлагается широкое использование метода домашнего мониторинга АД (ДМАД), предполагающего подключение в процесс контроля за проводимой врачом терапией непосредственно пациентов. Учитывая концепцию “синдрома аридного напряжения” и известные преимущества терапии АГ комбинацией препаратов сартан+тиазидный диуретик, было интересно проследить её эффективность при амбулаторном ведении АГ с высоким ССР у работников, занятых на железнодорожном транспорте. Цель: изучить эффективность и безопасность назначаемой фиксированной комбинации сартан+тиазидный диуретик при амбулаторном лечении АГ у работников железнодорожного транспорта в условиях жаркого климата, с оценкой при этом диагностических возможностей метода ДМАД.

Материал и методы:

В исследование были включены 23 муж. в возрасте в среднем 43,6±8,2 лет со 2-ой ст. АГ и высоким ССР. Больным был назначен однократный приём 1 табл. фиксированной комбинации сартана 2-го поколения ирбесартан+гидрохлортиазида (Ко-Ирда) в начальной дозе 150/12,5 мг, с последующим подбором его доз от 150 до 300мг/12,5 мг. Контроль общего состояния пациентов, АД и частоты сердечных сокращений (ЧСС) со стороны кардиолога и цехового врача проводился через 7 и 14 дней терапии препаратом, а контрольная ЭКГ проводилась в конце

Бритомар

ТОРАСЕМИД ПРОЛОНГИРОВАННОГО ВЫСВОБОЖДЕНИЯ

ВЫСОКАЯ СТЕПЕНЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ¹
УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
ПАЦИЕНТОВ С ОТЁЧНЫМ
СИНДРОМОМ²



- **Высокая степень эффективности за счёт снижения риска «эффекта рикошета»^{1, 4}**
- **Надёжный контроль АД в течение суток при однократном приёме⁵**
- **Высокая степень безопасности для почек^{1, 4}**

Приём 1 раз в сутки*

Единственный торасемид замедленного высвобождения

Торговое название: Бритомар. **МНН или группировочное название:** Торасемид. **Лекарственная форма:** таблетки пролонгированного действия 5 мг; 10 мг. **Показания:** отёчный синдром различного генеза, в т. ч. при хронической сердечной недостаточности, заболеваниях печени и почек. Артериальная гипертензия. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к торасемиду или к любому из компонентов препарата; у пациентов с аллергией на сульфонамиды может отмечаться перекрёстная аллергия на торасемид; анурия; печёночная кома и прекома; рефрактерная гипокалиемия; рефрактерная гипонатриемия; дегидратация; резко выраженные нарушения опока мочи любой этиологии; дигиталисная интоксикация; острый померулонефрит; синоатриальная и АВ блокада II-III степени; возраст до 18 лет; беременность; непереносимость галактозы, дефицит лактазы или глюкозо-3-галактозная мальабсорбция. **Побочное действие:** головокружение, головная боль, сонливость; диарея; увеличение частоты мочеиспускания, полиурия, никтурия. Полный перечень побочных эффектов содержится в инструкции по применению. **С осторожностью:** артериальная гипотензия; гиповалемия; нарушения опока мочи; желудочковая аритмия в анамнезе; острый инфаркт миокарда; диарея; панкреатит; сахарный диабет; заболевания печени, осложнившиеся циррозом и асцитом, почечная недостаточность, гепаторенальный синдром; подагра, гиперурикемия; анемия; одновременное применение сердечных гликозидов, амногликозидов или цефалоспоринов, кортикостероидов или адренокортикотропного гормона; гипокалиемия; гипонатриемия; период лактации. **Способ применения и дозы:** Таблетки для приёма внутрь, независимо от приёма пищи, не разжёвывая. Отёчный синдром при хронической сердечной недостаточности: начальная доза составляет 10–20 мг внутрь 1 раз в день. При необходимости доза может быть увеличена вдвое до получения требуемого эффекта. Отёчный синдром при заболевании почек: начальная доза составляет 20 мг внутрь 1 раз в день. Отёчный синдром при заболевании печени: начальная доза составляет 5–10 мг внутрь 1 раз в день вместе с препаратами – антагонистами альдостерона или калийсберегающими диуретиками. При необходимости доза может быть увеличена вдвое до получения требуемого эффекта. Не рекомендуется разовая доза более 40 мг. Препарат назначают на длительный период или до момента исчезновения отеков. Артериальная гипертензия: начальная доза составляет 5 мг 1 раз в день, при отсутствии адекватного снижения АД в течение 4–6 недель дозу увеличивают до 10 мг 1 раз в день. Если эта доза не даёт требуемого эффекта, в лечебную схему нужно добавить гипотензивный препарат другой группы. **Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.**

* Согласно инструкции по медицинскому применению препарата Бритомар.

1. Арутюнов Г. П., Оганезова Л. Г., Драгунов Д. О. Журнал Сердечная Недостаточность. 2012; 13 (4): 222–227.
2. Жиров И. В. и соавт. РМЖ Фармакотерапия 2014; 6: 436–9.
3. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОГ по диагностике и лечению ХСН (четвёртый пересмотр). Журнал Сердечная недостаточность 2013; 14 № 7 (81).
4. Арутюнов Г. П., Драгунов Д. О., Соколова А. В. Клиническая нефрология 2013; 5: 8–12.
5. Roca-Cusachs A., Aradl-Vilar J., Catvo-Gomez C., et al. Cardiovascular Therapeutics 2008; 26: 91–100.
Июнь 2017 г.



ООО «Такеда Фармасьютикалс»: 119048, Москва, ул. Усачёва, 2, стр. 1, т.: (495) 933 5511, ф.: (495) 502 1625, www.takeda.ru

терапии. Пациенты вели дневники, куда вносили изменения в своём самочувствии и измеренные дома в течение 14 дней утром, днем и вечером в одни и те же часы значения АД и ЧСС и приносили их на контрольные визиты к врачу.

Результаты:

Исходно цифры АД составили: систолическое (САД) 172.5 ± 11.6 и диастолическое (ДАД) 99.3 ± 8.7 мм рт.ст. К 7-му дню терапии пациенты отмечали исчезновение жалоб и снижение цифр САД до 137.6 ± 10.7 и ДАД 89.4 ± 6.7 мм рт.ст. К концу 14 дня приёма Ко-Ирда САД снизилось до 127.6 ± 11.7 , а ДАД до 79.2 ± 9.8 мм рт.ст., при этом в период 2-ой недели приёма препарата отмечена стабильность полученных целевых значений САД и ДАД в дозе 150мг/12.5 мг/сутки при хорошем общем самочувствии пациентов. При анализе дневников пациентов были обнаружены следующие особенности: индивидуальные значения АД, измеренные в эти дни, оказывались выше значений, получаемых врачом и кардиологом при контрольных измерениях АД. Врачи при очередном визите пациента имели информацию о реальных колебаниях АД и при необходимости вносили коррекции доз Ко-Ирда. При приеме препарата побочных эффектов, как и перепадов со стороны АД и ЧСС у пациентов в условиях известных резких колебаний погодных факторов, наблюдаемых в жарком климате, не было обнаружено. К концу его 14-го дня приема различия при измерении АД пациентом и врачами стирались, при этом дополнительных обращений пациентов к кардиологу либо показаний к госпитализации не отмечалось. На контрольной ЭКГ к концу 14 дней приема Ко-Ирда найдена регрессия признаков перегрузки левых отделов сердца. У пациентов и в жарком климате после 5-6 дней приёма Ко-Ирда отмечался известный по литературе факт снижения цифр АД на фоне уменьшения его диуретического эффекта.

Заключение:

Высокая фармакологическая эффективность, хорошая переносимость и удобство приема препарата Ко-Ирда, в сочетании с налаженными доверительными отношениями пациентов с врачами, достигнутыми в ходе апробации метода ДМАД, обеспечили достижение высокой приверженности активных пациентов с АГ и высоким ССР, занятых на железнодорожном транспорте, к выбранной фиксированной комбинации ирбесартан+гидрохлортиазид, в связи с чем эта комбинация оказалась у них перспективной с позиции долгосрочной амбулаторной терапии в условиях жаркого климата.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Баженова Н. М., Дидковская Л. А.

Национальный медицинский университет
имени А.А. Богомольца

Введение (цели/ задачи):

Распространенность неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) в различных странах Европы составляет 10-24% в общей популяции населения, из них у 57-74% – среди тучных людей. Абдоминальный тип ожирения является наиболее характерным атрибутом развития НАЖБП, что несет большую опасность в плане развития сердечно-сосудистых заболеваний. Являясь одним из главных модифицируемых факторов риска развития патологии сердечно-сосудистой системы, ожирение обуславливает ее быстрое прогрессирование, более тяжелое течение и высокую частоту осложнений, в том числе тромбо-

филические изменения крови, которые способствуют возникновению инфаркта миокарда, инсультов. Цель работы: повысить эффективность ранней диагностики тромбофилических изменений крови у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) и с НАЖБП путем определения функциональной активности тромбоцитов.

Материал и методы:

Было обследовано 54 пациента (35 мужчин и 19 женщин). Средний возраст пациентов 59.7 ± 1.8 лет. Пациенты были разделены на три группы: I – 20 пациентов, у которых обнаружена ГБ без сопутствующей НАЖБП, II – 19 больных ГБ и с сопутствующей НАЖБП, III группа – 15 пациентов с НАЖБП без ГБ. Группу контроля составили 15 здоровых лиц сопоставимых по возрасту и полу. Всем больным проводили общеклинические исследования; для верификации НАЖБП – ультразвуковое исследование органов брюшной полости, исследование ФиброМакс. Для достижения поставленной цели – спонтанная агрегация тромбоцитов с помощью лазерной агрегатометрии.

Результаты:

Было обнаружено достоверное повышение степени спонтанной агрегации у пациентов во всех группах по сравнению с группой контроля: у пациентов с ГБ без НАЖБП на 31% ($p < 0.05$), у пациентов с ГБ и с сопутствующей НАЖБП на 62% ($p < 0.05$), у пациентов с НАЖБП без ГБ на 39% ($p < 0.05$). При этом, в группе пациентов с ГБ с НАЖБП степень спонтанной агрегации была на 31% выше в сравнении с группой больных ГБ без сопутствующей НАЖБП, и на 23% выше в сравнении с группой пациентов с изолированной НАЖБП ($p = 0.026$).

Заключение:

У больных ГБ наблюдается увеличение функциональной активности тромбоцитов, выраженность которого значительно возрастает при присоединении НАЖБП. При этом у пациентов с изолированной НАЖБП также наблюдается статистически значимое усиление спонтанной агрегации тромбоцитов, что позволяет рассматривать НАЖБП как один из факторов риска тромбофилических изменений первичного звена гемостаза.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПРЕ- И ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫХ ПЕРИОДАХ

Файзиева М. Д., Хакимов А. А., Ниязова М. Б.

Ташкентская Медицинская Академия

Введение (цели/ задачи):

Изучить нейропсихологический статус у женщин с артериальной гипертензией в пре- и постменопаузальных периодах и определить частоту встречаемости нейропсихологических расстройств разной этиологии.

Материал и методы:

Мы обследовали 68 женщин с артериальной гипертензией в пре- и постменопаузальных периодах и оценили нейропсихологический статус больных. В зависимости от гормонального периода женщины были разделены на две группы: 1-я группа состоит из 23 женщин в пременопаузальном периоде, средний возраст которых составил 25.6 ± 7.4 лет. 2-я группа состоит из 45 женщин в постменопаузальном периоде, средний возраст – 52.2 ± 8.5 лет. Мы оценивали тревожность (Госпитальная шкала тревоги и депрессии - Hospital Anxiety and Depression Scale HAD), когнитивные функции и психический статус больных (Краткая шкала оценки психического статуса - Mini Mental State Examination MMSE). У всех женщин проводились суточное мо-

нитирование АД, Эхо КГ, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови и другие общеклинические исследования.

Результаты:

Среди женщин в пременопаузальном периоде выявлены 8 женщин с I АГ, 11 женщин с II степени АГ и 5 пациентов с III степени АГ. Во второй группе у 8 женщин наблюдалась I степень АГ, у 25 женщин – II степень АГ и у 12 женщин – III степень АГ. По данным опросника Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HAD) в первой группе у 3 (13,04%) женщин определена клинически выраженная тревога и депрессия (HAD ≥ 11). У 13 (56,5%) женщин определена субклинически выраженная тревога и депрессия (8-10 балл по HAD). У остальных женщин в пременопаузальном периоде отсутствовали симптомы тревоги и депрессии (0-7 балл по HAD). Во второй группе выявлены 21 (46,6%) женщин с клинически выраженной тревогой и депрессией, 20 (44,4%) женщин с субклинически выраженной тревогой и депрессией. У 4 (8,8%) женщин в постменопаузальном периоде не наблюдалась тревога и депрессия. Данные по Шкале MMSE демонстрировали более высокие когнитивные нарушения среди женщин в постменопаузе: у 6 (13,3%) женщин – деменция умеренной степени выраженности, у 11 (24,4%) женщин – деменция легкой степени выраженности, у 17 (37,7%) женщин – преддементные когнитивные нарушения и 11 (24,4%) женщин без нарушений когнитивных функций. Среди женщин в пременопаузальном периоде у 14 (60,9%) женщин не выявлены когнитивные нарушения. В первой группе у 7 (30,4%) женщин выявлены преддементные когнитивные нарушения и у 2 (8%) женщин деменция легкой степени.

Заключение:

Данное исследование подтверждает, что частота встречаемости нейropsychологических расстройств среди женщин с артериальной гипертензией резко возрастает в постменопаузальном периоде. АГ и гормональный фон женщины влияют на нейropsychологический статус пациента, вызывают дискомфорт, снижают психологическое благополучие женщины. АГ и другие болезни сопутствующие с сердечно-сосудистой патологией нарушают когнитивные функции и являются одним из самых главных причин ранней деменции.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЗИЛСАРТАНА МЕДОКСОМИЛА В ОТНОШЕНИИ СУТОЧНОГО ЦЕНТРАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПАРАМЕТРОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кулаков В. В., Троицкая Е. А., Старостина Е. С.,

Виллевалде С. В., Кобалава Ж. Д.

ФГАОУ ВО «РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ»

Введение (цели/ задачи):

Достижение целевого артериального давления (АД) является основной стратегией профилактики сердечно-сосудистых событий у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа. Центральное систолическое артериальное давление (САД) является предиктором сердечно-сосудистых заболеваний и более важным показателем для оценки эффективности антигипертензивной терапии (АГТ) по сравнению с плечевым АД. Азилсартан медоксомил (АЗМ) продемонстрировал высокую антигипертензивную эффективность по сравнению с другими блокаторами рецепторов ангиотензина-2 (БРА). Цель исследования. Оценить изменения клинического и суточного центрального АД и параметров

артериальной ригидности у пациентов с АГ и СД 2 типа, получающих неэффективную двойную АГТ после замены ингибитора ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (иРААС) на АЗМ.

Материал и методы:

Включено 30 пациентов с неконтролируемой АГ (АД $\geq 140/85$ мм рт.ст.) и СД 2 типа, находящихся на неэффективной двойной АГТ (53% женщин, средний возраст $60,4 \pm 7,6$ года ($m \pm SD$), 40% курильщиков). 63% получали иАПФ, 37% другие БРА, 57% тиазидные диуретики, 30% антагонисты кальция, 13% бета-адреноблокаторы. иРААС заменяли на АЗМ 40 мг с титрованием до 80 мг через 6 недель в случае неконтролируемой АГ. Продолжительность исследования составила 12 недель. АД измерялось осциллометрическим устройством. Параметры артериальной ригидности оценивали методом аппланационной тонометрии (SphygmoCor, AtCor). Суточное периферическое и центральное мониторирование АД проводилось с помощью BPLab Vasotens, «Петр Телегин». Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты:

Через 12 недель целевое АД достигнуто у 25 (83%) пациентов. Титрование дозы АЗМ было выполнено у 11 (37%) пациентов. Клиническое центральное САД снизилось со $144 \pm 11/84 \pm 4$ мм рт.ст. до $115 \pm 9/67 \pm 5$ мм рт.ст., $p < 0,05$. Отмечено достоверное снижение суточного центрального АД: дневное со $136 \pm 15/82 \pm 9$ до $118 \pm 11/69 \pm 5$ мм рт.ст., ночное со $129 \pm 21/74 \pm 11$ до $110 \pm 8/64 \pm 5$ мм рт.ст., среднесуточное со $134 \pm 17/80 \pm 11$ до $114 \pm 9/66 \pm 5$ мм рт.ст. соответственно, $p < 0,05$. Назначение АЗМ привело к достоверному снижению параметров артериальной ригидности: скорость распространения пульсовой волны снизилась с $10,2 \pm 2,3$ до $9,5 \pm 2,2$ м/с; индекс аугментации с 25 ± 9 до $13 \pm 7\%$, $p < 0,05$. Изменений в амплификации пульсового давления не наблюдалось.

Заключение:

Замена иРААС на АЗМ привела к достоверному снижению клинического и суточного центрального САД и улучшение показателей артериальной ригидности у пациентов с неконтролируемой АГ и СД 2 типа.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИЯ ОКТИДИПИН И ЭНОЛОПРИЛ У БОЛЬНЫХ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Хикматов М. Н., Икромов Х. С.

Ташкентская Медицинская Академия

Введение (цели/ задачи):

Изучение клинической эффективности фиксированной комбинации октидипин (антагонист кальция каналов -АКК) и энолоприл (ингибитор ангиотензин преграшающего препарата- иАПФ) у больных артериальной гипертензией (АГ), у пожилой возраста.

Материал и методы:

Обследовано 32 пациентов с АГ 2-й и 3-й степени в возрасте 62-78 лет. Средний систолической артериальной давление не менее 160 мм.рт.ст., диастолической артериальной давление ниже 95 мм.рт.ст.. Оценивали гипотензивный эффект, наличие побочных действий, переносимость лечения препаратом, состояние липидного, углеводного, электролитного обменов, функции почек, ЭКГ и ЭхоКГ, определяли индекс массы тела (ИМТ), наличие когнитивных нарушений (тест рисования часов и тест запоминания пяти слов) в исходе и через 3 месяца лечения энанормом.

Результаты:

Все больные принимают октидипин 20мг/сут., энолоприл 10 мг/сут. Целевой уровень артериального давления (АД), то есть, полный гипотензивный эффект был достигнут у 27 больных, непол-

ный у 2-их, что потребовало изменение терапии. В начале лечения отмечалось повышение числа сердечных сокращений (ЧСС) и сердечного выброса, через 1 месяц эти изменения исчезли. Выявлена тенденция к снижению общего периферического сопротивления (ОПСС), увеличение минутного объема крови. Побочные эффекты: сухой кашель был отмечен у 3-их больных, гиперемия лица у 3-их больных, отеки голеней и головные боли у 1-го больного. Переносимость энанорма была хорошей, показатели углеводного, липидного и электролитного обменов и функции почек не изменились. Уровень протеинурии снизился, выявленные в исходе различные когнитивные нарушения в 90% случаев больных к концу лечения снизились в 2 раза.

Заключение:

Комбинированное лечение АКК(октидипин) и иАПФ (энолоприл) хорошо снижает давление до целевых цифр без резкой гипотонии, чем только использовать одну группу. Способствует сохранению остроты ума, обеспечивает эффективность и хороший профиль безопасности лечения у пациентов АГ.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ НАХОДЯЩИХСЯ НА ПЛАНОВОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ И ИХ РАЦИОНАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ

ЖАББАРОВ А. А., ТУРСУНОВА Л. Д.

Ташкентская Медицинская Академия

Введение (цели/ задачи):

Целью данного исследования является выявления и диагностика нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы у больных, находящихся на лечении программным гемодиализом и изучение возможных путей их коррекции.

Материал и методы:

Обследовано 45 больных, находящихся на лечении в отделении гемодиализа Ташкентского Центра Трансплантации почек в возрасте от 19 до 62 лет. Мужчин -28 женщин – 17. Длительность заболевания составляла от 5 до 15 лет.

Результаты:

Для уточнения состояния больных были проведены лабораторные исследования, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгеноскопия грудной клетки. Из 40 обследованных больных у 35 была выявлена симптоматическая артериальная гипертензия. У всех больных определялась анемия различной степени тяжести. Биохимические показатели крови соответствовали терминальной стадии ХПН. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) различной степени диагностирована у 38 больных. Длительность гемодиализа составляла у 20 больных до 5 лет, у 2 больных – свыше 10- лет, у остальных – до 3 лет. Также, было проведено эхокардиографическое исследование больных, при котором выявилось закономерные изменения левых камер сердца: дилатация полости левого предсердия и концентрическую гипертрофию миокарда левого желудочка, характерные для артериальной гипертензии. В то же время у некоторых больных определялись также диастолическая дисфункция правого желудочка. Больные получали гипотензивные препараты, антиагреганты, нитраты, препараты, улучшающие метаболизм миокарда.

Заключение:

1. Клинические проявления застойной ХСН и АГ и резистентность к медикаментозной терапии, имеющиеся у части пациентов, могут быть обусловлены не только снижением сократительной способности левого желудочка, а также наличием избыточного сброса через анастомоз АВФ, который вызывает объемную перегрузку правых камер сердца и клиническую картину ХСН. 2. Всем больным с ХПН, находящимся на лечении программным гемодиализом, рекомендовано проведение планового стандартного ЭХО-КГ исследования суточное мониторирование АД не реже 1 раза в год. 3. При выявлении у больных изменений со стороны правых камер сердца необходимо проведение триплексного сканирования артериовенозной фистулы с целью определения объема шунтового сброса крови через анастомоз и проведения хирургической реконструктивной операции, что приводит к постепенному достоверному уменьшению размеров правых камер сердца и снижению давления в легочной артерии, т.е. уменьшению признаков объемной перегрузки правых камер сердца.

ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ТЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИЙ ПРЕДСЕРДИЙ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ И ТАКТИКА АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ

ТОКБАЕВА К. К., АКБАЕВА А. Б., РЫСПАМБЕТОВА Б.Г.

ЗКГМУ им. МАРАТА ОСПАНОВА, Г. АКТОБЕ

Введение (цели/ задачи):

Фибрилляция предсердий (ФП) – это наиболее частое хроническое нарушение сердечного ритма, особенно, в группе пожилого и старческого возраста. Основными заболеваниями или факторами риска развития ФП в старших возрастных группах являются неревматические болезни (АГ, СД, ХСН, перенесенный ИМ). Предикторами ФП считаются увеличенные размеры и/или гипертрофия левого предсердия (ГЛП) и левого желудочка (ГЛЖ) и сниженная фракция выброса (ФВ), причем частота возникновения аритмии нарастает параллельно выраженности перечисленных параметров. Кроме того пожилой и старческий возраст оказывает многофакторное влияние на степень риска тромбоэмболических осложнений у пациентов с ФП, за счет снижения скорости кровотока в ушке левого предсердия и повышения тромбогенной активности. Также наиболее важным особенностям пожилого и старческого возраста относят наличие множества различных заболеваний, в первую очередь, сердечно-сосудистой системы, которые создают коморбидный фон и определяют сложности в курации пациентов с ФП, поэтому изучение данной проблемы в аспекте возраста актуально и необходимо. Целью исследования является изучение причин возникновения, особенностей течения ФП в возрастном аспекте, и оценить удельный вес различных причин, влияющих на ее возникновение, а также ее связь с кардиальными и экстракардиальными причинами у лиц пожилого и старческого возраста и соответственно тактики антикоагулянтной терапии (АКТ).

Материал и методы:

Было обследовано 47 пациентов с ФП кардиологического отделения МЦ: с постоянной формой ФП – 28 (59,6%) пациентов, пароксизмальной формой – 13 (27,6%) и персистирующей формой – 6 (12,8%) пациента. Среди них мужчин до 60 лет – 6 (12,8%), старше 60 лет – 18 (38,3%), средний возраст – 54,8±3,01 лет и 70,7±2,52 лет соответственно; женщин до 60 лет – 2 (4,3%), старше 60 лет – 21 (44,7%), средний возраст – 56,7±7,62 лет и 70,3±2,52 лет соответственно. Анализировались данные анамнеза, наличие сопутствующих поражений

сердечно-сосудистой системы (ХСН, ИБС, ПИКС, АГ, пороки сердца, а также заболевания щитовидной железы), клинические и биохимические анализы крови, методы исследования (ЭКГ, Эхо-КГ, по показаниям коронарография). Проведен анализ влияния гендерных и возрастных аспектов на структуру сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с ФП и тактика АКТ. Выбор АКТ назначался согласно стратификации риска по индексу CHA2DS2VASc и шкале HAS-BLED.

Результаты:

Анализ показал, что значительное влияние на формирование ФП как у мужчин, так и у женщин оказывают возрастные изменения сердечной мышцы: 17% пациентов - до 60 лет и 83% пациентов - старше 60 лет. У мужчин постоянная форма ФП встречается в 38,3%, у женщин - постоянная и пароксизмальная формы 21,3% и 23,4% соответственно, персистирующая форма в обеих группах - 8,5% и 4,3% соответственно. Также было выявлено, что важными этиологическими факторами оказывающими, неблагоприятное влияние на сердце и способствующими развитию ФП являются: у мужчин до 60 и после 60 лет соответственно: ИБС - 4,16% и 50%, постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) - 16,7% и 44,4%, АГ - 50% и 61,1%, ХСН - 100% в обеих группах, ХРБС - после 60 лет - 11,1%, КМП - 16,7% и 5,5%. У женщин до и после 60 лет соответственно: ИБС - 50% и 42,8%, ПИКС - 50% и 28,6%, АГ - 100% и 95,2%, ХСН - 100% в обеих группах, ХРБС и КМП - нет. Стоит отметить и внесердечную коморбидность у мужчин до и после 60 лет: СД - 33,3% и 44,4%, ХОБЛ - после 60 лет - 38,8%, опухоли ЖКТ - 16,7% и 5,5%, ХБП и ожирение - после 60 лет 16,7% и 5,5% соответственно. В сравнении у женщин: СД - 100% и 9,5%, ХОБЛ - после 60 лет 9,5%, опухоли ЖКТ - после 60 лет 4,8%, ХБП - нет, ожирение после 60 лет - 14,3%. По проведенным анализам данных отмечается преобладание коморбидности в возрасте старше 60 лет у женщин с 2-мя и с 4-мя заболеваниями и у мужчин - с 4-мя заболеваниями. По данным коронарографии отмечается преобладание поражений коронарных артерий (со стентированием) у пациентов старше 60 лет, как у мужчин, так и у женщин. На ЭхоКГ отмечаются признаки ГЛЖ у 16,7% и 58,3%, ГЛП - 12,5% и 20,8%, показатели ФВ - 38,5% и 35,6%, легочная гипертензия (ЛГ) - 20,8% и 45,8% соответственно у мужчин до и старше 60 лет, у женщин - ГЛЖ у 8,7 и 56,5%, ГЛП - 4,3% и 13%, показатели ФВ - 40% и 35,1%, ЛГ - 4,3% и 56,5% соответственно до и старше 60 лет. АКТ была назначена в 96,7% случаев, из них 31,9% - варфарином, 63,8% - новыми пероральными антикоагулянтами (НПОА), остальным пациентам с учетом противопоказаний были назначены антиагреганты (4,3%).

Заключение:

Распространенность ФП и коморбидность чаще всего наблюдаются в пожилом и старческом возрасте (старше 60 лет), причем они выше у пациентов с ИБС, АГ, ХСН, с избыточной массой тела и имеет гендерные различия. Так, у мужчин 2 раза чаще встречается постоянная форма, чем у женщин, у женщин - постоянная и пароксизмальная формы в равной степени. Также у пациентов старшей возрастной группе преобладают коморбидность с преобладанием сердечной, чем внесердечной. АКТ проводилась согласно стратификации и в 2 раза чаще назначались НПОА по сравнению с варфарином.

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ХСН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИХ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС

Абдувахитова А. Н.¹, Абдуллаев Т. А.², Цой И. А.²

¹Ташкентский Государственный Педиатрический Институт,

²Республиканский Специализированный

Центр Кардиологии

Введение (цели/ задачи):

Выявление тревожно-депрессивных расстройств и факторов, их определяющих, у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН), а также КЖ больных пожилого возраста с ХСН.

Материал и методы:

В исследование были включены 38 больных (28 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 60 до 75 лет с ХСН II—IV ФК по классификации NYHA, развившейся вследствие ИБС и артериальной гипертензии (АГ). Диагноз ХСН был установлен в соответствии с Европейскими рекомендациями по диагностике и лечению ХСН. В исследование не включали больных с ревматическими пороками сердца, инфекционным эндокардитом. Для оценки качества жизни использовался — Миннесотский опросник «Жизнь больных с хронической сердечной недостаточностью». Наличие и выраженность тревоги и депрессии оценивали с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale —HADS). При интерпретации полученных результатов учитывали суммарную оценку по каждой из подшкал, которая в пределах 8—10 баллов указывала на субклиническую тревогу/депрессию, более 10 — на клинически выраженную тревогу/депрессию.

Результаты:

Анализируя ответы на вопросы анкеты «Жизнь больных с ХСН» при поступлении 30 баллов и при выписке 33 баллов соответственно ($p=0,156$). Выраженная одышка, быстрая утомляемость, необходимость в дневном отдыхе, ограничения в прогулках, выполнении работы по дому одинаково ухудшали КЖ больных с ХСН. Ухудшение КЖ ассоциировалось с приемом большими количества лекарственных препаратов ($r=0,24$; $p=0,014$) и сниженной физической активностью ($r=-0,34$; $p<0,001$). Согласно нашим данным, клинически выраженная депрессия встречалась у 23,7% больных, клинически выраженная тревожность — у 29,6% больных соответственно ($p=0,945$). Субклинически выраженная депрессия отмечена у 20,6%, субклинически выраженная тревожность — у 18,5%. Чувство паники выявлялось у 10 (26,3%) больных со сниженной и у 28 (73,6%) с сохраненной ФВ ЛЖ, тревожные мысли беспокоили (50,4%) и (54%) больных соответственно. Депрессивное состояние больных с различной ФВ ЛЖ в основном было связано с появлением ограничений при выполнении какой-либо работы, требующей физического или эмоционального напряжения, и выявлялось у 20 больных со сниженной и у 18 с сохраненной ФВ ЛЖ. Не были удовлетворены делами и занятиями, которые ранее приносили им удовольствие (чтение книг, просмотр телепередач) - 34 больных. Результаты нашего исследования показали тесную корреляцию тревожно-депрессивного статуса у больных с низким КЖ ($r=-,209$; $p=0,32$), тяжелым течением ХСН по ШОКС ($r=-0,26$; $p=0,004$) и наличием инвалидности ($r=0,206$; $p=0,026$).

Заключение:

Социальная дезадаптация и медицинские факторы оказались ведущими показателями, определяющими ухудшение качества

жизни и развитие тревожно-депрессивного состояния у больных пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью. Низкое качество жизни, наличие тревожно-депрессивного состояния служат не только проявлением тяжелого течения заболевания, но и влекут за собой ухудшение функционального состояния, что ограничивает физическую и социальную активность больных.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ОСНОВНЫХ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В Г. АЛМАТЫ И АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Исабекова А. Х., Беркинбаев С. Ф., Джунусбекова Г. А.,
Мусагалиева А. Т., Кошумбаева К. М., Кожабекова Б. Н.,
Акпанова Д. М., Алиева Г. Р., Ахыт Б. .А.

Научно-исследовательский институт кардиологии
и внутренних болезней МЗ СР РК,
г. Алматы, Республика Казахстан

Введение (цели/ задачи):

Провести одномоментное (кросс-секционное) многоцентровое исследование в г. Алматы и Алматинской области для получения исходных эпидемиологических показателей.

Материал и методы:

Материалом для проведения исследования послужили лица, в возрасте 18-69 лет, проживающие в г. Алматы и Алматинской области. Общее количество обследованных - 1575 взрослых лиц. В данном исследовании были использованы определения факторов риска в соответствии со стандартизированной методикой Всемирной организации здравоохранения STEPS.

Результаты:

Абдоминальное ожирение выявлено у 55,6% обследованных мужчин и у 75,8% женщин ($p < 0,001$, RR-0.7336, CI 0.6683, 0.8052). Преобладание абдоминального ожирения среди женщин отмечается как в городе, так и в селе (в городе $p < 0,001$, RR 0.713 CI 0.6202, 0.8196; в селах Алматинской области $p < 0,001$, RR 0.74, CI 0.6528, 0.8389). В обследованной популяции средние значения систолического артериального давления (САД) - $121,2 \pm 0,58$ мм.рт.ст., диастолического (ДАД) - $78,7 \pm 0,32$ мм.рт.ст. Значимых различий по среднему уровню АД среди мужчин и женщин, как в городе, так и в сельской местности не установлено. Среднее значение уровня общего холестерина (ОХС) в обследованной популяции составило $4,99 \pm 0,03$ ммоль/л, холестерина липопротеидов низкой плотности (ХСЛПН) - $3,1 \pm 0,13$ ммоль/л, триглицеридов (ТГ) - $1,53 \pm 0,07$ ммоль/л, холестерина липопротеидов высокой плотности - $1,56 \pm 0,01$ ммоль/л. Значимых различий по показателям липидного спектра крови в зависимости от половой принадлежности не установлено. Гиперхолестеринемия обнаружена у 40,95% обследованных лиц. В сельской местности отмечаются гендерные различия по встречаемости гиперхолестеринемии (мужчины - 50%, женщины - 38,44%, $p < 0,03$, RR 1.301, CI 1.085, 1.558). Гипертриглицеридемия, выявлена у 25,95% обследованных лиц.

Заключение:

В обследованных населенных пунктах (г. Алматы, Алматинская область) частота артериальной гипертензии составляет в среднем 43%, ИБС - 17,14%, перенесенного инфаркта миокарда - 3,8%, перенесенного инсульта - 2,86%, фибрилляции предсердий - 3,3%. Наиболее распространенными факторами риска сердечно - сосудистых заболеваний являются избыточная масса тела, дислипидемия и малоподвижный образ жизни.

РАЦИОНАЛЬНЫЕ ПУТИ КОРРЕКЦИИ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

ЖАББАРОВ А. А., ТУРСУНОВА Л. Д., НИЯЗОВА М. Б.

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/ задачи):

Поражение сердца при системной красной волчанке (СКВ) встречается примерно у 58-89% пациентов, однако в большинстве случаев оно протекает со стертой клинической симптоматикой и выявляется лишь при инструментальном обследовании. Цель исследования: Диагностика изменений со стороны сердечно-сосудистой системы у больных СКВ и пути их коррекции

Материал и методы:

Обследовано 25 больных, находящихся на лечении в отделении нефрологии 3 клиники ТМА. Мужчин - 3, женщин - 22. Длительность заболевания составляла от 5 до 15 лет.

Результаты:

Явления миокардита было выявлено у 10 больных из 25 обследованных больных. Поражение перикарда отмечено у 5 больных, поражение клапанов сердца (аортального и митрального) у 6 больных. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) различной степени диагностирована у 12 больных, проведены лабораторные исследования, выявившие активность процесса различной степени, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгеноскопия грудной клетки и сердца. Рентгенологически у большинства больных имелось расширение тени сердца, преимущественно за счет дуги левого желудочка. На ЭКГ зарегистрированы синусовая тахикардия и аритмия, снижение вольтажа, деформация зубцов Р и Г, иногда инверсия зубца Т, а также нарушение внутрисердечной, внутривентрикулярной проводимости. ЭхоКГ выявила снижение показателей сердечного выброса, изменения левых камер сердца: дилатацию полости левого предсердия и концентрическую гипертрофию миокарда левого желудочка, характерные для артериальной гипертензии. А также, у 6 больных определены признаки эндокардита Либмана-Сакса (фибриноидная дегенерация, приводящая к утолщению и фенестрации митрального и аортального клапана) Больные получали - нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикостероиды из расчета 1 мг на кг массы тела, антикоагулянты, антиагреганты, препараты, улучшающие метаболизм миокарда. В результате проведенного лечения достигнута частичная ремиссия у 20 больных, у 4 достигнуто улучшение.

Заключение:

Современные диагностические методы существенно улучшили выявление поражения сердца у больных СКВ, нередко протекающих без видимых клинических проявлений. 2. Для улучшения прижизненной диагностики патологических изменений в сердце у больных СКВ необходимо шире использовать высокоинформативные неинвазивные методы исследования. Эхо КГ с цветным доплеровским сканированием, нагрузочные ЭхоКГ тесты, чреспешеводная ЭхоКГ, компьютерная томография и др. 3. С целью коррекции выявленных нарушений рекомендуется использовать глюкокортикостероиды, антиагреганты, антикоагулянты, нестероидные противовоспалительные препараты, препараты, улучшающие метаболизм миокарда.

ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

УСУПБАЕВА Г. Т., ИМАНАЛИЕВА Г. А., ТИЛЕМАМБЕТОВА К. Т.,
ТУРСУНБЕКОВА Г. Т., АХМЕДОВА И. А., КУДАЙБЕРДИЕВ Т. З.

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ХИРУРГИИ СЕРДЦА
И ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ, г. БИШКЕК,
КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА

Введение (цели/ задачи):

Врожденные аномалии сердца, вне зависимости от состояния экономики государств, являются актуальной проблемой всего мира. Несвоевременное выявление врожденных пороков сердца (ВПС) становится причиной повышенной летальности детей первого года жизни без оперативного лечения. А несвоевременность хирургического лечения влияет на прогноз операции и дальнейшую жизнь в целом. Все это диктует необходимость как можно более раннего выявления аномалии развития сердца с целью определения дальнейшей тактики ведения.

Материал и методы:

В лечебных учреждениях Чуйской, Нарынской, Иссык-Кульской, Таласской, Джалал-Абадской и Баткенской областей Кыргызской Республики обследованы новорожденные и дети до 1 года жизни методом транс торакальной эхокардиографии. Исследование проводилось эхокардиографом Phillips CX-50. Всего обследовано 1013 детей, из них 464 являлись новорожденными до 6 дня жизни. Возраст остальных 549 детей составлял от 1 месяца до первого года жизни. Основная масса детей до 1 года жизни была направлена на исследование специалистами местных лечебных учреждений, в связи с отставанием в весе, частыми простудными заболеваниями, отягощенным акушерским анамнезом матерей и подозрением на ВПС. В данном исследовании производился учет всех выявленных пороков сердца: бессимптомных маленьких дефектов межпредсердной и мышечных дефектов межжелудочковой перегородок, стенозов легочной артерии умеренной степени, гемодинамически незначимых нитевидных открытых артериальных протоков и малой аномалии сердца в виде двухстворчатого аортального клапана.

Результаты:

По лечебным учреждениям Чуйской области обследовано 118 новорожденных и у 9(7.6%) из них выявлен врожденный порок сердца. Еще у 9(5%) из 180 детей из первого года жизни выявлены различные аномалии сердца. В Джалал-Абадской области у двоих (5.4%) из 37 новорожденных обнаружен дефект межпредсердной перегородки. А у 22 обследованных ребенка первого года жизни, не обнаружено патологии сердца. В Нарынской области двое(4.5%) из 44 новорожденных имели септальные дефекты, и у 4(7%) из 57 детей первого года жизни имелись различные аномалии сердца. По Таласской области обследовано 35 новорожденных, у 1 (2.8%) обнаружен порок сердца. Так же всего один ребенок (1.06%) из 94 детей первого года жизни имел аномалию развития сердца. У двоих новорожденных (4.16%) из 48 в Иссык-Кульской области были обнаружены аномалии сердца, тогда как из 118 обследованных детей первого года жизни у 10 (8.47%) выявлены пороки развития сердца. Самое большое количество пороков сердца у детей было обнаружено в Баткенской области. Так, обнаружены аномалии сердца у 14 (17%) из 82 обследованных новорожденных и у 10 (12.9%) из обследованных 77 детей первого года жизни. Причем именно в этой области были обнаружены сложные врожденные пороки сердца у 6 детей (Тетрада Фалло в четы-

рех случаях, корригированная транспозиция магистральных сосудов и полная форма атриовентрикулярной коммуникации по одному случаю). В остальных, 18 выявленных в Баткенской области случаях, зарегистрирован дефект межжелудочковой перегородки, тогда как в других областях Кыргызстана сложные пороки сердца не были выявлены.

Заключение:

Таким образом, в результате первичной диагностики врожденных пороков сердца в различных регионах Кыргызстана, обнаружена большая выявляемость пороков сердца в Баткенской области. К тому же в данной области четверть обнаруженных пороков составляют сложные врожденные пороки сердца. В связи с малым количеством обследованных детей изученный материал недостаточен для проведения статистического анализа и необходимо дальнейшее исследование.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ИНДЕКСЫ КАК ИНСТРУМЕНТ СКРИНИНГА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Бродовская Т. О.¹, Грищенко О. О.², Усенко К. П.³,
Перетолчина Т. Ф.¹, Смоленская О. Г.¹, Гришина И. Ф.¹
¹ФГБОУ ВО УГМУ,
²ФКУ «ЦВКГ им. П.В. Мандрыка» Минобороны России,
³ГБУЗ СО СОБ №2

Введение (цели/ задачи):

Оценить антропометрические индексы ожирения у пациентов с нормальной массой тела. Актуальность Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются одной из ведущих причин смертности среди мужчин в Российской Федерации. Для расчета риска осложнений ССЗ общепринятой является Фрамингемская шкала, позволяющая оценить 10-летний риск кардиоваскулярных событий. Между тем, в нее не включены такие хорошо известные факторы риска, как ожирение и синдром обструктивного апноэ сна (СОАС).

Материал и методы:

В исследование включены 32 пациента мужского пола трудоспособного возраста с ранее установленным диагнозом гипертонической болезни. В каждом случае проводилось антропометрическое исследование в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения, которое включало измерение роста, массы тела, окружности талии (ОТ) стандартизованными методами. Были рассчитаны следующие антропометрические индексы ожирения: 1. индекс массы тела (ИМТ) по формуле $ИМТ = \frac{вес, кг}{рост, м^2}$; 2. Отношение окружности талии (см) к росту (см) (ООТР); 3. Индекс конусности (ИК) оценивался по Valdez et al., $ИК = \frac{ОТ(м)}{0.109 \cdot (рост(м)/вес(кг))}$. Измерение артериального давления (АД) проводилось в соответствии с Российскими рекомендациями по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии (2010г), дважды, с интервалом не менее 1 минуты; при разнице АД ≥ 5 мм рт. ст. проводилось одно дополнительное измерение; за

регистрируемое значение принималось минимальное из трех измерений. Каждому пациенту выполнялся респираторный мониторинг с помощью аппарата «Кардиотехника 07 АД 3/12 Р», включавший интегральную реопневмографию, актиграфию, спирографию, пульсоксметрию. Все наблюдения были разделены на 2 группы, по 16 человек в каждой, в зависимости от наличия нарушений дыхания во сне. Основную группу составили пациенты с установленным СОАС, индекс апноэгипноэ (ИАГ) которых превышал 5 в час. Группу сравнения составили пациенты с ГБ без СОАС (ИАГ < 5 в час).

Результаты:

Группы были сопоставимы по возрасту, стажу гипертонической болезни, показателям систолического и диастолического АД, а также рискам по Фрамингемской шкале. При оценке индекса массы тела достоверных различий не получено, однако установлена тенденция к повышению массы тела пациентов с СОАС: $26,6 \pm 2,5$ кг/м² в основной группе и $24,8 \pm 2,9$ кг/м² в группе сравнения. Окружность талии, несмотря на фактическое отсутствие ожирения по данным ИМТ, была достоверно выше у пациентов с СОАС $98,14 \pm 5,7$ см, чем у лиц группы сравнения $92,6 \pm 5,1$ см ($p < 0,05$). В результате тенденции к накоплению висцерального жира показатель ООТР также существенно отличался в сторону увеличения у пациентов с апноэ сна $0,55 \pm 0,03$ против $0,52 \pm 0,04$ группы сравнения, наряду с ИК, который составил $64,4 \pm 5,6$ и $58,9 \pm 5,4$ соответственно ($p < 0,05$). При анализе нарушений дыхания во сне установлено, что группы существенно различались не только по количеству эпизодов апноэгипноэ ($25,7 \pm 11,3$ в час против $3,7 \pm 2,1$ в час) ($p < 0,05$), но и по средней сатурации крови кислородом ($92,9 \pm 1,8$ % против $96,6 \pm 2,1$ %), ($p < 0,05$). В результате проведенного корреляционного анализа были установлены достоверные связи высокой силы между ИАГ и ИМТ ($R = 0,92$, $p < 0,01$), ОТ ($R = 0,95$, $p < 0,05$), ИК ($R = 0,89$, $p < 0,05$) и ООТР ($R = 0,87$, $p < 0,05$).

Заключение:

Наши наблюдения подтверждают существенный вклад висцерального ожирения в прогрессирование СОАС. В литературе достаточно полно описана взаимосвязь между повышением массы тела и прогрессированием СОАС. Однако данных о дополнительных антропометрических показателях ожирения у лиц с нормальной массой тела среди пациентов с нарушениями дыхания во сне накоплено недостаточно. Выявленные тенденции могут явиться ключом к пониманию патогенетических взаимосвязей между синдромом обструктивного апноэ сна и сердечно-сосудистыми заболеваниями. В целом, учитывая влияния висцерального ожирения на ССЗ можно прогнозировать повышение рисков сердечно-сосудистых осложнений даже у лиц с нормальной массой тела. Антропометрические критерии висцерального ожирения могут рекомендованы к применению в качестве скрининга сердечно-сосудистого риска

ВОЗМОЖНАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ АУТОАНТИТЕЛ К ЭЛАСТИНУ И ЭЛАСТАЗЕ В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ И СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Русанова О. А., Гонтарь И. П., Емельянова О. И.,
Маслакова Л. А., Зборовская И. А.
ФГБНУ «НИИ КиЭР»

Введение (цели/ задачи):

Аутоиммунное воспаление при системных ревматических заболеваниях рассматривается как один из факторов риска развития раннего атеросклероза и связанных с ним сердечно-сосудистых

заболеваний. Эластин в большом количестве содержится в стенках сосудов и клапанном аппарате сердца. Антитела к эластину и эластазе являются своеобразными предикторами развития сосудистой патологии при системной склеродермии и системной красной волчанке. Механизмом прямого проатерогенного действия антител является стимуляция синтеза молекул адгезии и цитокинов, захват окисленных ЛПНП, индукция каскада сериновых протеиназ коагуляционной системой. Аутоиммунное воспаление при системных ревматических заболеваниях в настоящее время рассматривается как один из факторов риска развития раннего атеросклероза, нарушение структуры и эластичности сосудистой стенки, клапанного аппарата и связанных с ним сердечно-сосудистых заболеваний. Цели и задачи: Изучение влияния аутоантителогенеза к эластину и эластазе у больных системной красной волчанкой (СКВ) и системной склеродермией (ССД) на сердечно-сосудистую систему.

Материал и методы:

Было обследовано 42 пациента, госпитализированных в МУЗ ГКБ СМП №25, с диагнозом ССД, верифицированного с помощью диагностических критериев АРА (1980г) и считался достоверным при наличии у больного одного «большого» и двух «малых» критериев в любом сочетании, одновременно или последовательно, независимо от времени их возникновения. Среди больных системной склеродермией было 11 мужчин и 31 женщина в возрасте от 22 до 72 лет. Средний возраст больных составил $44,1 \pm 15,4$ лет. А также 65 больных СКВ. Из них 60 женщин (92,3%) и 5 мужчин (7,7%) в возрасте от 18 до 68 лет. Средний возраст больных составил $42,5 \pm 12,1$ лет. Диагноз СКВ верифицировался с помощью диагностических критериев АСР в редакции 1997 года. Контрольную группу составили 30 здоровых доноров Волгоградской областной станции переливания крови. АТ к эластину и эластазе определяли в сыворотке крови методом непрямого иммуноферментного анализа с использованием магнитосорбентов на основе полиакриламидных гранул по оригинальной технологии Гонтаря и соавторов (1990 г).

Результаты:

У Пациентов с ССД по сравнению с контролем выявили значительное увеличение частоты образования антител к эластазе (52%), и эластину (38%). Верхняя граница нормы АТ к эластину в пределах $0,131$ е.о.п., антител к эластазе $0,131$ е.о.п. Антитела к эластину в группе больных ССД составляли $0,125 \pm 0,068$ е.о.п. Значение АТ к эластазе составило $0,143 \pm 0,071$ е.о.п. У больных с диагнозом СКВ АТ к эластину были выявлены у 27 (41,5%), составляя в среднем $0,135 \pm 0,077$ е.о.п., (верхняя граница нормы $0,104$ е.о.п). Антитела к эластазе были обнаружены у 78,5% (51 человек). Среднее их значение составило $0,158 \pm 0,067$ е.о.п., верхняя граница нормы составила $0,113$ е.о.п. Повышенный уровень АТ ассоциировался с поражением сердца и сосудов у 47% пациентов с диагнозом системная склеродермия. У 20 пациентов обследуемой группы выявлялась сердечно-сосудистая патология (ИБС, крупноочаговый кардиосклероз с псевдоинфарктными изменениями, хроническая сердечная недостаточность, атеросклероз аорты. В группе пациентов с СКВ выявлялось поражение сердца в виде миокардита, проявлявшегося типичными изменениями ЭКГ, кардиалгиями, нарушениями ритма и проводимости наблюдалось у 11 пациентов (16,9%). Поражение клапанного аппарата сердца (недостаточность и пролапс митрального клапана, недостаточность аортального клапана) обнаружены у 9 (13,8%) пациентов.

Заключение:

Среди обследованных нами больных у 47% пациентов с ССД и 16% больных с СКВ отмечалось поражение сердечно-сосудистой

системы, ассоциированное с повышением антител к эластину и эластазе. Данный факт свидетельствует о том, что аутоиммунное воспаление при системном ревматическом заболевании является фактором риска развития раннего атеросклероза и связанных с ним кардиоваскулярных заболеваний. Антитела к эластину и эластазе являются своеобразными предикторами развития сосудистой патологии при системных патологиях.

КАЛЬЦИНОЗ КЛАПАНОВ СЕРДЦА АССОЦИИРОВАН С ПАРАМЕТРАМИ АМБУЛАТОРНОГО ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

Труханова М. А., Манухина Н. В., Дорошенко Д. А., Виллеваальде С. В., Кобалава Ж. Д.
РУДН, РНИМУ им Н.И. Пирогова

Введение (цели/ задачи):

У пациентов с терминальной почечной недостаточностью (ТПН) на программном гемодиализе (ПГД) широко распространен кальциноз клапанов (КК) сердца и ассоциирован с увеличением риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Цель исследования: оценить связь КК сердца и параметров 44-часового мониторинга артериального давления (АД) в междиализном периоде у пациентов с ТПН.

Материал и методы:

У 68 пациентов с ТПН, получающих заместительную почечную терапию программным гемодиализом (медиана возраста 58,3 лет, IQR 54,6; 61,6, мужчин 45%, АГ 94%, сахарный диабет 21%, гломерулонефрит 35%, пиелонефрит 25%, дисплазия почек 13%, мочекаменная болезнь 10%, стенокардия напряжения 27%, инфаркт миокарда 10%, сердечная недостаточность 28%, инсульт 7%) выполнено клиническое измерение АД в пред- и последиализный период врачом в диализном центре и 44-час мониторинг АД в междиализный период. Мониторинг проводили в амбулаторных условиях при обычном режиме труда и отдыха. Манжета устанавливалась на свободную от артерио-венозной фистулы руку непосредственно после окончания сеанса гемодиализа. Все пациенты с АГ получали антигипертензивную терапию. Медиана длительности терапии гемодиализом составила 62,7 (47,8; 77) мес. Всем пациентам была выполнена эхокардиография и 44-часовое мониторирование АД: оценивали кальциноз митрального (МКК), аортального (АКК) или обоих клапанов одновременно и параметры артериальной жесткости и центральной пульсовой волны. Результаты оценены с использованием метода Манна-Уитни, различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты:

Кальциноз аортального, митрального и обоих клапанов был выявлен у 46 (67.6%), 34 (50%) и 33 (48.5%) пациентов соответственно. 20 (29%) пациентов не имели признаков КК. Пациенты с АКК по сравнению с отсутствием КК были старше (65.1 ± 9.5 против 41.4 ± 11.9 лет, $p < 0,001$), имели большую длительность гемодиализа (51 (8;252) против 21(10;38) мес, $p < 0,01$), большее снижение диастолического АД (ДАД) в дневные часы (ДЧ) (79 ± 13 против 89 ± 12 мм.рт.ст., $p < 0,01$), в ночные часы (НЧ) (75 ± 13 против 83 ± 13 мм.рт.ст., $p < 0,05$), в первые сутки (77 ± 13 против 89 ± 15 мм.рт.ст., $p < 0,01$), во вторые сутки (79 ± 14 против 88 ± 10 мм.рт.ст., $p < 0,01$), и в течение всего 44-часового периода (78 ± 13 против 88 ± 12 мм.рт.ст., $p < 0,01$), пульсового давления (ПД) в течение всего 44-часового периода

(65 ± 19 против 53 ± 14 мм.рт.ст., $p < 0,05$) и во вторые сутки (67 ± 20 против 53 ± 14 мм.рт.ст., $p < 0,05$). Пациенты с МКК были старше (67.8 ± 8.2 против 47.9 ± 13.5 лет, $p < 0,001$), имели большую длительность ПГД (51(34;111) против 36(14;57) мес, $p < 0,01$), большую вариабельность дневного систолического АД (ВСАД) (18 ± 5 против 12 ± 3 мм.рт.ст., $p < 0,001$), ВСАД в течение 44-часового периода (медиана 17; IQR 14;22) против 12; IQR 12;15 мм.рт.ст., $p < 0,01$), более низкое ДАД в дневные часы (78 ± 15 против 86 ± 11 мм.рт.ст., $p < 0,01$), в ночные часы (74 ± 14 против 81 ± 12 мм.рт.ст., $p < 0,05$) и в течение 44-часового периода (77 ± 15 против 85 ± 11 мм.рт.ст., $p < 0,01$). Более высокую вариабельность ДАД в дневные часы (10 ± 3 против 9 ± 3 мм.рт.ст., $p < 0,01$), более высокое ПД в течение всего 44-часового периода (68 ± 17 против 55 ± 17 мм.рт.ст., $p < 0,05$).

Заключение:

Пациенты с ТПН характеризуются высокой распространенностью кальциноза клапанов сердца (71%). Пациенты с КК были старше, имели большую продолжительность ПГД, более низкие значения амбулаторного ДАД и более высокие значения ПД, что может иметь значение для дальнейшего понимания механизмов формирования КК сердца у пациентов на ПГД.

КОМОРБИДНОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Мацкевич С. А., Бельская М. И.

ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «КАРДИОЛОГИЯ»

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: определить гендерные особенности тревожно-депрессивных расстройств при хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы:

В исследовании приняло участие 200 пациентов с ХСН II,III функционального класса (ФК) ишемического генеза (давность перенесенного инфаркта миокарда с зубцом Q $4,08 \pm 3,15$ года). Из них 100 мужчин (средний возраст $59,8 \pm 5,27$ года) и 100 женщин (средний возраст $60,7 \pm 5,37$ года), в обеих группах по 60% пациентов с ХСН II ФК и 40% пациентов с ХСН III ФК. Оценка наличия и выраженности тревожно-депрессивных расстройств проводилась с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. В качестве скринингового инструмента для выявления депрессии использовался опросник CES-D. Качество жизни (КЖ) изучалось с использованием «Миннесотского опросника качества жизни пациентов с ХСН (MLHFQ)».

Результаты:

В результате психологического тестирования установлено, что среднее значение уровня депрессии в целом по группе пациентов по результатам оценки опросника CES-D не превышает нормального уровня. Однако при рассмотрении индивидуальных опросников оказалось, что 70% пациентов имеют признаки депрессии: 60% пациентов с признаками легкой депрессии, 10% пациентов – с признаками депрессии средней тяжести. Поэтому мы решили оценить наличие и выраженность депрессивных переживаний с помощью еще одного опросника – опросника HADS, в совокупности с тревожными переживаниями и с учетом гендерных особенностей. Так в группе мужчин признаки депрессии выявлены в 22% случаев (опросник CES-D). По данным шкалы HADS тревожно-депрессивные переживания выявлены у 30% мужчин: признаки тревоги определялись в 23%

случаев, депрессии – в 18% случаев. Признаки клинически выраженной тревоги и депрессии определялись у 6% и 4% мужчин соответственно, субклинически выраженной тревоги и депрессии – в 17% и 14% случаев. Все эти особенности накладывают отпечаток на КЖ, которое у пациентов с тревожно-депрессивными переживаниями в 1,3 раза хуже, чем у пациентов с нормальным психоэмоциональным статусом. Выявлено, что 14% мужчин страдают как депрессией, так и тревогой, КЖ в этой группе хуже, чем у пациентов без тревоги и депрессии ($p<0,01$). В группе мужчин с ХСН ФК II тревожно-депрессивные переживания (шкала HADS) выявлены у 30% пациентов. При ХСН ФК III тревожно-депрессивные переживания (шкала HADS) выявлены у 30% мужчин, КЖ жизни у этих пациентов в 1,5 раза хуже, чем у пациентов без коморбидности. В группе мужчин с ХСН ФК III выявлена зависимость между КЖ и уровнем депрессии ($r=0,41$, $p<0,05$), КЖ и уровнем тревоги ($r=0,42$, $p<0,05$). В группе мужчин не выявлено значимых различий уровней тревоги и депрессии в зависимости от ФК ХСН. В группе женщин признаки депрессии (опросник CES-D) определялись чаще (48% случаев), чем у мужчин ($p<0,01$). По данным шкалы HADS тревожно-депрессивные переживания выявлены у 64% женщин ($p<0,01$ в сравнении с мужчинами): признаки тревоги определялись в 39% случаев, депрессии – в 42% случаев. Признаки клинически выраженной тревоги и депрессии выявлены у 14% и 15% женщин соответственно, признаки субклинически выраженной тревоги и депрессии – у 25% и 27% пациенток. КЖ у пациенток с тревожно-депрессивными переживаниями в 1,4 раза хуже, чем у женщин с нормальным психоэмоциональным статусом. Также получено, что 21% женщин страдают и депрессией и тревогой, КЖ в этой группе в 1,5 раза хуже, чем у женщин без тревоги и депрессии. В группе женщин выявлены взаимосвязи между КЖ и уровнем депрессии ($r=0,55$, $p<0,01$), КЖ и уровнем тревоги ($r=0,52$, $p<0,01$). У пациенток с ХСН ФК II тревожно-депрессивные переживания по данным шкалы HADS выявлены в 53,3% случаев. При ХСН ФК III тревожно-депрессивные переживания по данным шкалы HADS выявлены у 75% женщин ($p<0,01$ в сравнении с ХСН ФК II), КЖ жизни у этих пациенток в 1,5 раза хуже, чем у пациенток без коморбидности. В группе женщин с ХСН ФК III выявлена зависимость между КЖ и уровнем депрессии ($r=0,59$, $p<0,05$), КЖ и уровнем тревоги ($r=0,54$, $p<0,05$), между уровнями депрессии и тревоги ($r=0,63$, $p<0,01$). У 37,5% женщин с ХСН ФК III выявлены признаки и тревоги и депрессии, КЖ в этой группе хуже, чем при изолированной тревоге или депрессии ($p<0,01$).

Заключение:

Таким образом, у женщин чаще, чем у мужчин при ХСН выявляются тревожно-депрессивные нарушения. Причем женщины более подвержены депрессии, чем мужчины ($p<0,01$). К тому же в группе женщин, в отличие от мужчин, при усугублении ХСН отмечалось нарастание тревожно-депрессивных расстройств.

ОДЫШКА У ПОЖИЛОЙ ПАЦИЕНТКИ: СОЧЕТАНИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Миронов Н. Ю., Агапова О. Ю., Болотова М. Н.,
 Бакалов С. А., Киктев В. Г., Голицын С. П.
 ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ

Материал и методы:

Пациентка 84 лет была госпитализирована с жалобами на одышку при минимальной активности. Из анамнеза известно, что длительное время страдает гипертонической болезнью, на фоне

приёма лекарственных препаратов адаптирована к АД 120/80-90 мм рт.ст. В 2009 г. верифицирован диагноз бронхиальной астмы (БА) тяжёлого течения, систематически применяет серетид 50/250 мкг, по потребности использует сальбутамол. Прогрессирование одышки и появление эпизодов учащённого неритмичного сердцебиения отмечает с июня 2015 г., когда была диагностирована пароксизмальная форма фибрилляции предсердий (ФП), назначен соталол 160 мг/сут. Около 2х недель назад стала отмечать тяжёлую одышку при минимальной физической активности и приступы удушья, что было расценено как обострение БА, в связи с чем стала использовать сальбутамол до 5-6 раз в день. В дальнейшем отметила появление симметричных отеков ног, что послужило поводом к назначению торасемида 10 мг/сут. На фоне лечения отеки регрессировали, однако одышка не уменьшилась, в связи с чем была госпитализирована. По данным рентгенографии грудной клетки нарушения легочной гемодинамики не отмечены. На ЭКГ при поступлении зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС 55/мин, отмечено удлинение QT до 500 мс. По данным эхокардиографии (ЭхоКг) нарушения сократимости миокарда ЛЖ не отмечены, выявлена высокая лёгочная артериальная гипертензия (ЛАГ) – СДЛА при поступлении составляло около 80 мм рт.ст. При дуплексном сканировании данных за тромбоз вен ног не получено. По результатам спирометрии отмечены снижение жизненной ёмкости легких, тяжёлые обструктивные нарушения, не обратимые ингаляцией сальбутамола. Ситуация была расценена как неконтролируемое течение БА и передозировка ингаляционных бета-адреномиметиков. Больной были прекращены ингаляции серетида и сальбутамола, назначен симбикорт 4,5/160 мкг по 2 вдоха 2 р./день. Также было установлено, что приступы удушья, которые пациентка расценивала как астматические, были обусловлены пароксизмами ФП, протекающими с очень высокой ЧСС, неоднократно рецидивировавшими в течение суток. Учитывая неэффективность и побочные эффекты соталола, приём препарата был прекращён. Спустя сутки предпринята попытка назначения верапамила в минимальной дозе. После первого же приёма 40 мг отмечено появление пауз при восстановлении синусового ритма до 9,2 сек. Ситуация расценена как проявление синдрома слабости синусового узла. Пациентке проведена имплантация постоянного ЭКС, возобновлён приём верапамила 120 мг/сут.; в связи с рецидивами ФП к терапии был добавлен алапинин 75 мг/сут. На фоне комбинированной терапии пароксизмы ФП не повторялись. Для верификации причины высокой ЛАГ проведена МСКТ грудной клетки с контрастированием. Выявлены организованные тромботические массы в левой и правой легочных артериях, что свидетельствовало о недавно перенесённой массивной ТЭЛА. Больной была начата антикоагулянтная терапия апиксабаном 2,5 мг 2 р./сут. (препарат и доза выбраны с учётом приёма верапамила и снижения клиренса креатинина). После стабилизации БА на фоне ингаляций симбикорта повторно проведена спирометрия. Отмечена положительная динамика – уменьшение обструктивных нарушений, их обратимость сальбутамолом. К лечению был добавлен тиотропия бромид, что привело к улучшению показателей спирометрии и дальнейшему уменьшению одышки, но не полностью её устранило. При повторной ЭхоКг отмечено снижение СДЛА до 55 мм рт.ст. Учитывая положительную динамику состояния пациентки и улучшение показателей инструментальных исследований, принято решение продолжить проводимую медикаментозную терапию.

Результаты:

При контрольном амбулаторном визите спустя 3 мес. после выписки жалобы на одышку существенно уменьшились, пройден-

ная дистанция в тесте с 6-минутной ходьбой возросла со 130 до 314 м. При ЭхоКг отмечено уменьшение СДЛА до 40 мм рт.ст. По результатам спирометрии тяжесть обструктивных нарушений снизилась до лёгкой степени.

Заключение:

Таким образом, тяжесть состояния пациентки была обусловлена дыхательной недостаточностью вследствие неконтролируемого течения БА, синдромом слабости синусового узла и частыми пароксизмами ФП, а также высокой ЛАГ тромбоэмболического генеза. При этом тяжёлые заболевания имели схожие клинические проявления, а их сочетание оказывало влияние на применение лекарственных препаратов и немедикаментозных методов лечения.

ОСОБЕННОСТИ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Алиев Б. Н., Бахшалиев А. Б., Гаджиев А. Б.,
Бабаева Н. З., Кандилова В. Н.

Научно-исследовательский институт кардиологии,
АЗЕРБАЙДЖАН

Введение (цели/ задачи):

Целью исследования являлось изучение взаимосвязи функционального состояния щитовидной железы с функциональными показателями сердца после коронарной ангиографии у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы:

В исследование были включены 101 больных с ИБС в возрасте 34-90 (61,6±9,86) с одной или несколькими сужеными артериями, выявленными во время коронарной ангиографии. Измерялись уровень ЛПНП, ТГ и ТСГ в плазме крови.

Результаты:

101 больных с ИБС в возрасте 34-90 (61,6±9,86) подверглись инвазивному вмешательству (68 мужчин (67,33%) и 33 женщин (32,67%). В общей группе средний показатель ТСГ составил 5,3±11,79, ЛПНП 8,27±2,07, ТГ 6,63±1,13, у мужчин показатель ТСГ составил 4,99±13,35, ЛПНП 8,53±4,11, ТГ 8,15±6,63, у женщин показатель ТСГ составил 5,61±6,93, ЛПНП 7,72±6,63, ТГ 5,87±4,58. Таким образом, показатели ЛПНП и ТГ были выше нормы в обеих группах, что подтверждало, что больные имели высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний. Несмотря на то, показатели ТСГ у женщин были выше, чем у мужчин, показатели ЛПНП и ТГ в обеих группах существенно не различались. Больные также были разделены на три группы по уровню ТСГ в плазме крови. У 53 больных (52,47%) отмечалось эутироидное состояние (нормальное функциональное состояние щитовидной железы – ТСГ 0,3-4 uU/ml), у 19-ти (18,81%) гипертироидное, а у 29-ти (28,71%) гипотироидное состояние. В первой группе уровень ТСГ составил 1,92±1,09; уровень ЛПНП 5,16±1,31; уровень ТГ 2,37±0,8, во второй группе уровень ТСГ 0,15±0,12; уровень ЛПНП 3,76±1,03; уровень ТГ 2,16±1,29; в третьей группе уровень ТСГ 14,83±18,98; уровень ЛПНП 5,56±1,53; уровень ТГ 2,33±0,69. Во всех группах уровень ЛПНП и ТГ были выше нормы. Уровень ЛПНП отмечался ниже в гипертироидной группе по сравнению с остальными. Из 101 больных подвергшихся коронарной ангиографии у 8-и больных (7,92%) наблюдался один суженный сосуд, у 12-ти (11,88%) 3 суженных сосуда, у 29-ти (28,7%) 4 суженных сосуда, у 47-и (46,5%) 5 суженных сосудов, у 4-х (3,96%) 6 суженных сосудов и только у одного больного (0,99%) 7 суженных сосудов. Частота встречаемости суженных сосудов в эутироидной, гипер- и гипотироидной группе суще-

ственно не различались. Больные также были разделены на группы по количеству суженных сосудов и были сопоставлены с уровнями ТСГ, ЛПНП и ТГ в плазме крови. По полученным данным, группы больных с различным количеством суженных сосудов существенно различались лишь по уровню ТСГ в плазме крови, но эти различия были недостоверными. В группах с 5, 6, 7 с сужеными сосудами показатели ЛПНП и ТГ были выше по сравнению с другими группами, что указывало на взаимосвязь между степенью дислипидемии и выраженностью атеросклеротических изменений в коронарных сосудах.

Заключение:

По полученным нами данным, больные с эутироидным, гипер- и гипотироидным статусом не имели различий по степени дислипидемии, но все три группы имели высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний. У больных ИБС встречаются различные формы нарушений функций щитовидной железы. Целесообразно продолжить исследования в этом направлении с целью выявления степени влияния лечения дисфункции щитовидной железы на выраженность дислипидемии у больных с ИБС.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ КАРТИНЫ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ХРОМОТОЙ

Васильев А. П., Стрельцова Н. Н., Каюмова М. М.

Тюменский кардиологический научный центр

Введение (цели/ задачи):

Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (ОААНК) довольно частое и прогностически серьезное проявление системного атеросклероза. Согласно результатам эпидемиологических исследований распространенность заболеваний периферических артерий колеблется от 7% до 22,9%, составляя в среднем 12%. Высокая распространенность ОААНК с перемежающейся хромотой (ПХ) и значительный риск развития сосудистых катастроф и преждевременной смерти у данного контингента лиц делает весьма актуальным ранее выявление этой патологии и эффективное ее лечение. Тесный функциональный контакт микроциркуляторного (МЦ) русла с тканями определяет адекватность их трофического обеспечения, создающий для жизни необходимый гомеостаз. Однако, несмотря на обилие работ, посвященных ОААНК, в литературе слабо освещены некоторые патофизиологические вопросы периферического кровообращения у больных с ПХ. Принимая во внимание биологическую важность процессов, происходящих на уровне терминального сосудистого русла целью настоящей работы явилось выявить особенности функционального состояния микроциркуляторного русла кожи нижних конечностей у больных перемежающейся хромотой.

Материал и методы:

В исследовании приняли участие 75 больных мужского пола с ангиографически подтвержденным облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (средний возраст 60,2±6,3 года). МЦ кожи исследовали методом лазерной доплеровской флоуметрии, позволяющим оценить функциональные параметры различных сегментов микрососудистого русла.

Результаты:

Полученные данные продемонстрировали выраженные изменения микроциркуляции у больных ПХ, характеризующиеся констрикцией прекапиллярных сфинктеров и снижением нутритивного кровотока по сравнению со здоровыми лицами на 25,9% (p=0,048). В этих условиях снижение нейрогенного тонуса до 28,4±15,5 ед против 45,2±27,2 ед у здоровых (p=0,049) в результате дилатации артериол сопровождается открытием

артериоло-веноулярных шунтов и «сбросом» крови в обход капиллярного русла, о чем убедительно свидетельствует увеличение у больных показателя шунтирования на 45,4% ($p=0,039$). Непродуктивная в данном случае микрогемодиализация характеризуется «обкрадыванием» ишемизированной ткани, увеличением венозного полнокровия и, как следствие, еще большим нарушением реологических свойств крови. К сказанному следует добавить существенное ограничение (на 24,4%; $p=0,025$) резервного потенциала МЦ.

Заключение:

Полученные результаты свидетельствуют не только о грубом нарушении периферического кровотока у больных с ОААНК, но и дают основание говорить о патогенетической роли выявленных сдвигов, при которых взаимоотношения факторы, создают условия для прогрессирования заболевания.

ПАРАМЕТРЫ 44-ЧАСОВОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ АССОЦИИРОВАНЫ СО СКОРОСТЬЮ РАСПРОСТРАНЕНИЙ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ У ГЕМОДИАЛИЗНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Труханова М. А.¹, Манухина Н. В.¹, Дорошенко Д. А.², Виллевалде С. В.¹, Кобалава Ж. Д.¹

¹РУДН, ²РНИМУ им Н.И. Пирогова

Введение (цели/ задачи):

Пациенты с терминальной стадией почечной недостаточности (ТХПН) имеют высокий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Артериальная жесткость является одним из основных патогенетических предикторов развития артериальной гипертензии, гипертрофии миокарда левого желудочка и внезапной сердечной смерти. Целью исследования было выявление ассоциаций параметров пульсовой волны и 44-часового мониторинга артериального давления (АД).

Материал и методы:

У 68 пациентов с ТПН, получающих заместительную почечную терапию программным гемодиализом (медиана возраста 58,3 лет, IQR 54,6; 61,6, мужчин 45%, АГ 94%, сахарный диабет 21%, гломерулонефрит 35%, пиелонефрит 25%, дисплазия почек 13%, мочекаменная болезнь 10%, стенокардия напряжения 27%, инфаркт миокарда 10%, сердечная недостаточность 28%, инсульт 7%) выполнено клиническое измерение АД в пред- и последиализный период врачом в диализном центре и 44-час мониторинг АД в междиализный период. Мониторинг проводили в амбулаторных условиях при обычном режиме труда и отдыха. Манжета устанавливалась на свободную от артерио-венозной фистулы руку непосредственно после окончания сеанса гемодиализа. Все пациенты с АГ получали антигипертензивную терапию. Всем пациентам была выполнена аппланационная тонометрия. Медиана длительности терапии гемодиализом составила 62,7 (47,8; 77) мес. Различия считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты:

Скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) ≈ 10 м/с выявлена у 16 (23,5%) пациентов и была сопряжена с большей длительностью программного гемодиализа (60 (36; 84) против 28 (11; 50,5) месяцев, $p<0,05$), более высоким периферическим систолическим АД в течение 44-часового мониторинга (148,1 \pm 24,8 против 140,7 \pm 23,6 мм.рт.ст., $p<0,05$); большим периферическим диастолическим АД (ДАД) в первые сутки (85,7 \pm 15,2 против 83,3 \pm 12,7 мм.рт.ст., $p<0,05$) и в течение 44-часового периода (88 \pm 12 против 78 \pm 13 мм.рт.ст., $p<0,05$); большей

частотой пульса (ЧП) в первый день (78,7 \pm 7,5 против 72,5 \pm 9,7 уд/мин, $p<0,05$) и в течение 44-часового периода (74,7 \pm 13,0 против 72 \pm 8,7 уд/мин, $p<0,05$), большую вариабельность САД во второй день (медиана 13,5 \pm 4,4 против 13,1 \pm 4,1 мм.рт.ст., $p<0,05$) и большую вариабельность среднего АД в течение всего 44-часового периода (медиана 12 \pm 3,9 против 11 \pm 3,6 мм.рт.ст., $p<0,05$). Пациенты с СРПВ ≈ 10 м/с имели меньшую вариабельность дневного ДАД в течение 44-часового интервала (медиана 8,5; IQR 7;9 против 10; IQR 8;11 мм.рт.ст., $p<0,05$) и в первые сутки (медиана 8; IQR 8;9 против 9; IQR 8;10 мм.рт.ст., $p<0,01$).

Заключение:

Пациенты с СРПВ ≈ 10 м/с имели большую продолжительность диализа, более высокие значения амбулаторного ДАД и большую ЧП. Полученные данные могут иметь значение для дальнейшего изучения механизмов артериальной жесткости.

ПАРАМЕТРЫ АМБУЛАТОРНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ АССОЦИИРОВАНЫ С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ТЕРАПИИ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

Труханова М. А.¹, Манухина Н. В.¹, Дорошенко Д. А.², Виллевалде С. В.¹, Кобалава Ж. Д.¹

¹РУДН, ²РНИМУ им Н.И. Пирогова

Введение (цели/ задачи):

При диагностике артериальной гипертензии (АГ) и оценке эффективности контроля АД у пациентов с терминальной почечной недостаточностью (ТПН) на программном гемодиализе измерение клинического АД следует дополнять амбулаторными методами измерения АД. Измеряемое в диализном центре до, во время и после сеанса гемодиализа АД может быть крайне изменчиво и зависеть от скорости и интенсивности ультрафильтрации. У пациентов, имеющих большой объем удаленной жидкости в течение короткого периода времени, наблюдается снижение АД с последующим его повышением вследствие увеличения объема циркулирующей крови за счет интерстициальной жидкости. Актуальна оценка параметров периферической гемодинамики в междиализный период и изучение их взаимосвязи с длительностью терапии программным гемодиализом.

Материал и методы:

У 68 пациентов с ТПН, получающих заместительную почечную терапию программным гемодиализом (медиана возраста 58,3 лет, IQR 54,6; 61,6, мужчин 45%, АГ 94%, сахарный диабет 21%, гломерулонефрит 35%, пиелонефрит 25%, дисплазия почек 13%, мочекаменная болезнь 10%, стенокардия напряжения 27%, инфаркт миокарда 10%, сердечная недостаточность 28%, инсульт 7%) выполнено клиническое измерение АД в пред- и последиализный период врачом в диализном центре и 44-час мониторинг АД в междиализный период. Мониторинг проводили в амбулаторных условиях при обычном режиме труда и отдыха. Манжета устанавливалась на свободную от артерио-венозной фистулы руку непосредственно после окончания сеанса гемодиализа. Все пациенты с АГ получали антигипертензивную терапию. Медиана длительности терапии гемодиализом составила 62,7 (47,8; 77) мес. В зависимости от длительности терапии гемодиализом пациенты были разделены на 3 группы: 3-48 мес (G1, N=37), 49-84 мес (G2, N=16), >84 мес (G3, N=15). Результаты оценены с использованием метода Манна-Уитни, различия считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты:

При увеличении длительности терапии гемодиализом выявлено увеличение уровня клинического систолического АД (САД)

перед сеансом диализа (144 [135; 153], (152 [135; 170]; (158 [139; 177] мм рт.ст. в группах 1, 2 и 3 соответственно, $p < 0,05$), после сеанса диализа (141 [131; 151]; (161 [145; 177]; (153 [137; 168] мм рт.ст.; $p < 0,05$ по сравнению с G1); 44-час САД (133 [121; 146]; 147 [134; 160], 145 [133; 157] мм рт.ст.; $p < 0,05$ по сравнению с G1); среднесуточного САД (140 [132; 149], 146 [131; 162], 148 [137; 160]; $p < 0,05$ по сравнению с G1). Среднеочные уровни САД и амбулаторные показатели диастолического АД (ДАД) в зависимости от длительности терапии гемодиализом не отличались. При сравнении уровня САД в междиализные дни 1 и 2 выявлено нарастание уровня среднесуточного САД во всех группах пациентов, однако наиболее существенное – в группе пациентов с длительностью терапии гемодиализом > 84 мес. В группе 1 среднесуточное САД увеличилось со 138 [129; 147] до 142 [133; 151] мм рт.ст., $p < 0,05$; в группе 2 – со 147 [134; 160] до 149 [134; 164] мм рт.ст. ($p > 0,05$), в G3 – со 145 [133; 157] до 156 [143; 169] мм рт.ст., $p < 0,05$. Возрастание среднесуточного ДАД наблюдалось только в группе 3: с 82 [76; 88] до 85 [79; 92], $p < 0,05$.

Заключение:

У пациентов с ТПН, получающих терапию программным гемодиализом, по мере увеличения длительности лечения, наблюдается возрастание САД как при клиническом, так и амбулаторном измерении. Взаимосвязи уровней ДАД со стажем гемодиализа не обнаружено. Наибольшее увеличение среднесуточных значений САД и ДАД с первых до вторых суток междиализного периода наблюдалось у пациентов с длительностью терапии гемодиализом более 84 мес.

ПАРАМЕТРЫ АМБУЛАТОРНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ АССОЦИИРОВАНЫ С ЭТИОЛОГИЕЙ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Труханова М. А.¹, Манухина Н. В.¹, Дорошенко Д. А.², Виллевалде С. В.¹, Кобалава Ж. Д.¹
¹РУДН, ²РНМУ им Н.И. Пирогова

Введение (цели/ задачи):

В мире и в России ведущими причинами развития терминальной почечной недостаточности (ТПН), требующей проведения заместительной почечной терапии, являются не первично почечные заболевания, а артериальная гипертензия (АГ) и сахарный диабет. Контроль АГ остается важной стратегией снижения риска сердечно-сосудистых осложнений в этой популяции пациентов. При оценке эффективности контроля АД у пациентов на программном гемодиализе измерение клинического АД следует дополнять амбулаторными методами измерения АД. Цель исследования – изучить взаимосвязи параметров клинического и амбулаторного АД с этиологией ТПН у пациентов на программном гемодиализе.

Материал и методы:

У 68 пациентов с ТПН, получающих заместительную почечную терапию программным гемодиализом (медиана возраста 58,3 лет, [IQR 54,6; 61,6], мужчин 45%, АГ 94%, сахарный диабет 21%, гломерулонефрит 35%, пиелонефрит 25%, дисплазия почек 13%, мочекаменная болезнь 10%, стенокардия напряжения 27%, инфаркт миокарда 10%, сердечная недостаточность 28%, инсульт 7%) выполнено клиническое измерение АД в пред- и последиализный период врачом в диализном центре и 44-час мониторинг АД в междиализный период. Мониторинг проводили в амбулаторных условиях при обычном режиме труда и отдыха. Манжета устанавли-

валась на свободную от артерио-венозной фистулы руку непосредственно после окончания сеанса гемодиализа. Все пациенты с АГ получали антигипертензивную терапию. Медиана длительности терапии гемодиализом составила 62,7 [47,8; 77] мес. В зависимости от этиологии ТПН пациенты были разделены на 2 группы: в исходе эссенциальной АГ и/или сахарного диабета (N=22) и первичных почечных заболеваний (N=46). Результаты оценены с использованием метода Манна-Уитни, различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты:

У пациентов с ТПН вследствие АГ и/или сахарного диабета выявлены более высокие уровни клинического систолического АД (САД) перед сеансом диализа (156 [143; 168] и 146 [136; 155] мм рт.ст.); после сеанса диализа (154 [140; 169] и 146 [137; 155] мм рт.ст.); более низкие уровни клинического диастолического АД (ДАД) перед сеансом диализа (84 [76; 93] и 87 [82; 93] мм рт.ст.); после сеанса диализа (86 [77; 94] и 90 [84; 95] мм рт.ст.), $p < 0,05$ для всех сравнений. В этой группе также были обнаружены более высокие значения среднесуточного САД (150 [139; 161] и 140 [133; 148] мм рт.ст.) и среднесуточного ДАД (84 [79; 90] и 81 [76; 85] мм рт.ст.), индекса времени среднесуточного САД (68 [49; 87] и 44 [32; 57] %) и ДАД (30 [13; 47] и 26 [15; 36] %), $p < 0,05$ для всех сравнений. В группе пациентов с ТПН вследствие АГ и/или сахарного диабета регистрировались более высокие значения среднесуточного САД (142 [130; 154] и 137 [129; 146] мм рт.ст., индекса времени САД (74 [54; 94] и 66 [52; 81] %), среднесуточного пульсового АД (65 [56; 74] и 60 [53,8; 65,6] мм рт.ст.), утреннего подъема АД (23 [16; 30] и 19 [15; 24] мм рт.ст.), $p < 0,05$ по сравнению с G1), $p < 0,05$ для всех сравнений.

Заключение:

У пациентов с ТПН вследствие АГ и/или сахарного диабета по сравнению с пациентами с ТПН в исходе первичных почечных заболеваний, получающих терапию программным гемодиализом, наблюдаются более высокие уровни САД как при клиническом, так и амбулаторном измерении, в дневные и ночные часы, а также более высокие уровни пульсового АД.

ПАРАМЕТРЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ АССОЦИИРОВАНЫ С КАЛЬЦИНОЗОМ КЛАПАНОВ СЕРДЦА И ПАРАМЕТРАМИ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Труханова М. А.¹, Манухина Н. В.¹, Дорошенко Д. А.², Виллевалде С. В.¹, Кобалава Ж. Д.¹
¹РУДН, ²РНМУ им Н.И. Пирогова

Введение (цели/ задачи):

Артериальная жесткость является маркером неблагоприятного сердечно-сосудистого прогноза. Взаимосвязь кальциноза клапанов сердца (КК) и артериальной ригидности у пациентов с терминальной почечной недостаточностью (ТПН) недостаточно изучена. Цель исследования – оценить распространенность КК у пациентов с ТПН, получающих заместительную терапию программным гемодиализом, и ее взаимосвязь с клиническими данными и маркерами артериальной жесткости.

Материал и методы:

У 68 пациентов с ТПН, получающих заместительную почечную терапию программным гемодиализом (медиана возраста 58,3 лет, IQR 54,6; 61,6, мужчин 45%, АГ 94%, сахарный диабет 21%, гломерулонефрит 35%, пиелонефрит 25%, дисплазия почек

13%, мочекаменная болезнь 10%, стенокардия напряжения 27%, инфаркт миокарда 10%, сердечная недостаточность 28%, инсульт 7 была выполнена эхокардиография и аппланационная тонометрия: оценивали кальциноз митрального (МКК), аортального (АКК) или обоих клапанов одновременно и параметры артериальной жесткости и центральной пульсовой волны. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты:

Кальциноз аортального, митрального и обоих клапанов был выявлен у 46 (67,6%), 34 (50%) и 33 (48,5%) пациентов соответственно. 20 (29%) пациентов не имели признаков КК. Пациенты с АКК по сравнению с отсутствием КК были старше ($65,1 \pm 9,5$ против $41,4 \pm 11,9$ лет, $p < 0,001$), имели большую длительность гемодиализа (51 (8;252) против 21 (10;38) месяцев, $p < 0,01$), более низкое периферическое диастолическое артериальное давление (ДАД) (76 ± 17 против 84 ± 12 мм.рт.ст., $p < 0,05$), более низкое центральное ДАД (75 ± 15 против 82 ± 11 мм.рт.ст., $p < 0,05$), время распространения пульсовой волны (RWTT) (131 ± 17 против 137 ± 15 мс, $p < 0,05$). Пациенты с и без в МКК, были старше ($67,8 \pm 8,2$ против $47,9 \pm 13,5$ лет, $p < 0,001$), имели большую длительность гемодиализа (51 (34;111) против 36 (14;57) месяцев, $p < 0,01$), большую скорость распространения пульсовой волны ($10,1 \pm 2,7$ против $8,9 \pm 3,5$ м/с, $p < 0,05$), более низкое периферическое ДАД (73 ± 17 против 84 ± 14 мм.рт.ст., $p < 0,01$), центральное ДАД (72 ± 13 против 83 ± 13 мм.рт.ст., $p < 0,001$), RWTT (133 (120;130) против 135 (132;142) мс, $p < 0,05$) и более высокое центральное пульсовое давление (52 ± 13 против 45 ± 16 мм.рт.ст., $p < 0,05$).

Заключение:

Пациенты с ТПН, получающие заместительную терапию программным гемодиализом, характеризуются высокой распространенностью кальциноза клапанов сердца (71%). Пациенты с КК были старше, имели большую продолжительность терапии программным гемодиализом и более выраженную артериальную жесткость.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Пушкарев Г. С., Ярославская Е.И., Кузнецов В.А.

Тюменский кардиологический научный центр

Введение (цели/ задачи):

Оценить распространенность психосоциальных факторов риска у больных ИБС, перенесших чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ)

Материал и методы:

В исследование включались все пациенты, подвергшиеся плановому КС по поводу гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий (?75% просвета) в Тюменском кардиологическом центре. Всего было обследовано 659 пациентов: 520 мужчин и 139 женщин. Средний возраст составил $58,0 \pm 8,8$ лет. Для определения типа личности D применяли опросник DS-14, для определения симптомов тревоги и депрессии – госпитальную шкалу HADS, для определения уровня стресса использовали шкалу психосоциального стресса Ридера, для определения уровня социальной поддержки использовали опросник MSPSS. Отклик на анкетирование составил 97,3%

Результаты:

Тип личности D встречался у 31,4% пациентов. Клинически значимая тревога наблюдалась у 19,5% пациентов, субклинически выраженная тревога у 25,9% пациентов. Клинически значимую депрессию диагностировали у 9,2% пациентов, субклиническую

депрессию у 25,2% пациентов. Высокий уровень психосоциального стресса определяли у 12,6% пациентов, средний уровень стресса у 50,1% пациентов. Низкий показатель социальной поддержки определялся у 5,0% пациентов, средний показатель у 30,4% пациентов

Заключение:

В ходе нашего исследования было установлено, что распространенность психосоциальных факторов риска у больных ИБС после ЧКВ, была высока. Таким образом, нам представляется обоснованным выявление психосоциальных факторов риска в данной категории больных с целью их модификации в ходе реабилитационного периода

ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У КЫРГЫЗСКИХ ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Койлубаева Г. М.¹, Асеева Е. А.², Соловьев С. К.², Решетняк Т. М.², Насонов Е. Л.², Джумагулова А. С.¹, Каримова Э. Р.¹, Джетыбаева М. К.¹, Жумакадырова А. Ж.¹

¹Национальный Центр кардиологии и терапии имени академика М. Миррахимова,

Кыргызская Республика, г. Бишкек,

²Федеральное Государственное Научное Бюджетное Учреждение «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой»,
Российская Федерация, г. Москва.

Введение (цели/ задачи):

Оценить поражение сердечно – сосудистой системы у кыргызских пациентов с СКВ проспективного наблюдения.

Материал и методы:

Основу работы составили результаты первичного обследования 325 больных СКВ проспективного наблюдения, пролеченных в клинике Национального Центра кардиологии и терапии имени академика М. Миррахимова (НЦКТ) с января 2012 по август 2016 г. Диагноз СКВ верифицировался согласно диагностическим критериям ACR (1997 года) и SLICC (2012 года) критериям. Всем больным проводилось общепринятое клиническое и лабораторное обследование. Обязательные инструментальные исследования включали проведение ЭКГ, Эхо-КГ с визуализацией перикарда, клапанного аппарата сердца, систолического артериального давления, при необходимости – суточного ЭКГ мониторинга.

Вариант дебюта заболевания верифицировался по В.А. Насоновой (1972г.): острый, подострый или хронический. Активность СКВ оценивалась по индексу SLEDAI 2K (0 – нет активности, 1–5 низкая, 6–10 средняя, 11–19 высокая и более 20 баллов – очень высокая активность). С целью оценки иммунологической активности заболевания определялись антитела к двуспиральной ДНК методом иммуноферментного анализа (ИФА) и снижение С3 – С4 компонентов комплемента методом иммунефелометрического анализа.

Результаты:

По обращаемости в основном это были больные из Северного региона республики – 264 (81,23%). Преобладали пациенты женского пола (301 из 325), молодого возраста (медиана – 27 [25; 41]), преимущественно кыргызской национальности (284). Сроки от начала СКВ до верификации диагноза колебались от 8 месяцев до 4 лет и длительность заболевания от 7 месяцев

до 8 лет.

При первичном обращении преобладали пациенты с высокой – 127 (39,08%) и очень высокой активностью патологического процесса – 86 (26,46%). Умеренная активность регистрировалась у 80 (24,62%) больных, минимальная – у 25 (7,69%), а отсутствие активности всего лишь у 7 пациента (2,15%). У большинства больных регистрировался острый вариант течения СКВ – у 129 (39,7%). С подострым и хроническим течением было по 98 (30,15%) пациентов соответственно.

Частота поражения сердечно – сосудистой системы была незначительной, всего у 11 (3,4%) больных. Чаще всего регистрировался острый миокардит – у 8 человек (72,7%), проявившегося желудочковой экстрасистолией высоких градаций (Lawn IV A степени) у 3 больных, с дисфункцией левого желудочка и острой сердечной недостаточностью у 5 пациентов. В одном случае у молодой девушки 17 лет наблюдались признаки коронарита с типичной ангинозной болью и субэндокардиальной ишемией передне – перегородочной, боковой и нижней стенок левого желудочка на ЭКГ. У 2 (18,2%) больных была обнаружена недостаточность митрального (1) и аортального клапанов (1) сердца II степени.

Заключение:

У кыргызских пациентов с СКВ поражение сердечно – сосудистой системы в основном проявлялось острым миокардитом (72,7%), с преобладанием дисфункции левого желудочка и острой сердечной недостаточностью (62,5%).

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ СОБЫТИЯ

Салимова Н. Р., Пирназаров М. М., Никишин А. Г.,
Абдуллаева С. Я., Хасанова Н. М., Алимova Д. А.
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР
Кардиологии РУз

Введение (цели/ задачи):

Изучить эффективность и безопасность антидепрессанта из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина эсциталопрама у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) и острым инфарктом миокарда (ОИМ) с психопатологическими расстройствами невротического уровня (ПРНУ)

Материал и методы:

Проведено открытое проспективное исследование 60 больных с ОКС и ОИМ на фоне базисной фармакотерапии по стандартам с или без ЧКВ. Основную группу составили 36 больных с ПРНУ тревожно-депрессивного круга, леченных эсциталопрамом в дозе 5 мг/с, группу сравнения – 34 больных без фармакотерапии ПРНУ. Группы были сопоставимы по исходным характеристикам. Комплексная оценка кардиологического статуса (по стандартам) и психологического состояния пациентов осуществлялась с помощью шкал Зайцева В.П., Спилбергера-Ханина и Цунга исходно и через 2, 4 и 8 недель. Критерием хорошего терапевтического эффекта считали редукцию тревоги и депрессии по шкалам на > 50% за 8 недель

Результаты:

Сравнительный анализ результатов лечения по группам показал, что со стабилизацией кардиологического статуса психологическое состояние больных начинало улучшаться в обеих группах. Однако достоверно более значимо и без необходимости в экстренном купировании тревоги, страха, нарушений сна - в группе эсциталопрама, причем без признаков поведенческой

токсичности и нежелательных лекарственных взаимодействий ($P < 0,05$). В группе сравнения за весь период наблюдения у 2/3 пациентов с ОКС и ОИМ сохранялись ПРНУ, а у 1/3 больных они прогрессировали, особенно при рекомендации аорто-коронарного шунтирования. В группе эсциталопрама с улучшением психологического состояния достоверно реже, чем в группе сравнения регистрировались ранняя постинфарктная стенокардия - в 1,8 раза, осложнения - в 1,5 раза, смертность - в 1, 2 раза ($P < 0,05$).

Заключение:

Таким образом, терапия эсциталопрамом ПРНУ у больных ОКС и ОИМ сопровождалась регрессом тревожно-депрессивных расстройств без побочных эффектов и нежелательных лекарственных взаимодействий, что ассоциировалась с более благоприятной динамикой и лучшим прогнозом острых сердечно-сосудистых событий.

ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Петелина И. Ю.¹, Цверкунова О. В.², Стрельчонок В. А.²,
Гейдюк А. Г.²

¹Астраханский государственный медицинский университет,
²Александрo-Мариинская областная клиническая больница,
г.Астрахань

Введение (цели/ задачи):

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – распространенная сердечно-сосудистая патология, однако частота гиподиагностики превышает 60%. В условиях многопрофильного клинического стационара ТЭЛА ежегодно наблюдается у 15-20 из 1000 лечившихся больных. Смертность госпитализированных пациентов обусловлена в большей степени диагностическими ошибками, чем неадекватностью терапии. Широко известны факторы риска развития ТЭЛА, однако согласно данным литературы диагностика заболевания остается достаточно трудной задачей, в связи с тем, что в клинической картине преобладают бессимптомные или «маскированные» формы. Цель исследования: провести анализ больных с ТЭЛА: частоту встречаемости среди общего числа пациентов в кардиологическом стационаре за 4 года, проанализировать возраст больных, факторы риска, сроки установления диагноза после появления симптомов, основные клинические проявления заболевания.

Материал и методы:

Материалы и методы: проанализированы истории болезни 46 больных с ТЭЛА, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГБУЗ АО АМОКБ за период с 2013 по 2016гг., из них 25 женщин и 21 мужчина. Диагноз верифицирован посредством компьютерной томографии легких.

Результаты:

Всего за период с 2013г. по 2016 г. в кардиологическое отделение ГБУЗ АО АМОКБ госпитализировано 54 больных ТЭЛА: в 2013г. – 5 больных из 833 всех лечившихся пациентов за год, в 2014г. – 6 из 796 больных, в 2015г. – 20 из 890 больных, в 2016г. – 22 из 900 больных. За период с января по май 2017г. уже пролечен 21 больной с диагнозом ТЭЛА из 403 пациентов. Тромбоэмболия была диагностирована в возрасте до 30 лет у 2.2% больных, от 30 до 40 лет – у 13%, от 40 до 50 лет – у

26% пациентов, от 50 до 60 лет – 28,4%, старше 60 лет – 30,4% больных. Время от начала симптоматики до госпитализации составляло от нескольких часов до 2 недель. У большей части больных (63%) от появления симптомов до госпитализации прошло от 4 дней до 1 недели. Основными причинами тромбоэмболии явились: тромбоз глубоких вен нижних конечностей и варикозная болезнь вен нижних конечностей – 78,3%, хирургические вмешательства и длительный постельный режим – 8,7%, злокачественные заболевания – 6,5% больных, прием оральных контрацептивов, акушерство – 6,5%. У большинства больных наблюдалась немассивная ТЭЛА. Практически у всех больных с ТЭЛА заболевание начиналось с таких симптомов, как внезапная одышка (или чувство нехватки воздуха), тахипноэ, боль в грудной клетке, кашель. У части больных – кровохарканье и субфебрильная температура тела. На фоне лечения у 21% больных произошел полный лизис тромбов (отсутствие тромботических масс в легочной артерии при проведении контрольной КТ легких). Частота рецидивов составила 36,8%.

Заключение:

Проведенный анализ больных показал, что ТЭЛА продолжает оставаться актуальной проблемой в медицине. Ежегодно увеличивается количество больных: за 4 года число пациентов возросло с 5 до 20 больных в год. Риск развития ТЭЛА повышается с возрастом: наибольшее число больных старше 60 лет. Основными факторами риска, способствующими развитию острого эпизода ТЭЛА явились тромбоз глубоких вен нижних конечностей и варикозная болезнь вен нижних конечностей. Проанализированные случаи свидетельствуют, что диагноз ТЭЛА с большой вероятностью дальнейшего подтверждения можно заподозрить только по клиническим признакам. Такие симптомы, как внезапная одышка, тахипноэ, боль в грудной клетке, кашель, хотя и являются неспецифическими, однако они имеют место практически у всех больных с ТЭЛА, и, сопоставив их с имеющимися факторами риска (иммобилизация, послеоперационный период, наличие тромбозов и др.), врач редко ошибется, заподозрив тромбоэмболию.

БАЛЛОННАЯ АНГИОПЛАСТИКА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ТРОМБОЗОВ ВЕТВЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Дадабаев Г. М., Пурсанов М. Г., Горбачевский С. В., Соболев А. В., Рахмонов К. Х., Шмальц А. А.
ФГБУ ННПЦССХ им. А.Н. Бакулева

Введение (цели/ задачи):

Показать возможность транслюминальной баллонной ангиопластики (ТЛБАП) при верифицированных сегментарных и субсегментарных тромбозах ветвей легочной артерии (ЛА) при лечении больных с хронической тромбоэмболической легочной гипертензией (ХТЭЛГ).

Материал и методы:

В НЦССХ им. А.Н. Бакулева с 2015 по май 2017 год ТЛБАП ЛА была выполнена у 17 пациентов с ХТЭЛГ в возрасте от 31 до 80 лет (в среднем $51,1 \pm 23,2$ лет). Пациентов мужского пола было 5, женского – 12. Все пациенты имели симптомы сердечной и дыхательной недостаточности: 12 из них находились в III ФК, 5 – в IV ФК по NYHA. У 2-х из них ранее была выполнена хирургическая эндартерэктомия из ЛА (ЭАЭЛА). Всем пациентам был проведен комплекс диагностического обследования, включая КТ ангиопульмонографию и сцинтиграфию легких с целью вы-

явления наиболее значимых сегментарных поражений легких.

Результаты:

У 17 пациентов (18 вмешательств) выполнялась ТЛБАП 31 сегмента ЛА баллонными катетерами диаметром от 4 до 8 мм. В 8 случаях выполнялась ТЛБАП одной сегментарной ЛА, в 6 – двух, в 2 – трех и у 1 – 4 сегмента. По данным катетеризации систолическое давление в стволе ЛА колебалось от 62 до 127 мм рт. ст. (в среднем $88,4 \pm 12,6$ мм рт. ст.), а дистальнее места поражения от 14 до 34 мм рт.ст. (среднее $23,6 \pm 7,4$ мм рт.ст.). Насыщение артериальной крови кислородом колебалось от 86% до 97% (в среднем $93 \pm 2,8\%$). После ТЛБАП умер 1 больной от повреждения нижнедолевой правой ЛА. Еще у 1 пациента после ТЛБАП отмечался реперфузионный синдром потребовавший интенсивной терапии. Ангиографический хороший результат был получен во всех случаях ангиопластики. В 4 случаях удалось восстановить кровоток по окклюзированной сегментарной ветви ЛА, а в остальных – уменьшить степень поражения. Систолическое давление в ЛА статистически достоверно не изменилось сразу после ТЛБАП, при этом в дистальных отделах оно возросло в среднем до $48,3 \pm 11,0$. Отдаленные результаты изучены у 8 пациентов в сроки от 3 до 12 месяцев. Одному пациенту после ТЛБАП выполнена ЭАЭЛА, а еще одному повторная ТЛБАП. Субъективно 6 пациентов отмечали улучшение клинического состояния и качества жизни, у 2 – оно существенно не изменилось. Четыре пациента находились во II ФК, еще 3 – в III, и 1 – в IV ФК. По результатам теста 6 минутной ходьбы отмечено увеличение дистанции со $156,4 \pm 124,7$ до $185,7 \pm 134,6$ метров. ЛАГ специфическую терапию получали все 8 пациентов.

Заключение:

ТЛБАП сегментарных и субсегментарных сегментов ЛА приводит к восстановлению кровотока по этим сегментам и позволяет улучшить качество жизни больных с ХТЭЛГ.

ВЕЛИЧИНЫ ЛЕГОЧНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЛЕГОЧНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЙ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ВЫСОКОГОРЬЯ – ЭТНИЧЕСКИХ КЫРГЫЗОВ

Марипов А. М., Муратали К.М., Сартмырзаева М. А., Чолпонбаева М.Б., Дюшебаев М., Токтосунова А.К., Омурзакова Н.А., Мамажакыпов А., Сарыбаев А. Ш.
Национальный центр кардиологии и терапии им.Миррахимова

Введение (цели/ задачи):

Пребывание и проживание на высокогорье (ВГ) часто ассоциируется с повышенным легочным артериальным давлением (ЛАД). Легочная гипертензия (ЛГ), связанная с пребыванием на высокогорье относится к 3-й группе ЛГ. Величины легочного артериального давления (ЛАД) и распространенность легочных гипертензий на высокогорье плохо изучены и нуждаются в уточнении. Эхокардиография (ЭХОКГ) является самым полезным неинвазивным скринирующим методом оценки величины ЛАД и, соответственно, выявления ЛГ. Цель исследования: изучить особенности легочной гемодинамики, величины ЛАД и распространенность различных форм легочных гипертензий по данным скринирующего доплерЭХОКГ исследования у постоянных жителей высокогорья.

Материал и методы:

Нами были обследованы этнических кыргызы, постоянно проживающие на высоте 3000 м над уровнем моря в возрасте 18 лет и старше. Всего обследовано 1341 человек, из них 830 жен-

щин (61,9%) и 511 мужчин (38,1%). Обследование включало клинический осмотр, пульсоксиметрию, спирометрию, скрининговую двухмерную и цветную доплерэхокардиографию с оценкой уровня систолического артериального давления и клинические анализы крови.

Результаты:

Средний возраст обследованных составил $40,77 \pm 14,75$ лет (средний возраст женщин - $40,91 \pm 14,87$ лет, мужчин - $40,69 \pm 14,69$), средний уровень сатурации крови кислородом (SpO₂) - $81,59 \pm 14,39$ % ($82,89 \pm 13,01$ % у мужчин и $80,86 \pm 15,05$ % у женщин). Уровень гемоглобина равнялся $157,35 \pm 28,28$ г/л ($169,48 \pm 29,02$ г/л у мужчин и $150,28 \pm 25,31$ г/л у женщин). Транстрикуспидальный градиент (TRG) в исследованной популяции составил $30,00 \pm 9,31$ ($30,13 \pm 8,42$ - у мужчин и $29,93 \pm 9,84$ - у женщин). Систолический градиент давления выше 45 мм рт. ст. выявлен у 86 (6,45%) обследованных. Из них у 10 обследованных имелись заболевания левых отделов сердца (0,74%), у двоих ТЭЛА (0,14%) и у троих выявлена хроническая горная болезнь ХГБ (0,22%). Распространенность высокогорной легочной гипертензии достигала 5,2% (n=70). Проведенный корреляционный анализ выявил достоверную положительную связь уровня ЛАД с возрастом и обратную зависимость с уровнем насыщения крови кислородом.

Заключение:

Таким образом, распространенность повышенных уровней ЛАД на высокогорье достаточно высока. Однако требуются дальнейшие исследования с целью разработки нормативов и референсных значений ЛАД для жителей высокогорья со включением и других дополнительных параметров, что позволит разработать четкие количественные критерии диагностики высокогорной легочной гипертензии.

НЕИНВАЗИВНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ НА ГЕМОДИНАМИКУ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В НАЧАЛЬНЫЕ ПЕРИОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сотников А. В., Гордиенко А. В., Носович Д. В., Яковлев В. В., Егоренкова Е. В., Ковалев С. В.
ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»

Введение (цели/ задачи):

В группе мужчин моложе 60 лет оценить влияние на легочную гемодинамику в острый и подострый периоды инфаркта миокарда (ИМ) возраста пациентов, числа перенесенных ИМ и глубины поражения.

Материал и методы:

Изучены результаты стационарного лечения 487 мужчин моложе 60 лет (средний возраст - $50,3 \pm 0,8$ лет) по поводу ИМ. Пациенты разделены на группы в зависимости от возраста (до 45 лет - 100 человек, 46-60 лет - 387 человек), наличия ИМ в анамнезе (первичный ИМ - 274 пациента), глубины поражения (Q-ИМ - 225 человек). Параметры легочной гемодинамики оценивали при комплексном ультразвуковом исследовании дважды, в первые 48 часов и в конце 3 недели заболевания. Среднее давление в легочной артерии (СДЛА, мм рт. ст) рассчитывали по А. Kitabatake. Общее легочное сопротивление (ОЛС, дин·с/см⁵) - по Ю.Н. Шишмареву.

Результаты:

При оценке СДЛА в зависимости от возраста и числа ИМ в группе до 45 лет отмечены тенденции более выраженных изменений в

первые 48 часов заболевания при первичных инфарктах ($32,9 \pm 1,8$ и $29,8 \pm 2,8$ соответственно), а в конце 3 недели - при повторных ($27,2 \pm 1,0$ и $29,1 \pm 2,2$ соответственно). У больных среднего возраста как в первые 48 часов ($32,2 \pm 1,1$ и $33,5 \pm 1,1$ соответственно), так и в конце 3 недели заболевания изменения показателей оказались более выражены у больных повторным ИМ ($26,8 \pm 0,7$), чем - при первичном ($26,7 \pm 0,7$). Статистически значимых различий в зависимости от возраста и числа ИМ не получено. К концу 3 недели заболевания СДЛА значимо уменьшалась во всех группах, за исключением мужчин моложе 45 лет с повторным ИМ, достигая во всех группах нормальных значений. ОЛС имело сходную динамику снижения значений от первых 48 часов к концу 3 недели заболевания во всех группах ($p < 0,05$), за исключением мужчин 46-60 лет с повторным ИМ. К концу 3 недели заболевания ОЛС ни в одной из групп не достигали нормальных значений. В конце 3 недели заболевания уровни ОЛС в группе мужчин 46-60 лет с повторным ИМ ($410,3 \pm 21,4$) превышали аналогичные показатели при первичных ИМ ($339,8 \pm 13,4$, $p < 0,05$). При рассмотрении зависимостей СДЛА от глубины поражения получены более выраженные изменения показателей при Q-ИМ в группе мужчин 46-60 лет, чем при non-Q-ИМ той же возрастной группы в исследовании первых 48 часов заболевания ($37,0 \pm 1,2$ и $28,5 \pm 0,9$ соответственно, $p < 0,05$). При повторном исследовании достоверных отличий не выявлено. Кроме того, выявлены большие уровни СДЛА в группе 46-60 лет в первые 48 часов заболевания ($37,0 \pm 1,2$) чем в группе больных моложе 45 лет ($31,6 \pm 1,7$, $p < 0,05$). При рассмотрении зависимостей ОЛС от глубины поражения получена картина снижения значений, не достигая нормальных значений, от первых 48 часов к концу 3 недели заболевания при non-Q-ИМ и их увеличения при Q-ИМ во всех группах пациентов.

Заключение:

Во всех группах пациентов отмечается повышение СДЛА и ОЛС в первые часы заболевания с последующей нормализацией СДЛА и снижением, не достигая нормальных значений, ОЛС в большинстве изученных из них. Более выраженные нарушения гемодинамики малого круга кровообращения выявлены при Q-ИМ во всех возрастных группах. При повторных ИМ гемодинамика малого круга имеет большие изменения у мужчин 46-60 лет в конце 3 недели заболевания. Отмечена тенденция к более выраженным изменениям СДЛА и ОЛС в первые 48 часов заболевания при первичных ИМ в группе моложе 45 лет и при повторных ИМ - в группе 46-60 лет.

РЕВМАТИЧЕСКИЕ ПОРОКИ СЕРДЦА И ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Петров В. С.¹, Лопухов С.В.¹, Рыжевская Е.В.¹,
Петров С.А.²

¹ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России,

²ГБУ РО ССМП

Введение (цели/ задачи):

Цель работы была оценка влияния легочной гипертензии на течение ревматических пороков сердца (РПС).

Материал и методы:

Обследовано 245 пациентов с РПС, из них ЛГ по данным ЭХОКГ была установлена у 49 пациентов. Достоверной разницы по полу среди пациентов не было: женщины (ЛГ) 77,5% против 77,0%; мужчины (ЛГ) 22,4% против 22,4%. Достоверной разницы в возрасте пациентов не было: $57,4 \pm 1,4$ года (ЛГ) и $57,5 \pm 0,69$ (без ЛГ).

Результаты:

Результаты: рост пациентов в группе с ЛГ был достоверно ниже

163,4±1,1см (166,0±0,6см – без ЛГ), а масса тела достоверно не различалась: 76,97±2,13кг (с ЛГ) и 80,33±1,16кг (без ЛГ). При оценке качества жизни пациентов с ЛГ достоверной разницы по данным Миннесотского опросника, Канзаского и EQ-5D не получено. А вот результаты опросника SF-36 показывают достоверное снижение физического: 30,64±1,4 (с ЛГ) - 51,0±9,1 (без ЛГ) и психического компонента здоровья: 36,9±1,4 (с ЛГ) - 58,64±11,1 (без ЛГ). Данные ВАШ одышки показывают ее достоверно большую выраженность в группе с ЛГ - 53,23±2,5мм в сравнении с пациентами без ЛГ – 43,48±1,5мм. При сравнении нагрузочных тестов (тест 6-мин ходьбы и подъем по лестнице – количество ступеней) для пациентов с ЛГ показано достоверное снижение переносимости нагрузок: 335,97±14,5м (ЛГ) против 373,9±6,8м (без ЛГ) и 47,55±3,34 ступени (ЛГ) против 58,3±2,04 ступени (без ЛГ). Поскольку повышение давления в легочной артерии могло повлиять на функцию легких в обеих группах была выполнена спирометрия. И если минутная вентиляция легких была достоверно ниже в группе с ЛГ – 54,8±3,09л/мин (63,4±1,47л/мин – без ЛГ), то результаты ЖЕЛ были достоверно ниже в группе без ЛГ – 72,5±1,79л (89,6±2,77л – с ЛГ), что пока не имеет очевидного объяснения. При изучении результатов лабораторных данных достоверной разницы между группами не получено. По результатам ЭХОКГ пациенты с ЛГ имели достоверно большие линейные размеры камер сердца: левое предсердие (ЛП) 4,5±0,05см и 5,0±0,12см (с ЛГ); конечный диастолический размер (КДР) левого желудочка (ЛЖ) 5,4±0,03см и 5,7±0,11см (с ЛГ); конечный систолический размер (КСР) ЛЖ 3,5±0,03см и 3,9±0,11см (с ЛГ); правый желудочек 2,5±0,03см и 2,7±0,06см (с ЛГ); правое предсердие 4,1±0,15см и 4,8±0,14см (с ЛГ) Так же достоверно различались: площадь митрального отверстия (S-Mo): 1,9±0,05см² и 1,75±0,08см² (с ЛГ); давление в легочной артерии: 25,1±0,03 и 44,81±0,04 (с ЛГ). Проводимая медикаментозная терапия у пациентов с РПС состояла из: иАПФ-73,3%, ?АБ-60,0%, дигоксин-62,7%, спиронолактон-73,3%, петлевые диуретики-32%, аспирин-63%. Среди ?АБ чаще использовался метопролол таратрат-66,7%. Рекомендуются для ХСН метопролола сукцинат и бисопролол назначались у 16,7% пациентов, реже карведилол 5,6% и небиволол 5,6%. Среди иАПФ чаще использовался эналаприл 52,2% и периндоприл 23,9%, реже лизиноприл 17,4% и фозиноприл 4,3%. Достоверной разницы в медикаментозной терапии между группами пациентов не получено.

Заключение:

Таким образом, у пациентов с РПС с ЛГ имеет место снижение качества жизни по данным опросника SF-36; снижение переносимости физических нагрузок и уменьшение максимальной вентиляции легких. По данным ЭХОКГ больные с ЛГ, имеющие РПС, имели достоверно большие размеры камер сердца и меньшую площадь митрального отверстия в сравнении с пациентами без ЛГ.

СОПОСТАВЛЕНИЕ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЕКТОРКАРДИОГРАММЫ С ДАННЫМИ КОМПЛЕКСНОГО ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПРЕКАПИЛЛЯРНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Алокова Ф. Х., Блинова Е. В., Сахнова Т. А., Саидова М. А., Белевская А. А., Архипова О. А., Мартынюк Т. В., Чазова И. Е.

ФГБУ РК НПК МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Сопоставить показатели векторкардиограммы с данными эхо-

кардиографии (ЭхоКГ) у больных с прекапиллярной легочной гипертензией (ЛГ) различной этиологии.

Материал и методы:

Было обследовано 80 больных прекапиллярной легочной гипертензией (n=40 с хронической тромбоэмболической ЛГ (ХТЭЛГ), n=40 с идиопатической ЛГ (ИЛГ)); 60 женщин и 20 мужчин в возрасте 45±12 лет. При ЭхоКГ оценивали систолическое давление в легочной артерии (СДЛА); размеры камер сердца, показатели систолической и диастолической функции правого желудочка (ПЖ). Угол между векторами QRS и T (угол QRS-T) и желудочковый градиент (VG) вычисляли на векторкардиограмме, пересчитанной из цифровой ЭКГ.

Результаты:

У всех пациентов СДЛА было больше 40 мм рт.ст. (в среднем 83±18 мм рт.ст.), параметры ЭхоКГ свидетельствовали о гипертрофии и дилатации ПЖ, нарушении его систолической и диастолической функции; ремоделировании левого желудочка (ЛЖ), дилатации правого предсердия. Модуль VG и его компоненты X, Y, и Z были уменьшены, а угол QRS-T увеличен. Были выявлены достоверные корреляционные связи средней силы между интегральными показателями векторкардиограммы и параметрами ЭхоКГ. Угол QRS-T имел прямые корреляционные связи с СДЛА (r=0,4; p<0,01), толщиной передней стенки ПЖ (ТПСПЖ, r=0,5; p<0,01), диастолическим индексом эксцентричности ЛЖ (ИЭ, r=0,5; p<0,01), площадью правого предсердия (S ПП, r=0,5; p<0,01) и обратные корреляционные связи с фракционным изменением площади ПЖ (FAC, r=-0,5; p<0,01), систолической экскурсией кольца трикуспидального клапана (TAPSE, r=-0,4; p<0,01), фракцией выброса ПЖ (ФВ ПЖ, r=-0,5; p<0,01), скоростью раннего диастолического смещения латерального сегмента кольца трикуспидального клапана по данным тканевой миокардиальной доплерографии (E'тк, r=-0,4; p<0,01). Модуль и компоненты X и Y VG имели обратные корреляционные связи с СДЛА, ПЗР ПЖ, ТПСЖ, ИЭ ЛЖ, S ПП (r от -0,4 до -0,6; p<0,01) и прямые корреляционные связи с FAC, TAPSE, ФВ ПЖ, E'тк (r от 0,4 до 0,6; p<0,01). Компонента Z VG имела прямые корреляционные связи с FAC и E'тк (r=0,4; p<0,01).

Заключение:

У больных ИЛГ и ХТЭЛГ изменения угла QRS-T и VG коррелируют не только с размерами ПЖ и СДЛА, но и с параметрами систолической и диастолической функции ПЖ, а также с показателями межжелудочкового взаимодействия и площадью ПП.

СТЕНТИРОВАНИЕ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТКИ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Петросян К. В., Горбачевский С. В., Дадабаев Г. М.,

Пардаев Д. Б.

ННПЦССХ им. А.Н. Бакулева, Москва

Введение (цели/ задачи):

Показать случай компрессии ствола левой коронарной артерии стволом легочной артерии у пациентки с высокой легочной гипертензией

Материал и методы:

Пациентка П., 39 лет поступила ФГБУ «ННПЦССХ им. А.Н. Бакулева МЗ РФ» в марте 2017 года с диагнозом: Открытый артериальный проток. Высокая легочная гипертензия. Синдром Эйзенменгера. Больная с 2016 года принимает ревацио по 20мг 3 раза в день по жизненным показаниям. При поступлении больная предъявляла жалобы на одышку, боли в области сердца при физической нагрузке. Насыщения артериальной крови кисло-

родом по данным пульсоксиметрии: на правой руке -92%, левой руке -85%, на ногах -76%. При аускультации определяется систолический шум слева от грудины (слабой интенсивности). По данным ЭхоКГ: ЛП: 33мм, ЛЖ: Д-образный, КСР 3,3см. КДР 4,4см. КСО 45 мл. КДО 87мл. УО 42мл. ФВ 45%. ФУ 24, митральный и аортальный клапан не изменены, правые отделы сердца увеличены, правый желудочек гипертрофирован, диаметр ствола легочной артерии 38 мм, открытый артериальный проток диаметром 11 мм с перекрестным сбросом. Выраженная одышка во время проведения теста 6-минутного ходьбы. По данным выполненной коронарографии диагностирован стеноз ствола левой коронарной артерии 90%. По данным КТ-исследования стеноз ствола был обусловлен экстравазальной компрессией расширенным стволом легочной артерии. Учитывая высокий риск внезапной смерти, решено было выполнить стентирование ствола левой коронарной артерии. Выполнено прямое стентирование ствола стентом Resolute Integrity (Medtronic) 4.0*12 мм (20 атм) с последующим выполнением ОКТ-исследования, по результатам которого признаков диссекции и мальпозиции стента выявлено не было.

Результаты:

В результате эффективного ЧКВ и подбора оптимальной медикаментозной терапии, состояние больной улучшилось. Больная на 5 сутки выписана домой с рекомендацией контрольного обследования через 12-18 месяцев. ФВ перед выпиской 56%

Заключение:

Пациенты с врожденными пороками сердца и высокой легочной гипертензией входят в группу высокого риска внезапной смерти как вследствие легочно-гипертензионного криза, так и, как показывает наш опыт, инфаркта миокарда. Для исключения последнего, пациентов с ВЛГ для исключения ИБС необходимо выполнение коронарографии.

ФУНКЦИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ЛЕГОЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПРОЦЕССЕ КРАТКОВРЕМЕННОЙ АККЛИМАТИЗАЦИИ К ВЫСОГОРЬЮ

Чолпонбаева М. Б., Сартмырзаева М. А., Муратали У. К., Дюшебаев М. Ы., Акунов А. Ч., Марипов А. М.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ И ТЕРАПИИ

им. М. Миррахимова

Введение (цели/ задачи):

Адекватная фармакотерапия является ключевым методом лечения бронхиальной астмы (БА). В дополнение к ней нередко также используется высокогорная климатотерапия, которая благодаря малой загрязненности воздуха и содержания в ней аллергенов, естественной активации симпатoadреналовой системы и функции надпочечников вследствие воздействия гипоксии, может оказывать благоприятное действие при бронхиальной астме. Помимо этого сниженная плотность воздуха на высокогорье также снижает сопротивление дыхательных путей. Однако, гипоксия может оказывать и негативное влияние на здоровье. Так, гипоксическая легочная вазоконстрикция может приводить к развитию гипоксической легочной гипертензии и модуляции функции правых отделов сердца вплоть до их дисфункции. Цель исследования: Изучить функцию правого желудочка и легочную гемодинамику у больных с БА в процессе высокогорной климатотерапии (кратковременной адаптации к высокогорью).

Материал и методы:

Обследованы 22 пациента (13 женщин и 9 мужчин) с контро-

лируемой и частично контролируемой БА легкой и средне-тяжелой формы (возраст - 48.71±9.27 лет; ОФВ1- 88.29 ± 17.35 %; SpO2 - 95.16 ± 1.46 %). Обследование проводилось исходно на низкогорье (НГ) (790 м над уровнем моря), на 1-й, 3-й, 7-й и 21-й дни пребывания на высокогорье (ВГ). Исследование включало физикальное обследование, спирометрию, двумерную и тканевую доплерэхокардиографию, пульсоксиметрию. Функция правого желудочка и легочная гемодинамика оценивалась по следующим параметрам: градиент трикуспидальной регургитации (TRG), систолическая экскурсия трикуспидального клапана (TAPSE), систолическая скорость трикуспидального кольца (S'), отношение скоростей раннего (E') и позднего (A') наполнения правого желудочка (ПЖЕ'/A') и Индекс Тея.

Результаты:

TRG исходно на НГ составил 23.72±4.12 мм рт.ст, а на высокогорье - 31.27±5.57 (p<0.01), 30.81±4.88 (p<0.01), 26.93±4.93 (p<0.05) и 24.89±6.79 (p>0.05) мм рт.ст. соответственно на 1-й, 3-й день, 7-й и 21-й дни пребывания на ВГ. Сатурация крови кислородом (SpO2) исходно до подъема на ВГ составляла 95.0±1.58; а в процессе пребывания на ВГ соответственно 89.33±2.59 % на 1-й, 89.20±5.51% на 3-й, 90.12±1.24% на 7-й и 91.55±2.45% на 21-й дни (p<0.05 во все дни на высокогорье). Достоверной разницы по TAPSE, S', ПЖЕ'/A' и Индексу Тея между высотой и днями пребывания на высокогорье не выявлено.

Заключение:

У больных с бронхиальной астмой в первые дни пребывания на высокогорье наблюдается значительное повышение легочного артериального давления (ЛАД), ассоциирующееся со снижением насыщения крови кислородом. Повышение ЛАД не сопровождалось нарушением функции правого желудочка сердца. Важно, что наблюдается постепенное снижение легочного давления и повышение SpO2 крови к 21 дню высокогорной климатотерапии.

ФУНКЦИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У ГОРЦЕВ С НАРУШЕНИЯМИ ДЫХАНИЯ ВО ВРЕМЯ СНА

Муратали К.М.¹, Сартмырзаева М. А.¹, Дюшебаев М. Ы.¹, Чолпонбаева М.Б.¹, Токтосунова А. Т.¹, Кушубакова Н. А.², Мамажакыпов А.¹, Марипов А. М.¹, Сарыбаев А. Ш.¹

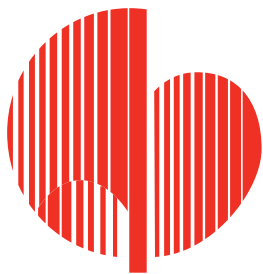
¹НЦКИТ, ²КГМА им. И. К. АХУНБАЕВА

Введение (цели/ задачи):

Постоянное проживание на высокогорье в условиях естественной природной гипобарической гипоксии приводит к важным сдвигам в функционировании многих органов и систем, прежде всего сердечно-сосудистой и дыхательной. При этом заболевания, сопровождающиеся хронической интермиттирующей гипоксией, например, нарушения дыхания во время сна (синдром обструктивного апноэ сна – СОАС), могут существенным образом усугублять уже имеющуюся гипоксемию и вызывать более выраженные изменения со стороны сердца, прежде всего его правых отделов. Цель исследования - изучить структурно-функциональное состояние правого желудочка сердца у постоянных жителей высокогорья с обструктивными нарушениями дыхания во время сна.

Материал и методы:

Обследованы 44 постоянных жителей высокогорья (3000 м над уровнем моря): 12 женщин (27,9%) и 31 мужчин (72,1%). Средний возраст обследованных составил 40,5±10,2 год (женщин - 39,5 ± 8,3 лет; мужчин - 40,9 ± 10,9 лет). Обследование включало



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГБУ РОССИЙСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ
КОМПЛЕКС МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
РОССИЙСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ
РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИЗУЧЕНИЮ ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ



V ВСЕРОССИЙСКИЙ
КОНГРЕСС

«ЛЁГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ»

Тезисы принимаются
до 15 октября 2017

МОСКВА • 13-14 декабря 2017

клинический осмотр, определение индекса массы тела, спирографию, пульсоксиметрию, скрининговую двухмерную и цветную доплерокардиографию, клинические анализы крови и полную полисомнографию. Функция правого желудочка и легочная гемодинамика оценивалась по следующим параметрам: градиенту трикуспидальной регургитации (TRG), систолической экскурсии трикуспидального клапана (TAPSE), систолической скорости трикуспидального кольца (S'), отношению скоростей раннего (E') и позднего (A') наполнения правого желудочка (E'/A' RV) и индексу Тея (MPI RV). Индекс Тея по тканевому-импульсному доплеру вычислялся по формуле: (TCOT – RVET)/RVET, где TCOT – время закрытия трикуспидального клапана в мсек, RVET – время изгнания ПЖ в мсек. Индекс Тея более 0,55 оценивали как систолическую правожелудочковую дисфункцию. Лица с сердечно-сосудистыми (КБС, АГ, пороки сердца и др) и легочными заболеваниями (астма, ХОБЛ и др.) исключались из исследования.

Результаты:

В зависимости от результатов полисомнографии все горцы были разделены на 2 группы: 1-я группа - пациенты с индексом апноэ-гипопноэ (АГИ) менее 15 в час; 2-я - с АГИ 15 и более в час. Анализ полученных результатов не выявил статистически значимых отличий между группами со стороны многих показателей: возраста, индекса массы тела, сатурации крови кислородом, градиента трикуспидальной регургитации (TRG), систолической экскурсии трикуспидального клапана (TAPSE), систолической скорости трикуспидального кольца (S'), отношения скоростей раннего (E') и позднего (A') наполнения правого желудочка (E'/A' RV). Однако выявлено достоверное увеличение индекса Тея (MPI) RV у горцев с АГИ более 15 в час (MPI RV = 0.4 ± 0.1 и 0,45 ± 0.1 соответственно в 1-й и 2-й группах, P=0.022).

Заключение:

Таким образом, у жителей высокогорья с АГИ более 15 в час выявлено достоверное увеличение индекса Тея, что говорит о модулировании функции правого желудочка сердца у горцев с нарушениями дыхания во время сна и, возможно, свидетельствует о его скрытой правожелудочковой дисфункции. Для подтверждения полученных результатов необходимы дальнейшие исследования на большем количестве наблюдений.

ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО ДАННЫМ РОССИЙСКОГО РЕГИСТРА

ГРАЦИАНСКАЯ С. Е., ТАРАН И. Н., АРХИПОВА О. А., ВАЛИЕВА З. С., ВЫБОРОВ О. Н., МАРТЫНЮК Т. В., НАКОНЕЧНИКОВ С. Н., ЧАЗОВА И. Е.

ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Минздрава РФ, г. Москва

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: Оценить гемодинамические и функциональные характеристики пациентов с идиопатической легочной гипертензией (ИЛГ) и легочной артериальной гипертензией, ассоциированной с врожденными пороками сердца (ЛАГ - ВПС) в сравнительном аспекте согласно данным Российского регистра легочной гипертензии (ЛГ).

Материал и методы:

В период с 01.01.2012 по 30.06.2016 в исследовании участвовало 14 Российских экспертных центров. В регистр включались пациенты старше 18 лет с ЛАГ и хронической тромбоэмболической легочной гипертензией (ХТЭЛГ) из 44 регионов Россий-

ской Федерации. Online версия Регистра представлена на сайте www.pul-hyp.medibase.ru.

Результаты:

Из 311 пациентов с ЛАГ в сравнительный анализ было включено: 170 пациентов с ИЛГ (группа 1; 140 ж/ 30 м) в возрасте 40,6±12,9 лет на момент включения, 141 пациент с ЛАГ – ВПС (группа 2; 108ж / 33м) в возрасте 40,3±18,1 лет. Длительность ЛГ до момента включения в регистр значительно различалась между группами: 3,3 (1,4-8,6) и 13,1 (4,2-23,5) лет, соответственно. У пациентов с ИЛГ наблюдалась наибольшая дистанция в тесте 6-минутной ходьбы 395,6±104,2м по сравнению с пациентами с ЛАГ – ВПС 351,3±119,5м (p =0,002). Функциональный класс по классификации ВОЗ был сопоставим между группами на момент включения. При проведении ЭхоКГ для пациентов с ЛАГ-ВПС в сравнении с ИЛГ выявлены достоверно большие размеры левого предсердия (3,7 [3,2-4,4] см против 3,3 [2,9-3,7] см, p< 0.0001), толщины передней стенки ПЖ (1,0 [0,8-1,2] см против 0,7 [0,6-0,8] см, p< 0.0001), диаметра ствола ЛА (3,5 [3,0-4,2] см против 3,1 [2,9-3,7] см, p = 0.006), систолического давления в легочной артерии (ДЛА)(96,5±32,5 см против 87,7±25,7 см, p = 0.007), среднего ДЛА (65,0 [53,0-80,0] см против 57,0 [40,8-61,5] см, p = 0.001). Конечно-диастолический размер ЛЖ оказался достоверно меньше у пациентов с ИЛГ (4,1 [3,5-4,5] см против ЛАГ-ВПС (4,3 [3,8-4,8] см, p = 0.003). Значимых различий по площади правого предсердия, передне-заднему размеру ПЖ не зарегистрировано.

При проведении катетеризации правых отделов сердца у пациентов с ЛАГ-ВПС выявлена наименьшая сатурация кислородом артериальной крови (91.5 [87.6-97.0]%) против 96.0 [93.5-99.0]%, p =0.0004 при ИЛГ) и наибольшая сатурация крови из легочной артерии (65.5 [60.0-73.0]%) против 60.0 [52.0-65.0]%, p =0.0008 при ИЛГ). Остальные различия были недостоверными.

Заключение:

Пациенты с ЛАГ различной этиологии, в частности ИЛГ и ЛАГ-ВПС, имеют значимые различия гемодинамических и функциональных характеристик, что может повлиять на результаты лечения и прогноз.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ДИНАМИКА МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ОСНОВНЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ТАДЖИКИСТАНА

НАРЗУЛЛАЕВА А. Р., НАЗИРОВ Д. Х.
ГОУ «ИПОСЗРТ»

Введение (цели/ задачи):

Изучить динамику и взаимосвязь между ИБС, АГ и их факторов риска (ФР) среди неорганизованной женской популяции сельских жителей Таджикистана.

Материал и методы:

Было проведено 2-этапное скрининговое исследование среди 10 992 женщин в возрасте 15-63 лет (средний возраст 29,5 лет): 1685- при первом (2001 год) и 9307 женщин при повторном (2011 год) скрининге, в ходе которого был проведён опрос, измерение АД, антропометрическое исследование, клинико-лабораторное и инструментальное обследование.

Результаты:

По результатам двух одномоментных скрининговых исследований при первом этапе избыточный вес в возрасте 15 - 24 лет

обнаружен у 24,9% женщин, а при повторном исследовании - у 12,9% обследованных. В старших возрастных группах данный ФР был обнаружен в возрастных диапазонах 25 - 34 лет - в 25,2% и 21,8%; 35-44 лет - 36,5% и 28,1%; 45 - 54 лет - 39,9% и 32,4% и в диапазоне 55-59 лет - 45,9% и 36,4% женщин, соответственно. В целом число женщин с избыточной массой тела за период наблюдения уменьшилось с 34,3% до 25,0%. Ожирение I - III степеней соответственно первому и повторному исследованию выявлено в возрасте 15-24 лет у 1,5% и 1,6%; 25 - 34 лет - у 3,65% и 5,9%; 35 - 44 лет - у 8,2% и 14,3%; в 45 - 54 лет - у 19,5% и 19,9%; в возрасте 55-59 лет - у 10,4% и 26,4% женщин, а в целом в популяции у 8,6% - при первом и у 12,0% женщин - при повторном скрининге. В 1-ом этапе такой ФР, как курение сигарет не был выявлен ни в одном случае у женщин в возрасте 15 - 24 лет, в 25 - 34 лет оно выявлено у 0,3%, в 35 - 44 лет - у 0,5%, в 45 - 54 лет - у 1,5%, а в диапазоне 55 - 59 лет - у 0,7% женщин. Уровень употребления бездымного табака в целом среди популяции женщин увеличился на 0,4% (первое исследование 2,5%, повторное исследование 2,9%). В возрасте 15-24 лет оно обнаружено у 0,9 и 0,04%, 25 - 34 лет - у 0,30 и 10,0%; 35 - 44 лет - у 1,9 и 1,4%, 45 - 54 лет - у 4,4 и 6,7% и в возрасте 55 - 59 лет - у 5,4 и 7,7% женщин, соответственно. При самом высоком уровне распространенности гиподинамии в более молодом: 15-24 лет - 20,0 и 28,9%, соответственно и в более старших возрастных группах: 45 - 54 лет (29,6%) и 55 - 59 лет (56,6%) - при первом исследовании и 55 - 59 лет (47,9%) при повторном скрининге, довольно низкая её распространенность зарегистрирована в возрастных диапазонах 25 - 34 и 35 - 44 лет (14,0 и 13,04%, соответственно) - при первом и в возрастных группах: 25 - 34, 35 - 44 и 45 - 54 лет (15,5, 14,8 и 14,2%, соответственно) - при исследовании в динамике. Анализ приверженности женщин к употреблению алкоголя показал на положительную повозрастную её динамику во время 1-го этапа до 45 - 54 лет - 3,25% (в 15 - 24 и 25 - 34 лет по 0,3%, 35 - 44 лет - 0,7%) с незначительным снижением её уровня в возрасте 55 - 59 лет - 2,87%. В целом в популяции, число женщин употребляющих алкоголь за 10 лет наблюдения уменьшилось на 1,3% (первое исследование 1,4%, повторное исследование 0,1%). Гиперхолестеринемия (ГХС) в целом обнаружена у 38,5% обследованных женщин - при первом и у 32,6% женщин - при повторном скрининге. Превышение нормальных значений ЛПНП (>3,41 ммоль/л) при первом и повторном скрининге обнаружено у 32,9 и 32,2% женщин, соответственно. Гипертриглицеридемия (> 1,72 ммоль/л) выявлено у 34,8 и 29,8% женщин. Низкое содержание ХС ЛПВП - у 13,04 и 23,4% обследованных женщин, соответственно. Анализ сочетаний ФР и их связь с формированием ИБС и АГ показал, что при первом скрининге стенокардией напряжения зарегистрирована в 25 - 34 лет при участии 1 ФР - у 48,9%, 2 ФР - у 12,4 и 3 ФР - у 0,61% женщин, СН обнаружена у 1,21%, а АГ у 5,47% женщин; в 35 - 44 лет при наличии 1 ФР - у 47,8%, 2 ФР - у 15,7%, 3 ФР - у 2,2%, СН выявлена у 3,4%, а АГ - у 21,5% женщин. В 45 - 54 лет в присутствии 1 ФР - у 50,0% женщин, 2 ФР - у 27,5%, 3 ФР - у 5,9% и 4 ФР - у 1,2%, уровень СН составило - 10,95%, АГ - 51,2%. В 55 - 59 лет при уровне СН - 28,3% и АГ - 74,5%, отмечено снижение числа женщин с 1 ФР до 17,9% , а лиц с двумя - четырьмя ФР в 31,4%, 31,6% и 17,6%, соответственно.

Заключение:

Таким образом, в ходе проведённого сравнительного скринингового исследования выявлено снижение таких ФР ССЗ, как избыточный вес, курение сигарет, гиподинамия, употребление спиртных напитков, ГХС, повышение уровня ХС ЛПНП и АГ, как ФР и рост распространенности таких, как ожирение, упо-

требление бездымного табака и понижение уровня ХС ЛПВП. Несмотря на снижения числа лиц женского пола с одним ФР, увеличилось количество женщин с двумя, тремя и четырьмя ФР, с наибольшим их сочетанием в возрасте 45 лет и старше совпадающее с перименопаузальным периодом. Несмотря на достигнутые успехи популяционных программ в Республике Таджикистан в модификации большинства ФР ССЗ и заболеваний, среди женщин сельской популяции по-прежнему отмечается рост заболеваемости ИБС, что связано с увеличением числа женщин с множественными ФР, требующее дальнейших активных ответных профилактических вмешательств.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Садырова М. А., Байкулов З. А., Миралиева М. Э.

ТАШКЕНТСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

Введение (цели/ задачи):

Артериальной гипертонией (АГ) в мире страдает около 1 миллиарда человек, причем 7,1 миллиона смертельных исходов обусловлены артериальной гипертонией. Учитывая главную роль АГ в развитии ИБС и инсульта контроль над уровнем АД является важной задачей системы здравоохранения. Цель: Улучшить качество оказываемой медицинской помощи больным с артериальной гипертензией в условиях сельского врачебного пункта (СВП) «Х. Турсункулова».

Материал и методы:

Для реализации поставленной цели членами команды принято решение изучить распространенность артериальной гипертонии на прикрепленном участке и оценить качество оказываемой помощи пациентам с АГ при помощи разработанных индикаторов.

Результаты:

Исследование было проведено в СВП «Х.Турсункулова» Янгильского района Ташкентской области. На долю взрослого населения в данном медицинском учреждении приходится 4594 человек. Исследование проводилось в течение 6 месяцев с июля по декабрь 2016г. В ходе первых трех месяцев члены команды проводили оценивали качество оказываемых медицинских услуг пациентам с АГ при помощи индикаторов. Затем в течение следующих 2 месяцев было проведено обучение врачей тактике ведения пациентов с АГ согласно клиническому протоколу в условиях первичного звена здравоохранения. Также представлены результаты проведенного мониторинга и даны соответствующие рекомендации по устранению выявленных пробелов. В декабре 2016г. проведен еще один мониторинг с целью сравнения результатов до обучения и после него. Анализ полученных результатов показал, что процент населения, прошедшего ежегодную диспансеризацию с измерением АД увеличился с 40,6% до 90%. Процент пациентов с правильно поставленным диагнозом АГ согласно записям в амбулаторных картах увеличился с 30,2% до 100%. Полное комплексное обследование больных с АГ (включая ЭКГ, мочу на белок, кровь на сахар, консультацию окулиста) по-прежнему остается на низком уровне: в июле – сентябре 2016 г. этот показатель колебался в пределах 6 – 9%, а в декабре поднялся до 67%. Процент пациентов получающих эффективную терапию согласно клиническому протоколу повысился с 38% до 77%. Процент больных с АГ знающих об осложнениях АГ и их профилактике повысился с 22% до 93%.

Заключение:

Таким образом, можно сделать заключение, что идет постепенный рост сознания и осведомленности населения по проблеме артериальной гипертонии, чему способствует беседа с лечащим

врачом, санитарно-просветительная работа медсестер обученных врачом по клиническим протоколам по артериальной гипертонии. Хотелось бы еще раз подчеркнуть, что непрерывная работа с пациентами повышает их доверие к медицинским работникам. Обучение пациентов с АГ облегчает работу медицинских работников и улучшает качество работы в СВП. А обучение пациентов тонометрии и приобретение ими тонометров приводит к уменьшению визитов пациентов в СВП и улучшает самоконтроль за состоянием своего здоровья.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗЫВАЕМЫХ УСЛУГ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОСУСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Нурмухамедова Р. А., Садырова М. А.

ТАШКЕНТСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

Введение (цели/ задачи):

Согласно статистическим данным, люди старше 40 лет в два раза чаще обращаются за медицинской помощью к врачам с тем или иным хроническим заболеванием, причем в этом возрасте преобладают сердечнососудистые заболевания (ССЗ). Поэтому одной из главных задач врачей общей практики является своевременное проведение качественной диспансеризации с целью уменьшения развития осложнений имеющихся хронических заболеваний и тем самым улучшение качества жизни пациентов. Цель работы: Провести анализ качества проводимой диспансеризации пациентов старше 40 лет с сердечнососудистыми заболеваниями с последующей разработкой рекомендаций для ее улучшения.

Материал и методы:

Для реализации поставленной цели членами нашей команды были разработаны вопросник для пациентов и набор индикаторов для оценки качества проводимой диспансеризации пациентов с ССЗ. Дополнительно был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт. Исследование проводилось на базе 4 семейной поликлиники г.Ташкента. в опросе приняло участие 237 пациентов, находящихся на диспансерном учете, проанализированы записи 378 амбулаторных карт.

Результаты:

Анализ проведенного вопросника показал, что 100% пациентов знают, что при ухудшении здоровья необходимо немедленно обратиться к врачу, но только 60% обращаются к врачу сразу после ухудшения состояния здоровья, 87% знают о том, что при регулярном приеме лекарств осложнения не развиваются, но только 62% из них применяют лекарственные препараты регулярно, 24% - принимают при обострении заболевания, а 16% - считают, что достаточно получить стационарное лечение 1 раз в год. 58% опрошенных знают о важности посещения врача один раз в год, 46% - знают о важности ежегодной сдачи анализов крови и мочи и только 35% - знают о важности сдачи ЭКГ один раз в год. Ретроспективный анализ амбулаторных карт показал, что только 74% пациентов, находящихся на диспансерном учете, проходят медицинские осмотры один раз в год, 82% пациентов сдают анализ крови и мочи ежегодно, ЭКГ сделано 68% пациентам в течение года.

Заключение:

Таким образом, проведенная работа показала, что, несмотря на то, что диспансеризация проводится регулярно, до сих пор есть еще моменты, требующие улучшения, поэтому члены нашей группы разработали рекомендации для врачей: • регулярно проводить беседы с населением о важности своевременного обра-

щения к врачам при ухудшении состояния здоровья и своевременном прохождении медицинского осмотра; • в конце каждого года составлять график диспансеризации пациентов с ССЗ; • патронажные медсестры должны заблаговременно предупреждать пациентов о дате посещения врача с тем, чтобы они пришли на прием с готовыми результатами анализов мочи, крови и ЭКГ; • руководство медицинского учреждения должно ежегодно проводить аудит работы по диспансеризации с последующим анализом полученных результатов и дачей соответствующих рекомендаций.

ПОВЫШЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ВОПРОСАХ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Нурмухамедова Р. А., Садырова М. А., Расулова М. И.

ТАШКЕНТСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

Введение (цели/ задачи):

Известно, что проблема ранней диагностики, профилактики и лечения артериальной гипертонии (АГ), наиболее распространенного неинфекционного заболевания, становится угрожающей, сокращая продолжительность жизни, приводя к инвалидизации больных, нарушая качество их жизни. Особое место в проблеме АГ должно уделяться самим пациентам, небрежное отношение к своему здоровью которых драматически сказывается на распространенности АГ. Во многих странах АГ остаётся самым распространённым заболеванием ССС, она выявляется у 29% населения развитых стран в возрасте 18-74 лет. Цель работы: Изучить степень распространения артериальной гипертонии, а также качество проводимых мероприятий по ранней диагностике и профилактике АГ среди населения.

Материал и методы:

Для выполнения данной работы членами нашей команды был разработан вопросник для населения и проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов с АГ с целью оценки назначенного лечения и соответствия его клиническому протоколу. Приводим образец анкеты для больных: 1. Рассказывал ли Вам врач о том, что такое артериальная гипертония, ее основные симптомы и осложнения? 2. Что Вы знаете о здоровом образе жизни? 3. Что Вы знаете о вреде курения, ожирения и стресса? 4. Знаете ли Вы о важности регулярного измерения АД? 5. Знаете ли Вы, почему важно ежегодно проходить профилактический осмотр? 6. Принимаете ли Вы регулярно лекарства, назначенные врачом?

Результаты:

Исследование было проведено в сельском врачебном пункте «Карши» Кашкадарьинской области. В результате проведенной работы нами были получены следующие результаты: всего на участке взрослого населения – 2314, из них на учёте с АГ состоят 129 (на 2016 г.) пациентов. При опросе пациентов нами было выявлено, что 91% из них знают об АГ, ее симптомах и осложнениях. 92% пациентов знают о важности соблюдения здорового образа жизни, но соблюдают только 53%. 100% пациентов знают о вреде курения, ожирения и стресса, хотя 27% из них все же продолжают курить, у 49% выявлен избыточный вес. 100% пациентов знают о важности регулярного измерения АД, ежегодного посещения врача, приема лекарств, назначенных врачом, но регулярно измеряют АД и принимают лекарственные препараты только 52% пациентов. Ретроспективный анализ амбулаторных карт показал, что 86% пациентов получают лечение согласно существующим протоколам.

Заключение:

Таким образом, проведенная работа показала, что еще есть ме-

сто для улучшения качества оказываемых медицинских услуг населению по раннему выявлению пациентов с артериальной гипертензией и своевременной профилактике. На основании проведенного анализа можно дать врачам общей практики рекомендации о том, что необходимо регулярно проводить мероприятия среди населения по раннему выявлению и первичной профилактике АГ. Данные мероприятия включают в себя уменьшение воздействия факторов риска на организм, что, в свою очередь, препятствует повышению АД, а это способствует снижению заболеваемости и распространённости АГ.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЛИПИДНЫХ НАРУШЕНИЙ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ: ВОЗРАСТНЫЕ, ГЕНДЕРНЫЕ И ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ (ПО ДАННЫМ МЕЖДУНАРОДНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ «ИНТЕРЭПИД»)

Полупанов А. Г.¹, Мамасаидов Ж. А.², Романова Т. А.³, Рыскулова С. Т.³, Ческидова Н. Б.³, Махмудов М. Т.³, Алтымышева А. Т.³, Джумагулова А. С.³

¹Национальный центр кардиологии и терапии,

²Кыргызско-Российский Славянский Университет имени Б.Н. Ельцина,

³Национальный центр кардиологии и терапии имени академика М. Миррахимова при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики

Введение (цели/ задачи):

Изучение частоты встречаемости дислипидемий среди населения Кыргызской Республики с анализом этнических особенностей.

Материал и методы:

Исследование проведено в рамках международного проекта «ИНТЕРЭПИД» по изучению распространенности основных хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, выполненному по единому протоколу. Обследовано 1330 человек, что составило 75% от общей численности выборки населения. Обследование включало опрос по специальной карте «Карта профилактического обследования», разработанной Государственным научно-исследовательским центром профилактической медицины (Москва, Россия), объективный осмотр и лабораторные исследования, включая данные по липидному спектру. Наличие гиперхолестеринемии признавалось при уровне общего холестерина (ОХС) 5,0 ммоль/л и выше, гипертриглицеридемии (ТГ) – при уровне ТГ 1,7 ммоль/л и выше. Повышение холестерина – липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП) признавалось при его уровне выше 2,58 ммоль/л, снижение холестерина – липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП) – при его уровне менее 1,29 ммоль/л у женщин и менее 1,03 ммоль/л у мужчин. Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программ STATISTICA 6.0.

Результаты:

Общая частота дислипидемий (ДЛП) в обследованной выборке составила 89,1% без существенных гендерных различий (87,5% у мужчин и 90,3% у женщин, $p > 0,05$). Наиболее частым видом гиперлипидемии являлся повышенный уровень ХС-ЛПНП, который был выявлен у 71,1% респондентов, сниженный уровень ХС-ЛПВП диагностирован у 57,1% населения, гиперхолестеринемия (ГХС) – у 48,1%, гипертриглицеридемия – у 26,2%. При изучении этнических различий в частоте ДЛП оказалось что у русских по сравнению с коренными жителями достоверно чаще выявлялась ГХС (58,8% против 42,3% соответственно, $p < 0,001$) и повышенный уровень ХС-ЛПНП (70,9% против 61,2% соответ-

ственно, $p < 0,01$). По частоте встречаемости сниженного уровня ХС-ЛПВП и гипертриглицеридемии этнических различий обнаружено не было.

Заключение:

Выявлены этнические различия распространенности дислипидемий среди русских и кыргызов с повышением частоты их встречаемости у первых.

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Садырова М. А.¹, Якушева А. В.², Якушев Р. В.²

¹Ташкентский институт усовершенствования врачей,

²I-Республиканский медицинский колледж

Введение (цели/ задачи):

Сердечнососудистые заболевания являются наиболее распространенной причиной смертности во всем мире. Частота встречаемости ишемической болезни сердца (ИБС) продолжает увеличиваться из года в год, в связи, с чем увеличивается и роль врачей общей практики. Основными задачами врачей общей практики являются раннее выявление пациентов с данной патологией, регулярное наблюдение, контроль состояния здоровья пациентов с факторами риска ИБС, своевременное направление к кардиологу, последующее контролирование употребления пациентами лекарственных препаратов и выполнение других рекомендаций специалиста, а также пропаганда здорового образа жизни. Цель работы: Улучшить качество оказываемой медицинской помощи больным с ИБС в условиях первичного звена здравоохранения.

Материал и методы:

Для оценки качества оказания медицинской помощи пациентам с ИБС мы решили провести анкетирование пациентов с целью выявления их знаний о своем заболевании, а также провести ретроспективный анализ амбулаторных карт, чтобы оценить насколько назначаемое врачами лечение соответствует утвержденным в Республике протоколам ведения пациентов с данной патологией. При опросе пациентов мы обращали внимание на следующие моменты: знают ли они о факторах риска ИБС (избыточная масса тела, физическая малоактивность, курение, употребление алкоголя, неправильное питание), о важности регулярного приема назначенных лекарственных препаратов, регулярного посещения врача, об осложнениях ИБС. Исследование проводилось на базе сельского врачебного пункта «Аргабиш» Наманганской области.

Результаты:

Нами было опрошено 94 пациента с ИБС, из которых 78% пациентов знают о вреде избыточного веса, 63% ведут малоподвижный образ жизни, 100% - знают о вреде курения и употребления алкоголя, но 36% продолжают курить, а 69% употреблять алкоголь. Кроме этого, 65% опрошенных пациентов неправильно питаются, 81% регулярно принимают лекарственные препараты, назначенные врачом, 92% регулярно посещают врача и 46% знают о возможных осложнениях ИБС. Анализ амбулаторных карт показал, что только 83% пациентов с ИБС ежегодно проходят диспансеризацию, а 78% получают лечение согласно существующему протоколу ведения пациентов данной группы. После анализа полученных результатов и выявления недостатков, члены нашей группы провели занятия с врачами и патронажными медсестрами и беседы с пациентами, затем через 6 месяцев вновь

опросили пациентов с ИБС и просмотрели амбулаторные карты. Опрос пациентов показал, что 83% опрошенных пациентов знают о вреде избыточного веса, 39% ведут малоподвижный образ жизни, курят 24% и 33% продолжают употреблять алкоголь, неправильно питаются 21% пациентов, 91% регулярно принимают лекарственные препараты, 89% регулярно посещают врачей и 70% знают об осложнениях ИБС. Анализ амбулаторных карт показал, что 93% пациентов получают лечение соответствующее протоколу ведения пациентов с ИБС.

Заключение:

Таким образом, на основании анализа проведенной работы члены нашей команды пришли к следующим выводам: • Не все врачи общей практики владеют информацией о существующих стандартах лечения ИБС, основанных на данных доказательной медицины. • Пациенты не имеют полной информации о своем заболевании, не понимают всей важности регулярного приема лекарств и не знают о страшных осложнениях ИБС. • Патронажные медсестры не проводят беседы с пациентами об их заболевании, так как сами не владеют данной информацией. • Врачи не регулярно контролируют работу патронажных медсестер, не всегда следят за своевременным посещением врача пациентами с ИБС для профилактического осмотра. • Несмотря на все трудности, слаженная работа в команде помогает значительно улучшить качество оказываемой медицинской помощи населению. На основании сделанных выводов нами были разработаны следующие рекомендации: • Необходимо регулярно проводить занятия с врачами и медсестрами с целью повышения их знаний о заболевании ИБС, стандартах лечения, необходимости контроля регулярного приема лекарств и проведения бесед с пациентами о факторах риска и мерах профилактики данного заболевания. • Необходимо добиваться того, чтобы все врачи лечили согласно существующим протоколам ведения пациентов. • Патронажные медсестры должны регулярно контролировать своевременный приход пациентов к врачу и прием ими лекарств. • Врачи должны регулярно контролировать работу патронажных медсестер. • Необходимо постоянно добиваться повышения ответственности пациентов с ИБС за состояние своего здоровья.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИТОМ ТАКАЯСУ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

БАХМЕТЬЕВ А. С.¹, ЧЕХОНАЦКАЯ М. Л.¹, ДВОЕНКО О. Г.¹, СУХОРУЧКИН В. А.¹, БАХМЕТЬЕВА М. С.²

¹ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» МЗ РФ,

²ФГБОУ ВО «Кубанский ГМУ» Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Изучить особенности артериального поражения и выявить частоту встречаемости артериита Такаясу (АТ) у молодых пациентов Саратовской области.

Материал и методы:

Проанализированы результаты комплексного ультразвукового ангиосканирования брахиоцефальных артерий (БЦА) у 1650 молодых пациентов (min-5 лет; max-35 лет; средний возраст – 24,1 лет) в период с марта 2014 по февраль 2017 гг. Ультразвуковое триплексное сканирование (ТС) БЦА выполнялось по стандартной методике на сканере экспертного класса Philips HD 11 XE (Нидерланды) на базе отделения ультразвуковой и функциональной диагностики Клинической больницы им. С.П. Миро-

творцева СГМУ. Оценивались следующие параметры: состояние стенки артерии, толщина комплекса «интима-медиа» (ТКИМ), проходимость просвета (в случае сужения измерение стеноза проводилось в поперечном сечении по методике ECST), гемодинамические параметры кровотока. В случае распространенного или пролонгированного одностороннего превышения ТКИМ более 0,8 мм у лиц до 20 лет и более 0,9 мм в возрасте старше 20 лет, проводилось ТС брюшного отдела аорты, артерий верхних конечностей и в ряде случаев – артерий нижних конечностей.

Результаты:

Среди основных жалоб у обследованных пациентов преобладали головная боль и головокружение (как правило, пациенты были направлены неврологами на плановое обследование ветвей дуги аорты). За указанный период встретилось 10 пациентов (0,6%) с АТ. Важно отметить, что нами впервые выявлены типичные для рассматриваемой патологии ультразвуковые изменения (утолщение медиального слоя стенки) у 6 лиц. Во всех случаях подразумеваемый в кабинете ультразвуковой диагностики предварительный диагноз затем подтверждался в результате проводимых лабораторных тестов и клинического осмотра терапевтами или ревматологами. В структуре пациентов с АТ было 9 девушек (средний возраст – 20,5 лет) и 1 мужчина 35 лет. Отметим, что все пациенты имели восточное происхождение (татары – 7; казахи – 2; наполовину южнокореец – 1). Во всех случаях присутствовало поражение БЦА с обязательным вовлечением в процесс подключичных артерий (при статистическом анализе эта артерия нами рассматривалась в составе БЦА) и хотя бы одной из общей сонной артерии (внутренняя сонная артерия была стенозирована в одном случае). На втором месте по распространенности артериального поражения оказалась брюшная аорта и ее ветви (7 пациентов). В структуре этих пациентов преобладали стенотические процессы в устьях почечных артерий (6 пациентов, двум из которых выполнили стентирование по поводу гемодинамически-значимых сужений). Характерное утолщение стенки в структуре поражения артерий нижних конечностей с одномоментной окклюзией общей подвздошной артерии выявлено в одном случае у единственного больного мужчины (жалобы на боли при ходьбе через 150 метров). Артерии верхних конечностей ни в одном из случаев не были вовлечены в процесс и, несмотря на частое наличие измененного коллатерального кровотока в плечевой, локтевой и лучевых артериях ввиду окклюзии подключичной артерии, ТКИМ все же не превышала нормальные значения. Дополнительное инструментальное исследование (мультиспиральная компьютерная томография) была выполнена для верификации и уточнения степени поражения 7 пациентам. С точки зрения клинических проявлений пациентов с АТ, отметим, что практически у всех пациентов с окклюзионным процессом в бассейне подключичных артерий был выявлен синдром позвоночно-подключичного обкрадывания с онемением и чувством усталости одной из верхних конечностей даже при незначительной нагрузке. Артериальное давление эпизодически поднималось у 8 пациентов.

Заключение:

Саратовская область за счет наличия многонационального состава населения с преобладанием восточных генетических корней (татары, казахи) входит в зону риска по частому выявлению АТ. Исходя из наших данных, частота встречаемости этого, казалось бы, редкого аутоиммунного заболевания, превосходит таковую у многих авторитетных авторов (606 человек на 100 тысяч населения региона при обследовании исключительно молодых лиц до 35 лет). Мы считаем крайне важным внедрение в некоторых регионах страны специальных программ по ультра-

При применении с целью снижения ХС-ЛПНП, Репата продемонстрировала выраженное уменьшение уровней ХС-ЛПНП, что приводило к значительному регрессу атеросклероза в коронарных сосудах^{2,3}

ДОБАВЬТЕ РЕПАТУ ДЛЯ МАКСИМАЛЬНО ЭФФЕКТИВНОГО СНИЖЕНИЯ ХС-ЛПНП*

ДО
75% ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
СНИЖЕНИЯ ХС-ЛПНП
ПО СРАВНЕНИЮ С МОНОТЕРАПИЕЙ СТАТИНАМИ²

ДО
94%

ПАЦИЕНТОВ
ДОСТИГАЕТ
ХС-ЛПНП < 1,8 ММОЛЬ/Л
(<70 МГ/ДЛ)²

РЕПАТА+ СТАТИНЫ СНИЖАЮТ УРОВЕНЬ ХС-ЛПНП И ВЫЗЫВАЮТ РЕГРЕСС
АТЕРОСКЛЕРОЗА В КОРОНАРНЫХ СОСУДАХ[†]

РЕГРЕСС
КОРОНАРНОГО
АТЕРОСКЛЕРОЗА У
64%

ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАВШИХ ЛЕЧЕНИЕ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ХС-ЛПНП³



Репата обеспечивает существенное снижение ХС-ЛПНП.² При применении с целью уменьшения уровня ХС-ЛПНП был продемонстрирован регресс атеросклеротического поражения коронарных сосудов.³

- Репата показана для снижения высоких уровней ХС-ЛПНП. См. Инструкцию по применению.¹

* **LAPLACE дизайн исследования:** В среднем значении между 10 и 12 неделями при режиме дозирования один раз в две недели ХС-ЛПНП снижались на 66-75% (среднее - 72%) и 88-94% пациентов достигли уровня ХС-ЛПНП < 1,8 ммоль/л (< 70 мг/дл) в зависимости от вида одновременно применявшегося статина. При режиме дозирования один раз в месяц ХС-ЛПНП снижались на 63-75% (среднее - 69%) и 86-94% пациентов достигли уровня ХС-ЛПНП < 1,8 ммоль/л (< 70 мг/дл) в зависимости от вида одновременно применявшегося статина. В ходе исследования применялись следующие виды статинов: аторвастатин 10 мг и 80 мг; розувастатин 5 мг и 40 мг или симвастатин 40 мг.²

† **GLAGOV дизайн исследования:** 64% пациентов в группе Репаты продемонстрировали регресс атеросклероза коронарных сосудов в сравнении с 47% пациентами в группе сравнения (p < 0,001). В данном рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании фазы 3 применялось внутрисосудистое ультразвуковое исследование (ВСУЗИ) для оценки эффекта от терапии препаратом Репата в дозе 420 мг один раз в месяц при добавлении к терапии статинами высокой и средней интенсивности в сравнении с группой монотерапии статинами по влиянию на объем атеросклеротической бляшки у пациентов с ишемической болезнью сердца. Первичная конечная точка в виде изменения показателя относительного объема атеросклеротической бляшки от исходного значения к 78 неделе исследования.³



Краткая информация о лекарственном препарате РЕПАТА (ЭВОЛОКУМАБ) РАСТВОР ДЛЯ ПОДКОЖНОГО ВВЕДЕНИЯ 140 МГ/МЛ
ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА.

Регистрационный номер: ПП-003574

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА: Эволюкумаб является полностью человеческим моноклональным иммуноглобулином G2 (IgG2), ингибирующим пропротеин конвертазу субтилизин/кексин типа 9 (PCSK9). Было показано, что у пациентов с первичной гиперлипидемией и смешанной дислипидемией эволюкумаб снижает концентрации несвязанной PCSK9, ХС-ЛПНП, общего холестерина (ОХ), аполипопротеина В (АпоВ), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП), холестерина липопротеинов очень низкой плотности (ХС-ЛПОНП), триглицеридов и липопротеина (а) (Лп(а)), повышает концентрации холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП) и аполипопротеина А1 (АпоА1), улучшая соотношение ОХ/ХС-ЛПВП, АпоВ/аполипопротеина А1 (АпоА1).

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: Репата назначается взрослым с **первичной гиперлипидемией (гетерозиготной семейной и несемейной) и со смешанной дислипидемией (типы IIa, IIb, IV по классификации Фредриксона)** в качестве дополнения к диете для снижения ХС-ЛПНП, общего холестерина, АпоВ, ХС-ЛПНП, общего холестерина ХС-ЛПВП, АпоВ/АпоА1, ХС-ЛПОНП, триглицеридов, Лп(а), и для повышения ХС-ЛПВП и АпоА1; в сочетании со статинами или в сочетании со статинами и другой гиполипидемической терапией (например, эзетимибом), или в монотерапии или в сочетании с другой гиполипидемической терапией у пациентов с непереносимостью статинов, или в сочетании с другой гиполипидемической терапией у пациентов с непереносимостью статинов, или в сочетании с другой гиполипидемической терапией у пациентов, у которых применение статинов считается нецелесообразным с клинической точки зрения. Репата показана для применения у подростков в возрасте 12 лет и старше с **гомоэрозной семейной гиперлипидемией** (тип Iа по классификации Фредриксона) для снижения концентраций ХС-ЛПНП, ОХ, АпоВ, и ХС-не-ЛПВП в сочетании с другой гиполипидемической терапией (например, статинами, аферезом ЛПНП).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата; беременность и период грудного вскармливания; возраст до 18 лет при первичной гиперлипидемии (гетерозиготной семейной и несемейной) и при смешанной дислипидемии; возраст до 12 лет при гомозиготной семейной гиперлипидемии.

С ОСТОРОЖНОСТЬЮ: Тяжелая печеночная недостаточность (класс С по классификации Чайлд-Пью); повышение активности креатинфосфокиназы (более чем в 3 раза по сравнению с верхней границей нормы); неконтролируемые нарушения функции щитовидной железы; нестабильная стенокардия; тяжелые аритмии; неконтролируемая артериальная гипертензия; хроническая сердечная недостаточность; сахарный диабет 1 типа.

ПРИМЕНЕНИЕ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ: Применение препарата Репата при беременности не рекомендуется. Неизвестно, выделяется ли эволюкумаб с грудным молоком.

ПОДРОБНЫЕ ИНСТРУКЦИИ ПО СПОСОБУ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗАМ ПРИВЕДЕНЫ В ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ, ПОЖАЛУЙСТА, ПЕРЕД НАЧАЛОМ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ ПО ПРЕПАРАТУ. Перед началом терапии пациенты должны перейти к соответствующей гиполипидемической диете и соблюдать эту диету во время всего периода терапии препаратом Репата. Взрослые с **первичной гиперлипидемией и смешанной дислипидемией:** рекомендуемая доза препарата Репата составляет одна подкожная инъекция 140 мг каждые 2 недели или 420 мг ежемесячно. Обе дозы являются клинически эквивалентными. Взрослые и дети старше 12 лет с **гомоэрозной семейной гиперлипидемией:** рекомендуемая доза препарата Репата составляет 420 мг раз в две недели или раз в месяц подкожно. Информация по применению у отдельных групп пациентов и инструкции по введению препарата приведены в полной версии инструкции по применению препарата Репата.

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ: О развитии следующих нежелательных реакций сообщалось в II и III фазах клинических исследований у пациентов с первичной гиперлипидемией и смешанной дислипидемией и гомозиготной семейной гиперлипидемией:

Инфекции и инвазии: грипп, назофарингит, инфекции верхних дыхательных путей; со стороны системы пищеварения: тошнота; со стороны кожи и подкожных тканей: кожная сыпь, крапивница; со стороны мышечно-скелетной системы и соединительной ткани: боль в спине, артрит; общие нарушения и реакции в месте введения препарата: реакции в месте введения (боль, покраснение, гематома).

Профиль безопасности в популяции Го-СГХ аналогичен таковому у пациентов с первичной гиперлипидемией и смешанной дислипидемией.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ: Не требуется коррекция доз статинов при одновременном назначении с препаратом Репата.

ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ: перед началом терапии препаратом Репата следует оценить возможные вторичные причины гиперлипидемии или смешанной дислипидемии (например, сахарный диабет, гипотиреоз, нефротический синдром) и предпринять меры для адекватного контроля ассоциированных заболеваний (см. также раздел «С ОСТОРОЖНОСТЬЮ»).

За дополнительной информацией по препарату, пожалуйста, обращайтесь:

ООО «Амджен»
123317, Москва, Пресненская набережная, д.8, строение 1, 7-й этаж
Тел: +7 (495) 745 04 78
Факс: +7 (499) 995 19 65

ХС-ЛПНП = холестерин липопротеинов низкой плотности

1. Инструкция по применению лекарственного препарата РЕПАТА (рег. номер ПП-003574). 2. Robinson JG, et al. JAMA. 2014;311:1870-82. 3. Nicholls SJ, et al. JAMA. 2016;316:2373-84.

AMGEN®

Cardiovascular

ООО «Амджен»:
Россия, 123317, Москва,
Пресненская наб., д. 8, стр. 1, 7-й эт.
Тел.: +7 (495) 745-0478, факс: +7 (499) 995-19-65

Репата
(эволюкумаб)

звуковому обследованию пациентов, входящих в группу риска (национальность, заболевание аутоиммунными патологиями у ближайших родственников и т.д.). В подавляющем большинстве случаев ультразвуковые признаки, характерные для АТ, были выявлены в бассейне ветвей дуги аорты.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ / РЕВМАТИЧЕСКИХ ПОРОКОВ СЕРДЦА В КЫРГЫЗСТАНЕ: ТЕКУЩЕЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ НА БУДУЩЕЕ

ОМУРЗАКОВА Н. А.¹, АБДУЛЛАЕВА З.², БЕКСУЛТАН А.²,
МУРАТАЛИ К.¹, МАРИПОВ Р.¹, САРЫБАЕВ А.Ш.¹, НАКАДЖИМА Т.Н..³

¹Национальный Центр Кардиологии и Терапии,
Бишкек, Кыргызстан,

²Кыргызская государственная медицинская академия,
г. Бишкек,

³Токийский Медицинский университет, Токио, Япония

Введение (цели/ задачи):

Ревматическая лихорадка является самой распространенной из сердечно-сосудистых заболеваний у детей, подростков и молодых людей Кыргызской Республики. В 2013-2016гг. проводились кыргызско-японские международные научно-практические высокогорные экспедиции. Целью исследований было оказание медицинской помощи жителям высокогорных Алайской и Аксайской долин (3200-4000 м над уровнем моря).

Материал и методы:

Проведено углубленное обследование более 3000 жителей на высокогорьях в возрасте от 1 до 78 лет. В том числе 1000 детей и подростков от 1 года до 17 лет. Выявление антигена стрептококка группы А (СГА) из зева осуществлялось экспресс-тестами, также проводились инструментальные исследования (ЭКГ, двумерная эхокардиография). Диагноз ревматической лихорадки подтвержден в соответствии с диагностическими критериями ВОЗ при модификации критериев Джонса, Американской кардиологической ассоциации (АНА, 1999) и Всемирной федерации сердца (WHF, 2008).

Результаты:

У 96% обследованного контингента выявлено наличие хронических очагов инфекции (орофарингеальная, носоглоточная): тонзиллит, фарингит, кариес зубов, синусит и отит. 49% и 57,7% обследованных взрослых и детей соответственно – носители патогенного стрептококка группы А. У 72% положительных на стрептококк группы А обследованных выявлен суставной синдром различной степени тяжести. Кроме того, более 50% опрошенных жителей Алайской и Аксайской долин имеют различные заболевания, включая ревматические пороки сердца, ишемическую болезнь сердца, метаболический синдром и другие.

Заключение:

Острые и хронические болезни в высокогорьях подвергают значительно большему риску осложнений и смерти. Такие состояния нуждаются в своевременной неотложной медицинской помощи. Необходимо провести дальнейшие эпидемиологические исследования распространенности стрептококка группы А, ревматической лихорадки и ревматических пороков сердца во всех регионах, с дальнейшими иммуногенетическими исследованиями HLA, В-лимфоцитарного аллоантигена D 8/17 и серотипов стрептококка группы А для прогнозирования эпидемиологической ситуации по ревматическим порокам сердца в стране и совершенствования профилактической работы среди населения.

АТЕРОСКЛЕРОЗ И НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПЛЕЧЕВЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СТИЛ-СИНДРОМОМ

БАХМЕТЬЕВ А. С.¹, СУХОРУЧКИН А. А.², БАХМЕТЬЕВА М. С.³,
СУХОРУЧКИН В. А.¹, ЛОЙКО В. С.¹

¹ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского»,
²ООО «БизнесПРО», частная клиника «Медицинский центр», Саратов,

³ГБОУ ВПО «Кубанский ГМУ», Краснодар

Введение (цели/ задачи):

Выявить наличие и степень атеросклеротического поражения плечевых артерий (ПА) у пациентов с полным позвоночно-подключичным обкрадыванием (стил-синдром).

Материал и методы:

В период с марта 2015 по декабрь 2016 гг. при проведении триплексного сканирования брахиоцефальных артерий (ТС БЦА) выявлено 11 пациентов (мужчины – 8; средний возраст – 64,8 лет) с окклюзией подключичной артерии (ПКА) как минимум с одной стороны (полный стил-синдром). Из исследования были исключены пациенты с подозрением или с уже установленным диагнозом аутоиммунный артериит (артериит Такаюсу), с острыми нарушениями артериального кровообращения (тромбоэмболия ПКА), а также со стенозирующим поражением ПКА. Ультразвуковое исследование проводилось на базе отделения ультразвуковой и функциональной диагностики Клинической больницы им. С.П. Миротворцева СГМУ по стандартной методике на сканере экспертного класса Philips HD 11 XE с оценкой степени стенозирования (методика ECST) и параметров гемодинамики в ветвях дуги аорты. При выявлении окклюзии ПКА всем пациентам проводилось ТС артерий верхних конечностей с измерением толщины комплекса «интима-медиа» (ТКИМ) в обеих ПА. ТКИМ считали увеличенной при превышении 0,9 мм. Пациенты со стил-синдромом и с гемодинамически-значимым стенозом в бассейне ветвей дуги аорты консультированы сосудистым хирургом.

Результаты:

Все обратившиеся пациенты предъявляли жалобы на незначительную слабость в одной из верхних конечностях при умеренной физической нагрузке, на ослабление или отсутствие пульсации на лучевой артерии, а также на выраженную асимметрию (более 30/15 мм.рт.ст.) при измерении артериального давления или вовсе на невозможность его определения на уровне плеча (2 пациента; 18,2%). При проведении ТС БЦА стенозирующее атеросклеротическое поражение в бассейне сонных артерий выявлено у 8 (72,7%) пациентов с полным стил-синдромом (стеноз от 24,5 до 77,5% при сканировании в поперечном сечении; средняя степень стенозирования – 49,6%). Чаще всего бляшка была локализована в области бифуркации общей сонной артерии с переходом на приустьевой отдел внутренней сонной артерии (6 пациентов; 54,5%; двусторонний стеноз – в 4 случаях). У 2 пациентов (18,2%) выявлены распространенные нестенозирующие проявления в бассейне сонных артерий с максимальной ТКИМ до 1,4 мм (стеноз до 20% по ECST). Еще в 1 случае (9,1%) выявлена окклюзия левой общей сонной артерии пролонгированными атеросклеротическими массами. Окклюзия проксимального

сегмента ПКА у 10 пациентов (90,9%) обнаружена с одной стороны (слева – 6; справа – 4), у одного обратившегося – с обеих сторон. Вторым этапом проведено ТС артерий верхних конечностей. Ни в одном из случаев не выявлено стенозирующего атеросклеротического поражения плечевых артерий с обеих сторон. На стороне поражения (стил-синдром) регистрировался средне-амплитудный (средняя пиковая систолическая скорость кровотока – 47,75 см/сек) коллатеральный кровоток, значительно отличающийся по скоростным параметрам от контрлатеральной конечности. У 6 пациентов (54,5%) выявлено утолщение стенки ПА (средняя ТКММ 1,14 мм; max-1,25 мм). В 5 случаях (45,4%) ТКММ не превышала нормальных значений (средний показатель – 0,67 мм). Корреляции между степенью атеросклеротического поражения сонных артерий и ТКММ ПА не выявлено.

Заключение:

Ни в одном из случаев у пациентов с полным стил-синдромом не выявлено стенозирующего атеросклеротического поражения ПА даже несмотря на выраженные изменения кровотока в бассейне артерий пораженной верхней конечности. Начальные нестенозирующие проявления (утолщение стенки ПА) выявлены в 54,5% случаев.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КАТАСТРОФ СО СТОРОНЫ КОРОНАРНЫХ И ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Халмухамедов Б. Т., Дадабаева Н. А.

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время преобладающей патологией считается атеросклероз с излюбленной локализацией в коронарных, церебральных и брахиоцефальных сосудах. Поражение этих артерий прогностически неблагоприятно, так как приводит к таким осложнениям как инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения. Дуплексное УЗИ является отличным методом оценки тяжести поражения сонных артерий (СА). Цель исследования: изучить взаимосвязь состояния СА с осложнениями со стороны коронарных и церебральных сосудов (инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения).

Материал и методы:

Исследование проведено у 72 пациентов, 43 мужчин и 29 женщин в возрасте 46-78 лет. Помимо обще-клинического обследования было проведено дуплексное сканирование СА. Критериями исключения были острые сосудистые катастрофы, диффузные болезни соединительной ткани.

Результаты:

В результате были выявлены следующие изменения: извитость СА у 22 больных, стеноз у 50. Из них у 28 незначительный и у 22 значительный. Внутренняя СА (ВСА) в процесс была вовлечена у 46 больных, бифуркация у 16, наружная СА у 10. У 51 больного изменения были двухсторонние, у 21 односторонние. 19 слева и у 12 справа. На ЭКГ у 34 больных (47%) выявлялись рубцовые изменения, в основном у больных со стенозом СА. В анамнезе у больных с извитостью СА сосудистые катастрофы отмечались у 32% больных, при незначительном стенозе у 46% и при значительном у 93%, чаще всего в виде нарушения мозгового кровообращения.

Заключение:

Таким образом, в исследовании преобладали мужчины старшего возраста. У 70% был обнаружен атеросклероз, преимущественно значимый стеноз ВСА с двухсторонней локализацией. Осложнения были почти у всех больных при значительном сте-

нозе и меньше всего при извитости СА. Атеросклероз сосудов имеет тенденцию к прогрессированию и делает заболевания сердца и ЦНС основными причинами летального исхода этих пациентов. Ультразвуковой метод является амбулаторным, широко доступным, информативным и безопасным исследованием. Ремоделирование СА может служить индикатором тяжести состояния других сосудов.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ СОСУДОВ И КОЛИЧЕСТВОМ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ЭНДОТЕЛИОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Литвяков А. М., Афонина А. Ю.

ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/ задачи):

Основной причиной смертельных исходов у пациентов, страдающих ревматоидным артритом (РА), являются различные проявления атеросклероза, такие как ИБС, инфаркты головного мозга [1]. Атеросклеротические бляшки (АБ) вызывают сужение просвета сосуда, тем самым увеличивается скорость потока крови и возникает турбулентность. Эндотелиоциты утрачивают способность быть фиксированными на стенке сосуда и перемещаются в его просвет в свободную циркуляцию [2]. У пациентов с РА увеличивается содержание в крови циркулирующих эндотелиоцитов (ЦЭ) [3]. Цель. У пациентов, страдающих ревматоидным артритом, исследовать связь между количеством ЦЭ в крови и наличием атеросклеротических бляшек в артериях.

Материал и методы:

Основной причиной смертельных исходов у пациентов, страдающих ревматоидным артритом (РА), являются различные проявления атеросклероза, такие как ИБС, инфаркты головного мозга [1]. Атеросклеротические бляшки (АБ) вызывают сужение просвета сосуда, тем самым увеличивается скорость потока крови и возникает турбулентность. Эндотелиоциты утрачивают способность быть фиксированными на стенке сосуда и перемещаются в его просвет в свободную циркуляцию [2]. У пациентов с РА увеличивается содержание в крови циркулирующих эндотелиоцитов (ЦЭ) [3]. Цель. У пациентов, страдающих ревматоидным артритом, исследовать связь между количеством ЦЭ в крови и наличием атеросклеротических бляшек в артериях.

Результаты:

При УЗИ брюшного отдела аорты признаки атеросклеротического поражения были выявлены у 28 (70%) пациентов с РА. В том числе изменение контура сосуда в виде извитости - в 14 (35%), неоднородная структура сосудистой стенки – в 28 (70%) случаях. АБ на стенке брюшной аорты визуализированы у 24 (60%) пациентов с РА. УЗИ подвздошных артерий позволило обнаружить атеросклеротические изменения этих сосудов у 18 (45%) пациентов с РА. Извитость контура сосуда имела место у 6 (15%), неоднородность структуры стенки - у 14 (35%) и трехслойность акустического изображения артериальной стенки (выраженное утолщение интима-медиаляного слоя) - у 2 (5%) обследованных лиц. Атеросклеротические бляшки обнаружены у 8 (20%) пациентов. Во всех случаях атеросклеротические бляшки имели гомогенную структуру с ровной поверхностью и выступали в просвет сосуда на 3-4 мм. Продолжительность заболевания РА у пациентов с атеросклеротическими бляшками и без них существенно различалась. Лица с выявленными очагами атероматоза страдали РА в среднем 12±2,4 лет, без обнаруженных при УЗИ атеросклеротических бляшек - 5±2,7 лет. При исследовании ЦЭ, после фиксации и окраски мазков крови, эн-

дотелиоциты представляли собой достаточно крупные клетки. Форма ЦЭ отличалась полиморфизмом: они были округлыми, овальными, полигональными. Наиболее часто обнаруживались полигональные ЦЭ. Присутствие АБ в сосудах пациентов с РА ассоциировалось с достоверно более высоким уровнем ЦЭ. В крови пациентов с коротким анамнезом заболевания без выявленных АБ обнаружено 57 ± 17 ЦЭ/100 мкл, с наличием атеросклеротических бляшек - 112 ± 11 ЦЭ/100 мкл ($p < 0,05$).

Заключение:

1. У пациентов, страдающих ревматоидным артритом, с выявленными атеросклеротическими бляшками в артериях, в крови обнаружено большее количество циркулирующих эндотелиоцитов, чем у пациентов без выявленных бляшек. 2. Продолжительность заболевания ревматоидным артритом связана и с формированием атеросклеротических бляшек, и с увеличением количества циркулирующих эндотелиоцитов.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ С НАРУШЕНИЕМ ЖИРОВОГО ОБМЕНА У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С СУБКЛИНИЧЕСКИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

БАРБУК О. А., Бельская М. И., Жуйко Е. Н., Козлов И. Д. РНПЦ «Кардиология»

Введение (цели/ задачи):

Оценить взаимосвязь показателей, характеризующих жесткость артериальной сосудистой стенки с нарушением жирового обмена у лиц трудоспособного возраста с субклиническим атеросклерозом.

Материал и методы:

В исследование включались лица трудоспособного возраста от 25 до 50 лет, не предъявляющие жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы, подписавшие информированное согласие. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, включающее измерение офисного артериального давления (АД), оценку антропометрических данных (рост, вес, с расчетом индекса массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), определялась скорость распространения пульсовой волны (СПВР), с использованием аппарата SphygmoCor. Для верификации субклинического атеросклероза (СА) проводилось исследование брахиоцефальных артерий (БЦА) с использованием ультразвукового метода и мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с оценкой коронарного кальция.

Результаты:

Обследовано 85 трудоспособных нормотензивных лиц, средний возраст $40,3 \pm 6,24$ лет. Из них 36 (42,4 %) женщин и 49 (57,6 %) мужчин. По результатам УЗИ БЦА и МСКТ, субклинический атеросклероз выявлен у 46 (54,1%) пациентов, 39 (45,9%) лиц составили группу здоровых. Абдоминальное ожирение выявлено у 31 пациента (11 женщин и 20 мужчин) с бессимптомным атеросклерозом, что составило 67,4 %, в то время как в группе здоровых лиц только у 33,3 % (13 человек из них 9 мужчин и 4 женщины) окружность талии превышала нормальные значения ($?2 = 21,8$; $p < 0,001$). Причем достоверно окружность талии была увеличена как у мужчин, так и у женщин с СА по сравнению со здоровыми лицами (мужчины: $97,4 \pm 8,2$, $87,8 \pm 8,6$ см, соответственно, $p = 0,001$; женщины: $84,9 \pm 11,9$, $74,3 \pm 11,5$ см, соответственно, $p = 0,01$). Также отмечалось повышение ИМТ (выше 25 кг/м^2) у 84,8 % пациентов с бессимптомным атеросклерозом и у 38,5 % здоровых. У пациентов с СА СРПВ составила $8,7 \pm 1,5$ м/сек, что не превышало нормальных значений (N до 10 м/сек). Однако дополнительные показатели, характеризующие

состояние сосудистой стенки (аорты) были достоверно выше у пациентов с субклиническим атеросклерозом по сравнению со здоровыми лицами, что свидетельствует о развитии процессов ремоделирования сосудистой стенки и повышения ее жесткости. Отмечалось увеличение индекса аугментации до $26,4 \pm 13,16\%$, ($16,9 \pm 13,4\%$, $p = 0,005$), давления аугментации $10,8 \pm 6,2$ мм рт.ст. ($5,6 \pm 4,7$ мм рт.ст., $p = 0,0003$) и стандартного индекса $21,5 \pm 14,3\%$ ($11,5 \pm 12,9\%$, $p = 0,001$) на фоне повышения систолического давления в аорте ($129,6 \pm 19,8$; $109,9 \pm 11,82$ мм рт.ст., соответственно, $p = 0,0002$) и пульсового давления ($39,1 \pm 9,1$; $32,3 \pm 5,5$ мм рт.ст., соответственно, $p = 0,001$), что свидетельствует о повышении жесткости артериальных сосудов у пациентов с атеросклерозом на доклинической стадии. В группе с бессимптомным течением атеросклероза выявлены достоверные отрицательные корреляционные взаимосвязи ИМТ и ОТ с показателями, характеризующими жесткость сосудистой стенки (ОТ с индексом аугментации $r = -0,50$, со стандартным индексом $r = -0,42$, $p < 0,05$; ИМТ с индексом аугментации $r = -0,51$, со стандартным индексом $r = -0,45$, $p < 0,05$). Одновременно в этой же группе отмечалось достоверное увеличение содержания висцерального жира по сравнению со здоровыми лицами ($78,4 \pm 35,40 \text{ см}^3$, $43,9 \pm 27,68 \text{ см}^3$, $p = 0,0001$), коррелирующее с ИМТ и ОТ ($r = 0,57$, $r = 0,80$, соответственно, $p < 0,05$). Такие же положительные взаимосвязи ИМТ и ОТ с содержанием висцерального жира выявлены и у здоровых лиц ($r = 0,72$, $r = 0,81$, соответственно, $p < 0,05$).

Заключение:

Таким образом, у пациентов с субклиническим атеросклерозом часто встречается нарушение жирового обмена и абдоминальное ожирение в тесной взаимосвязи с повышением жесткости артериальных сосудов, что свидетельствует о развитии процессов ремоделирования сосудистой стенки и создании субстрата для формирования атеросклеротических бляшек.

ВЛИЯНИЕ АТОРВАСТАТИНА НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Шолкова М. В., Доценко Э. А.

БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/ задачи):

Оценить влияние аторвастатина у пациентов с сочетанием гиперлипидемии и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) на функцию эндотелия.

Материал и методы:

Проспективное рандомизированное открытое исследование проводилось на базе учреждения здравоохранения «6-я городская клиническая больница» г. Минска. Были включены пациенты в возрасте 40-65 лет, с гиперлипидемией при риске фатального сердечно-сосудистого события по шкале SCORE выше 1%, с верифицированным диагнозом ХОБЛ не ранее чем через 2 недели после обострения заболевания. Пациенты случайным образом были разделены на две группы. В группе 1 (группа вмешательства) в дополнение к стандартной терапии назначался аторвастатин в дозе 20 мг в сутки (производство РУП «Белмедпрепараты», Беларусь). В группе 2 (группа контроля) пациенты получали только стандартное лечение, включавшее ингаляционные ?2 агонисты, М холиноблокаторы, глюкокортикостероиды или их комбинации. Наблюдение за пациентами велось на протяжении 24 недель (исходно- визит 1, через 24 недели – визит 2). Пациентам проводились тест шестиминутной ходьбы и проба с эндотелий-зависимой вазодилатацией (ЭЗВД) плечевой артерии по методике Celermayer et al (1992). Эндоте-

лий зависимость вазодилатация менее 10% и вазоконстрикция расценивались как признаки эндотелиальной дисфункции. Статистическая обработка проводилась при помощи программы Statistica 10. Для оценки характера распределения в совокупности по выборочным данным использовался тест Колмогорова-Смирнова. Для сравнения двух групп из совокупностей с нормальным распределением применялся t-критерий Стьюдента. При анализе данных, имеющих распределение, отличное от нормального, использовались непараметрические статистические методы. Средние значения количественных признаков при нормальном распределении представлены в виде $M \pm m$ (M – среднее выборочное, m – стандартное отклонение). Для величин с отличным от нормального распределением указана медиана (Me) и межквартильный диапазон. Для сравнения двух групп применялся U-критерий Манна-Уитни. Анализ количественных данных при повторных измерениях проводился при помощи критерия Вилкоксона. Статистически значимыми считались различия данных и корреляции между данными при $p < 0,05$.

Результаты:

Обследовано 33 пациента (82% мужчин, 18% женщин); средний возраст $58,6 \pm 6,1$ лет. В группу 1 вошло 23, в группу 2 – 10 пациентов. Группы были сравнимы по основным социально-демографическим и клиническим характеристикам. Анализ эндотелиальной функции выявил существенное увеличение диаметра плечевой артерии после проведения компрессионной пробы в группе 1 через 24 недели приема аторвастатина (с $5,1 (4,6-5,7)$ до $5,6 (5,4-6,0)$ мм, $p=0,049$) и нормализацию эндотелиальной функции (ЭЗВД увеличилась с $5,7 (2,3-12,2)\%$ до $15,5 (12,2-17,4)\%$ ($p=0,028$)). В группе контроля диаметр плечевой артерии изменился с $4,3 (4,3-4,6)$ до $4,6 (4,5-5,1)$ мм, а ЭЗВД даже снизилась (с $10 (7,5-13,9)\%$ до $3,8 (-1,3-11,5)\%$), хотя различия были статистически незначимы ($p > 0,05$). Результаты теста шестиминутной ходьбы продемонстрировали тенденцию к увеличению пройденного расстояния у пациентов, принимавших аторвастатин (с $320 (290-380)$ до $345 (250-390)$ метров), тогда как в группе контроля пройденное расстояние уменьшилось (с $385 (260-410)$ до $375 (355-415)$ метров), хотя различия не достигали уровня статистической значимости ($p > 0,05$). Данный результат ценен, поскольку побочный эффект аторвастатина – миопатия – может снижать переносимость физической нагрузки, однако пациентов с ХОБЛ прием аторвастатина даже незначительно улучшил ее переносимость.

Заключение:

Прием аторвастатина у пациентов с ХОБЛ на протяжении 24 недель нормализует эндотелиальную функцию (ЭЗВД увеличилась с $5,7 (2,3-12,2)\%$ до $15,5 (12,2-17,4)\%$ ($p=0,028$)). Результаты теста шестиминутной ходьбы улучшились у пациентов, принимавших аторвастатин (с $320 (290-380)$ до $345 (250-390)$ метров), тогда как в группе контроля пройденное расстояние уменьшилось (с $385 (260-410)$ до $375 (355-415)$ метров), хотя различия не достигли уровня статистической значимости.

НОВЫЕ АСПЕКТЫ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ПЕРФУЗИИ МИОКАРДА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ ВЫРАЖЕННОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ

МАРТИРОСЯН Л. А., СЕРГИЕНКО И. В., АНШЕЛЕС А. А.
ФГБУ РК НПК Минздрава РФ, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Влияние терапии статинами на перфузию миокарда у пациентов с гиперхолестеринемией по данным однофотонно-эмиссионной компьютерной томографии (ОЭКТ) с ^{99m}Tc -МИБИ.

Материал и методы:

В исследование включено 47 пациентов с уровнем общего холестерина более $7,5$ ммоль/л и/или ХС ЛНП более $4,9$ ммоль/л, без клинических признаков ИБС. Всем пациентам, а также 10 здоровым добровольцам, выполнена ОЭКТ миокарда с ^{99m}Tc -МИБИ по протоколу покой/нагрузка, с КТ-коррекцией поглощения. Рассчитывали стандартные количественные показатели перфузии, а также два новых параметра для оценки тяжести дефекта (?sev) и неравномерности (?het) включения РФП в миокард ЛЖ. Оценивалась динамика начальных нарушений и неравномерности перфузии у пациентов, принимавших статины в течение 1 года, по сравнению некомплаентными пациентами.

Результаты:

Количественная оценка начальных нарушений и неоднородности перфузии миокарда левого желудочка по данным ОЭКТ с помощью предложенных параметров ?sev и ?het в большей мере, чем стандартные параметры, отражает экспертную визуальную интерпретацию результатов ОЭКТ миокарда. У пациентов с ГХС визуально отмечается более выраженная неравномерность включения РФП в миокард ЛЖ, по сравнению с контрольной группой, Rest ?het = $6,5 \pm 1,2$ и $5,9 \pm 0,9$, соответственно, $p < 0,01$. Имеется положительная корреляция Rest ?sev и ?het с уровнем ОХС и ХС ЛНП ($r=0,33$, $p < 0,01$; $r=0,37$, $p < 0,01$; $r=0,29$, $p=0,02$; $r=0,32$, $p=0,01$, соответственно). Связей количественных показателей неравномерности перфузии с уровнем ХС ЛВП и ТГ не выявлено. В группе пациентов, принимавших статины, визуальное ухудшение перфузии миокарда ЛЖ отмечалось в 18% случаев, в группе некомплаентных – у 35%, изменение параметра stress ?het составило $-0,2 \pm 1,6$ и $0,7 \pm 1,6$, соответственно ($p=0,05$).

Заключение:

У пациентов с выраженной ГХС визуально отмечаются начальные нарушения или неравномерность перфузии миокарда, которые можно количественно оценить с помощью параметров ?sev и ?het. На фоне терапии статинами отмечается менее выраженное усугубление нарушений перфузии, чем у некомплаентных пациентов.

ОСОБЕННОСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С РАЗЛИЧНЫМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ АНАМНЕЗОМ

ЧУКАЕВА И. И.¹, АХМАТОВА Ф. Д.¹, КУРБАТОВА З. Ю.²,
МОХОВ А. Е.², БИЛИЧ А. Г.²

¹ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Минздрава России, г. Москва, РФ

²ГБУЗ Городская клиническая больница №13

ДЗ г. Москвы

Введение (цели/ задачи):

В момент развития первого инфаркта миокарда (ИМ) атеросклеротические изменения коронарных артерий не всегда бывают тяжелыми, нередко случаи развития инфаркта миокарда без какого-либо сердечно-сосудистого анамнеза у лиц не имевших стенокардии (СТ) или положительных результатов нагрузочных тестов. Использование различных методов визуализации может помочь в своевременной диагностике коронарного атеросклероза и стратификации сердечно-сосудистого риска. Цель исследования: оценка атеросклеротических изменений коронарных артерий у больных острым инфарктом миокарда с различным сердечно-сосудистым анамнезом.

Материал и методы:

В исследовании принимали участие 2 группы больных ИМ: 1-я группа в момент поступления в стационар не имела сердечно-сосудистого анамнеза, диагноз ИБС был верифицирован в момент развития ИМ, продолжительность ИБС - 0 [0; 0] лет; 2-я группа имела в анамнезе стенокардию напряжения, продолжительность ИБС составила 1 [0,5; 3] год, $p < 0,0001$. В 1 группу включено 38 больных ИМ, медиана возраста - 56 [50; 61] лет, мужчин - 87%, женщин - 13%; во 2 группу включено 27 больных СТ, медиана возраста - 51,5 [47; 59] лет, мужчин - 85%, женщин - 15%, $p > 0,05$. Группы не различались по уровню липидов крови: в 1 группе ХС ЛПНП - 3,6 [3,0; 4,1] моль/л, ТГ - 2,1 [1,5; 2,7] моль/л; во 2 группе - ХС ЛПНП - 3,9 [2,9; 4,8] моль/л, ТГ - 2,2 [1,7; 2,8] моль/л, $p > 0,05$. 1 и 2 группа были сопоставимы по частоте курения - 76% и 70%, АГ - 76% и 89%, объему талии - 1 группа - 103 [96; 107] и 103 [96; 110] см, $p > 0,05$. Всем больным была проведена МСКТ коронарных артерий с определением объема коронарного кальция (мм3) и коронарография с оценкой стенозирования КА.

Результаты:

Во 2 группе, в отличие от 1-й, отмечались стенозирующие изменения ствола левой коронарной артерии - медиана 25 [0; 50]%, $p < 0,0001$; стенозы правой коронарной артерии в проксимальном сегменте - медиана значений 30 [0; 70]%, $p < 0,04$ и дистальном сегменте - медиана значений 35 [0; 95]%, $p < 0,02$. Атеросклеротических изменений указанных сегментов коронарных артерий у больных 1 группы не выявлено. В остальных сегментах коронарных артерий степень стенозирования была сопоставима в обеих группах.

Величина суммарного объема коронарного кальция в 1 и 2 группе не различались: в 1 группе - 59 [17; 205] мм3, во 2 группе - 107 [47; 444] мм3, $p > 0,05$. Показатели кальциноза основных коронарных артерий также не различались в 1 и 2 группе: передней межжелудочковой ветви - 41 [14; 114] и 31 [8; 123] мм3, $p > 0,05$; правой коронарной артерии - 3 [0; 70] и 8 [0; 95] мм3, $p > 0,05$; огибающей артерии - 2 [0; 17] и 13 [0; 32] мм3, $p > 0,05$.

Заключение:

Показатели кальциноза коронарных артерий с одинаковой частотой отмечаются как у больных с сердечно-сосудистым анамнезом, так и асимптомных больных, тогда как стенозирующие изменения коронарных артерий выявляются преимущественно у лиц с симптомами стенокардии. Выявление коронарного кальциноза у асимптомных больных может применяться в стратификации сердечно-сосудистого риска для своевременного выявления коронарного атеросклероза и проведения полного объема профилактических мероприятий сердечно-сосудистых осложнений.

ПОВЫШЕННАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ЛИПОПРОТЕИДА(А) И НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫЙ ФЕНОТИП АПОБЕЛКА(А) – ФАКТОРЫ РИСКА СТЕНОЗИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ

Тмоян Н. А., Ежов М. В., Афанасьева О. И., Клесарева Е. А., Разова О. А., Балахонова Т. В., Покровский С. Н.
ФГБУ РК НПК Минздрава РФ, г. Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Липопротеид(а) [Лп(а)] рассматривается как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза. В настоящее время недостаточно данных о роли Лп(а) и фенотипов апобелка(а) [апо(а)] в развитии стенозирующего атеросклероза сонных артерий. Целью исследования явилось изучение связи Лп(а) и фенотипов апо(а) со стенозирующим

атеросклерозом сонных артерий.

Материал и методы:

В исследование включили 211 пациентов (средний возраст 66 ± 10 лет) со стенозирующим (75%) атеросклерозом сонных артерий (группа I) и 513 пациентов (средний возраст 54 ± 10 лет) без стенозирующего атеросклероза сонных артерий (группа II), проходивших обследование в Российском кардиологическом научно-производственном комплексе. Ишемическая болезнь сердца была верифицирована у 150 пациентов (71%) группы I и 290 пациентов (57%) группы II. В исследование не включали пациентов со стенозирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей. У всех пациентов в сыворотке крови выполнено определение уровня липидов, Лп(а) и фенотипирование апо(а).

Результаты:

Группы были сопоставимы по полу, частоте ожирения и курения. Средний возраст ($p < 0,01$), частота артериальной гипертонии (87% и 55%, $p < 0,01$) и сахарного диабета (27% и 13%, $p < 0,01$) были выше в группе I, чем в группе II. Концентрация Лп(а) у пациентов со стенозирующим атеросклерозом сонных артерий была выше, чем у пациентов без стенозирующего атеросклероза сонных артерий: 40 ± 44 и 31 ± 35 мг/дл, $p = 0,001$, соответственно. Повышенный уровень Лп(а) (> 30 мг/дл) в группе I встречался чаще, чем в группе II: 45% и 35%, $p = 0,01$ и ассоциировался с увеличением вероятности стенозирующего атеросклероза сонных артерий: отношение шансов (ОШ) 1,5; 95% доверительный интервал (ДИ) 1,1-2,1; $p = 0,01$. У пациентов со стенозирующим атеросклерозом сонных артерий низкомолекулярный фенотип апо(а) встречался чаще, чем без стенозирующего атеросклероза сонных артерий: 49% и 38%, $p = 0,04$, соответственно. Наличие низкомолекулярного фенотипа апо(а) ассоциируется с увеличением вероятности наличия стенозирующего атеросклероза сонных артерий: ОШ 1,5; 95% ДИ 1,1-2,1; $p = 0,01$. Больные из группы I существенно чаще принимали статины, чем из группы II: 181 (86%) и 122 (24%) человека, соответственно. В группе I средний уровень общего холестерина, триглицеридов и холестерина липопротеидов низкой плотности были ниже, чем в группе II: $5,1 \pm 2,0$ и $6,3 \pm 1,3$ ммоль/л, $p < 0,01$, $1,7 \pm 1,0$ и $2,1 \pm 0,9$ ммоль/л, $p < 0,01$, $3,1 \pm 1,9$ и $4,1 \pm 1,2$ ммоль/л, $p < 0,01$, соответственно.

Заключение:

Повышенный уровень липопротеида(а) и наличие низкомолекулярного фенотипа апо(а) являются факторами риска стенозирующего атеросклероза сонных артерий.

СВЯЗЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА СYP3A5 И SLC01B1 С МЫШЕЧНЫМИ СИМПТОМАМИ, ВЫЗВАННЫМИ СИМВАСТАТИНОМ У БОЛЬНЫХ ИБС

Шек А. Б., Курбанов Р. Д., Абдуллаева Г. Ж., Нагай А. В., Алиева Р. Б., Хошимов Ш. У., Низамов У. И.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ

Введение (цели/ задачи):

Изучить возможное влияние полиморфизма генов СYP3A5 (6986A>G), СYP2C9 (430C>T), СYP2C9 (1075A>C), SLC01B1 (521T>C) и VCRP (ABCG2, 421C>A) на возникновение мышечных симптомов при лечении симвастатином у больных ишемической болезнью сердца, этнических узбеков.

Материал и методы:

В исследование по методу «случай-контроль» были включены 63 больных с хронической ишемической болезнью сердца (ИБС). Группу «случай» составили 13 пациентов, у которых были зарегистрированы клинические симптомы миопатии, у 4 из них

одновременно отмечено повышение уровня трансминаз >3 раз. В группу «контроль» были включены 50 пациентов с хронической ИБС, без побочных эффектов при лечении симвастатином. Генотипирование было выполнено PCR-RFLP методом.

Результаты:

При сравнении распространённости наиболее часто встречающихся гомозиготных генотипов с вариантными, оказалось, что в группе «случай» преобладал генотип *3/*3 гена CYP3A5 (ОШ 8,56; 95% ДИ 2,14-34,1; P=0,003). При сравнении частоты распределения аллелей гена SLC01B1 в группе случай преобладало носительство аллели С (ОШ 3,54; 95%; ДИ 1,35-9,27; ??=5,7; P=0,017).

Заключение:

У больных ИБС, этнических узбеков, носительство генотипа *3/*3 гена CYP3A5 и аллеля С гена SLC01B1 ассоциировано с мышечными симптомами вызванными симвастатином.

ТОЛЩИНА ИНТИМА-МЕДИА И НЕИНВАЗИВНЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ДОКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ В ВОЗРАСТЕ ДО 55 ЛЕТ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА ДУПЛЕКС-2013

Гайсёнок О. В.¹, Трифонова С. С.¹, Леонов А. С.¹, Шаталова И. В.¹, Затеищиков Д. А.²

¹ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» УДП РФ,

²ФГБУ «Центральная Государственная Медицинская Академия» УДП РФ

Введение (цели/ задачи):

Оценить степень толщины интима медиа (ТИМ) и наличие атеросклеротической бляшки (АБ) в сонных артериях в рамках диагностики доклинического атеросклероза у контингента пациентов ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» Управления Делами Президента РФ.

Материал и методы:

Формирование когорты исследования проводилось на правилах формирования регистра. В настоящее исследование были включены все пациенты, проходившие амбулаторное и стационарное обследование и лечение на базе ФГБУ ОБП УД Президента РФ в 2013г. Референсным методом, послужившим критерием включения в исследование, было выполненное дуплексное сканирование сонных артерий в рамках проводимого обследования. Таким образом, последовательно в исследование были включены 2718 пациента, которые составили базу данных Регистра Дуплекс-2013. После отбора пациентов по возрастному критерию 55 лет и младше группа исследования составила 1037 человек.

Результаты:

В зависимости от величины ТИМ и отсутствия или наличия АБ в сонных артериях по результатам анализа все пациенты были разделены на следующие группы: 1) нет изменений – 387 пациентов (37,2%); 2) увеличение ТИМ более 1,0мм – 336 пациентов (32,4%); 3) наличие АБ – 57 пациентов (5,5%); 4) ТИМ>1,0мм+АБ – 254 пациента (24,5%).

Заключение:

По данным собственного исследования можно констатировать большую в сравнении с официальными данными распространенность атеросклеротического поражения сонных артерий у пациентов молодого и среднего возраста в отечественной популяции. Все это указывает на целесообразность рутинного применения метода дуплексного сканирования сонных артерий на предмет раннего выявления доклинического атеросклероза, что

позволяет охватить патогенетически-обусловленной гипополипидемической терапией более широкую аудиторию пациентов.

ГЕНЕТИКА И ФАРМАКОГЕНЕТИКА

АНАЛИЗ ФАРМАГЕНЕТИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ РААС У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Волкова С. Ю.¹, Томашевич К.А.², Солобоева М. Ю.³, Пантеева Е. В.¹

¹ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России,

²МСЧ «Нефтяник»,

³ОКБ № 1 КДЛ ОТДЕЛ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Введение (цели/ задачи):

Оценка взаимосвязи влияния применяемых групп фармакологических препаратов на исходы заболевания у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в зависимости от генетических полиморфизмов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС).

Материал и методы:

В исследование было включен 51 пациент (27 женщин и 24 мужчин, средний возраст 73,1 ± 11,3 года) с клинически выраженной ХСН, госпитализированных в МСЧ «Нефтяник». Пациенты получали стандартную терапию ХСН, соответствующую современным Российским рекомендациям. При помощи анализа геномной ДНК методом ПЦР «SNP -экспресс» с последующей электрофоретической детекцией определялся полиморфизм A1166C рецептора типа I ангиотензина-II (AGTR1), полиморфизмы T174M и M235T гена ангиотензиногена (AGT), полиморфизм гена ангиотензинпревращающего фермента (ACE). Проведена оценка конечной точки исследования (летальный исход) на протяжении 4-х лет наблюдения данной когорты пациентов (средний срок наблюдения составил 325,8 ± 291,5 дней) с анализом фармакогенетической взаимосвязи по основным группам препаратов, применяемых для лечения ХСН: ингибиторы ангиотензин превращающего фермента (ИАПФ), бета – адреноблокаторы (БАБ), диуретики, антагонисты альдостерона (АА), дигоксин, а также антагонистов кальция (АК).

Результаты:

Проведено сопоставление частоты генотипов РААС с исходами у больных ХСН. Статистический анализ (метод Каплана-Мейера) не показал ассоциаций генетических полиморфизмов РААС с летальным исходом. Значимые фармакогенетические ассоциации и их влияние на выживаемость были определены для аллели Del гена ACE, среди больных, получающих ИАПФ (p<0,06); а также, для полиморфизмов T174M –AGT. Так, для АА анализ Каплана-Мейера показал большую кумулятивную выживаемость среди больных, не имевших аллель 174Met гена AGT, по сравнению с теми, у кого в генотипе была данная аллель (p=0,012). Аналогичные данные получены для полиморфизмов T174M –AGT среди лиц, принимавших БАБ. Большая кумулятивная выживаемость была отмечена среди лиц не имевших аллель 174Met гена AGT, по сравнению с теми, у кого в генотипе была данная аллель (p=0,004). Причем расхождение кривых выживаемости во всех случаях начиналось с первых недель

наблюдения. Для ряда групп лекарственных препаратов, таких как: диуретики, дигоксин, АК; в нашем исследовании не было найдено фармакогенетических ассоциаций.

Заключение:

Результаты нашего исследования (даже на небольшой выборке пациентов) показали, что желательно учитывать генетический полиморфизм РААС при назначении медикаментозной терапии, в рамках стандартов и клинических рекомендаций, что имеет несомненное значение для долгосрочной выживаемости этой группы больных.

НЕКОТОРЫЕ ФАРМАГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АНТАГОНИСТОВ АЛЬДОСТЕРОНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Волкова С. Ю.¹, Томашевич К. А.², Солобоева М. Ю.³, Шевелева О. Е.¹

¹ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России,

²МСЧ «Нефтяник»,

³ОКБ № 1 КДЛ ОТДЕЛ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАН

Введение (цели/ задачи):

Оценка взаимосвязи влияния применяемых групп фармакологических препаратов, в частности антагонистов альдостерона (АА) на исходы заболевания у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в зависимости от генетических полиморфизмов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС).

Материал и методы:

В исследование было включен 51 пациент (27 женщин и 24 мужчин, средний возраст $73,1 \pm 11,3$ года) с клинически выраженной ХСН, госпитализированных в МСЧ «Нефтяник». Пациенты получали стандартную терапию ХСН, соответствующую современным Российским рекомендациям. При помощи анализа геномной ДНК методом ПЦР «SNP -экспресс» с последующей электрофоретической детекцией определялся полиморфизм А1166С рецептора типа I ангиотензина-II (AGTR1), полиморфизмы Т174М и М235Т гена ангиотензиногена (AGT), полиморфизм гена ангиотензинпревращающего фермента (АСЕ). Проведена оценка конечной точки исследования (летальный исход) на протяжении 4-х лет наблюдения данной когорты пациентов (средний срок наблюдения составил $325,8 \pm 291,5$ дней) с анализом влияния фармакогенетической взаимосвязи.

Результаты:

Значимые фармакогенетические ассоциации и их влияние на выживаемость пациентов, в нашем исследовании были определены для полиморфизмов Т174М –АГТ. Так, для АА анализ Каплана-Мейера показал большую кумулятивную выживаемость среди больных, не имевших аллель 174Met гена АГТ, по сравнению с теми, у кого в генотипе была данная аллель ($p=0,012$). Доля выживших среди принимавших АА составила 94,7% у лиц с отсутствием аллели 174Met против 71,4% в группе с наличием аллели 174Met ($p=0,041$). Причем расхождение кривых выживаемости также начиналось с первых недель наблюдения. Средний срок наблюдения за пациентами, получавшими АА, с генотипом не имевшем аллели 174Met (генотип Тht174Thr) составил $937,3 \pm 49,8$ дней против $548,6 \pm 09,1$ дней, среди лиц с генотипами, включающими в себя аллель 174Met (генотипы Thr174Met и Met174Met) ($p=0,0001$).

Заключение:

Достаточно интересным представляется тот факт, что из представленных генетических полиморфизмов РААС, в нашем ис-

следовании значимое фармакогенетическое влияние на выживаемость пациентов с ХСН, принимающих АА оказал только полиморфизм Т174М, причем значимое влияние на выживаемость оказало отсутствие измененной аллели 174Met. Результаты нашего исследования (даже на небольшой выборке пациентов) показали, что желательно учитывать генетический полиморфизм РААС при назначении медикаментозной терапии, даже в рамках стандартов и клинических рекомендаций.

ОЦЕНКА ПОЛИМОРФИЗМА ARG389GLY ГЕНА ADRB1 У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У. К.¹, Алиева Т. А.²

¹РСНПМЦ ТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ,

²ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/ задачи):

Оценить полиморфизм Arg389Gly гена ADRB1 у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы:

Обследовано 72 больных мужского пола, в возрасте от 40 до 55 лет с ХСН. Все больные были разделены на две группы по функциональному классу (ФК) ХСН согласно Нью-йоркской классификации кардиологов (NYHA): 1-ую группу составили 35 больных ХСН II ФК и 2-ую группу - 37 больных ХСН III ФК. Контрольную группу составили 50 здоровых добровольцев. Генотипирование гена ADRB1 проводилось методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Результаты:

У больных ХСН частота встречаемости генотипа Arg/Arg была выше по сравнению с контрольной группой 65.4% против 56.7%. Согласно коэффициенту соотношения шансов, риск развития ХСН при наличии генотипа Arg/Arg увеличивается в 1,4 раза ($?2=1.4$; $P=0.2$; $OR=1.4$; $95\%CI 0.7793, 2.689$). Близким к значимым различиям оказалось и снижение частот генотипа Arg/Gly гена ADRB1 среди пациентов 32.1% в отношении контрольной группы 43.3%, что можно рассматривать гетерозиготного генотипа как защитный фактор развития заболевания ($?2=2.3$; $P=0.1$; $OR=0,6$; $95\% CI 0,3307, 1,156$). Интересно отметить, в группе больных нами была выявлена тенденция к увеличению числа носительства гомозиготного генотипа Gly/Gly. Частота встречаемости данного функционально неблагоприятного генотипа составляла 2,5%. В исследованной группе здоровых доноров данный генотип не был обнаружен.

Заключение:

Носительство гомозиготного генотипа Gly/Gly гена ADRB1 является неблагоприятным прогностическим маркером в развитии ХСН.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА БРУГАДА

Табаров А. И.¹, Рачабзода М. Э.¹, Урунбаева Д. С.²

¹ГУ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ РТ,

² ГОУ ИПОвСЗРТ

Введение (цели/ задачи):

Синдром Бругада – это наследственное заболевание, обусловленное мутацией гена SCN5A, расположенного в плече 3-й хромосомы, кодирующий биосинтез белковых субъединиц натриевого канала кардиомиоцитов. Наследуется аутосомно-доминантный часто у мужчин. Встречается у 0,36 % населения Азии, 0,25 населения Европы и 0,03 % населения Америки. Впервые синдром

Бругада был описан братьями Pedro и Josef Brugada-испанские врачи кардиологи. Данный синдром является ведущей причиной необъяснимого внезапной смертью (SUDS-sudden unexplained death syndrome). Впервые в 1992 году синдром был описан у лиц страдающих остановкой сердца вследствие фибрилляции желудочков с характерными ЭКГ-изменениями. Относительно недавно Антзелевич описал мутацию L-тип кальциевых каналов ведущие к элевации ST с относительным коротким интервала QT (менее 0,36). Некоторые симптомы которые помогают выявление этой болезни являются: синкопальное состояние, нерегулярные и хаотичные сердцебиение. В некоторых случаях болезнь обнаруживается при снятие ЭКГ, которые бывает временными или постоянными. Для выявления скрытой формы синдрома Бругада необходимо провести пробу с антиаритмическими препаратами группы IA и IC. В зависимости от ЭКГ различают 3 типа синдрома Бругада. Характерные изменения ЭКГ кроме стойкой элевации сегмента ST, еще бывает неполная, или полная блокада правой ножки пучка Гисса, удлинение интервала PQ с зубцом S в боковых отведениях. Основные симптомы это головокружение, обмороки и чувство сердцебиения, т.е. симптомы, которые характерны для нарушения сердечного ритма с понижением АД. Клинически это синдром в большинстве случаев может протекать бессимптомно. Цель: Определить кардинальные диагностические критерии синдрома Бругада (СБ).

Материал и методы:

Нами проанализированы клиничко-электрокардиографически характеристики 5 больных с верифицированным СБ. У каждого из этих больных проанализировано в динамике не менее 4-х ЭКГ, которые рассмотрены с клиническими данными больных

Результаты:

За период 2013-2015 год в кардиологической клинике ГУ РКЦК выявлены 5 больных с синдромом Бругада, поступившие с предварительным диагнозом острым коронарным синдромом с элевации сегмента ST, которые составляли 1,1% от общего числа больных острым коронарным синдромом. В 3-х случаях (60 %) клинические проявления отмечены синкопальное состояние, а в 1 случае синдром тахикардии. У одного отмечено бессимптомное течение. У всех больных было взято кровь на тропонин I, результаты которые были отрицательными. ЭКГ до выписки не изменялось, т.е. застывшая элевация сегмента ST и были проведены нагрузочные пробы, которые были отрицательными. Больные были выписаны с рекомендации установление имплантанта внутрисердечного дефибриллятора. Нельзя забыть о том, что синдром Бругада является основным причиной внезапной смерти населения, т.е. нет симптомов для обращения к врачу. Средняя продолжительность жизни больных 40 лет.

Заключение:

На основании проведенных исследований можно выделить основные моменты: это комплексное обследование (тропонин, анамнез (семейный анамнез, внезапная смерть у ближайших родственников), клиника, ЭКГ (включая архивные), ЭХОКГ, нагрузочные пробы) и холтеровское мониторирование ЭКГ.

ФАРМАГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Волкова С. Ю.¹, Томашевич К. А.², Солобоева М. Ю.³, Шевелева О. Е.¹

¹ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России,

²МСЧ «Нефтяник», ³ОКБ № 1, КДЛ

Введение (цели/ задачи):

Оценка взаимосвязи влияния применяемых групп фармакологических препаратов, в частности бетаадреноблокаторов (БАБ) на исходы заболевания у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в зависимости от генетических полиморфизмов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС).

Материал и методы:

В исследование было включено 51 пациент (27 женщин и 24 мужчин, средний возраст $73,1 \pm 11,3$ года) с клинически выраженной ХСН, госпитализированных в МСЧ «Нефтяник». Пациенты получали стандартную терапию ХСН, соответствующую современным Российским рекомендациям. При помощи анализа геномной ДНК методом ПЦР «SNP -экспресс» с последующей электрофоретической детекцией определялся полиморфизм A1166C рецептора типа I ангиотензина-II (AGTR1), полиморфизмы T174M и M235T гена ангиотензиногена (AGT), полиморфизм гена ангиотензинпревращающего фермента (ACE). Проведена оценка конечной точки исследования (летальный исход) на протяжении 4-х лет наблюдения данной когорты пациентов (средний срок наблюдения составил $325,8 \pm 291,5$ дней) с анализом фармакогенетической взаимосвязи.

Результаты:

Значимые фармакогенетические ассоциации и их влияние на выживаемость пациентов, в нашем исследовании были определены для полиморфизмов T174M – AGT, среди лиц, принимавших БАБ. Большая кумулятивная выживаемость была отмечена среди лиц не имевших аллель 174Met гена AGT, по сравнению с теми, у кого в генотипе была данная аллель ($p=0,004$). При этом расхождение кривых выживаемости начиналось с первых недель наблюдения. Доля выживших среди принимавших БАБ составила -100% у лиц с отсутствием аллели 174Met, против 70% в группе с наличием аллели 174Met ($p=0,026$). Средний срок наблюдения за пациентами, получавшими БАБ, с генотипом не имевшем аллели 174Met составил $537,3 \pm 73,9$ дней против $227,03 \pm 53,8$ дней, среди лиц с генотипами, включающими в себя аллель 174Met ($p=0,001$).

Заключение:

Достаточно интересным представляется тот факт, что из представленных генетических полиморфизмов РААС, в нашем исследовании фармакогенетическое влияние на выживаемость пациентов с ХСН, принимающих БАБ оказал только полиморфизм T174M, причем значимое влияние на выживаемость оказало отсутствие измененной аллели 174Met. Таким образом, результаты нашего исследования (даже на небольшой выборке пациентов) показали, что желателно учитывать генетический полиморфизм РААС при назначении медикаментозной терапии, даже в рамках стандартов и клинических рекомендаций.

ФАРМАГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АПФ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Волкова С. Ю.¹, Томашевич К. А.², Солобоева М. Ю.³, Шевелева О. Е.¹

¹ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России,

²МСЧ «Нефтяник», ³ОКБ № 1

Введение (цели/ задачи):

Оценка взаимосвязи влияния применяемых групп фармакологических препаратов, в частности ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) на исходы заболевания у

больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в зависимости от генетических полиморфизмов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС).

Материал и методы:

В исследование было включено 51 пациент (27 женщин и 24 мужчин, средний возраст $73,1 \pm 11,3$ года) с клинически выраженной ХСН, госпитализированных в МСЧ «Нефтяник». Пациенты получали стандартную терапию ХСН, соответствующую современным Российским рекомендациям. При помощи анализа геномной ДНК методом ПЦР «SNP-экспресс» с последующей электрофоретической детекцией определялся полиморфизм A1166C рецептора типа I ангиотензина-II (AGTR1), полиморфизмы T174M и M235T гена ангиотензиногена (AGT), полиморфизм гена ангиотензинпревращающего фермента (ACE). Проведена оценка конечной точки исследования (летальный исход) на протяжении 4-х лет наблюдения данной когорты пациентов (средний срок наблюдения составил $325,8 \pm 291,5$ дней) с анализом фармакогенетической взаимосвязи.

Результаты:

Анализ Каплана-Мейера показал тенденцию к большей кумулятивной выживаемости среди больных, получавших ИАПФ, имевших аллель Del гена ACE, по сравнению с имевшими аллель Ins, в этой же группе ($p < 0,06$). Доля выживших составила 94,4% в группе Del – ACE против 71,4% в группе с Ins – ACE ($p = 0,053$). Причем расхождение кривых выживаемости начиналось с первых недель наблюдения. Средний срок наблюдения за пациентами, получавшими ИАПФ, с генотипом Del – ACE составил $905,3 \pm 50,7$ дней против $594,3 \pm 120,1$ в группе Ins – ACE ($p = 0,0001$). Для оценки фармакогенетических влияний других лекарственных препаратов генетический полиморфизм ACE не имел значения.

Заключение:

В нашем исследовании вполне закономерно проявилась ассоциация между приемом ИАПФ, полиморфизмом генотипа ACE и исходами заболевания. Необходимо отметить, что ни одна группа препаратов, не показала более своего влияния на данную ассоциацию. Можно объяснить тот факт, что пациенты, имеющие аллель Del показали более лучшие результаты по выживаемости, т.к. ряд исследований доказали, что лица с данным генотипом имеют более высокий уровень ренина плазмы, более чувствительны к ИАПФ и, соответственно, при адекватной дозировки лекарственных препаратов, показывали более лучшую выживаемость. Результаты нашего исследования (даже на небольшой выборке пациентов) показали, что желательнее учитывать генетический полиморфизм РААС при назначении медикаментозной терапии, в том числе, в рамках стандартов и клинических рекомендаций.

ЗАБОЛЕВАНИЯ МИОКАРДА

ВНУТРИСЕРДЕЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА И ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Курбанов Н. А., Абдуллаев Т. А., Цой И. А.,
Бекбулатова Р. Ш.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии

Введение (цели/ задачи):

Изучить ассоциацию инсерционно-делеционного полиморфиз-

ма гена АПФ с параметрами внутрисердечной гемодинамики у пациентов дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) лиц узбекской национальности.

Материал и методы:

В исследование включено 102 больных (39 женщин, 63 мужчин) с проявлениями II-IV функциональный класс (ФК) сердечной недостаточности (СН). Диагноз устанавливался в соответствии с диагностическими критериями ДКМП (ВОЗ, 1995). Средний возраст пациентов составил $40 \pm 1,1$ лет (от 17 - до 58), давность заболевания $12,8 \pm 1,8$ месяцев. Всем включенным в исследования проводилась клинический осмотр, ЭхоКГ, рентгенкардиометрия, клинико-функциональные и лабораторные методы исследования. Экстракцию ДНК проводили с использованием набора реагентов «Diatom DNA Pner 200» лаборатория «Изоген» (Россия) для выделения ДНК из цельной крови. Полиморфизм гена АПФ (I/D 287 в.р. intron 16), был исследован методом ПЦР на амплификаторе «Applied Biosystems» (USA) с использованием соответствующих праймеров.

Результаты:

Анализ частоты распределения генотипов показал, что у 24 (23,5%) пациентов – D/D, у 45 (44,1%) – I/D, у 33 (32,3%) – I/I генотипы ($\chi^2 = 10,09$, $df = 2$, $P = 0,006$). У пациентов, имеющих D/D генотип, средний ФК СН составил в исходном периоде $3,3 \pm 0,1$ против $3,05 \pm 0,1$ и $2,9 \pm 0,1$ ($p < 0,01$). Сравнительный анализ результатов рентгенкардиометрии выявило, что у носителей D/D генотипа кардиоторакальный индекс (КТИ) были достоверно выше, чем у лиц I/I генотипом, ($72,6 \pm 1,2$ против $61,3 \pm 1,1$; $p < 0,01$), при этом носители I/D генотипа занимают промежуточное положение ($65,6 \pm 1,1$; $p > 0,05$). Что подтверждается эхокардиографическим исследованием: при этом у носителей D/D генотипа отмечается достоверное преобладание КДР ЛЖ ($7,5 \pm 0,1$ против $7,3 \pm 0,1$ и $7,1 \pm 0,1$ см; $P1-3 = 0,03$), ММЛЖ (437 ± 23 гр. против 418 ± 17 и 362 ± 19 г; $P1-2 = 0,9$; $P1-3 < 0,05$), чем у носителей I/D и II генотипов. При этом также отмечается некоторое увеличение КСР ЛЖ ($6,2 \pm 0,2$ против $5,9 \pm 0,1$ и $5,9 \pm 0,1$ см), фракции выброса ЛЖ ($35,2 \pm 2,7$ против $35,9 \pm 1,6$ и $35 \pm 1,5\%$) однако не имевшее статистического значимого характера.

Заключение:

Таким образом, у пациентов ДКМП узбекской национальности с D/D генотипом I/D полиморфизма гена АПФ КТИ, КДР ЛЖ и ММЛЖ достоверно выше, чем у носителей I/I генотипа, что характеризуются более тяжелым течением ХСН. Это позволяет рассматривать D аллель данного полиморфизма гена АПФ как неблагоприятный в отношении развития дилатации полостей сердца у пациентов ДКМП.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У ПАЦИЕНТОВ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Курбанов Н. А., Абдуллаев Т. А., Ахматов Я. Р.,
Цой И. А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии

Введение (цели/ задачи):

Изучить распределение I/D полиморфных маркеров генов ангиотензинпревращающего (АПФ) фермента у лиц узбекской национальности страдающих дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Материал и методы:

В исследование включено 102 больных ДКМП с проявлениями

II-IV ФК сердечной недостаточности (СН). Диагноз устанавливался в соответствии с диагностическими критериями ДКМП (ВОЗ,1995). Средний возраст составил $40 \pm 1,1$ лет (от 16 до 58 год), давность заболевания $12,8 \pm 1,8$ месяцев. Контрольная группа составило 60 здоровых добровольцев. Проводилась клинический осмотр, ЭхоКГ, ЭКГ и лабораторные методы исследования. Выделение ДНК производили из цельной крови с помощью набора «Diatom™ DNA Prep 200: Isogene RUS» согласно стандартному протоколу фирмы производителя. Для проведения ПЦР амплификации использовали набор «GenPak PCR Core: Isogene RUS».

Результаты:

У 11 (10,8%) больных был диагностирован II ФК СН, у 64 (62,7%) III ФК СН, у 27 (26,5%) пациентов IV ФК СН, со средними значениями $3,1 \pm 0,05$. Анализ частоты распределения генотипов I/D полиморфизма гена АПФ показал, что D/D-генотип встречался у 24 (23,5%) пациентов, I/D-генотип у 45 (44,1%), I/I-генотип у 33 (32,3%) (? $2=10,09$, $df=2$, $P=0,006$). Частота распределения аллелей у больных с ДКМП было следующим: I-аллель выявлен в 111 (54,4%) случаях, D-аллель – в 93 (45,6%) случаях. В группе контроля генотипы и аллели I/D полиморфизма гена ACE были распределены следующим образом: D/D-генотип встречался у 12 (20%), I/D-генотип – у 14 (23,3%), I/I-генотип – у 34 (56,7%) здоровых лиц, при этом D-аллель был выявлен в 38 (31,6%) случаях и I-аллель – в 82 (68,3%) случаях, (? $2=6,08$, $df=1$, $P=0,01$). Полученные результаты демонстрируют достоверное преобладание частоты встречаемости D-аллеля и I/D генотипа I/D полиморфизма гена ACE у больных с ДКМП узбекской национальности по сравнению со здоровыми лицами. Носительство D-аллеля и I/D генотипа ассоциировалось с достоверным увеличением относительного риска развития ДКМП у лиц узбекской национальности [OR1,81; (95% ДИ: 1,13-2,90, ? $2=6,08$, $p=0,01$) и OR2,59; (95% ДИ: 1,27-5,30, ? $2=10,09$, $p=0,006$), соответственно].

Заключение:

Таким образом, впервые был изучен I/D полиморфизма гена ACE у больных ДКМП узбекской национальности. Показано, достоверное преобладание частоты встречаемости D-аллеля и I/D генотипа I/D полиморфизма гена ACE у больных с ДКМП узбекской национальности по сравнению со здоровыми лицами и носительство D-аллеля и I/D генотипа I/D полиморфизма гена ACE ассоциировалось с достоверным увеличением относительного риска развития ДКМП.

ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ИСХОДОВ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Вайханская Т. Г.¹, Курушко Т. В.¹, Сивицкая Л. Н.², Даниленко Н. Г.²

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

²ГУ Институт генетики и цитологии Национальной академии наук Беларуси, Минск, Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Целью исследования явилось определение предикторов неблагоприятных клинических исходов - внезапной сердечной смерти (ВСС) и смерти вследствие прогрессирующей сердечной недостаточности (СН) пациентов с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Материал и методы:

В исследование включено 176 пациентов с верифицирован-

ной ДКМП (49 больных с семейной формой заболевания; 127 - с идиопатической формой; возраст $49,3 \pm 11,4$ лет; 13576,7% мужчины; ФК NYHA $2,54 \pm 0,59$; ФВ ЛЖ $29,8 \pm 9,34\%$). Всем пациентам проведено: физикальное обследование и изучение семейного анамнеза; ЭхоКГ; холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ; СпиروВЭП; 7 мин ЭКГ-12 (Интекард-7, РБ) - 2 мин с физической нагрузкой 25 Ватт и 5 мин в покое с идентификацией турбулентности сердечного ритма (TCP) и микровольтной альтернации Т-волны (МАТВ). Всем пациентам проведен генетический скрининг – секвенирование гена ламина А/С (LMNA). Период наблюдения составил $42,9 \pm 12,4$ месяцев. Для регрессионного анализа Кокса в качестве первичных конечных точек были приняты: документированная ВСС, успешная легочно-сердечная реанимация, устойчивая желудочковая тахикардия (УЖТ) или фибрилляция желудочков (ФЖ). Эпизоды ЖТ событий оценивали по данным серийного ХМ ЭКГ и телеметрии имплантированных устройств (учитывались эпизоды обостренных шоковых разрядов). В качестве вторичных конечных точек анализировали летальные исходы вследствие декомпенсации СН и случаи трансплантации сердца при терминальной стадии СН, которые регистрировались в периоде от 1 до 18 месяцев наблюдения.

Результаты:

У 47 (26,7 %) пациентов в гене LMNA выявлены нуклеотидные замены (SNPs и миссенс-мутации, $n=85$), в т.ч. 18 носителей имели две и более мутации. Аритмический фенотип ДКМП, определяемый при наличии одного из следующих критериев: неустойчивая или устойчивая желудочковая тахикардия (нЖТ/уЖТ); желудочковая экстрасистолия ? 1500/сут; желудочковая куплеты ? 50/сут, выявлен у 95 (53,9 %) пациентов. В результате однофакторного анализа Кокса выявлены прогностические признаки, имеющие наибольшее влияние на риск развития первичных конечных точек (ВСС/уЖТ/ФЖ): пароксизмы нЖТ, патологические тесты МАТВ и ТО-TCP, изменение глобальной продольной деформации (GLS) ЛЖ, аритмический фенотип и LMNA миссенс-мутации. Параметры с прогностической значимостью $p < 0,045$ включили в многофакторный анализ. В результате многофакторного анализа Кокса выявлены независимые предикторы ВСС: быстрая нЖТ ? 5 желудочковых комплексов с ЧСС ? 150 уд. в мин (HR 3,24; 95 % ДИ: 1,29-9,25; $p=0,007$); позитивный тест МАТВ (HR 1,49; 95 % ДИ: 0,69-3,35; $p=0,011$); миссенс мутации гена LMNA (HR 2,01; 95 % ДИ: 1,02-4,32; $p < 0,032$). В результате кумулятивной Кокс-оценки выявлен аддитивный эффект двух независимых предикторов – позитивного LMNA генотипа и быстрой нЖТ (HR 5,23; 95 % ДИ: 1,45-16,9; $p=0,013$). В результате многофакторного Кокс-анализа вторичных конечных точек (смерть от прогрессирующей СН и трансплантация сердца) в качестве независимых предикторов неблагоприятного прогноза выявлены показатели бивентрикулярной дисфункции (ФВ ЛЖ ? 25 %, ФВ ПЖ ? 35 %; HR 3,24; 95 % ДИ: 1,29-8,22; $p=0,013$), изменение продольной деформации левого желудочка (GLS ЛЖ ? -6,5 %; HR 3,02; 95 % ДИ: 1,78-9,21; $p=0,012$) и семейный фактор наследования ДКМП (HR 2,43; 95 % ДИ: 0,85-6,09; $p=0,032$).

Заключение:

Таким образом, с помощью Кокс-оценки пропорциональности рисков, выявлены прогностические независимые факторы высокого риска развития неблагоприятных исходов ДКМП: кумулятивные предикторы ВСС (быстрая нЖТ ? 5 комплексов с ЧСС ? 150 уд. в мин и миссенс мутации гена LMNA) и предикторы быстрого прогрессирования СН (бивентрикулярная дисфункция и семейная форма заболевания). Таким образом, выявлен-

ные предикторы неблагоприятных исходов ДКМП могут быть использованы для разработки алгоритма прогнозирования и раннего выбора оптимальной стратегии лечения.

ПРОГНОЗ ЖИЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ I/D ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ACE У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Курбанов Н. А., Абдуллаев Т. А.,

Цой И. А., Ахматов Я. Р.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии

Введение (цели/ задачи):

Изучить взаимосвязь распределения I/D полиморфных маркеров генов ангиотензинпревращающего (АПФ) фермента и отдаленный прогноз жизни пациентов узбекской национальности страдающих дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Материал и методы:

В исследование включено 102 больных ДКМП с проявлениями II-IV ФК СН. Средний возраст составил $40 \pm 1,1$ лет (от 16 до 58 год), давность заболевания $12,8 \pm 1,8$ месяцев. Изучение динамики заболевания и прогноза жизни продолжалось от 12 до 138 месяцев (в среднем $36,7 \pm 5,6$ месяцев). Комплекс обследований включал: ЭКГ, ХМЭКГ, Эхо-КГ, ТШХ. Выделение ДНК производили из цельной крови с помощью набора «Diatom™ DNA Prep 200: Isogene RUS» согласно стандартному протоколу фирмы производителя. Для проведения ПЦР амплификации использовали набор «GenPak PCR Core: Isogene RUS».

Результаты:

Анализ частоты распределения генотипов I/D полиморфизма гена АПФ показал, что D/D-генотип встречался у 24 (23,5%) пациентов (I гр), I/D-генотип у 45 (44,1%) (II гр), I/I-генотип у 33 (32,3%) (III гр) ($\chi^2=10,09$, $df=2$, $P=0,006$). Сравнительный анализ показал, что исходный ФК СН в первой группе был достоверно выше чем во II и III группе (соответственно: $3,3 \pm 0,1$; $3,05 \pm 0,1$ и $2,9 \pm 0,1$; $p < 0,01$). Характер терапии в течение наблюдения в этих группах не различались. Изучение прогноза жизни больных с длительным периодом наблюдения выявил, что летальность в I гр. составила 59% ($n=13$). Анализ причин смерти установил, что в I группе у 11 (84%) больных имело место прогрессирование СН с развитием рефрактерности к проводимой терапии; 2 (16%) больных погибли внезапно на фоне относительного благополучия в результате остро возникшего нарушения сердечного ритма ($p < 0,01$). Во II группе летальный исход был зарегистрирован у 24 (52%) больного, при этом число умерших внезапно, а также от нарастания явлений СН составило 14 (58,3%) и 10 (41,6%), соответственно ($p > 0,05$). В III группе за период наблюдения умерли 16 (47%) больных и анализируемые причины летальности составили 6 (37,5%) и 10 (62,5%) соответственно ($p < 0,01$).

Заключение:

Таким образом, результаты изучения прогноза жизни больных ДКМП при длительном наблюдении выявили, что показатели смертности за длительный период не различались между изучаемыми группами. Однако, изучение причины летальности больных показало, что носители D/D генотипа характеризуются более тяжелым ФК сердечной недостаточности где ведущей причиной смерти была прогрессирование СН, в то время в группе носителей I/I генотипа летальный исход чаще происходит в результате ВСС.

СОМАТОТРОПНЫЙ ГОРМОН У БОЛЬНЫХ ХСН, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Цой И. А., Абдуллаев Т. А., Бекбулатова Р. Ш.,

Ахматов Я. Р.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии

Введение (цели/ задачи):

Изучение клинической эффективности гормона роста у больных идиопатической дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) на фоне базисной терапии.

Материал и методы:

Включено 13 больных (ср. возрастом $41,1 \pm 6,4$ лет) с ДКМП обо-его пола (7/6 как м/ж), находившихся на оптимальной медикаментозной терапии в состоянии компенсации ХСН в течение последнего года. Все пациенты находились на оптимально подобранной базисной терапии (максимальных рекомендованных доз достигли 92% пациентов). В дополнение к препаратам базисной терапии были произведены подкожные инъекции гормона роста (Джинтропин) по 12 ЕД в неделю. Длительность терапии/наблюдения составила 1 месяц. Помимо оценки клинического состояния по итогам теста с шестиминутной ходьбой (ТШХ) и шкалы оценки клинического состояния по Марееву (ШОКС), была проведена оценка данных ЭХОКГ. Исходно и после 1 месяца наблюдения определялась концентрация соматотропного гормона (СТГ) (исходно, $4,2 \pm 2,2$ mIU/l) и инсулинподобного фактора роста (ИФР1) (исходно, $126,4 \pm 12,4$ mkg/ml).

Результаты:

Переносимость терапии оценена как удовлетворительная, в 1 случае отмечалось нарушение зрения, прошедшее самостоятельно после окончания курса. По истечении 1 месяца был отмечен достоверный прирост ИФР1 на 25,1% (до $168,4 \pm 7,8$ mkg/ml) и СТГ – на 37,3% (до $6,7 \pm 2,05$ mIU/l, оба $p < 0,05$). При этом, наблюдалось субъективное улучшение самочувствия пациентов, выражающееся в уменьшении слабости, нарастании двигательной активности. Объективно сумма баллов по ШОКС снизилась недостоверно на 12% ($p > 0,05$), между тем, отмечается увеличение легкопроходимой дистанции по результатам ТШХ, где: исходно $271,3 \pm 22,1$ метров, в динамике $312,8 \pm 38,2$ м ($p < 0,05$). Параметры внутрисердечной гемодинамики претерпевали следующие изменения: средние показатели фракции выброса (ФВ) ЛЖ выросли незначительно составляя $33,9 \pm 1,7\%$ и $33,4 \pm 3,1\%$; $p=0,12$, которая сопровождалась недостоверными различиями по линейным размерам сердца; КДР $7,12 \pm 0,1$ и $7,05 \pm 2,3$ см ($p > 0,05$). При этом отмечено более выраженные изменения со стороны правых отделов сердца, где ПЖ уменьшился с $3,86 \pm 4,6$ см до $3,42 \pm 5,78$ см ($p > 0,05$), параллельно с недостоверным снижением СДЛА с $49,6 \pm 12,6$ мм.рт.ст. до $46,5 \pm 8,6$ мм.рт.ст.

Заключение:

1 месячный курс инъекций гормона роста в комплексной терапии больных ДКМП переносится удовлетворительно, способствует улучшению как клинических, так и функциональных показателей.

ТРАНЗИТОРНАЯ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ

Дадабаева Н. А., Шукурджанова С. М., Шукуров А. А.,
Дониёров Ш. Н.
Ташкентская Медицинская Академия

Введение (цели/ задачи):

Стресс-индуцированная КМП впервые описанная японскими учеными Н. Sato с соавторами в 1990г. остается до настоящего времени недостаточно изученной. Заболевание связано в основном со стрессом в связи с чем повышением уровня катехоламинов, феохромоцитарным кризом, тахикардией и сердечной недостаточностью.

Материал и методы:

Приводим историю болезни №7994. Больной М. 1974 г.р. проживает в Самаркандской области, поступает в 1 кардиологическое отделение 1 Клиники ТМА 20.06.2016г. с жалобами на одышку, сердцебиение, слабость. В анамнезе мочекаменная болезнь, вирусный гепатит "В". Испытывает постоянный семейный стресс в семье и накануне сильный стресс на работе. Состояние средней тяжести, бледность кожных покровов, над легкими влажные незвонкие хрипы в нижних отделах. ЧСС-100 уд. в мин. АД 200/100мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, б/б. Печень выступает на +2см. Диурез свободный, б/б. ОАК, ОАМ без особенностей. ЭКГ-синусовая тахикардия, ЧСС-100 в мин. ЭОС-отклонена влево, признаки гипертрофии левого желудочка, метаболические изменения. Суточное мониторирование - ритм синусовый, максимальное ЧСС-118 (при физической активности), минимальное 50 (во сне), 10 единичных наджелудочковых экстрасистол. ЭхоКГ- КДР-7,1см; ФВ-31%, ЛП-6,0; митральный клапан М-образной формы, аорта уплотнена d-3,2см; ТМЖП-1,0см; ЗСЛЖ-1,0см. Доплер-митральная регургитация. УЗИ печени - гепатоз 2 степень. УЗИ почек - камень правой почки, мочекаменный диатез. R-скопия грудной клетки – венозный застой в легких, кардиомегалия. Учитывая возраст, внезапное появление одышки, АГ, дилатацию полости левого желудочка и левого предсердия, низкую фракцию выброса, застой в легких, мочекаменную болезнь, перенесенный вирусный гепатит "В" и положительный HBsAg был поставлен диагноз: Осн: ДКМП. Артериальная гипертензия смешанного генеза (катехоламинэргического и почечного генеза). Проведено лечение: эналазид, амлодипин, верошпирон, фуросемид, препараты калия в/в, дигоксин в/в, гепарин п/к. На фоне лечения, исчезла одышка, нормализовался пульс, снизилось АД до 110/70. Больной выписался на амбулаторное лечение. Состояние больного улучшилось, он вышел на работу (работает на базаре) и прекратил лечение.

Результаты:

09.01.2017 году больной поступает в отделение повторно. После гриппа у больного поднялось АД и появилась одышка. Состояние удовлетворительное, активный. В легких везикулярное дыхание, тоны сердца чистые, ритм правильный, Ps-80 в мин. АД 200/100мм.рт.ст. Печень и селезенка не пальпируются. Все клинические и биохимические анализы без патологии. ЭКГ-ритм синусовый, ЧСС-60 в мин. ЭОС отклонена влево, гипертрофия левого желудка. ЭхоКГ- КДР-5,1; ФВ-60%, ЛП-3,2; аорта уплотнена d-3,0см, стенка ЛЖ-уплотнена, ТМЖП-1,2; ЗСЛЖ-1,2; (ЭхоКГ проводилось в Р.Ц.К. и у нас под контролем). На фоне гипотензивной терапии АД нормализовалось до 120/80мм.рт.ст. Для постановки окончательного диагноза проведена диф. диагностика. Если думать о вторичной КМП в

связи с АГ, то через 6 мес. без лечения она бы только прогрессировала, если расценить дилатацию в связи с диффузным миокардитом, то у больного не было температуры, изменений со стороны анализов крови и было быстрое восстановление трудоспособности. ДКМП исключается в связи с отсутствием ухудшения состояния и полным восстановлением гемодинамических показателей.

Заключение:

Таким образом остается диагноз: транзиторная стресс-индуцированная КМП Такоцубо в июне 2016г.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕВОСИМЕНДАНА У ПАЦИЕНТОВ ХСН, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ДКМП

Цой И. А., Абдуллаев Т. А., Ахматов Я. Р., Бекбулатова Р. Ш.,
Мирзарахимов С. Т.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ

Введение (цели/ задачи):

Изучение клинической эффективности левосимендана у больных идиопатической дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) поступивших в стационар в декомпенсированном состоянии.

Материал и методы:

Было проведено несравнительное наблюдение за больными, имевших высокий функциональный класс ХСН, обусловленной ДКМП, 6/4 как м/ж. Помимо активной разгрузочной диуретической и стимуляционной терапии (петлевые диуретики, дигоксин, нитраты), 10 больным была инициирована инфузия левосимендана по общепризнанной схеме: внутривенно в нагрузочной дозе 12-24 мкг/кг в течение 10 минут с последующей длительной инфузией со скоростью 0,05-0,1 мкг/кг/мин. При необходимости скорость инфузии была увеличена до 0,2 мкг/кг/мин. Оценивался функциональный статус, показатели ЭКГ и ЭХОКГ.

Результаты:

Переносимость терапии оценена как удовлетворительная, аритмии высоких градаций, значительной гипотонии отмечено не было. По влиянию на функциональный статус, отмечается высокодостоверная положительная динамика по сравнению с исходным состоянием, выражающаяся в стабилизации АД и повышении САД на 8% (с 108,8±9,3 мм.рт.ст. до 115,71±5,3 мм.рт.ст.), урежении ЧСС на 24% (с 81,4±11,9 уд/мин до 62,3±4,07 уд/мин), повышении легкопроходимой дистанции по данным ТШХ с 31,3±19,1 метров, до 184,8±26,9м (p<0,05), снижении количества баллов по Миннесотскому опроснику качества жизни на 50% (с 64,0±12,2 до 33,15±9,8 баллов). Позитивная динамика клинических признаков проявлялась также достоверной регрессией общего количества баллов по ШОКС на 71% соответственно (p<0,05) к 5-6 суткам госпитализации. Анализируя данные ЭХОКГ отмечен положительный эффект, сопровождавшийся повышением ФВ ЛЖ от 3,4, до 9,5%, при уменьшении (недостоверном) полостей сердца (ЛП- исходно 43,3± 9,0мм в динамике 39,3±12,9мм; КДР ЛЖ- с 75,4±8,4мм до 73,6±9,2мм; ПЖ – с 46,4±11,0 мм, до 43,9±11,0 мм).

Заключение:

Введение левосимендана у больных с декомпенсированной ХСН приводит к значительному улучшению сократимости ЛЖ, позитивному влиянию на линейные размеры сердца, что приводит к быстрому выводу больного из состояния декомпенсации с улучшением функциональных показателей клинического состояния.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

АЛГОРИТМ СТРАТИФИКАЦИИ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИБС В ИНФОРМАЦИОННОМ ПРОСТРАНСТВЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

ТАШКЕНБАЕВА Н. Ф.¹, АЗИМОВА Н. А.¹, ТРИГУЛОВА Р. Х.¹,
АХМЕДОВ Д.¹, БАЗАРОВ Р.², ШЕК А.Б.¹

¹Республиканский специализированный Центр Кардиологии,
Ташкент,

²Научно-инновационный центр информационно-
коммуникационных технологий

Введение (цели/ задачи):

Разработка инструмента, для оценки степени риска неблагоприятного прогноза у больных ИБС с сахарным диабетом 2 (СД 2).

Материал и методы:

В качестве предикторов по прогнозированию (n=141) в общей выборке и среди больных СД (n=73), использованы клинические (анамнез, динамика болевого синдрома, АД, ЧСС), биохимические (показатели липидного и углеводного обмена) и инструментальные методы (ЭКГ покоя, эхокардиография, толщина комплекса интима – медиа каротидной артерии). Критерии исключения: ОИМ с зубцом Q менее 3 месяцев, СД, требующий лечения инсулином, ХСН III-IV класса (NYHA), тяжелыми нарушениями функции печени и почек. Во время пребывания в стационаре все пациенты получали базисную терапию, включающую антикоагулянты, антиагреганты, нитраты, блокаторы бета-адренорецепторов, блокаторы РААС. Больные с сопутствующим СД принимали гликлазид в дозе 60±1,25 мг/сут. Длительность наблюдения составила 2 года. Проанализировано 108 признаков, зарегистрированных в первые три дня от момента поступления больного. При составлении модели для прогнозирования исходов у больных ИБС СД-2 использовали метод построения диагностических таблиц (Гублера Е.В., 1982), основанный на последовательной статистической процедуре Вальда, с помощью которой рассчитаны диагностические коэффициенты (ДК).

Результаты:

В соответствии с использованной методологией создана математическая модель представляющая собой набор отобранных признаков с соответствующими ДК. Сформированы диагностические таблицы с соответствующими ДК, в которых отобраны наиболее часто встречаемые признаки; затем проанализирована частота встречаемости их среди больных соответственно с благоприятным (БТ) и неблагоприятным течением (НБТ) ИБС; далее вычислены частности соответственно для больных с БТ и НБТ. Затем высчитаны отношения частностей – то есть частное от деления частностей в группе с НБТ на таковую в группе с БТ. В заключении определен десятичный логарифм отношения частностей. ДК представляется с отрицательным (благоприятный) или положительным (неблагоприятный прогноз) знаком. Эта модель и легла в основу программы для выявления больных с дестабилизацией нуждающихся в агрессивном контроле коронарной недостаточности (хирургические методы лечения). Зарегистрирован патент на компьютерный продукт №DGU 01035.

Заключение:

Создание алгоритма, позволяющего на базе клинических данных и результатов доступных инструментальных исследований стра-

тифицировать больных на группы с разным прогнозом заболевания, позволит сразу выбирать верную стратегию терапии и выделять больных, нуждающихся в более активном лечении, в первую очередь в проведении процедур реваскуляризации миокарда.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ ИНФАРКТА МИОКАРДА В РЕАНИМАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ СОГДИЙСКОГО ОБЛАСТНОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

МУХИДИНОВ Х. Х., ХОЧАЕВ И. А., ЭШОНКУЛОВ Ш. А.,
РАУПОВ А. В., БОБОДЖАНОВ Н. Н.

Согдийский областной кардиологический центр,
г. Худжанд

Введение (цели/ задачи):

От сердечно-сосудистых заболеваний в мире ежегодно умирают около 12 млн. человек. Большинство этих случаев связано с инфарктом миокарда (ИМ). По литературным данным госпитальная летальность составляет в среднем около 10%, причём в ведущих клиниках этот показатель приближается к 5%, тогда как во многих регионах Российской Федерации достигает 15% и более. Ещё более 10% больных ИМ умирают в течение года. Более половины больных умирает на догоспитальном этапе, не дождавшись медицинской помощи, а многие выжившие становятся инвалидами. Цель: изучена динамика госпитальной летальности от ИМ в реанимационном отделении Согдийского областного кардиологического центра (СОЦК) за период 2005-2016 гг.

Материал и методы:

Проведен анализ историй болезней и карт индивидуального наблюдения умерших больных с ИМ.

Результаты:

Стационарное лечение в условиях реанимационного отделения СОЦК за период 2005-2016 гг. получили 3645 больных с ИМ, из них умерло 290 больных, госпитальная летальность от ИМ составила 8,0%, в том числе мужчин 176 (4,8%), женщин 114 (3,2%). Изучение динамики госпитальной летальности от ИМ показало, что за последние 12 лет данный показатель в реанимационном отделении СОЦК имеет тенденцию к снижению. Если данный показатель в 2005 году составил 13,4% (33 случая), то в 2013 году данный показатель снизился более чем в 2 раза и составил 6,1% (17 случаев), а в 2014 году 6,9% (21 случая), в 2015 году 8,5% и в 2016 году 6,9% (23 случая). За последние 12 лет показатель госпитальной летальности в реанимационном отделении СОЦК имеет тенденцию к снижению.

Заключение:

Наш анализ показал, что с внедрением современных методов оказания догоспитальной и госпитальной помощи больным ИМ, таких как системный тромболизис, показатель госпитальной летальности от ИМ имеет тенденцию к снижению.

АНАЛИЗ СРОКОВ И ПУТЕЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПРОЛечЕННЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОГДИЙСКОМ ОБЛАСТНОМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ

ЭШОНКУЛОВ Ш. А., МУХИДИНОВ Х. Х., ХОЧАЕВ И. А.,
РАУПОВ А. В.

Согдийский областной кардиологический центр,
г. Худжанд

Введение (цели/ задачи):

При любом подозрении на острый коронарный синдром (ОКС) необходимо немедленно вызвать бригаду «скорой помощи»

(СМП) и госпитализировать больного в специализированное кардиологическое отделение, желательно в блок интенсивного наблюдения. Принципиальное значение для судьбы больного имеет максимальное сокращение времени тотальной ишемии миокарда. Самый лучший прогноз – у больных, которым восстанавливают коронарный кровоток в течение первого часа от начала приступа. В развитых странах от служб, задействованных в лечении больных инфарктом миокарда (терапевты, кардиологи, СМП, блоки интенсивного наблюдения), требуют, чтобы время от начала болезни до восстановления кровотока не превышало 2 ч. Цель: изучены сроки и пути госпитализации больных, пролеченных с инфарктом миокарда (ИМ) в Согдийском областном кардиологическом центре (СОКЦ) за период 2005–2016 гг.

Материал и методы:

Проведен анализ историй болезней и карт индивидуального наблюдения больных с ИМ.

Результаты:

Стационарное лечение в условиях СОКЦ за период 2005–2016 гг. получили 3645 больных с ИМ, из них 1707 (47%) являлись жителями города Худжанд. В первые 6 часов от момента появления болевого синдрома доставлены 1477 (40,5%) больных, 906 (25%) пациентов в течение 6–24 часов и 1262 (34,5%) больных поступали в СОКЦ позднее 24 часов. В 2005 году 102 (41,5%) больных были доставлены в первые 6 часов от момента начала заболевания, а в 2016 году этот показатель составил 35% (116 больных). Количество поступивших больных между 6–24 часов относительно 2005 года в 2016 году увеличилось от 27,2% (67 больных) до 29,3% (97 больных) показатель поздний (более 24 часов) госпитализации с ИМ увеличивалось от 31,3% в 2005 году до 36% в 2016 году. Анализ путей госпитализации больных с ИМ показал, что из 3645 больных 1008 (28%) госпитализированы самообращением, 872 (24%) доставлены бригадой СМП, 585 (16%) больных направлены центрами здоровья (ЦЗ) и другими ЛПУ, 1013 (28%) больных госпитализированы после осмотра врачей СОКЦ. Если больные самообращением в 2005 году было госпитализировано всего 33 (13,4%), то в 2016 году данный показатель составил 47% (115 больных). В 2005 через СМП были госпитализированы 31,7% больных, а в 2016 году 23%, количество больных госпитализированных по направлению ЦЗ и другими ЛПУ увеличилось от 7,7% (2005 г.) до 14% в 2016 году.

Заключение:

Наш анализ показал, что поздняя госпитализация наряду с относительно большим процентом самообращения, отсутствие преемственности между ЦЗ и должного уровня работы СМП остаётся актуальной проблемой кардиологической службы в Согдийской области. Зачастую главной причиной поздней госпитализации заключается в том, что больные не сразу обращаются за медицинской помощью вследствие, прежде всего, недостаточной информированности. Поэтому задача врачей состоит в объяснении больным причин развития ИМ, основных клинических проявлений заболевания и, конечно, необходимости при малейшем подозрении на ИМ вызвать бригаду СМП.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА (НЕСТАБИЛЬНОЙ И СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ)

МУХТАРЕНКО С. Ю.¹, МУРАТАЛИЕВ Т. М.¹, НЕКЛУДОВА Ю. Н.¹,
ЗВЕНЦОВА В. К.¹, РАДЖАПОВА З. Т.²

¹Национальный Центр Кардиологии и Терапии,

²Кыргызско-Российский Славянский Университет

Введение (цели/ задачи):

Изучить распространенность аффективных расстройств у больных нестабильной стенокардией (НС) и стенокардией напряжения (СН).

Материал и методы:

С использованием скринингового опросника, разработанного в Московском НИИ психиатрии Росздрава для выявления и оценки выраженности расстройств аффективного спектра, обследовано 275 больных коронарной болезнью сердца (КБС). У 127 (68,28%) больных КБС была документирована данными селективной коронароангиографии. Все больные находились на стационарном лечении в Национальном Центре Кардиологии и Терапии имени академика Мирсаида Миррахимова (НЦКТ) или наблюдались в консультативной поликлинике НЦКТ. 186 больных из группы скрининга (средний возраст 56,4±8,4 лет): 138 (74,19%) мужчин, 48 (25,81%) женщин, 103 (55,38%) больных НС, 83 (46,62%) СН II-III функционального класса методом случайной выборки были обследованы с использованием психометрических тестов: госпитальной шкалой тревоги и депрессии (HADS), шкалой депрессии Бека (BDI).

Результаты:

Учитывая личностные особенности больных КБС (алекситимию, «закрытость», гипернормативность) и функционирование механизмов психологической защиты данное исследование было направлено на активное выявление симптомов аффективного спектра с использованием психометрических шкал и полуструктурированного интервью, которое проводил психотерапевт. Необходимо отметить, что большинство больных не предъявляли жалобы невротического уровня при взаимодействии с лечащим врачом, тогда как данные обследования с использованием психометрических шкал диагностировали наличие симптомов тревожно-депрессивного спектра. По данным скринингового опросника в группе 275 больных КБС аффективные расстройства диагностировались у 231 (84%), отсутствовали – у 44 (16%), $p < 0,0001$. В группе 186 больных, обследованных набором психометрических тестов, наличие аффективных расстройств отмечалось у 153 (82,26%), отсутствие – у 33 (17,74%) больных, $p < 0,0001$. В этой группе больных отмечалась умеренная степень выраженности тревоги (9,54±4,51 балла) и отсутствие симптомов депрессии (6,96±3,78 балла) по шкале HADS, легкая степень депрессии (15,61±9,29 балла) по шкале BDI. Симптомы депрессии (10–63 балла) по шкале BDI отмечались у 134 (72,04%), отсутствовали (0–9 баллов) у 52 (27,96%) больных, $p < 0,0001$. Отмечалась высокая частота встречаемости легкой (30,1%) и выраженной (21,5%) степеней депрессии по шкале BDI. Наличие симптомов тревоги по шкале HADS отмечалось у 138 (68,82%), отсутствие – у 58 (31,18%), $p < 0,0001$. Анализ сравнения показателей используемых психометрических шкал в группах больных НС и СН выявил статистически значимые различия значений по шкалам HADS и BDI. Более высокие показатели этих шкал отмечались в группе больных НС: по уровню депрессии шкалы BDI 17,39±9,53 и 12,7±8,34 балла соответственно, $p < 0,0009$, по показателю тревоги шкалы HADS 10,42±4,46 и 7,99±4,23 балла, $p < 0,0004$, по показателю депрессии шкалы HADS 7,66±8,9 и 5,83±3,31, $p < 0,001$.

Заключение:

Отмечается высокая частота встречаемости расстройств тревожно-депрессивного спектра у больных КБС, более выраженная в группе больных НС. Организация мультидисциплинарного подхода для диагностики и коррекции аффективных расстройств у больных КБС в составе кардиологов и психотерапевтов будет способствовать улучшению показателей реабилитации пациентов данного профиля.

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Дадабаева Н. А., Рамазанова Н. А., Мирахмедова Х. Т.
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/ задачи):

Сахарный диабет из всех факторов риска при ИБС занимает первое место по частоте летального исхода. У этих больных отмечается меньшая способность к развитию коллатералей, что оказывает влияние на прогноз заболевания. Цель работы: выявить влияние длительности заболевания сахарным диабетом 2 типа (СД) на особенность клиники и осложнений инфаркта миокарда (ИМ).

Материал и методы:

Было обследовано 41 больной с СД 2 типа, переведенных в кардиологическое отделение 1 Клиники ТМА из отделения интенсивной кардиологии. Мужчин 16, женщин 25, в возрасте 57-71 года. Проводилось общеклиническое исследование, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ. Больных разделили на две группы в зависимости от длительности заболевания (до 5 лет и больше).

Результаты:

СД до 5 лет болело – 13 пациентов, больше 5 лет – 28. Все больные получали сахароснижающие препараты. При поступлении СД компенсированный был у 7%, субкомпенсированный у 22%, декомпенсированный у 71%, гипергликемия достигала до 18 ммоль/л. АГ до 180/100 мм рт ст отмечалась у 76% больного, ПИКС у 44%. Клинический вариант ИМ был сочетанный (болевой и астмаидный) у 80% больных, соответственно по группам у 17% и 63%. У 5% больных был безболевого вариант и у 5% абдоминальный. С зубцом Q ИМ был у 51% больного (соответственно по группам у 7% и 44%), без зубца Q у 49% (одинакова в каждой группе). Локализация ИМ на передней стенке была у 73% больных и имела распространенный характер, задней у 27% и не зависела от длительности СД. Нарушения ритма в виде желудочковой экстрасистолии, мерцательной аритмии, блокад отмечались у 61% больных и у 70% из них при большей длительности заболевания. Дилатация левого желудочка до 6,5 см у 10% больных, снижение фракции выброса до 40% у , были только у больных 2-ой группы. Острая сердечная недостаточность осложнила течение ИМ 34% больным (из них у 71% больных 2 группы). ХСН II Б и ФК III (NYHA) у 10%, аневризма левого желудочка у 10% и ХБП (хроническая болезнь почек) у 15% больных (в связи с диабетической нефропатией) только у больных СД более 5 лет.

Заключение:

ИМ несколько чаще развивался у больных СД 2 типа женского пола, болеющих более 5 лет. ИМ был повторным почти у половины больных и у одной трети в стадии декомпенсации. Клиническое течение ИМ почти у всех носило сочетанный характер (боли и одышка). ИМ с зубцом Q на передней стенке, аритмии и гемодинамические нарушения были в основном у больных с длительным СД. ХБП и тяжелое течение ИМ отмечалось у больных только 2 группы. Т.о. выявлена зависимость тяжести течения и осложнений ИМ от стажа СД.

ВЫРАЖЕННОСТЬ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ ПРИ СТЕНТИРОВАНИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Кузнецова Г. В., Филатова А. Ю., Потехина А. В.,
Щинова А. М., Осокина А. К., Ромасов И. В.,
Жарова Е. А., Ноева Е. А., Самко А. Н., Арефьева Т. И.,
Проваторов С. И.
ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Прогрессирование коронарного атеросклероза после коронарного стентирования (КС) в значительной степени сопряжено с выраженностью системной воспалительной реакции. Ранее мы продемонстрировали, что содержание высокочувствительного С-реактивного белка (вЧСРБ) в крови менее 0,8 мг/л в предпроцедурном периоде ассоциируется с трехкратным снижением вероятности прогрессирования коронарного атеросклероза в течение года после КС. Помимо основного гиполипидемического действия, статины обладают противовоспалительным эффектом, в клинических исследованиях получены доказательства преимущества высокоинтенсивной терапии статинами у больных ИБС. Настоящее исследование направлено на изучение выраженности противовоспалительного эффекта и безопасности высокоинтенсивной терапии аторвастатином в рамках подготовки и последующего ведения после КС больных со стабильной ИБС.

Материал и методы:

В исследование включено 127 пациентов (98 мужчин и 29 женщин), $60,5 \pm 8,7$ лет, со стабильной стенокардией напряжения II-III ф.к., отобранных для проведения КС. Пациенты рандомизированы в 2 группы: прием аторвастатина 80 мг в течение 7 суток перед и 3 месяцев после КС с переходом на ЛНП-обусловленный режим в течение последующих 9 месяцев (группа I, 59 пациентов). Группа II - 68 пациентов, которые на протяжении 12 месяцев после КС получали стандартную дозу аторвастатина (20-40 мг/сут). Общий и биохимический анализ крови и содержание вЧСРБ (нефелометрическим методом) оценивались до включения в исследование, через неделю терапии (непосредственно перед КС), через 1, 3, 6 и 12 месяцев после его проведения.

Результаты:

Исходно концентрация вЧСРБ в группах больных была сопоставима. В группе I через 7 суток было отмечено значимое снижение содержания вЧСРБ относительно исходного уровня (1,06 [0,7; 1,4] против 2,15 [1,10; 4,12] мг/л, $p < 0,05$), которое существенно не изменялось в течение последующих 3 месяцев. После планового снижения дозы аторвастатина с 80 до 20 мг/сут отмечалась тенденция к возрастанию уровня вЧСРБ в крови (1,62 [0,81; 2,52] против 1,13 [0,71; 1,83] мг/л, $p = 0,06$). Концентрация в крови печеночных трансаминаз (АСТ, АЛТ), КФК, глюкозы была сопоставима в обеих группах больных в каждый временной период. Значимое снижение ЛНП было достигнуто в группе I к моменту проведения КС.

Заключение:

Высокоинтенсивная терапия аторвастатином в течение 7 суток предпроцедурного периода оказывает выраженный противовоспалительный эффект и ускоряет достижение целевых ЛНП к моменту КС. Продолжение высокоинтенсивной терапии в течение 3 месяцев позволяет поддерживать низкие уровни вЧСРБ в раннем постпроцедурном периоде, безопасность данного режима терапии сопоставима со стандартной схемой лечения.

ДИАГНОСТИКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Антонович М. Н.¹, Антонович Л. Л.²

¹Белорусский государственный медицинский университет,

²ГУЗ ВМУ КГБ РБ

Введение (цели/ задачи):

Ишемическая болезнь кишечника (абдоминальная ишемическая болезнь) – острая или хроническая недостаточность кровоснабжения в бассейнах чревной, верхней или нижней мезентериальных (брыжеечных) артерий, приводящая к недостаточности кровотока в отдельных участках или во всех отделах кишечника. Кровоснабжение кишечника осуществляется мезентериальными артериями, которые отходят от аорты на разных уровнях: – верхняя, которая входит в состав чревного ствола; – нижняя, которая отходит от аорты самостоятельно. По течению ишемия кишечника бывает: – острой (внезапно развивается); острые нарушения часто развиваются в мезентериальных артериях и венах. Венозные нарушения (в печеночной, воротной венах и их ветвях) обусловлены тромбозами и тромбозами. Острые нарушения в чревном стволе бывают редко и преимущественно встречаются в селезеночной артерии с развитием инфаркта селезенки. – хронической (симптомы развиваются постепенно) Острые и хронические нарушения кишечного кровообращения могут быть в любом отделе кишечника. Основными причинами ишемической болезни кишечника являются сужение просвета или закупорка кишечных сосудов, которые развиваются от следующих патологических процессов: – атеросклероз, локализующийся в устьях соответствующих артерий (самая частая причина); – тромбоз или тромбозомболия мезентериальных артерий; – артериальная гипертензия и гипотензия; – фибрилляция предсердий; – системные васкулиты; – системные заболевания соединительной ткани; – фиброзно-мышечная дисплазия сосудов; – аномалии развития сосудов (гипоплазия); – сдавление сосудов извне (опухоль, спаечный процесс, увеличенные лимфатические узлы); – сердечная недостаточность; – диссекция аневризмы аорты; – инфекционный эндокардит; – сепсис; – нарушение свертываемости крови (наследственная гемолитическая микросфероцитарная анемия и антифосфолипидный синдром); – полицитемия и др. – нарушение кровоснабжения различных отделов кишечника приводит к выраженным ишемическим, дистрофическим изменениям и некрозу кишечной стенки. Цель исследования: изучение клинической картины и методов диагностики ишемической болезни кишечника, возникающей у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Материал и методы:

В исследование было включено 60 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС). Средний возраст пациентов составил $72,3 \pm 2,4$ года. Из 60 пациентов ИБС у 15 была диагностирована ишемическая болезнь кишечника, что составило 25%. Хроническая мезентериальная ишемия была диагностирована у 3 пациентов (5%), а у 12 пациентов (20%) – острый тромбоз верхней мезентериальной артерии. Обследование пациентов при ишемической болезни кишечника: 1. Субъективное и объективное обследование пациента. 2. Общий анализ крови, мочи. 3. БАК: содержание общего белка и белковых фракций, аминотрансфераз, билирубина, натрия, калия, сывороточного железа и кальция. 4. УЗИ органов брюшной полости. 5. Эндоскопическое исследование кишечника (рек-

тороманоскопия, колоноскопия), гистологическое исследование биоптатов. 6. Ирригоскопия. 7. Магнитно-резонансная томография (ангиография) (МРТ). 8. Лапароскопия.

Результаты:

Клиническими проявлениями хронической мезентериальной ишемии кишечника у трех пациентов были: 1. Боль в животе: – четко связанная с приемом пищи, возникала через 20-40 минут после еды и длилась до 1,5 часа; – не имела четкой локализации ощущалась в эпигастрии, вокруг пупка, в проекции толстого кишечника); – носила схваткообразный (спастический) характер; – купировалась нитратами и спазмолитиками в начальном периоде; – значительно усиливалась при прогрессировании патологического процесса в мезентериальных артериях. 2. Дисфункция кишечника: метеоризм, и урчание в животе после еды, запоры, диарея. 3. Характерные признаки мезентериальной ишемии обнаруживалась при аускультации живота: – систолический шум в точке, расположенной на середине расстояния между мечевидным отростком и пупком (проекция верхней мезентериальной артерии); – усиление кишечных перистальтических шумов после еды. 4. Прогрессирующее похудание пациентов. При выраженной мезентериальной ишемии отмечается снижение массы тела пациентов. Это обусловлено отказом пациентов от еды (так как прием пищи вызывает значительные боль в животе) и нарушением всасывательной способности кишечника). Верхняя мезентериальная артерия кровоснабжает всю тонкую кишку, слепую, восходящую и частично поперечную ободочную кишки и клиническими признаками острого тромбоза верхней мезентериальной артерии у 12 пациентов были: – боль в области пупка и в правом верхнем квадранте живота; – холодный липкий пот; – рвота; – понос (появлялся не сразу, иногда через несколько часов); – кишечное кровотечение (выделение из заднего прохода крови или слизи, окрашенной кровью), что являлось признаком инфаркта слизистой оболочки кишки; появлялось спустя несколько часов – выраженное вздутие живота, болезненность брюшной стенки при пальпации; – появление симптомов раздражения брюшины при прогрессировании патологического процесса (выраженное напряжение брюшной стенки), что свидетельствовало о некрозе всех слоев кишечной стенки и развитии перитонита; в этот период исчезали кишечные шумы при аускультации; – артериальная гипотензия, тахикардия; – повышение температуры тела; – выраженный лейкоцитоз; – повышенная пневматизация кишечных петель на обзорной рентгенограмме брюшной полости; – данные МРТ и лапароскопии кишечника в пользу тромбоза верхней мезентериальной артерии. Острый тромбоз верхней мезентериальной артерии развился на 8-й день госпитализации у 9 пациентов, а на 10-й день госпитализации – еще у 3 пациентов. У всех 12 пациентов имел место некроз кишечника и перитонит. Все пациенты были оперированы. Летальный исход наступил на 8 – 10 сутки наблюдения у 9 пациентов. Пациенты с хронической ишемией кишечника были направлены для выполнения стентирования просвета артерий после выполнения ангиографии.

Заключение:

1. Проведенное исследование показало, что ишемические поражения кишечника чаще проявляются по типу острого тромбоза верхней мезентериальной артерии (20%) у пациентов с ишемической болезнью сердца. 2. Знание клинической картины ишемии кишечника будет способствовать своевременной диагностике и направлению на хирургическое лечение этой категории пациентов.

**ДИНАМИКА ПРОВСПАЛИТЕЛЬНОГО МАРКЕРА
ИНТЕРЛЕЙКИНА-8 В ОТВЕТ НА ИМПЛАНТАЦИЮ СТЕНТА
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФЕНОТИПА АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ
БЛЯШКИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
С ПОРАЖЕНИЕМ ОДНОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ**

Абдужамалова Н. М., Терещенко А. С., Масенко В. П.,
Меркулов Е. В., Наумов В. Г.
ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования изучить динамику уровня интерлейкина (ИЛ) - 8 до и после коронарного стентирования у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) при различной морфологии атеросклеротической бляшки (АСБ), по данным внутрисосудистого ультразвукового исследования с функцией «виртуальной гистологии» (ВСУЗИ-ВГ).

Материал и методы:

В исследование включен 31 больной с ИБС, которым планировалось проведение транслюминальной баллонной коронарной ангиопластики (ТБКА). Все пациенты по результатам коронарной ангиографии имели гемодинамически значимый стеноз в одной артерии. Для определения морфотипа АСБ (классификация АСБ Американской Ассоциацией Сердца) пациентам перед ТБКА проводилось ВСУЗИ-ВГ. В соответствии с полученными данными больные были разделены на 3 группы: в 1 группу (n=18) вошли пациенты с фиброатеромой (ФА), 2 группу (n=9) составили пациенты с фиброатеромой с тонкой крышкой (ФАТК) и больные с фиброзным вариантом АСБ были выделены в группу 3 (n=4). В сыворотке крови пациентов определяли уровень ИЛ-8 до и через 24 часа после ТБКА.

Результаты:

Множественный межгрупповой сравнительный анализ показал, что группы различаются по степени прироста уровня ИЛ-8 через 24 часа после коронарного вмешательства (p=0,02). Это послужило основанием для проведения дальнейшего попарного сравнения групп. Было выявлено, что процент прироста уровня ИЛ-8 через сутки после ТБКА у пациентов с ФА (p=0,016) и у пациентов с ФАТК (p=0,046) был достоверно выше, в сравнении с группой пациентов с фиброзными АСБ. Кроме того, в группе с ФАТК выявлена тенденция к более высоким значениям ИЛ-8 через 24 часа после вмешательства (p=0,050), чем у пациентов с фиброзными АСБ.

Заключение:

Таким образом, уровень ИЛ-8 можно считать чувствительным показателем воспалительной реакции в ответ на имплантацию стента. При этом у больных с фиброатеромами, а также фиброатеромами с тонкой крышкой наблюдались достоверно более высокие значения ИЛ-8, чем у пациентов с фиброзным вариантом АСБ.

**ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ И ДИСФУНКЦИЯ
ЭНДОТЕЛИЯ В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

Закирова Н. Э., Закирова А. Н.
ФГБОУ ВО Башкирский государственный
медицинский университет

Введение (цели/ задачи):

Установить роль иммунновоспалительных реакций и эндотелиальной дисфункции в формировании клинического течения и прогрессировании ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы:

В основу работы положены результаты комплексного обследования 216 мужчин, больных ИБС, из них 103- со стабильной стенокардией I-IV функционального класса, 113 - с нестабильной стенокардией I-III класса. В контрольную группу вошли 38 здоровых мужчин. Диагностика ИБС основывалась на данных велоэргометрии, мониторингирования ЭКГ, эхокардиографии (М-, В-, доплер-режимы). О состоянии иммунновоспалительных реакций судили по уровню провоспалительных (интерлейкин-1? (ИЛ-1?), 6 (ИЛ-6), фактор некроза опухоли-? (ФНО-?) и противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4; ИЛ-10), об адгезивной функции эндотелия - по содержанию в крови растворимой (sICAM-1) и сосудистой молекулы межклеточной адгезии (sVCAM-1), выполненные с использованием иммуноферментного анализа. Вазодилатирующую и вазоконстрикторную функцию эндотелия изучали по эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) плечевой артерии (метод ультразвука) и активности эндотелина-1 в плазме (иммуноферментный анализ).

Результаты:

Установлено, что уже на стадии стабильной стенокардии у больных ИБС зарегистрировано достоверное повышение в крови уровня ИЛ-1? (37,3%; p<0,05), ИЛ-6 (53,4%; p<0,01) и ФНО-? (58,9%; p<0,01), снижение концентрации противовоспалительного цитокина ИЛ-10 (15,7%; p<0,05) по сравнению с контролем. Выявленная экспрессия цитокинов выявлена при нестабильной стенокардии: параметры ИЛ-1? и ФНО-? превысили не только контроль, но и значения стабильной стенокардии более, чем в 1,4 раза (p<0,05). При нестабильной стенокардии отмечена максимальная активация ИЛ-6 и ингибирование ИЛ-10, ИЛ-4, параметры которых в 2,4 и 1,7 раза отличались от показателей стабильной стенокардии. Содержание sICAM-1 и sVCAM-1 существенно увеличивалось по мере возрастания тяжести ИБС и достигало максимума при нестабильной стенокардии. При оценке функции эндотелия у больных ИБС установлены значимые нарушения ЭЗВД плечевой артерии, наиболее существенные при нестабильной стенокардии. Уровень эндотелина-1 у больных стабильной стенокардии был достоверно выше контроля, а при нестабильной стенокардии не только превышал данные контроля, но и в 2,5 раза - показатели стабильной стенокардии. При корреляционном анализе, проведенном у больных ИБС, установлены взаимосвязи между параметрами цитокинов, молекул межклеточной адгезии и уровнем эндотелина-1, ЭЗВД, определены их взаимоотношения с клинико-гемодинамическими параметрами.

Заключение:

Результаты исследования свидетельствуют о важной роли иммунновоспалительных реакций и эндотелиальной дисфункции в формировании клинического течения и прогрессировании ИБС.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ
ДЛЯ ОЦЕНКИ РУБЦОВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ
ПОСТИНФАРКТНОМ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ**

Карпова И. С., Атрощенко Е. С., Кошлатая О. В.,
Ильина Т. В., Русак Т. В.
Республиканский научно-практический центр
«Кардиология»

Введение (цели/ задачи):

При проведении магнитно-резонансной томографии (МРТ) с использованием контрастных парамагнитных препаратов на основе гадолиния возможна визуализация зоны постинфаркт-

ного кардиосклероза. При этом толщина зоны контрастирования напрямую зависит от глубины поражения миокарда. При трансмуральном повреждении она охватывает всю толщу миокарда, а в случае нетрансмурального рубца контрастирование распространяется субэндокардиально. Условно можно выделить нетрансмуральное замедленное вымывание контраста на участке глубиной менее 25 % толщины стенки левого желудочка, 25–50 % и более 50 %. Распространение зоны контрастирования на глубину более 50 % может быть приравнено к трансмуральному повреждению. Целью исследования было определение информативности МРТ для оценки рубцовых повреждений при постинфарктном кардиосклерозе.

Материал и методы:

В исследование включено 52 пациента с постинфарктным кардиосклерозом среднего возраста 63,3 ± 5,0 лет (33 мужчин, 19 женщин) с хронической сердечной недостаточностью не выше ФК II по NYHA. Давность инфаркта миокарда (ИМ) составила 1,96 (0,75; 2,00) лет. Диагноз ИМ был подтвержден медицинской документацией, ЭКГ в 12 стандартных и 60 отведениях (ЭКГ картирование), трансторакальной ЭхоКГ с оценкой глобальной и локальной сократимости миокарда левого желудочка (ЛЖ) на ультразвуковом аппарате Vivid-9 (GEHC, США). Наблюдаемые пациенты с постинфарктным кардиосклерозом были разделены на 2 группы: с однососудистым поражением коронарных артерий, после успешного стентирования и отсутствия критических стенозов коронарных артерий – 27 человек (I группа) и многососудистым поражением, стентированием только одной инфаркт-связанной артерии или наличием значимых стенозов коронарных артерий – 25 человек (II группа). Стентирование коронарных артерий было выполнено 92,5 % пациентов I группы и 84% - II группы (у 18 человек стентирование и у 3 АКШ, МКШ). МРТ осуществлялась на высокопольном магнитно-резонансном томографе Siemens Magnetom Aera с индукцией магнитного поля 1.5 Т, снабженном системой синхронизации сканирования с ЭКГ. В качестве контрастирующего агента применялся Gd-содержащий контрастный препарат в дозе 0,2-0,3 ммоль/кг со скоростью потока 5 мл/с. Протокол сканирования включал импульсные последовательности: HASTE, Cine, отсроченное контрастное усиление, стандартные сердечные проекции: 4-х и 2-х камерная проекция по длинной оси левого желудочка, по короткой оси, в плоскости выходного тракта левого желудочка в течение одной задержки дыхания на фазе вдоха. Все выявленные изменения фиксировались по сегментам с использованием 17-сегментной схемы «бычий глаз».

Результаты:

По данным стандартной ЭхоКГ нарушения локальной сократимости были выявлены у всех исследованных пациентов (гипокинезия в 175 (21,0%), акинезия – в 26 (3,1%) сегментах). У 81,3% пациентов были выявлены дефекты перфузии миокарда при МРТ, которые визуализировались во время «первого прохождения» контрастного вещества в виде участков миокарда с гипоинтенсивным сигналом, нарушения локальной сократимости (гипокинезия в 19,9% случаев, акинезия – в 5,5%), т.е. акинезия в 1,9 раза чаще, чем при ЭХОКГ. Зоны отсроченного контрастирования миокарда при сканировании через 15 мин после введения Gd-содержащего препарата были выявлены у 81,3% пациентов в виде участков с гиперинтенсивным сигналом (зоны постинфарктного кардиосклероза, занимающие в среднем до 30% миокарда левого желудочка). Пациенты II группы характеризовались более значимым числом сегментов с акинезиями, гипокинезиями ($p = 0,009$), а также количеством рубцовых участков, составляющим глубину поражения 75%

толщины (1,67 (1,0; 3,0) в I группе, 3,00 (2,0; 4,0) во II группе) и трансмурального поражения ЛЖ (2,14 (0; 3,0) в I группе, 3,00 (2,0; 4,0) во II группе).

Заключение:

Таким образом, у пациентов с неполным восстановлением коронарного кровотока или многососудистым поражением как протяженность, так и глубина рубцовых повреждений после перенесенного ИМ были более обширными. МРТ с контрастным усилением является высокоточным методом, позволяющим не только определять локализацию и размеры рубцовых постинфарктных зон, но и дифференцировать субэндокардиальные повреждения от трансмуральных.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА И ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАННЕЙ ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

БАХШАЛИЕВ А. Б., ПАНАХОВА Н. А., НАДЖАФОВ Р. Н., ГАДЖИЕВ Р. Ф.

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ КАРДИОЛОГИИ,
АЗЕРБАЙДЖАН

Введение (цели/ задачи):

Изучение клинической эффективности лечения, оптимизированного путем включения в план базисной терапии пациентов с постинфарктной стенокардией иммунокорректоров и селективных противовоспалительных препаратов.

Материал и методы:

Под наблюдение были взяты 54 пациента (45 мужчин, 9 женщин) с диагнозом постинфарктная стенокардия. Пациенты приняты на лечение в острой стадии болезни. У пациентов установлена высокая концентрация провоспалительных цитокинов (TNF- α , интерлейкин-6) и других воспалительных показателей (С-реактивный белок, фибриноген). Были разделены 2 группы по 30 и 24 пациента. 1-я группа была принята в качестве основной группы, а 2-я – группы плацебо. В группе А был применен только план базисной терапии в соответствии со степенью тяжести болезни. А в группе В в дополнение к базисной терапии из противовоспалительных препаратов был назначен Мовалис 15 мг (Beringer Ingelheim Ellas A. E., Греция) по 15 мг 1 раз день - 2 месяца), являющийся блокатором циклооксигеназы-2 и иммуномодулятор, противовоспалительный препарат Галавит (Медикор, Россия) 100 мг - 2 мл через день, 20 инъекций - 40 дней). Определение в крови лейкоформулы, СРБ, интерлейкинов, TNF- α , INR, фибриногена, а также инструментальные исследования были проведены при приеме на лечение и через 3 месяца после лечения.

Результаты:

При корреляционном анализе, проведенном у пациентов с нестабильной стенокардией 3-го класса и ранней стенокардией после ИМ, установлена ожидаемая тесная взаимосвязь между концентрацией ИЛ-6 и уровнем С-РБ ($r=0,56$; $p<0,01$). При корреляционном анализе установлены зависимости между показателями ФНО- α и ИЛ-6 ($r=0,39$; $p<0,05$), СРБ ($r=0,38$; $p<0,05$). В частности, у пациентов со значением СРБ выше 16 мг/л отмечена положительная корреляция со степенью тяжести болезни. В основной группе наблюдалось более быстрая нормализация воспалительных маркеров и ферментной активности в крови, СРБ, гомеостатических параметров крови, и статистически заметное снижение показателей СРБ и ИЛ-6 по сравнению с группой плацебо ($p < 0,05$). Так, в основной группе СРБ мг/л до лечения составило $19,3 \pm 3,16$, после лечения $9,1 \pm 4,15$ ($p < 0,05$),

ИЛ-6 пг/мл до лечения $81,2 \pm 14,22$, после лечения $28,3 \pm 6,36$, $p < 0,05$, Тnf- γ пг/мл до лечения $32,57 \pm 3,51$, после лечения $11,38 \pm 2,11$ ($p < 0,05$).

Заключение:

По полученным нами данным, прогрессирование течения инфаркта миокарда патогенетически глубоко связано с активизацией иммуновоспалительных реакций, и включение в базисную терапию противовоспалительных препаратов и иммунокорректоров, начиная с острой стадии болезни, замедляет прогрессирование болезни, сокращает период стационарного лечения, повышает толерантность к физической нагрузке по сравнению с группой плацебо. Также, в зависимости от степени тяжести болезни, обеспечивает относительное снижение средней терапевтической дозы нитратов, бета-блокаторов и других препаратов. Принимая во внимание изложенное, клиническая эффективность иммунокорректоров и селективных противовоспалительных препаратов у пациентов с постинфарктной ранней стенокардией позволяет рекомендовать их широкое применение.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ИБС

Комилова Ф. Х., Сиротина Н. В., Пулатов С. Ф.,

Налибаева С. А., Розыходжаева Д. А.

Центральная поликлиника № 1 Медико-Санитарного

Объединения

Введение (цели/ задачи):

Оценить клинико-гемодинамические эффекты наружной контрпульсации (НКП) у больных ИБС.

Материал и методы:

В исследование включены 164 больных ИБС II – III ФК, из них 23 после реваскуляризации миокарда (13 больных после аортокоронарного шунтирования, 10 – после ангиопластики со стентированием коронарных артерий). Средний возраст больных составил $60,13 \pm 0,75$ лет. Ранее перенесли инфаркт миокарда 30% больных. У 89% больных ИБС ассоциирована с гипертонической болезнью II – III стадии, в 48% осложнена хронической сердечной недостаточностью II – III ФК. НКП проводилась на аппарате ECP system Cardiassist 4500 по стандартному 30-дневному часовому курсу. До и после курса лечения проводилось клиническое обследование, включающее стандартную электрокардиограмму (ЭКГ), суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, ЭХО – КГ, доплерография брахиоцефальных артерий, велоэргометрическая проба (ВЭМ).

Результаты:

Процедуры НКП хорошо переносились больными. В ходе лечения наблюдалось снижение потребности в нитратах с $4,27 \pm 0,64$ до $0,78 \pm 0,15$ ($p < 0,05$). Улучшились показатели центральной гемодинамики: САД снизилось с $132,15 \pm 1,73$ до $116,5 \pm 1,35$ мм.рт.ст., ДАД – с $80,51 \pm 0,89$ до $73,31 \pm 0,59$ мм.рт.ст., ЧСС – с $78,51 \pm 0,83$ уд/мин ($p < 0,05$). Отмечалось уменьшение показателя артериальной жесткости – скорости распространения пульсовой волны с $11,67 \pm 0,14$ до $9,74 \pm 0,12$ м/с ($p < 0,05$). Установлено повышение толерантности к физической нагрузке: по результатам ВЭМ максимальная нагрузка увеличилась с $75,43 \pm 2,69$ до $93,09 \pm 2,92$ Вт ($p < 0,05$). По результатам суточного мониторирования ЭКГ уменьшилось количество болевой и безболевой ишемии – с $2,82 \pm 0,56$ до $0,59 \pm 0,25$ и с $2,24 \pm 0,78$ до $0,84 \pm 0,34$ соответственно ($p < 0,05$). Улучшилась систолическая и диастолическая функция миокарда: ФВ выросла с $58,62 \pm 0,81$ до $63,82 \pm 0,73\%$, а соотношение пиковых скоростей E/A увели-

чилось с $0,91 \pm 0,03$ до $1,06 \pm 0,03$ ($p < 0,05$). Наряду с улучшением показателей качества жизни больных, регистрировалась нормализация показателей церебральной гемодинамики в виде нарастания диаметра и скорости кровотока по сонным артериям. Диаметр левой сонной артерии вырос с $5,77 \pm 0,3$ до $6,91 \pm 0,24$, а правой – с $5,72 \pm 0,29$ до $6,68 \pm 0,23$ мм; средняя скорость кровотока возросла в левой сонной артерии с $71,8 \pm 3,39$ до $85,77 \pm 3,23$, а в правой – с $67,38 \pm 3,43$ до $81,57 \pm 3,7$ м/с ($p < 0,05$). На фоне НКП отмечалась положительная динамика показателей липидного профиля: уровень ХС снизился с $5,17 \pm 0,11$ до $4,41 \pm 0,09$ и ХС ЛПНП – с $3,71 \pm 0,11$ до $2,81 \pm 0,09$ ммоль/л ($p < 0,05$).

Заключение:

Положительное влияние НКП на клиническое течение ИБС дает возможность рассматривать данный метод как важный этап комбинированного подхода в коморбидных ситуациях, в том числе и при кардиоцеребральных осложнениях.

ОСОБЕННОСТИ «НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ» ПРИ ИНТАКТНЫХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ

Бабаджанов Ж. К.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение (цели/ задачи):

По данным статистики и нашим собственным наблюдениям, 5-20% больных, поступающих с диагнозом нестабильная стенокардия, при проведении коронарной ангиографии (КАГ) не имеют гемодинамического значимого атеросклероза сосудов сердца. Госпитализация этих пациентов требует значительных материальных затрат и ведет к перегрузке отделений неотложной кардиологии. Цель исследования. Определить факторы, ассоциированные с «нестабильной стенокардией» при интактных коронарных артериях.

Материал и методы:

Нами изучены 68 больных, находившихся на госпитализации в отделении острого коронарного синдрома г. Ургенча в период с 2013 по 2016 годы с предварительным диагнозом «нестабильная стенокардия», у которых при проведении КАГ не было выявлено значимого стенозирования сосудов сердца. Возраст составил от 32 до 77; в среднем 57 лет. Из них мужчин – 39 (57%), женщин – 29 (43%). Все больные обследованы согласно стандартам оказания помощи при остром коронарном синдроме. Критериями исключения из исследования были: врожденные и приобретенные пороки сердца, эзофагит, язвенная болезнь в стадии обострения.

Результаты:

У 64 больных определялась гипертоническая болезнь, что составило 94%. При проведении ультразвукового исследования магистральных артерий головы у 31 (45%) выявлен нестенозирующий атеросклероз и у 37 (55%) – стенозирующий. При исследовании артерий нижних конечностей также определены признаки нестенозирующего атеросклероза у 40 (59%), стенозирующего атеросклероза – у 22 (31%).

Заключение:

Нестабильная стенокардия при интактных коронарных артериях в большинстве случаев ассоциируется с гипертонической болезнью. Ультразвуковые признаки атеросклероза крупных сосудов иных областей (головы, нижних конечностей) выявлены у всех обследованных пациентов (в 100%). Более часто встречается атеросклероз в бассейнах позвоночных и сонных артерий.

ОСТРОЕ ПЕРИПРОЦЕДУРНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ПЛАНОВЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Вершинина Е. О., Репин А. Н.

НИИ кардиологии Томского НИМЦ

Введение (цели/ задачи):

Оценить частоту, предикторы и влияние на отдалённые исходы контраст-индуцированного острого повреждения почек (КИ-ОПП) при плановых чрескожных коронарных вмешательствах.

Материал и методы:

Проведено ретроспективное исследование, включившее 148 пациентов, которые были направлены на плановое эндоваскулярное вмешательство на коронарных артериях в отделение реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями НИИ кардиологии с 2009 по 2011 гг. Контрастными средствами, использованными при вмешательствах, были Омнипак (Iohexol) и Ксенетикс (Iobitridol). КИ-ОПП диагностировали при увеличении сывороточного креатинина (сКр) $\geq 26,5$ мкмоль/л или 150%, или снижение СКФ более чем на 25% и более от исходного в течение 3 дней после внутрисосудистого назначения контраста при отсутствии альтернативных причин. Риск развития КИН оценивался по шкале R. Mehran. Профилактика КИН осуществлялась согласно рекомендациям по профилактике контраст-индуцированной нефропатии Европейского Кардиологического общества (ESC) 2010г. Конечные точки оценивались через 7 лет после индексного ЧКВ. Конечными точками исследования считали общую и сердечно-сосудистую смертность, а также частоту развития больших неблагоприятных сердечно-сосудистых событий или МАССЕ (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Events), включающую в себя комбинацию сердечно-сосудистой смерти (ССС), острого коронарного синдрома и острого нарушения мозгового кровообращения. Для выявления предикторов развития неблагоприятных конечных точек использовали метод логистической регрессии, а также ROC-анализ с построением характеристических кривых и расчетом АУС (площади под кривой). Анализ частоты конечных точек в группах проводили с помощью метода Каплана-Мейера, для сравнения двух кривых использовали логранговый критерий. Критический уровень значимости p для всех используемых процедур статистического анализа данных принимали равным 0,05.

Результаты:

КИ-ОПП было выявлено у 23 пациентов (15,5%), у которых сКр увеличился в среднем на 37,8 мкмоль/л (42,5%), в то время как у остальных больных среднее увеличение сКр после вмешательства составило 3,3 мкмоль/л (5%). Пациенты, у которых развилось КИ-ОПП, исходно значимо чаще страдали хронической болезнью почек (ХБП) (73,9% против 30,4%, $p < 0,001$), имели более высокую скорость оседания эритроцитов (СОЭ) перед вмешательством на коронарных артериях ($18,1 \pm 9,54$ против $12,6 \pm 9,2$, $p = 0,004$). Пациенты с КИ-ОПП получили существенно большую дозу контрастного средства, определяемую отношением объём контраста/скорость клубочковой фильтрации (ОК/СКФ) ($3,51 \pm 1,32$ в группе с КИ-ОПП и $3,05 \pm 1,48$ в группе пациентов без него, $p = 0,043$). Установлена статистически значимая взаимосвязь развития КИ-ОПП с наличием у пациентов, направленных на ЧКВ, исходно ХБП (ОШ=9,2; ДИ [2,89-29,25]; $p < 0,001$), хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) (ОШ=4,07; ДИ [1,23-13,5]; $p = 0,015$), а также с местными процедурными осложнениями, такими как развитие ложной аневризмы в месте пункции бедренной артерии, подкожной гематомы или кровотечения из места пункции (ОШ=1,23; ДИ [1,13-1,33], $p = 0,025$).

В результате проведенного ROC-анализа наиболее значимыми предикторами развития КИ-ОПП оказались: исходная СОЭ $\geq 11,5$ мм/ч (AUC=0,677; ДИ [0,539-0,815]; $p = 0,025$), отношение ОК/СКФ $\geq 3,25$ (AUC=0,633; ДИ [0,505-0,762]; $p = 0,042$). Через 7 лет после индексного ЧКВ в группе пациентов без КИ-ОПП общая выживаемость составила 87,6%, выживаемость без фатальных сердечно-сосудистых событий – 89,4%, частота МАСЕ – 39,8%. В группе пациентов с КИ-ОПП общая выживаемость составила 70%, выживаемость без фатальных сердечно-сосудистых событий – 80%, частота МАСЕ – 45%. При оценке с помощью кривых Каплана-Мейера по данным семилетнего наблюдения за пациентами влияния постпроцедурного КИ-ОПП на общую выживаемость, выживаемость без фатальных сердечно-сосудистых событий, а также на частоту МАСЕ, было показано, что все три отдалённые конечные точки развивались статистически значимо чаще в группе пациентов с КИ-ОПП, чем при его отсутствии ($p > 0,05$).

Заключение:

Предикторами КИ-ОПП, ассоциированными с клиническими характеристиками пациентов, являются сопутствующие ХБП и ХОБЛ, а также исходное повышение СОЭ. Предикторами КИ-ОПП, связанными с выполнением чрескожного коронарного вмешательства, являются отношение ОК/СКФ и местные процедурные осложнения. При сравнении кривых Каплана-Мейера неблагоприятные исходы после плановых эндоваскулярных вмешательств на коронарных артериях, такие как смерть от любых причин, сердечно-сосудистая смерть и МАССЕ (ССС+ОКС+ОНМК) в течение 7-летнего периода наблюдения развиваются значимо чаще у пациентов, перенесших острое перипроцедурное повреждение почек.

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У МОЛОДЫХ

Дадабаева Н. А., Рамазанова Н. А.

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/ задачи):

За последние 15 лет смертность молодых пациентов с ИБС достигла 30%. Поэтому представляется актуальным изучение значимости современных факторов риска и их сочетаний у больных инфарктом миокардом (ИМ) с целью поиска возможных профилактических мероприятий. Цель работы: определить факторы влияющие на развитие ИМ у молодых пациентов.

Материал и методы:

Было обследовано 28 больных ИИМ в возрасте 36-45 лет. Мужчин 26, женщин-2. Проводилось общеклиническое исследование, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ.

Результаты:

Среди всех факторов риска наиболее часто отмечались курение- 71,8%, гиподинамия -64%, артериальная гипертензия-54%, наследственная отягощенность -43%, злоупотребление алкоголем (со слов больных) – 32%, сахарный диабет – 21%, стресс -21%, избыточная масса тела- 7%. Коморбитные заболевания органов дыхания были у 46%, желудочно-кишечного тракта у 23% и хронический пиелонефрит у 21%. ИБС в анамнезе была у 64%, 14% из них имели ПИКС. У 1/3 больных ИМ развился внезапно. Все больные поступали с ангинозным вариантом течения болезни в связи с повышением АД или эмоциональными всплесками. У 68% больных ИМ был без зубца Q, с локализацией на передней стенке у 64%, задней у 18%, обширный у 50%. Аритмии отмечались у 36%, чаще всего в виде желудочковой экстрасистолии (14%). Острая сердечная недостаточность по

Киллипу осложнила течение ИМ у 29% больных, у 14% развилась постинфарктная аневризма левого желудочка, чаще всего в связи с нарушением постельного режима.

Заключение:

Т.о. острому инфаркту миокарда в молодом возрасте способствовала целая совокупность факторов риска. Почти все больные были мужского пола, заболеванию предшествовали в основном курение, ГБ, гиподинамия и стресс. Все поступали с ангинозным клиническим вариантом, чаще инфаркт миокарда был без зубца Q и с локализацией на передней стенке, у половины обширный. Аритмии наблюдались редко. У половины больных ОИМ протекал с осложнениями в основном в виде острой левожелудочковой недостаточности. Из-за дилатации левого желудочка и физической активности у 4-х больных образовалась аневризма левого желудочка. Наиболее важными предупреждающими заболеванием и его осложнений для молодых является борьба с вредными привычками, контроль АД, нормализация условий труда, санация очагов инфекции. Обследование молодых пациентов должно быть приоритетным с выявлением факторов риска и эффективной разработкой предупреждающих мероприятий.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА К ЛЕЧЕНИЮ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РЕКВАЗА)

ПЕРЕВЕРЗЕВА К. Г., Якушин С. С.
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Оценить приверженность пациентов к приему лекарственных препаратов, назначенных по поводу ишемической болезни сердца (ИБС) врачами амбулаторно-поликлинического звена, по данным регистра РЕКВАЗА.

Материал и методы:

В регистр РЕКВАЗА последовательно включались все пациенты в возрасте 18 лет и старше, постоянно проживающие на территории города Рязани и Рязанской области, обратившиеся за медицинской помощью к врачу терапевту или кардиологу в одну из трех случайно отобранных поликлиник (две городские и одна сельская) по поводу артериальной гипертонии, ИБС, фибрилляции предсердий, хронической сердечной недостаточности и их сочетаний в 2012 - 2013 годах. В одной из городских поликлиник было включено 1165 пациентов с ИБС, из них 27,0% (314) мужчин. Медиана возраста пациентов составила 72,3 (63,6; 78,5) года. В дальнейшем из 1165 пациентов методом случайных чисел была сформирована репрезентативная выборка из 100 пациентов. После подписания информированного согласия, всем пациентам из этой выборки проводилась оценка соответствия терапии, назначенной на индексном визите, и терапии, получаемой ими в действительности, а также оценивалась приверженность к лечению с помощью опросника Мориски-Грина-Левине, основанного на 4 вопросах. Низкая приверженность была определена как ответ «да» на 1 или более вопроса. Высокая приверженность была определена как ответ «нет» на каждый вопрос. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ Microsoft Excel и STATISTICA 10.0

Результаты:

93 пациентам на индексном визите была назначена лекарственная терапия по поводу ИБС. Анализ групп лекарственных препаратов, применяемых пациентами показал, что частота применения основных групп лекарственных препаратов, за исключением статинов, для которой она ниже, антагонистов

кальция (АК) и нитратов пролонгированного действия (НПД), для которых она выше, сопоставима с частотой врачебного назначения без учета того факта, что значительная часть лекарственных препаратов, получаемых пациентами, была им назначена не лечащим врачом, а являлась результатом самолечения. В тоже время частота применения лекарственных препаратов по назначению врача отличалась от частоты их назначения в меньшую сторону, а частота применения лекарственных препаратов вне зависимости от назначения врача была выше, нежели частота применения лекарственных препаратов, предписанных врачом, для всех изучаемых групп лекарственных препаратов. Так, нами было выявлено, что бета-адреноблокаторы (БАБ), блокаторы рецепторов к ангиотензину II (БРА), статины и антиагреганты применяются пациентами в 1,5 раза чаще, нежели они назначены врачом, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) – в 1,7 раза чаще, АК – в 2,1 раза чаще, а НПД применяются 4,3 раза чаще, нежели назначаются врачами амбулаторно-поликлинического звена. Доля пациентов, приведенных к приему всех назначенных групп лекарственных препаратов составила 60,9%, к приему прогноз-модифицирующих групп лекарственных препаратов (статины и антиагреганты) – 60,6%, к приему антиангинальных групп лекарственных препаратов – 61,9%. Приверженность пациентов к приему БАБ составила 70,8%, ИАПФ – 62,2%, БРА – 57,1%, статинов – 46,8%, антиагрегантов – 70,0%, АК – 53,6%, НПД – 37,5%. При этом приверженность к приему БАБ и антиагрегантов по сравнению с приверженностью к приему статинов оказалась в 1,5 раза выше. При оценке регулярности и соблюдения режима приема лекарственных препаратов по опроснику Мориски-Грина получено, что только 19,0% пациентов являются высоко приверженными к лечению.

Заключение:

1. По данным регистра РЕКВАЗА среди амбулаторных пациентов с ИБС приверженность к приему всех назначенных групп лекарственных препаратов составила 60,9%, к приему прогноз-модифицирующих групп лекарственных препаратов – 60,6%, к приему антиангинальных групп лекарственных препаратов – 61,9%. 2. По результатам опросника Мориски-Грина только 19,0% пациентов можно считать высоко приверженными к лечению. 3. Полученные нами данные свидетельствуют о недостаточной приверженности пациентов с ИБС к лечению.

ТИП ЛИЧНОСТИ Д У БОЛЬНЫХ С КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА КЫРГЫЗСКОЙ ЭТНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ

Залесская Ю. В.¹, Коротенко О. А.², Джумагулова А. С.², Кыдыралиева Р. Б.², Тен В. И.³, Нелюбова Т. А.³, Сабиров И. С.³

¹Кыргызский Национальный Центр Кардиологии и Терапии,

²Кыргызский Национальный Центр Кардиологии и Терапии имени академика М. Миррахимова,

³Кыргызско-Российский Славянский университет имени Б.Н. Ельцина

Введение (цели/ задачи):

Тип личности Д признан одним из психо-социальных факторов риска, оказывающих негативно влияние на течение и прогноз заболевания у больных с коронарной болезнью сердца (КБС). Тип личности Д идентифицируется при одновременном сочетании высоких уровней негативной возбудимости и социального подавления. При этом данный личностный тип характеризуется



Информация предназначена для специалистов здравоохранения

Краткая инструкция по применению препарата Ранекса®. МНН: ранолазин. Фармакотерапевтическая группа: антиангинальное средство. Показания к применению: Стабильная стенокардия. Способ применения и дозы: Препарат принимают вне зависимости от приема пищи. Таблетки следует проглатывать целиком, запивая достаточным количеством жидкости, не измельчая, не разламывая. Рекомендованная начальная доза препарата Ранекса® для взрослых составляет 500 мг 2 раза в сутки. Через 2-4 недели доза, при необходимости, может быть увеличена до 1000 мг 2 раза в сутки. Максимальная суточная доза составляет 2000 мг. При появлении побочных эффектов, вызванных приемом препарата Ранекса® (например, головокружение, тошнота или рвота), необходимо уменьшить разовую дозу до 500 мг. Если после этого симптомы не исчезнут, применение препарата должно быть прекращено. Для пациентов с XCH/III-IV функциональные классы по классификации NYHA, с почечной недостаточностью легкой и средней степени тяжести (клиренс креатинина 30-80 мл/мин), печеночной недостаточностью легкой степени тяжести (5-6 баллов по шкале Чайлд-Пью), с массой тела пациентов менее 60 кг и пациентов старше 65 лет, а также для пациентов, принимающих ингибиторы изофермента CYP3A4 и P-gp (P-гликопротеин), рекомендуется титрация дозы препарата. Противопоказания: повышенная чувствительность к действующему веществу или любому из вспомогательных веществ (см. раздел Состав); дефицит лактазы, наследственная непереносимость лактозы, синдром глюкозо-галактозной мальабсорбции (только для дозировки 1000 мг); тяжелая почечная недостаточность (клиренс креатинина < 30 мл/мин); печеночная недостаточность средней (7-9 баллов по шкале Чайлд-Пью) или тяжелой (более 9 баллов по шкале Чайлд-Пью) степени тяжести; одновременное применение с сильными ингибиторами изофермента CYP3A4 (итраконазол, кетоконазол, вориконазол, позаконазол, ингибиторы ВИЧ-протеазы, кларитромицин, телитромицин, нефазодон); одновременное применение с антиаритмическими средствами класса IA (например, хинидин) или класса III (например, дофетилид), кроме амиодарона; с сotalолом. дети до 18 лет (эффективность и безопасность препарата не установлены); беременность; период грудного вскармливания. С осторожностью: печеночная недостаточность легкой степени тяжести (5-6 баллов по шкале Чайлд-Пью); почечная недостаточность легкой или средней степени тяжести (клиренс креатинина 30-80 мл/мин); возраст старше 65 лет; масса тела пациента менее 60 кг; хроническая сердечная недостаточность III-IV функциональные классы по классификации NYHA; синдром врожденного удлиненного интервала QT в анамнезе, в семейном анамнезе; диагностированное приобретенное удлинение интервала QT; недостаточность изофермента CYP2D6; одновременное применение с умеренными ингибиторами изофермента CYP3A4 (дилтиазем, флуконазол, эритромицин); одновременное применение с индукторами изофермента CYP3A4 (рифампицин, фенитоин, фенобарбитал, карбамазепин, Зверобой продырявленный (Hypericum perforatum)); одновременное применение с ингибиторами P-gp (P-гликопротеин) (верапамил, циклоспорин). У пациентов с сочетанием нескольких из вышеперечисленных состояний возможно усиление действия ранолазина, в т.ч. увеличивается риск возникновения побочных эффектов. В этом случае необходим регулярный мониторинг состояния с целью раннего выявления побочных эффектов, при необходимости может потребоваться снижение дозы или отмена препарата. Побочные эффекты: Побочные эффекты, наблюдаемые у пациентов, принимающих препарат Ранекса®, в большинстве случаев характеризуется легкой или средней степенью выраженности и развиваются обычно в течение первых 2-х недель. Наиболее часто встречающимися побочными эффектами при применении препарата Ранекса® являются головокружение, головная боль, запор, тошнота, рвота, астения. Взаимодействие с другими лекарственными препаратами: индукторы и сильные ингибиторы фермента CYP3A: не использовать Ранексу® (см.противопоказания); умеренные ингибиторы CYP3A: рекомендуется титрация дозы ранолазина. Может потребоваться снижение дозы ранолазина; CYP3A субстраты: ранолазин является слабым ингибитором изофермента CYP3A4, что может привести к повышению концентрации субстратов изофермента CYP3A4 в плазме крови и потребовать коррекции дозы чувствительных субстратов изофермента CYP3A4 (например, симvastатин, ловастатин) и субстратов изофермента CYP3A4 (например, симvastатин, ловастатин) и субстратов изофермента CYP3A4 с узким терапевтическим диапазоном (например, циклоспорин, такролимус, сиролимус, эверолимус); Ингибиторы/субстраты P-гликопротеина:ранолазин является субстратом P-gp. Ингибиторы P-gp (например, циклоспорин, верапамил) повышают концентрацию ранолазина в плазме крови. Для пациентов, получающих лечение ингибиторами P-gp, рекомендуется титрация дозы ранолазина. Может потребоваться снижение дозы ранолазина. С другой стороны, ранолазин является умеренным ингибитором P-gp и может увеличивать концентрацию субстратов P-gp в плазме крови. Тканевое распределение лекарственных веществ, которые транспортируются с помощью P-gp, может быть увеличено. Подробная информация о препарате содержится в инструкции по применению ЛП 001978-23.01.2013 (с внесенными правками от 29.05.2014).

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Ранекса от 23.01.2013 (с внесенными изменениями от 29.05.2014)

стабильностью его характеристик с течением времени и предрасположенностью к наличию дистресса (тревоги, депрессии), что усиливает его роль как предиктора неблагоприятного прогноза у больных с КБС. Исследований по изучению культуральных особенностей личностного типа Д в мировой практике недостаточно, при этом данные по изучению взаимосвязи дистресса и типа личности Д у больных кыргызской этнической группы с КБС отсутствуют. Цель работы: выявление различий по частоте встречаемости традиционных факторов риска, а также оценка взаимосвязи типа Д и дистресса (тревоги, депрессии) в двух группах больных со стабильной КБС (с наличием и отсутствием типа личности Д)

Материал и методы:

В исследование включено 106 больных кыргызской этнической группы со стабильной КБС, проходивших обследование в отделении Коронарной болезни сердца и атеросклероза Национального центра кардиологии и терапии им. академика М.Миррахимова (НЦКиТ). Проведение исследования было одобрено этическим комитетом НЦКиТ. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании. Больным проводилось определение биохимических показателей сыворотки крови натошак (спектр липидов, глюкоза, креатинин), общеклиническое обследование с выявлением традиционных факторов риска, инструментальное обследование (электрокардиография в 12 отведениях, велоэргометрическая проба, холтеровское ЭКГ-мониторирование, коронароангиографическое исследование). Во время опроса пациентов регистрировались паспортные данные, факторы риска, клинический диагноз. Для выявления дистресса врачом-кардиологом использовались шкалы тревоги и депрессии Гамильтона. Наличие типа личности Д определялось с помощью 14-пунктовой шкалы, оценивающей уровни негативной возбудимости и социального подавления (DS-14).

Результаты:

Среди обследованных было 70 мужчин и 36 женщин, средний возраст которых составил $58,7 \pm 8,3$ лет. Частота встречаемости типа личности Д составила 34,9%. При сопоставлении двух групп лиц с наличием типа личности Д и без него достоверных различий по частоте встречаемости традиционных факторов риска (курение, ожирение, артериальная гипертензия, дислипидемия, сахарный диабет) выявлено не было ($p=0,10$). Однако была выявлена положительная взаимосвязь типа личности Д с проявлениями дистресса (тревога, депрессия) ($p=0,0001$). Результаты, полученные в данной работе, совпадают с данными других культуральных исследований

Заключение:

У пациентов с коронарной болезнью сердца кыргызской этнической группы выявлена достоверная взаимосвязь типа личности Д с такими проявлениями дистресса, как тревога и депрессия. Проведение врачом-кардиологом идентификации дистресса (типа личности Д, тревоги, депрессии) поможет уменьшить риск неблагоприятного прогноза у больных с КБС.

ТИПЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОИМНСТ

Гальцова О. А., Тябут Т. Д.

БелМАПО

Введение (цели/ задачи):

В результате серии патологических процессов, возникающих при остром инфаркте миокарда с подъёмом сегмента ST (ИМнСТ), происходит развитие патологического ремоделирования, которое в свою очередь приводит к возникновению хро-

нической сердечной недостаточности (ХСН) – важной медико-социальной проблемы. Цель: оценить типы ремоделирования миокарда у пациентов с ОИМнСТ с различными способами реперфузии

Материал и методы:

В исследование включено 107 пациентов мужского пола трудоспособного возраста с ОИМнСТ, находившихся на лечении в кардиологических отделениях УЗ «МОКБ», 1-й ГКБ г. Минска за период с 2009 по 2016 год. Основную группу (ОГ) составили пациенты после проведения реперфузии. В зависимости от способа реперфузии пациенты подразделялись на подгруппы: 1-я подгруппа – ТЛТ 17 (16%) пациентов, 2-я подгруппа – ЧКВ 55 (51%) пациентов. Группа контроля (ГК) включала 35 (33%) пациентов. Критериями включения пациентов в исследование были: острый инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST; возраст до 65 лет; информированное согласие пациента на участие в данном исследовании. Критериями исключения пациентов из исследования являлись ишемический инсульт или транзиторная ишемическая атака в течении года до включения в исследование; почечная, печеночная недостаточность; ХСН функциональный класс III-IV по NYHA; онкологические заболевания; наличие гемодинамически значимых пороков сердца (врождённые или приобретенные пороки сердца); наличие кардиомиопатий; выраженного ожирения (III степень); острых и хронических воспалительных заболеваний. Эхокардиографическое и доплер-эхокардиографическое исследование осуществлялось на 3 сутки от начала ИМнСТ и через 12 месяцев наблюдения. Использовались ультразвуковые установки VIVID – 7 PRO, фирма General Electric, SSA-790A APLIO XG, фирма Toshiba 2012 года выпуска с датчиком с частотой сканирования 3,5 МГц в М и В режимах с пульсовым и постоянным доплером по стандартной методике.

Результаты:

У пациентов ГК на 3 сутки ОИМнСТ концентрическое ремоделирование ЛЖ отмечалось достоверно чаще в сравнении с пациентами после реперфузии, $p<0,05$. При сравнении типов ремоделирования ЛЖ у пациентов с различными способами реперфузии (ТЛТ, ЧКВ) через 12 месяцев не выявлены достоверные различия. Отмечалось существенное увеличение количества пациентов с концентрическим ремоделированием ЛЖ и дилатационным типом ремоделирования ЛЖ в группе без реперфузии в сравнении с пациентами с реперфузией через 12 месяцев: 9(26%) против 2(12%) и 9(26%), $p<0,05$; 14(40%) против 2(12%) и 10(18%), $p<0,05$, что свидетельствовало о прогрессировании процессов ремоделирования миокарда ЛЖ у пациентов без реперфузии. При анализе типов ремоделирования ЛЖ у пациентов с ИМнСТ через 12 месяцев достоверной динамики выявлено не было.

Заключение:

Проведение реперфузии у пациентов с ИМнСТ достоверно уменьшает развитие неблагоприятных типов ремоделирования миокарда независимо от способа.

ТРЕДМИЛ-ТЕСТ В ВЕРИФИКАЦИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Токбаева К. К.

ЗКГМУ имени Марата Оспанова

Введение (цели/ задачи):

Для диагностики ишемической болезни сердца (ИБС), определения прогноза данного заболевания, тактики и эффективности лечения наиболее часто используется проба с физиче-

ской нагрузкой. Тест с физической нагрузкой применяется как диагностический метод для оценки поражения коронарных артерий, также у пациентов после острого инфаркта миокарда, для динамического наблюдения после реваскуляризации миокарда, динамической оценки толерантности к физической нагрузке, оценки связи нарушений ритма и проводимости с физической нагрузкой и их индукции на фоне нагрузочного теста, оценки эффективности антиангинальной, антиаритмической и гипотензивной терапии, оценки особенностей динамики АД на фоне физической активности. Показаниями к проведению нагрузочных проб являются диагностика ИБС (пациенты со средней вероятностью наличия ИБС, в том числе при полной блокаде правой ножки пучка Гисса с исходной депрессией >1 мм и вазоспастическая стенокардия). Целью исследования является диагностика ИБС, динамическая оценка толерантности к физической нагрузке.

Материал и методы:

Тредмил-тест проводился на стресс-системе General Electric (GE) (Германия). Тредмил-тест был проведен 115 пациентам с установленным диагнозом ИБС. Среди них мужчин составили 91 (80%) пациент от 29 до 71 года, средний возраст составил 52,7±4,2 лет и 23 женщин (20%) от 43 до 70 лет, средний возраст составил 56,4±3,1 лет. Количество пациентов трудоспособного возраста среди мужчин 75 человек (81,5%), среди женщин 14 человек (60,8%). Показания и противопоказания к проведению исследования, критерии прекращения нагрузочного тестирования являлись общепринятыми. Использовались стандартные протоколы. Нагрузка дозируется в метаболических эквивалентах (единицах, ME или METs), которая отражает энерготраты организма при выполнении работы, при этом 1 MET = 1,2 кал/мин или 3,5-4,0 мл потребленного кислорода в минуту на 1 кг массы тела. Проанализированы результаты нагрузочных тестов. Пробы оценивались как отрицательные, положительные, сомнительные, не информативные.

Результаты:

При исследовании использовались протоколы нагрузочного тестирования: MOD BRUCE (с медленным нарастанием нагрузки, для здоровых лиц и пациентов старше 75 лет), BRUCE (с быстрым темпом прироста скорости движения дорожки и угла наклона и для здоровых лиц и пациентов в возрасте до 75 лет). Оценка толерантности к физической нагрузке отмечалась: очень высокая в 54 случаях (58,7%), высокая в 30 случаях (32,6%), средняя в 8 случаях (8,7%), низкая - нет случаев. Средняя толерантность в группе к физической нагрузке составила 5,95 METs, что соответствует средней толерантности к физической нагрузке. Результаты нагрузочного тестирования: положительных проб – 6 (5,2%); отрицательных проб – 97 (8,43%); сомнительных проб – 10 (8,7%); не информативных проб – 2 (1,8%). Проба была доведена до критериев ее прекращения в 85,2% случаев. Полученный процент не информативных проб объясняется наличием пациентов снижением функциональной способности сердца (повышение АД и т.д.). Отдельно проанализированы положительные пробы. Средний возраст достоверно не отличается от общей группы пациентов – от 48 до 68 лет, преобладали мужчины – 5 пациентов. На ЭКГ отмечалась горизонтальная и косонисходящая депрессия сегмента ST от 1,1 до 1,8 мм (в среднем 1,5 мм). Ангинозные боли были у 8 пациентов (6,95%) (1 – не завершенная, 4 – сомнительные и 3 – положительные). Таким образом, у пациентов с ИБС преобладала очень высокая толерантность к физической нагрузке. Частота положительных проб – 5,2%, информативность проб – 65%. Также был проведен анализ типов реакций на нагрузку: среди мужчин

наблюдается 61,9% нормотонический тип, гипертонический тип у 27,2%, гипотонический – 10,9%. Среди женщин преобладает нормотонический тип – 82,6%, гипертонический – у 17,4%. В обоих полах преобладают пациенты более молодого возраста. Кроме этого была анализирована индукция нарушения ритма: единичные предсердные и желудочковые экстрасистолы наблюдались у 21,7% (5) женщин, у мужчин – 31,5% (29). Жизнеугрожающих нарушений ритмов не наблюдалось.

Заключение:

Тредмил-тест в алгоритме верификации ИБС является скрининговым методом. Метод определяет вероятность наличия ишемии миокарда, дальнейший план обследования и лечения пациента. При проведении пробы четкое соблюдение показаний и противопоказаний и критериев прекращения пробы позволяет избежать осложнений при нагрузочном тестировании пациентов.

РАЗНОЕ

ПЕРЕДВИЖНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ КОМПЛЕКСЫ В СЕЛЬСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

ДЖАЙНАКБАЕВ Н. Т., КИМ З. Г., МАНШАРИПОВА А. Т.,
ШОКАРЕВА Г. В., ВДОВЦЕВ А. В., ТРЕТЬЯКОВА С. Н.
НУО «КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время изучение распространенности социально-значимых заболеваний является составной частью национальных программ охраны здоровья населения и основой при планировании медицинской помощи у сельских жителей. Одним из ключевых факторов охраны здоровья сельского населения является профилактическая направленность медицинских скринингов, изучение распространенности социально-значимых заболеваний терапевтического профиля, принципов доступности медицинской помощи, что достигается при использовании передвижных медицинских комплексов (ПМК) на уровне ПМСП. В регионах с неразвитой железнодорожной инфраструктурой для усовершенствования системы здравоохранения, в частности сельских районов и районов, отдаленных от областных и районных центров, использование ПМК на базе автомобильного транспорта имеет важное значение.

Материал и методы:

В Казахском Российском Медицинском университете в рамках исполнения послания президента Назарбаева Н.А совместно с фондом «Асар Береке» осуществлен проект по внедрению мобильной медицины в Республике Казахстан и созданы передвижные медицинские комплексы такие как: Амбулаторно-поликлинический, Медицинский Аварийно-спасательный, Гемодиализный, ПМК Флюорограф (цифровой), Скорая помощь на основе мототехники. С 2009 года, совместно с общественным фондом «Асар-Береке» медицинскими осмотрами охвачены 16 областей, осмотрены отдаленные сельские районы и социальные объекты.

Результаты:

За это время было обследовано на безвозмездной основе более 270 000 пациентов. Выявляемость различных заболеваний составила порядка 57 % от общего числа осмотров. Необходимо отметить что, опыт использования мобильных медицинских формирований, показал реальную потребность населения в специализированной медицинской помощи.

Заключение:

Таким образом, использование передвижных форм оказания медицинской помощи и телемедицинских технологий в районах с низкой плотностью населения и ограниченной медицинской инфраструктурой характеризуется высокой эффективностью и представляет медико-социальный и экономический интерес для отдаленных регионов.

АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ ГУАНИЛОВОЙ ВЕТВИ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ

БЕДИНА С. А., МАРТЕМЬЯНОВ В. Ф., МОЗГОВАЯ Е. Э.,
ЗБОРОВСКАЯ И. А.
ФГБНУ «НИИ КиЭР»

Введение (цели/ задачи):

За последние годы, как в России, так и за рубежом значительно увеличился удельный вес первично-латентного течения ревматизма (до 40,0-42,5%), который часто не диагностируется, а диагноз устанавливается уже на стадии сформировавшегося порока сердца, то есть, через 1-3 года. Работы последних лет свидетельствуют о ведущей роли стрептококковой инфекции в этиопатогенезе ревматизма. Ежегодно в мире регистрируется около 100 млн. человек, перенесших стрептококковую инфекцию, из которых 0,3-3,0% заболевают ревматизмом, а до 30,0% становятся носителями стрептококковой инфекции. Учитывая эти данные и исходя из цикличности вспышек стрептококковой инфекции, логично предположить о новом пике заболеваемости ревматизмом в ближайшие годы. Цель – изучить активность ферментов пуринового метаболизма у больных ревматизмом в зависимости от стадии недостаточности кровообращения.

Материал и методы:

Под наблюдением в условиях стационара находились 114 больных ревматизмом: 79 (69,3%) женщин и 35 (30,7%) мужчин. Средний возраст больных – 48,7±1,13 лет. Диагностика ревматизма проводилась в соответствии с критериями Американской кардиологической ассоциации и рекомендациями Института ревматологии. Все больные неоднократно лечились в стационаре по поводу ревматизма, и у всех клинически и инструментально выявлены различные пороки сердца. Наиболее часто (46,5%) наблюдался комбинированный митральный порок сердца, а поражение клапанного аппарата левого атриовентрикулярного отверстия в сочетании с другими пороками сердца отмечалось в 82,4% случаев. Активная фаза ревматизма установлена у 77 и неактивная фаза у 37 больных. Из 37 больных в неактивной фазе I стадия недостаточности кровообращения (Н-1) установлена у 5 (13,5%) больных, Н-2А стадия – у 26 (70,3%) и Н-2Б стадия – у 6 (16,2%) больных. В активной фазе недостаточность кровообращения Н-1 выявлена у 13 (16,9%) больных, Н-2А стадия – у 37 (48,1%) и Н-2Б стадия – у 27 (35,0%) больных. В сыворотке крови активность ГДА и ГЗДА определялись колориметрическим методом с помощью цветной реакции (W.T. Saraway, 1966), ГФ – по образовавшемуся в ходе реакции гуанину (M. Yamada et al., 1989) и активность ПНФ по образованию МК в ходе двух сопряженных энзимных реакций (B.C. Robertson et al., 1973). Контрольную группу составили 35 здоровых людей. Существенной зависимости активности энзимов от пола и возраста выявлено не было. Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием программного пакета «Statistika 6».

Результаты:

У больных в неактивной фазе ревматизма с Н-2А и Н-2Б стадиями при поступлении выявлено достоверно значимое повышение активности ГДА, ПНФ и снижение активности ГЗДА и ГФ ($p < 0,01-0,001$). Сравнительные исследования показали, что у больных с Н-1 стадией по сравнению с Н-2А стадией, ниже активность ГДА ($p < 0,001$), ПНФ ($p < 0,05$), но выше активность ГЗДА ($p < 0,001$) и ГФ ($p < 0,05$); по сравнению с Н-2Б стадией, также ниже активность ГДА, ПНФ, выше активность ГЗДА, ГФ (все $p < 0,001$). У больных с Н-2А, по сравнению с Н-2Б, ниже активность ГДА, ПНФ ($p < 0,001$), но выше активность ГЗДА и ГФ ($p < 0,001$). Проведенный анализ энзимных показателей у больных в активной фазе ревматизма в зависимости от недостаточности кровообращения показал, что с Н-1 стадией, по сравнению со здоровыми, выше активность ГДА, ПНФ, ГФ (все $p < 0,001$), но ниже активность ГЗДА ($p < 0,01$); по сравнению с Н-2А стадией, ниже активность ГДА, ПНФ ($p < 0,001$) и выше активность ГЗДА ($p < 0,001$); по сравнению с Н-2Б стадией, ниже активность ГДА, ПНФ, но выше активность ГЗДА и ГФ (все $p < 0,001$). У больных с Н-2Б стадией, по сравнению с Н-2А, выше активность ГДА, ПНФ, но ниже активность ГЗДА и ГФ (все $p < 0,001$).

Заключение:

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о том, что и у больных в неактивной, и у больных в активной фазе ревматизма обнаружены существенные изменения активности энзимов, зависящие от стадии недостаточности кровообращения. Чем больше стадия недостаточности кровообращения, тем выше активность ГДА, ПНФ и ниже ГЗДА и ГФ.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ: РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА АССОЦИИРУЕТСЯ С СОСТОЯНИЕМ АВТОНОМНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

АГАФОНОВА Т. Ю., БАЕВ В. М., САМСОНОВА О. А.,
КУДРЯВЦЕВА Е. Н., ДУСАКОВА Р. Ш.
ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Учитывая противоречивые данные о состоянии автономной нервной системы при артериальной гипотензии, мы выдвинули гипотезу о том, при ИАГ постоянная симпатикотония и парасимпатикотония могут сопровождаться различными структурными и функциональными изменениями сердца. Цель исследования было изучение особенностей ремоделирования сердца в зависимости от состояния автономной нервной системы у молодых женщин с идиопатической артериальной гипотензией (ИАГ).

Материал и методы:

Тип исследования – одномоментный. Объект исследования – молодые женщины с ИАГ. Предмет исследования – структурно-функциональные параметры сердца и автономная нервная система. Критерии включения: добровольцы женского пола в возрасте от 18 до 35 лет с ИАГ. Критерием ИАГ считали уровень САД 99 мм рт.ст. и ниже. Нормальное АД определяли как САД 120-129 мм рт.ст. и ДАД как 80-84 мм рт.ст. Критерии исключения: синдромы Марфана, Элерса-Данло, несовершенный остеогенез, онкологические заболевания, сахарный диабет, гипотиреоз, недостаточность коры надпочечников, ревматические болезни, анемии, врожденные заболевания сердца и сосудов, оперированные сердце и сосуды, наркомания, острые инфекционные заболевания, ожирение, беременность. Первичный врачебный осмотр и исключение сим-

птоматических гипотензий проводили на базе поликлиники ПГМУ в период профилактического медицинского осмотра по допуску студентов к занятиям физкультурой. Всего осмотрено 2542 женщины, из числа которых выделена группа женщин с ИАГ (142 человека) и подписавших информированное согласие. В зависимости от преобладания симпатического и парасимпатического отдела автономной нервной системы у женщин с ИАГ, сформированы две группы: 1-я – ИАГ с преобладанием симпатического отдела (n=114) и 2-я – ИАГ с преобладанием парасимпатического отдела (n=28). Фактически у 80% молодых женщин с ИАГ преобладала симпатическая активность, в 20% случаев отмечали парасимпатическую активность. Кровяное давление измеряли после 5 минутного отдыха с помощью тонометра A&D UA-777. Преобладание симпатического или парасимпатического отдела АНС в состоянии покоя определяли по вегетативному индексу K?rd? I.ЭхоКГ выполняли в горизонтальном положении, лежа, после 15-минутного отдыха. Использовали ультразвуковой сканер SonoScapeS6. Лица, допущенные к обследованию, дали письменное согласие на участие в настоящем исследовании.

Результаты:

Исследование показало, что симпатикотония и парасимпатикотония у молодых женщин с ИАГ ассоциируются с различными вариантами ремоделирования сердца. Для обследованных нами женщин с симпатикотонией характерно достоверное уменьшение структурных параметров сердца: размеров всех камер сердца и размера отверстия аортального клапана; уменьшение сократительной функции (неэффективная систола): ТМЖПс и ФУ, уменьшение времени изоволюметрического сокращения левого желудочка; ускорение внутрисердечной гемодинамики: увеличение скоростей кровотока и градиентов давления на митральном, трикуспидальном клапанах и клапане легочной артерии, скоростей раннего и позднего диастолического наполнения левого желудочка. При симпатикотонии выявлено замедление релаксации ЛЖ: увеличение времени изоволюметрического расслабления левого желудочка (отражает также повышение давления в аорте), времени замедления потока раннего наполнения. В конечном итоге изменения в ранней диастоле левого желудочка приводят к повышению давления в левом предсердии: увеличению скорости VA; удлинению времени изоволюметрического расслабления (IVRT); увеличению времени DT. У женщин с парасимпатикотонией выявлен рестриктивный тип диастолической дисфункции: нарушение релаксации ЛЖ (снижение пика E) и повышение жесткости ЛЖ (снижение пика A), увеличенное соотношение E/A.

Заключение:

Результаты нашего исследования позволяют утверждать, что при ИАГ 80% молодых женщин преобладает симпатическая активность автономной нервной системы. Симпатикотония и парасимпатикотония при ИАГ ассоциируются с различными вариантами ремоделирования сердца. Для симпатикотонии у молодых женщин с ИАГ характерны признаки гипотрофии сердца (уменьшение полостей сердца и толщины стенок миокарда), снижение сократительной функции и нарушение релаксации ЛЖ. Преобладание парасимпатикотонии при ИАГ у молодых женщин характеризуется рестриктивным типом диастолической дисфункции.

ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРА АНГИОТЕНЗИН ПРЕВРАЩАЮЩИЙ ФЕРМЕНТ НА ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ДИСФУНКЦИЮ ПРИ ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Гайназарова О. А., Хикматов М. Н.

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/ задачи):

Изучить влияние ингибитора ангиотензин превращающий фермента (иАПФ) вместе со статинами на эндотелиальную дисфункцию при фармакотерапии больных с разными сердечно-сосудистыми патологиями.

Материал и методы:

В исследовании приняли участие 25 пациентов в возрасте 53-68 лет с сердечно-сосудистой патологией. Для всех пациентов было получено информированное согласие на участие в исследовании. Анамнестическая длительность составила 3 месяца. У 20% больных составили артериальная гипертония (АГ) I - степени, 80% АГ II - степени, 24% ишемической болезни сердца (ИБС), 8% инфаркт миокард (ИМ), 76% гиперхолестеринемия, 12% сахарный диабет (СД) и 40% курильщики. Пациенты были разделены на две группы, сопоставимые по диагнозу гипертоническая болезнь и вместе с ИБС. Первая группа количество больных с гипертонической болезнью составляет 15. Из них 8-и больным назначен лизиноприл, остальным 7-и лизиноприл+Симвостатин. Вторую группу составляют 10 человек с АГ+ИБС. 5 больным из них назначен Периндоприл, а остальным 5 Зофеноприл. В период наблюдения за больными было проанализировано следующие показатели: систолическая артериальная давления (САБ), диастолическая артериальная давления (ДАБ), частота сердечная сокращения (ЧСС), спектр липидов и показатели вазодилатации связанные с эндотелием сосудов

Результаты:

В результате наблюдения за больными в течении 3х месяцев было получены следующие данные: Первая группа: у 8-ми больных получавших лизиноприл изменились следующие показатели артериальная давления (АД) с 158/96 мм.рт.ст. до 128/80 мм.рт.ст., общий холестерин с 6 ммол/л до 5,6 ммол/л, липопротеин низкая плотность (ЛПНП) с 3,9 ммол/л до 3,5 ммол/л, а ЭЗВД с 6,8 до 8,6. У 7-ми больных принимавших Лизиноприл+ Симвостатин АД с 158/95 мм.рт.ст. до 128/80 мм.рт.ст., общий холестерин с 6,4 ммол/л до 4,6 ммол/л, ЛПНП с 4,3 ммол/л до 2,9 ммол/л, а эндотелийзависимая вазодилатация (ЭЗВД) с 6,6 мм до 9,6 мм. Вторая группа с гемодинамическими изменениями у больных с ИБС+АГ. У больных принимавших Зофеноприл наблюдались следующие изменения: АД с 145/129 мм.рт.ст. до 125/80 мм.рт.ст., общий холестерин с 4,4 ммол/л до 4,3 ммол/л, ЛПНП с 2,6 ммол/л до 2,4 ммол/л, а ЭЗВД с 5,7 мм до 7,4 мм. У больных принимавших Периндоприл: АД с 140/120 до 120/80, общий холестерин с 4,4 ммол/л до 4,3 ммол/л, ЛПНП с 2,8 ммол/л до 2,6 ммол/л, а ЭЗВД с 5,9 мм до 7,5 мм.

Заключение:

иАПФ (Лизиноприл, Зофеноприл, Периндоприл, Лизиноприл+Симвостатин) в значительной степени улучшили периферические гемодинамические показатели в динамике (3 месяца) у больных с АГ и ИБС+АГ. При сравнительном изучении влияния Лизиноприла, Зофеноприла, Периндоприла на функцию эндотелия и периферической гемодинамики в течении 3х месяцев значительных отличий не наблюдалось. В группе принимавших комбинацию Лизиноприл+Симвостатин в отличии от других групп наблюдалось значительное улучшение в функциях эндотелия.

**ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «СУЛОДЕКСИДА» НА
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК III СТАДИИ НА ФОНЕ
САХАРНОГО ДИАБЕТА**

Ходжанова Ш. И., Хайитов Х.А., Кодирова Ш.А.

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/ задачи):

Изучение эффективности препарата сулодексида на функциональное состояние почек у больных ХБП III стадии на фоне СД.

Материал и методы:

Обследовано 40 больных (26 мужчин и 14 женщин) с клинически установленным диагнозом ХБП III стадии в исходе нефропатий диабетической этиологии. Больным проведены клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования. Определяли общий анализ крови, сахар крови, уровень креатинина, расчетным методом клиренс креатинина по формуле Кокрофта-Гаулта и скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study). Длительность исследования составила 60 дней. Контрольными точками явились первый, десятый, тридцатый и шестидесятый день. В первую группу включены 20 больных, которые получали стандартную терапию (включающие диету, коррекцию водно-электролитных нарушений, артериальной гипертензии, ацидоза, антиагрегантную и антикоагулянтную терапию), во вторую группу включены 20 больных, которые получали дополнительно к стандартной терапии сулодексид. Он назначался стационарно 600 ЛЕ 1 раз в неделю, перорально в виде капсул. Амбулаторно в дозировке сулодексид 250 ЛЕ 2 раза ежедневно. Курс приема 60 дней.

Результаты:

Как показали полученные результаты, СКФ до лечения составили в среднем $60,03 \pm 0,85$ мл/мин, мочевины $-12,3 \pm 0,85$ ммоль/л, креатинин $-334,5 \pm 4,7$ мкмоль/л. На 10 день лечения получены лабораторные показатели: в первой группе СКФ - $63,26 \pm 0,85$ мл/мин, мочевины $-11,5 \pm 0,83$ ммоль/л, креатинин $-290,7 \pm 5,1$ мкмоль/л. У пациентов второй группы эти параметры были следующими: СКФ - $65,3 \pm 0,85$ мл/мин, мочевины $-11 \pm 1,1$ ммоль/л, креатинин $-280,2 \pm 4,80$ мкмоль/л. На 30 день лечения получены лабораторные показатели: в первой группе СКФ - $67,26 \pm 0,83$ мл/мин, мочевины $-10,5 \pm 0,83$ ммоль/л, креатинин $-280,7 \pm 5,1$ мкмоль/л. У пациентов второй группы эти параметры были следующими: СКФ - $70,2 \pm 1,16$ мл/мин, мочевины $-9,3 \pm 0,8$ ммоль/л, креатинин $-250,2 \pm 4,80$ мкмоль/л.

Заключение:

Таким образом, изучение состояния почек является одним из основных прогностических факторов у больных сахарным диабетом осложненным тяжелой ХБП. Эффективность применения препарата Сулодексида при диабетической нефропатии определяет способность восстанавливать целостность, влиять избирательно на проницаемость и зарядоселективность на базальную мембрану клубочков (БМК). Снижает уровень мочевины и креатинина крови. Препарат уменьшает толщину БМК и продукцию экстрацеллюлярного матрикса за счет снижения пролиферации клеток мезангиума, положительно влияет на эндотелиальную функцию, стимулируя фибринолитическую активность сосудистой стенки.

**ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА ПРИ
ОЦЕНКЕ ВЛИЯНИЯ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА
НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА
ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПОРТСМЕНОВ,
ЗАНИМАЮЩИХСЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ БОРЬБОЙ**

МУХАММЕТГУЛЫЕВА О. С.¹, САЙФУЛЛАЕВА Г. А.¹, АТАЕВА Э. А.¹,
БАЙМУРАДОВА Д. А.¹, НУННАЕВ Х. К.², СОПЫЕВ Д. С.²

¹Больница с научно-клиническим центром физиологии,

²Национальный институт туризма и спорта

Введение (цели/ задачи):

Современный спорт высоких достижений характеризуется обостряющейся конкуренцией. Для достижения высоких спортивных результатов чрезвычайно важна фундаментальная подготовка, позволяющая достигать высоких результатов без срывов в тренировочном процессе. Сердечно-сосудистой системе организма принадлежит ведущая роль в обеспечении высокого уровня физической работоспособности и функционального состояния организма при систематическом воздействии физических нагрузок различного объема и интенсивности, а нормальное её функционирование существенно зависит от состояния регуляторных механизмов. В связи с чем актуальным является изучение особенностей изменения показателей, характеризующих состояние системы кровообращения и её регуляции, в процессе систематических занятий популярными в нашей стране национальными видами борьбы, которые могут использоваться в качестве дополнительных надежных критериев оценки текущего функционального состояния спортсменов. Цель работы: апробация комплексного диагностического подхода при оценке уровня напряжения регуляторных систем у высококвалифицированных борцов и его сопряженности с функциональным состоянием сердца в условиях жаркого климата.

Материал и методы:

Обследованы 42 студента-борца в возрасте старше 18 лет, обучающихся в Национальном институте туризма и спорта и занимающихся более 6 лет национальными видами борьбы. Обследование проводилось в предсоревновательный период и включало антропометрию; ЭКГ покоя, велоэргометрию и эхокардиографию (ЭхоКГ); определение уровня испытываемого стресса (УИС), индексов напряжения (ИН) и функционального состояния (ИФС).

Результаты:

Согласно индивидуальных значений ЭхоКГ-показателей выявлены 2 варианта адаптивного ремоделирования левого желудочка (ЛЖ). Они характеризовались следующими особенностями: на фоне его сохраненных размеров, фракций выброса и сократимости, индексированного значения массы миокарда ЛЖ, конечного систолического меридионального стресса и значения относительной толщины стенок до 0,47 выявлено возрастание до 12 мм толщины стенок ЛЖ, которое при 1-ом варианте касалось межжелудочковой перегородки, а при 2-ом – задней его стенки. В дополнение к ЭхоКГ-ким сдвигам был обнаружен рост значений ИФС, ИН и УИС при снижении значений показателя максимального потребления кислорода, что свидетельствовало о перенапряжении регуляторных систем организма. При проведении многофакторного корреляционного анализа были найдены разнонаправленные связи значений возраста и индекса Кетле со всеми вышеизложенными переменными ($r > 0,40$ с $p < 0,05$). Они подтверждали их значимость в формировании в условиях жаркого климата определенных вариантов адаптивного ремоделирования ЛЖ, которые, по на-

шему мнению, были определены характером и стажем тренировочного процесса и сопряжены с индивидуальными, генетически детерминированными особенностями организма борцов. Поддержание миокардиально-гемодинамического гомеостаза в пределах так называемых нормальных значений у молодых спортсменов в жарком климате отличалось увеличением уровня функционирования системы кровообращения. У большинства борцов выявлены отличные индивидуальные показатели текущего функционального состояния и лишь в 5,4% случаев обнаружены проявления детренированности и стрессорной кардиопатии. Всем обследованным борцам были проведены оздоровительные мероприятия, а борцам с выявленными дезадаптивными состояниями дополнительно внесены индивидуальные рекомендации в тренировочный процесс, что привело к регрессии выявленных дезадаптивных состояний, а в итоге позволило обследованным борцам в последующем добиться высоких спортивных результатов.

Заключение:

Внедрение комплексного подхода при мониторинге функционального состояния организма молодых спортсменов на различных этапах врачебного контроля позволяет повысить диагностические возможности внедряемых современных методов и выявлять на ранних стадиях дезадаптивные состояния. Результаты исследования дополняют имеющиеся сведения о направленности физиологических механизмов долговременной адаптации системы кровообращения к особенностям тренировочного процесса при национальных видах борьбы в условиях жаркого климата.

ЖАЛОБЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

Агафонова Т. Ю., Баев В. М., Самсонова О. А.

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Существует устойчивое мнение врачей о безопасности хронической артериальной гипотензии, основанное на устаревших данных первой половины XX века. Согласно литературным данным, хроническая артериальная гипотензия ассоциируется с высокой частотой определенных жалоб – слабость и утомляемость по утрам, апатия, снижение концентрации внимания, диспепсию, головокружения, обмороки, зябкостью конечностей и т.д. Однако специфичность известных из научной литературы жалоб требует более глубокого изучения. Целью исследования был анализ жалоб у молодых женщин с идиопатической артериальной гипотензией (ИАГ) и оценка их частоты.

Материал и методы:

Выполнен сравнительный анализ жалоб между женщинами 18-23 лет: тестовой группой из 210 женщин (с ИАГ) при САД 97(92-98) мм рт.ст. и контрольной группой из 96 женщин с нормальным артериальным давлением при САД 123(121-125) мм рт.ст. Критерии исключения для всех пациентов, включенных в исследование: дисплазия соединительной ткани в виде синдрома Марфана, Элерса-Данло и несовершенного остеогенеза, онкологические заболевания, сахарный диабет, гипотиреоз, недостаточность коры надпочечников, ревматические болезни, анемии, врожденные заболевания сердца и сосудов, оперированные сердце и сосуды, наркомания, острые инфекционные заболевания, ожирение, беременность в любом сроке. Уровень АД оценивали по результатам двукратного измерения на правом плече в положении сидя, предплечье на столе, тонометром A&D UA-777 (AGD Company Ltd., Япония, 2012). Анкетирование

выполнено по специальной анкете, разработанной авторами, с перечнем жалоб, характерных для низкого давления. Варианты ответа на вопрос были только «Да, нет». Дизайн, протокол исследования и информированное согласие пациента на участие в исследовании были утверждены этическим комитетом Пермского государственного медицинского университета имени академика Е.А. Вагнера Минздрава России (протокол № 13 от 25.11.2015). Все добровольцы дали письменное информированное согласие на участие в исследовании. Статистический анализ проводился с помощью программы «Statistica 6.1». Использовали непараметрическую статистику. Сравнение долей жалоб между группами оценивали по критерию X². Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты:

58% женщин тестовой группы достоверно чаще, по сравнению с женщинами контрольной группы (0%), в день пешком проходят менее 5 км, при $p=0,000$. 25% женщин с гипотензией беспокоит одышка при физической нагрузке (в контрольной 17%, при $p=0,001$), 40% беспокоят боли в грудной клетке. (в контрольной 23%, при $p=0,005$). В тестовой группе 35% женщин чаще отмечают боли в ногах в покое и при ходьбе (в контрольной группе 19%, $p=0,005$). Важно отметить наличие у 12% женщин тестовой группы жалоб на ноктурию (необходимость прерывания сна с целью опорожнения мочевого пузыря один и более раз за ночь), в контрольной группе такой жалобы не зафиксировано, при $p=0,000$. Наше исследование подтвердило характерные для гипотензии жалобы: боль и побледнение пальцев рук или ног на холоде -36% (в группе контроля 21%, $p=0,011$) и головокружение у 38% женщин (в контрольной группе 25%, $p=0,035$).

Заключение:

Преобладание жалоб у молодых женщин с идиопатической артериальной гипотензией обусловлено не только психологическими и психическими особенностями, но структурно-функциональными изменениями сердца, которые формируются под влиянием гипотензии и могут являться причиной серьезных сердечно-сосудистых осложнений.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАРДИОПРОТЕКТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ СЕРДЦА

Полозова Э. И., Мышкина Н. А., Власова Т. И.,

Лещанкина Н. Ю., Радайкина О. Г.

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева»

Введение (цели/ задачи):

Синдром эндогенной интоксикации является универсальным звеном патогенеза и главным фактором, определяющим тяжесть течения самых различных заболеваний, в том числе и острого панкреатита. Данный синдром представляет собой сложный полиэтиологический многофазный патологический процесс, представления о механизмах развития которого, сложившиеся к настоящему времени, базируются на признании ведущей роли мембранодеструктивных процессов на молекулярном уровне. Закономерным следствием выраженного эндотоксикоза является формирование сердечной недостаточности. Поэтому поиск способов коррекции токсического повреждения сердца при эндотоксикозе представляет актуальную задачу современной медицины. Целью работы явилось исследование кардиопротекторного действия комбинированной (лазеро- и антиоксидантной) терапии при токсическом повреждении сердца.

Материал и методы:

Основой работы явились клинические исследования 60 пациентов в возрасте от 27 до 43 лет с острым панкреатитом, находившихся на лечении в ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница №3» г. Саранска в 2015-2016 г.г., которые были разделены на две группы: в группе сравнения (n=30) больным назначалась стандартная терапия острого панкреатита, в основной группе (n=30) пациентам дополнительно проводилось лазерное облучение крови аппаратом «Матрикс» и назначался ремаксол в суточной дозе 400 мл внутривенно капельно в течение 10 дней. Транскутанное лазерное облучение крови осуществлялось в проекции кубитальной вены в течение 15 минут, затем в проекции сонных (синокаротидная зона) и позвоночных артерий (субокципитальная зона, на уровне C1–CII) по 5 минут на каждую область с двух сторон. Проводили оценку интенсивности процессов свободнорадикального окисления по уровню первичных и вторичных продуктов перекисного окисления липидов (малонового диальдегида (МДА), диеновых и триеновых конъюгатов) в плазме крови. Определяли активность супероксиддисмутазы и фосфолипазы А2. Проводили оценку уровня молекул средней массы (МСМ), определение общей и эффективной концентрации альбумина, индекса токсичности (ИТ) плазмы крови. Регистрировали электрокардиограмму. Полученные цифровые данные обрабатывали методом вариационной статистики, с использованием критерия t Стьюдента.

Результаты:

Исследования показали, что применение комбинированной терапии при остром панкреатите способствовало снижению выраженности эндогенной интоксикации относительно данных группы сравнения, что проявлялось в снижении содержания МСМ, ИТ и положительной динамикой остальных маркеров эндогенной интоксикации. Было выявлено, что под влиянием комбинированной терапии происходило снижение интенсивности оксидативных процессов в виде снижения содержания диеновых конъюгатов, МДА и интенсивности фосфолипазной активности на 24,5, 20,7 и 16,9 % ($p < 0,05$) соответственно, а также повышение антиоксидантной защиты в виде интенсификации активности супероксиддисмутазы на 21,4 % по отношению к данным группы сравнения. При использовании комбинированной терапии регистрировалось достоверное улучшение показателей электрической активности миокарда при панкреатогенном эндотоксикозе, что проявлялось меньшим числом сердечных сокращений в минуту, нормальной продолжительностью интервалов, нормализацией амплитуды зубцов R, S и T, положением сегмента ST на изолинии, что свидетельствовало об улучшении процессов деполяризации и реполяризации в миокарде. Число сердечных сокращений было меньше данных группы сравнения на 23,8 % ($p < 0,05$). Интервал PQ был длиннее на 26,9 % ($p < 0,05$), интервал QT соответственно – на 16,5 % ($p < 0,05$), QRS – на 17,2 % ($p < 0,05$). Величина зубца T была больше уровня группы сравнения на 47,6 % ($p < 0,05$).

Заключение:

Применение при эндогенной интоксикации комбинированной терапии приводит к уменьшению функциональных изменений в миокарде, что подтверждается отсутствием нарушений ритма, увеличением амплитуды зубца T, восстановлением уровня интервала ST и уменьшением тахикардии. Эффективность кардиопротекторного действия исследованных агентов определяется и их способностью снижать уровень эндогенной интоксикации и корректировать липидный метаболизм за счет уменьшения интенсивности процессов перекисного окисления липидов и активности фосфолипазы А2 в плазме крови.

**МЕЖДУ МЕНТАЛЬНЫМ СТАТУСОМ И СОСТОЯНИЕМ
АВТОНОМНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН
С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ НЕТ ЗАВИСИМОСТИ**

БАЕВ В. М., Кудрявцева Е. Н.

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Состояние психической сферы и уровень депрессии, влияние автономной нервной системы (АНС) на эти сферы жизни пациенток с артериальной гипотензией представляет интерес для клинической практики, так как они предъявляют множество разнообразных жалоб на проблемы здоровья. Целью работы было исследовать состояние автономной нервной системы и ее связь с уровнем ментальности у молодых женщин с идиопатической артериальной гипотензией (ИАГ).

Материал и методы:

Объект исследования – молодые женщины с ИАГ. Предмет исследования – психический статус, депрессия, вегетативный статус. Обследовано 1264 женщин в возрасте 19 (18-20) лет, из числа которых были выделена группа с ИАГ – 69 человек. Артериальной гипотензией считали диапазон САД от 99 до 61 мм рт. ст.; нормальным САД – от 129 до 120 мм рт. ст. Из исследования были исключены женщины с дисплазией соединительной ткани, онкологическими заболеваниями, сахарным диабетом, гипотиреозом, недостаточностью коры надпочечников, коллагенозами, врожденными заболеваниями сердца и сосудов, оперированным сердцем, беременностью в любом сроке, наркоманией, острыми инфекционными заболеваниями на момент исследования. Диагноз ИАГ устанавливали при медицинском профилактическом осмотре студентов по допуску к занятиям физкультуры. Наличие и уровень депрессии определяли с помощью шкалы Цунга «Zung Self-Rating Depression Scale». Оценка психического состояния проводилась с помощью шкалы Айзенка «Eysenk Personality Questionnaire (EPQ)». Состояние автономной нервной системы (АНС) оценивали по вегетативному индексу (ВИ) К?rd? I., который рассчитывали по формуле $ВИ = (1?d/p) * 100$, где d – величина диастолического АД, p – величина пульса. Преобладанием симпатического отдела АНС считали при положительном и нулевом значениях индекса. Преобладанием парасимпатического отдела – при отрицательном значении. Мы провели сравнительный анализ изучаемых предметов исследования между женщинами ИАГ с преобладанием симпатической и парасимпатической АНС, изучали связь между уровнем психического статуса и депрессии с активностью АНС (с ИК). Для статистического анализа применяли Spearman rank correlation coefficient, Mann – Whitney U- test и критерий X².

Результаты:

Изучение АНС показало, что в тестовой группе женщин с ИАГ зарегистрировано преобладание влияния симпатического отдела АНС. 62 женщины (90%) тестовой группы имели ВИ равный 0 и выше, в контрольной – у 20 человек (57%), $p = 0,000$. При этом преобладание симпатикотонии в основной группе не сопровождалось усугублением уровней тревожности, ригидности, агрессивности и депрессии. Проведенный в основной группе корреляционный анализ не выявил связи между ВИ психическим статусом и уровнем депрессии. Но частота этих проявлений достоверно не отличалась от данных женщин с нормальным уровнем АД.

Заключение:

При ИАГ жалобы на проблемы со здоровьем, такие как слабость, когнитивные расстройства в виде неустойчивости на-

строения, плохой работоспособности, сниженной памяти и внимания, а так проявления депрессии могут быть существенными аргументами врача при выборе методов медицинской помощи для его пациентов. Необходимо отметить, что сегодня большинство врачей считает ИАГ не инвалидизирующим заболеванием и не уделяют ей должного внимания, особенно ментальной сфере. Эмоционально личностные нарушения – повышенная ранимость, гипертрофированное чувство долга, завышенная самооценка приводит к внутриличностным конфликтам и социальным проблемам, развитию психических расстройств. Таким образом, наше исследование показало, что ИАГ у молодых женщин не характеризуется увеличением частоты и уровня тревожности, фрустрации, агрессивности, ригидности и депрессии. У молодых женщин с ИАГ зарегистрировано преобладание симпатической активности ИАГ, а состояние АНС не влияет на их психическое состояние и уровень депрессии.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЕНОЗНОГО ЗАСТОЯ В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ НА РАННЕЙ СТАДИИ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ЗНАЧЕНИЕ

Тургунова М. У., Икрамов Х. С.

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/ задачи):

Определить венозного застоя в малом круге кровообращения на ранней стадии с помощью ультразвукового аппарата и изучить диагностические значение.

Материал и методы:

Исследования было проведено в Ташкенте на РКБ №1 в терапевтическом отделении. Объект исследования поступившие больные для стационарного лечения.

Результаты:

Обследовано 32 пациента (65.4±6.4 лет) с хронической сердечной недостаточностью, развившейся на фоне гипертонической болезни, на ультразвуковом аппарате. Все пациенты не имели хронических и острых заболеваний органов дыхания. Пациенты были разделены на 2 группы: 20 пациентов с ХСН, имеющих по рентгенографии признаки венозного застоя легких, и 12 пациента с ХСН, имеющих по рентгенографии нормальный легочный рисунок. Контрольная группа – 14 пациента (45.2±5.3 лет) без заболеваний сердечно-сосудистой системы и органов дыхания, подтвержденных клинически и на основании инструментальных обследований. Установлено, что трансторакальным эхокардиографическим методом возможна визуализация трех легочных вен – левой верхней легочной вены, левой нижней легочной вены и правой верхней легочной вены. У пациентов с ХСН, имеющих венозный застой в легких по рентгенографии диаметр видимых легочных вен в диастолу сердца в 1,5 раза больше диаметра легочных вен у пациентов контрольной группы и пациентов с ХСН, имеющих нормальный легочный рисунок (24.7±1.1 мм; 14.7±0.2 мм (p<0,001); 15.6±0.6 мм (p<0,01) соответственно), а диаметр видимых легочных вен в систолу предсердий больше в 2 раза (14.1±1.0 мм; 6.4±0.3 мм (p<0,001); 7.5±0.7 мм (p<0,01) соответственно). Установлено, что при диаметре видимых легочных вен в диастолу сердца больше 18 мм, а диаметре видимых легочных вен в систолу предсердий больше 9 мм с вероятностью 95% имеется венозный застой в малом круге кровообращения, то есть венозная легочная гипертензия.

Заключение:

Таким образом, ранняя диагностика венозного застоя в малом круге кровообращения неинвазивным способом позволит объ-

ективно выставить верный диагноз, на основании этого своевременно начать адекватную терапию, предотвратив большое количество госпитализации

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА НА СТРУКТУРУ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МУЖЧИН И У ЖЕНЩИН

ХАКИМОВ А. А., ФАЙЗИЕВА М. Д., НИЯЗОВА М. Б.

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/ задачи):

Оценить влияние индекса массы тела на структуру левого желудочка (ЛЖ) и изучить гендерные особенности гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) при ожирении и избыточной массы тела.

Материал и методы:

У 54 взрослых пациентов с гипертрофией левого желудочка мы оценивали соотношение ИМТ (индекс массы тела или индекс Кетле) к массе ЛЖ, определяемое Эхо-КГ. В зависимости от пола пациенты были разделены на две группы: 1-я группа состоит из 25 мужчин, средний возраст которых составил 58,3 ± 6,5 лет. 2-я группа состоит из 29 женщин, средний возраст – 61,4 ± 5,6 лет. В программу обследования входили ЭХО-КГ (массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ), индекса ММЛЖ (ИММЛЖ) к площади поверхности тела и относительной толщины стенок (ОТС)), вычисление ИМТ.

Результаты:

По вычислению ИМТ из 29 женщин только у 2 (6,9%) пациентов наблюдались нормальные показатели индекса Кетле. У 3 (10,4%) женщин наблюдалась избыточная масса тела. I степень ожирение выявлено у 4 (13,8%) женщин. II степень ожирение определялось у 8 (27,6%) женщин. Во второй группе у 3 (8%) мужчин ИМТ в пределах нормы, у 5 (20%) избыточная масса тела, у 7 (28%) I степень ожирение, у 8 (32%) II степень ожирение. И только 2 (8%) мужчины страдают от III степени ожирения. При Эхо-КГ у мужчин ММЛЖ составила 296,3 (266,1 - 338,2) г, ИММЛЖ – 149,5 (132,1 - 163,4) г/м², (ОТС) – 0,44 (0,4 - 0,47). У женщин ММЛЖ составила 221,9 (193,4 - 241,6) г, ИММЛЖ – 131,5 (108,7 - 148,3) г/м², (ОТС) – 0,43 (0,41 - 0,48). Гендерные особенности ГЛЖ в женской группе носит более выраженный характер, что можно подтвердить высокой частотой значительной ГЛЖ у 15 (51,7%) женщин по сравнению с 8 (32%) у мужчин. Умеренная ГЛЖ – у 9 (31%) женщин и 7 (28%) у мужчин. Незначительная ГЛЖ – у 5 (17,24%) женщин по сравнению с 10 (40%) у мужчин. Среди пациентов обеих групп с II и III степенью ожирением наблюдалась значительная ГЛЖ – 70% (21), умеренная ГЛЖ – 30% (9). У пациентов с I степенью ожирением и избыточной массой тела выявлена значительная ГЛЖ – 10,5% (2), умеренная ГЛЖ – 31,6% (6), незначительная ГЛЖ – 57,9% (11). Среди пациентов с нормальным ИМТ определялась умеренная ГЛЖ – 20% (1), незначительная ГЛЖ – 80% (4). По типам геометрии ЛЖ определялась концентрическая ГЛЖ у 32 (59,2%) пациентов, при этом у женщин (65,5%) достоверно чаще, чем у мужчин (52%).

Заключение:

Результаты исследования демонстрируют большую частоту значительной выраженности ГЛЖ среди пациентов с II – III степенью ожирения. Степень ожирения и выраженность ГЛЖ пропорциональны. Чем выше ИМТ прогрессируется выраженность ГЛЖ. Ожирение и ГЛЖ у женщин носят более выраженный характер по сравнению с мужчинами.

**ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ И
ТУРбулЕНТНОСТИ СЕРдЕЧНОГО РИТМА У МАШИНИСТОВ И
ПОМОЩНИКОВ МАШИНИСТОВ ЛОКОМОТИВНОГО ДЕПО**Алейникова Т. В.¹, Малаева Е. Г.¹, Цырульникова А. Н.¹,
Грашкина С. О.²¹УО «ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»,²УЗ «ГОМЕЛЬСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №3»**Материал и методы:**

Обследовано 39 машинистов и помощников машинистов локомотивного депо в возрасте 50,1±,9 лет, из них 41 % (16 человек) в возрасте 40-49 лет; 59 % (23 человека) в возрасте 50-59 лет. Стаж работы в профессии составил 25±10 лет. Проведено холтеровское мониторирование (ХМ), в программе которого оценивались временные (time domain) показатели ВСР: SDNN(мс), SDNN-i(мс), SDANN-i(мс), RMSSD(мс), pNN50(%), а также - LF/HF - показатель баланса симпатической и парасимпатической активности. У лиц с желудочковыми аритмиям был проведен анализ параметров турбулентности сердечного ритма (TCP). Определялись параметры TO (начало турбулентности) и TS (наклон турбулентности). За патологические значения, согласно рекомендованным пороговым величинам, принимались TO>0% и TS<2,5мс/RR. Статистическая обработка результатов выполнялась с помощью программного обеспечения «Statistica», 10.0.

Результаты:

В возрасте 40-49 лет (45,5±3,3) при проведении ХМ в 62,5% случаев регистрировались желудочковые экстрасистолы (ЖЭС), в 87,5%; - наджелудочковые экстрасистолы (НЖЭС), в 50,0% - как желудочковые, так и наджелудочковые. В 50-59 лет (53,3±2,7): ЖЭС - 60,9%; НЖЭС-100%; ЖЭС и НЖЭС-60,9%. Статистика аритмических событий в подгруппах не имела существенных различий, поэтому параметры турбулентности сердечного ритма (TCP) представлены в целом по всей группе обследованных: TO=-1,15±7,48; TS=19,63±17,55. Патологические значения TO выявлены в 7,7% случаев. Патологических значений TS не выявлено. Имеет место значимая корреляция между TO и числом ЖЭС (r=0,87; p=0,000025), TS и числом ЖЭС (r=0,74; p=0,002). В возрасте 40-49 лет нормальные значения SDNN зарегистрированы в 68,8% случаев, повышенные - 18,7%, сниженные - 12,5%. Нормальные значения RMSSD имеют место в 62,5%, повышенные-31,25%, сниженные-6,25%. Норма pNN50 зарегистрирована в 75 %, повышение-6,25%, снижение-18,75%. В то же время, у большинства (68,75%) зарегистрирован ригидный циркадный индекс, как вероятный признак прогрессирующей «вегетативной денервации». (ЦИ=1,18±0,07). Правильный циркадный профиль выявлен в 31,25% случаев. Установлена положительная корреляция между SDNN, RMSSD и ЦИ (r=0,40023; r=0,2123). Смешанный тип вегетативного дисбаланса (LF/HF=1,2-1,5) зарегистрирован в 55,25% случаев (9 человек), ваготонический (LF/HF<1) - в 12,5% (2 человека), высокая симпатическая активность (LF/HF>1,5) имеет место в 12,5% (2 человека). В 18,75% (3 человека) — зарегистрирована норма (LF/HF=1,0-1,1). Выявлена положительная корреляция между LF/HF и ЦИ (r=0,1088). В возрасте 50-59 лет нормальные значения SDNN зарегистрированы в 69,6% случаев, повышенные — 8,6%, сниженные — 21,8%. Нормальные параметры RMSSD получены в 82,6%, повышенные-8,7%, сниженные- 8,7%. Нормальные значения pNN50 получены в 56,5% случаев, повышенные-4,4%, сниженные-39,1%. Ригидный ЦИ зарегистрирован в 73,9% (ЦИ= 1,16±0,08), правильный циркадный профиль - 26,1%. Таким образом, в сравнении с группой обследованных лиц 40-49 лет, отмечается про-

грессирующее снижение параметров SDNN, RMSSD и pNN50, что подтверждает усиление симпатических и снижение уровня парасимпатических влияний на ритм сердца. Выявлена отрицательная корреляция между SDNN, RMSSD и ЦИ (r= -0,038; r=-0,049). Смешанный тип вегетативного дисбаланса зарегистрирован в 65,2% (15 человек), ваготонический - 4,3% (1 человек), высокая симпатическая активность - 17,4% (4 человека) . В 13,1% (3 человека) — зарегистрирована норма. Таким образом, в 50-59 лет имеет место смещение в сторону смешанного типа вегетативного дисбаланса и/или высокой симпатической активности вегетативной нервной системы. Установлена отрицательная корреляция между LF/HF и ЦИ (r= - 0,14).

Заключение:

Условия длительного рабочего перенапряжения у работников локомотивного депо приводят к развитию и прогрессированию гиперсимпатикотонии, что выражается в прогрессирующем снижении показателей variability (SDNN, RMSSD, pNN50) и повышении коэффициента LF/HF. Оценка variability и турбулентности сердечного ритма позволит своевременно диагностировать изменение вегетативного статуса и прогнозировать возможное развитие неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у работников профессий с ежедневным повышенным уровнем стресса. .

**ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ ГЕМОДИНАМИКА ПРИ АПНОЭ У
МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ**

Агафонова Т. Ю., Баяев В. М., Самсонова О. А.,

Дусакова Р. Ш.

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А.Вагнера МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Изучение реакции периферической гемодинамики на апноэ у молодых женщин с идиопатической артериальной гипотензией.

Материал и методы:

Объект исследования – молодые женщины с идиопатической артериальной гипотензией (ИАГ). Предмет исследования – динамика структурно-функциональных параметров периферических артерий и вен при апноэ. Тип исследования – динамический. Критерии исключения: синдромы Марфана, Элерса-Данло и несовершенного остеогенеза, онкологические заболевания, сахарный диабет, гипотиреоз, недостаточность коры надпочечников, ревматические болезни, анемии, врожденные заболевания сердца и сосудов, оперированные сердце и сосуды, наркомания, острые инфекционные заболевания, ожирение, беременность. Исключение симптоматических гипотензий проводили на базе поликлиники ПГМУ в период профилактического медицинского осмотра по допуску студентов к занятиям физкультурой. Обследованы женщины в возрасте от 18 до 22 лет. Сформированы 2 группы: тестовая из 19 человек с ИАГ (САД 98 мм рт.ст. и ниже), контрольная из 11 человек с нормальным АД (САД 120-129 мм рт.ст.). АД измеряли после 5-мин. отдыха, двукратно, на правом плече в положении сидя (предплечье на уровне сердца), с интервалом в 3 минуты, используя осциллометрический тонометр A&D UA-777. На основании полученных результатов рассчитывали среднее значение двух измерений. Пробу с 20 секундным апноэ, после спокойного выдоха, выполняли в положении лежа на спине, после 10 минут отдыха. Ультразвуковое исследование сосудов проводили до и после апноэ с помощью цветного ультразвукового сканера SonoScare S6 (2015). Изучали диастолический и систолический диаметры, пиковую систолическую (Vps) и конечную диастоли-

ческую (Ved) скорости кровотока правых позвоночной, лучевой, задней большеберцовой артерий; диаметр и скорость кровотока правых позвоночной, лучевой, задней большеберцовой вен. Лица, включенные в исследование, дали письменное согласие. План и дизайн исследования одобрен этическим комитетом университета (протокол № 13 от 25.11.2015).

Результаты:

Тестовая группа женщин при проведении пробы с апноэ характеризовалась многочисленными изменениями периферического кровотока. В частности, на 5% увеличились диаметры позвоночной и лучевой артерий, и уменьшились скорости кровотока: в позвоночной артерии - Ved на 52%, в лучевой артерии - Vps на 20% и Ved на 59%, в задней большеберцовой артерии - Ved на 38%. На 15%-16% достоверно уменьшились диаметры лучевой и задней большеберцовой вен, снизилась скорость кровотока в позвоночной вене на 30%. У женщин контрольной группы апноэ привело к увеличению диаметра только лучевой артерии на 25%, и уменьшению диаметра большеберцовой артерии на 12%. В данной группе в динамике также снизились скорости кровотока: в позвоночной артерии - Ved на 47%, в лучевой - Ved на 45%, в задней большеберцовой артерии - Vps на 25% и Ved на 47%. В контрольной группе уменьшился диаметр лучевой вены на 14%, изменений скорости кровотока в изучаемых венах не обнаружено. Следовательно, в обеих группах при проведении пробы с апноэ наблюдаются увеличение диаметра лучевой артерии, уменьшение диаметра лучевой вены, снижение скоростных показателей кровотока всех изучаемых артерий. Отличительной особенностью реакции периферического кровотока тестовой группы являются изменения диаметра позвоночной артерии и задней большеберцовой вены, снижение скорости кровотока в позвоночной вене.

Заключение:

Таким образом, полученные нами результаты указывают на более выраженный вазодилатирующий эффект острой гипоксии у женщин с ИАГ в виде увеличения диаметра артерий, снижения скорости артериального и венозного кровотока. Выявленные изменения периферического кровотока при ИАГ необходимо рассматривать как проявления дезадаптации с избыточной продукцией эндотелиального оксида азота, приводящей к чрезмерному эндотелийзависимому расслаблению резистивных сосудов и угнетению эндотелием вазоконстрикторных реакций.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИММОБИЛИЗОВАННЫХ ФЕРМЕНТОВ В ДИАГНОСТИКЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Маслакова Л. А.¹, Шилова Л. Н.², Парамонова О. В.², Гонтарь И. П.¹, Зборовская И. А.¹

¹ФГБНУ «НИИ клинической и экспериментальной ревматологии»,

²ФГБУ ВО ВолгГМУ Минздрава РФ

Введение (цели/ задачи):

Учитывая, что системная склеродермия (ССД) чаще поражает женщин молодого и среднего возраста, изучение патогенетических механизмов болезни, разработка новых диагностических тестов, объективно отражающих активность патологического процесса и позволяющих провести дифференциальную диагностику в группе диффузных заболеваний соединительной ткани, является актуальной задачей современной ревматологии. Цель: Выявить значение аутоантител к супероксиддисмутазе (СОД), глутатионпероксидазе (ГП), глутатионредуктазе (ГР),

аденозиндезаминазе (АДА), гуаниндезаминазе (ГДА), ксантиоксидазе (КО) в сыворотке крови больных ССД с кардиоваскулярными поражениями.

Материал и методы:

В исследование были включены 83 больных, в том числе 81 (97,6%) – женщина и 2 (2,4%) мужчины. Средний возраст больных – 50,3±11,9, продолжительность заболевания 8,3±7,1 лет. У 56 (67,5%) больных определялась лимитированная форма болезни, у 27 (32,5%) – диффузная, а в 11 случаях отмечена перекрестная форма (overlap-синдром). У 49 (59%) больных диагностировано подострое течение процесса, у 28 (33,7%) – хроническое, а у 6 (7,2%) – острое. I стадия болезни выявлена у 11 (13,3%) человек, II – у 63 (75,9%), III – у 9 (10,8%). I степень активности диагностирована у 23 (27,7%) человек, II – у 46 (55,4%), III – у 14 (16,9%). У всех больных определялся модифицированный кожный счет, оцениваемый в баллах от 0 до 3 в 17 областях тела (Насонов Е.Л., 2010). Среднее значение кожного счета составило 12,37±7,18. В группе больных ССД у 56 (67,5%) человек отмечалось поражение сердца. При анализе кардиоваскулярного риска в группе больных по шкале SCORE (Беленков Ю.Н., 2007) получено: средний риск - 5%. Основными симптомами поражения сердца в группе больных ССД были: кардиалгии - выявлены у 45 больных (80,4%); перебои – у 35 (62,5%); артериальная гипертензия у 29 (51,8%); отеки нижних конечностей – у 27 (48,2%) и одышка при нагрузке у 19 (33,9%). При проведении ЭКГ исследования у 19 (33,9%) больных выявлены желудочковые и предсердные экстрасистолы, нарушение АВ-проводимости I, II степени, блокады правой, левой ножек пучка Гисса, а также явления ишемии миокарда. В то же время при холтер-мониторировании ЭКГ подобные изменения обнаруживались у 30 человек (53,6%). При проведении Эхо-КГ у 25 (44,6%) пациентов выявлялась диастолическая дисфункция миокарда, у 17 (30,4%) человек – снижение фракции выброса. Из общепринятых лабораторных показателей обращают на себя внимание высокие цифры холестерина у 21 больного (37,5%). В качестве антигенов использовались коммерческие препараты исследуемых ферментов производства фирмы «Sigma» (США): СОД из эритроцитов человека (Cat. № S 9636); ГР (Cat. № G 3664); ГП (Cat. № G 4013); АДА (Cat. № A 5043); ГДА из печени кролика (Cat. № G 5752); КО микробного происхождения (Cat. № X 2252). Для получения иммобилизованных форм изучаемых ферментов подбирали растворы с оптимальной концентрацией: для СОД – 1,4 мг/мл, для ГР – 1,6 мг/мл, для ГП – 1,4 мг/мл по белку, для АДА – 100 мкг/мл, для ГДА – 20 мкг/мл, для КО – 50 мкг/мл. Для получения полиакриламидных гранул использовали метод эмульсионной полимеризации в потоке газообразного азота с включением магнитного материала в модификации Гонтарь И.П., (патент № 2356585, 2007). Полученные гранулы имели правильную сферическую форму с размером частиц 10 - 100 мкм. Учитывая небольшую относительную молекулярную массу СОД (30000 - 32000 а.е.м.), иммобилизацию фермента проводили путем пришивки его молекулы глутаровым альдегидом к инертной полиакриламидной грануле, содержащей магнитный материал по методу, описанному А.К. Johansson а. al. (1974). Было определено, что максимальная сорбция СОД на гранулы, активированные глутаровым альдегидом, составила 980 мкг белка на 1 мл (70%). Статистический анализ экспериментальных данных выполнялся с помощью программных пакетов «STATISTICA 6.0 FOR WINDOWS» и SPSS (SPSS for Windows, Release 12.0).

Результаты:

При проведении анализа статистически значимые корреляции выявлены для антител к ГР (Spearman R=0,24, p=0,03), АДА

(Spearman R=-0,22, p=0,05). При сравнении уровней антител в группах больных с поражением сердца и без него - статистически значимые отличия обнаружены для Ат к СОД (M-W U test=518,5, p=0,02), активности СОД (M-W U test=540, p=0,04) и Ат к ГР (M-W U test=539, p=0,03).

Заключение:

У пациентов с поражением сердца достоверно чаще и в более высоком значении выявляются Ат к СОД и ГР. Наличие высоких значений антител к ферментам предполагает более выраженные висцеральные поражения у больных ССД.

ПОИСК АНТИАРИТМИЧЕСКИХ СРЕДСТВ СРЕДИ ПРОИЗВОДНЫХ N, N – ДИЗАМЕЩЕННЫХ АМИНОАМИДОВ

Калдыркаева О. С., Арзамасцев Е. В.
ФГБУ РКНПК Минздрава РФ

Введение (цели/ задачи):

Поиск в ряду оригинальных, впервые синтезированных функционально замещенных аминокетидов соединений с выраженными антиаритмическими свойствами, выявление наиболее активных соединений, перспективных для разработки на их основе антиаритмических лекарственных средств.

Материал и методы:

Исследования выполнены на 650 мышах линии BALB/c (самцы и самки, масса тела 18-20 г), 545 крысах Wistar (самцы и самки, масса тела 180-240 г). Для первичной оценки использовали аконитиновую модель аритмии у крыс. Оценка антиаритмического действия соединения проводилась по среднееффективной дозе (ЭД50) и антиаритмическому индексу (АИ) в сравнении с известными и широко применяемыми в медицинской практике антиаритмическими средствами – амиодарон, пропранолол, новокаиномид, верапамил. ЭД50 и ЭД90 устанавливали методом пробит-анализа по Литчфилду и Уилкоксона.

Результаты:

Впервые синтезированные N, N – дизамещенные аминокетиды являются малотоксичными соединениями, некоторые из которых не уступают и в ряде случаев превосходят препараты сравнения, широко применяющиеся в медицинской практике в качестве лекарственных средств для лечения нарушений сердечного ритма. Изучаемые соединения ослабляют проявления нарушений сердечного ритма и увеличивают выживаемость животных.

Заключение:

Изучаемые соединения характеризуются низкой токсичностью и обладают выраженными антиаритмическими свойствами. Некоторые из наиболее активных изучаемых соединений перспективны для разработки на их основе новых лекарственных средств для лечения и профилактики нарушений ритма.

ПРЕДИКТОРЫ НЕДОСТАТОЧНОГО СНИЖЕНИЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В НОЧНОЕ ВРЕМЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Вельмакин С. В., Троицкая Е. А., Виллевалде С. В.,
Кобалава Ж. Д.
РУДН

Введение (цели/ задачи):

Ревматоидный артрит (РА) ассоциирован с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Ночная гипертония и отсутствие снижения систолического артериального давления (САД) в ночное время (нон-диппинг статус) являются

важными детерминантами сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Цель исследования: оценить распространенность ночной гипертонии и ее ассоциаций у пациентов с РА.

Материал и методы:

Включено 58 пациентов с РА (EULAR/ACR 2010), без анамнеза ССЗ (76% женщин, средний возраст 55,9±15,8 (M±SD) лет, 10% курящих, 56% с АГ, 34% с дислипидемией). Средняя продолжительность РА составила 8,5 лет (IQR 3-16). Серопозитивная форма РА выявлена у 69% пациентов. Все пациенты получали базисную, противовоспалительную терапию, 22 (38%) – биологическую терапию. Медиана продолжительности АГ составила 4,0 года (IQR 0-12 лет). Все пациенты с АГ получали антигипертензивную терапию (АГТ). Всем проводили 24-часовой мониторинг периферического и центрального АД (BPLab Vasotens). Артериальную ригидность оценивали методом аппланационной тонометрии (Sphygmocor, AtCor). p<0,05 считали значимым.

Результаты:

Среднее клиническое АД составило 126±19/78±11 мм рт. ст.; средняя скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) – 8,5±2,7 м/с. Распространенность фенотипов суточного индекса (СИ) САД была следующей: нон-дипперы – 63,8%, дипперы – 10,3%, найт-пикеры – 19% и овер-дипперы – 6,9%. Медиана СИ САД составила 3,5% (IQR 0-9%). Изолированная ночная АГ выявлена у 20,7% пациентов. В зависимости от СИ САД выделено 2 группы пациентов: дипперы (СИ> 10%) – 17,2% пациентов и нон-дипперы (СИ<10%) – 82,8% пациентов. Нон-дипперы были старше (56,7±16,2 против 49±12,5 лет), чаще курили (20 против 0%), характеризовались более высокими ИМТ (25,4±6,0 против 22,3± 5,1 кг/м²), средней продолжительностью АГ и РА (1,5 года; (IQR 0-11) против 0 лет (IQR 0-1) и 10 лет (IQR 7-19) против 2,5 года (IQR 2-6,5) соответственно), СРПВ (8,6 ± 2,8 против 7,2 ± 2,1 м/с) и ночным АД (120±13/70±10 против 104±9/59±4 мм рт.ст.) p <0,05 для всех различий. Выявлены достоверные корреляции СИ САД с продолжительностью РА (r = -0,3), центральным АД (r = 0,2 для САД и ДАД, ночным САД и ДАД (r = -0,3 и -0,5 соответственно). Повышение центрального клинического и ночного ДАД являлись значимыми предикторами нон-диппинг статуса (? = -3,7, p = 0,008 и ? = -0,7, p <0,0001 соответственно).

Заключение:

Нон-диппинг статус выявляется у большинства пациентов с РА. Диастолическая ночная гипертония является значимым предиктором отсутствия снижения САД в ночное время в этой популяции пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ КАРНИТИНА ХЛОРИД ДЛЯ СНИЖЕНИЯ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Литвинова Т. И.¹, Петельский Ю. В.¹, Анацко С. В.¹,
Астапенко Т. Г.¹, Чушель С. Г.¹, Моргис Я. С.¹,
Жигальцов В. М.²

¹УЗ «Гродненская областная клиническая больница»,
²УО «Гродненский государственный
медицинский университет»

Введение (цели/ задачи):

Изучение эффективности и переносимости полихимиотерапии пациентами с онкологическими заболеваниями при применении карнитина хлорид.

Материал и методы:

Наблюдения проводились за 36 пациентами с РМЖ I-II стадии (T1-2N0-1M0), которым проводилась полихимиотерапия в он-

кологическом отделении №4. Возраст большинства пациенток, включенных в исследование, составлял 30 – 65 лет. По гистологической форме преобладала аденокарцинома разной степени дифференцировки. В соответствии с поставленной целью у 17 пациенток полихимиотерапия проводилось на фоне применения Карнитина хлорида (основная группа). Для сравнительной оценки результатов лечения была выбрана слепым методом репрезентативная контрольная группа пациенток, в которую вошли 19 пациентов, получавших аналогичное лечение без дополнительного назначения Карнитина хлорида. Полихимиотерапия обеих групп включала 4 курса доксорубина 60 мг/м² и циклофосфана 600 мг/м² 1 раз в 3 недели, с интервалом между курсами 21 день. В основной группе перед проведением курса полихимиотерапии назначался Карнитин хлорид по 1000 мг один раз в сутки в течение 5 дней. Карнитин хлорид назначался в качестве лекарственного средства, оказывающего метаболическое и антигипоксантажное действие. Обследование всех пациенток предполагало использование лабораторно-инструментальных методов, позволяющих верифицировать диагноз, а также следить за динамикой общего состояния больных во время лечения, в т.ч. общий и биохимический анализы крови и мочи. ЭКГ и др.

Результаты:

Общая реакция организма имела место у 12 (75%) из 17 пациенток основной группы и проявлялась в виде общей слабости, чувства дискомфорта за грудиной, ощущение сердцебиения. При проведении специфического лечения в контрольной группе такие реакции наблюдались у 17 из 19 (86,5%) пациенток. В основной группе выраженность общей реакции имела легкую степень, а в контрольной у 5 (26%) пациенток среднюю и тяжелую.

Заключение:

Применение Карнитина хлорида у пациентов с онкологическими заболеваниями, получающих полихимиотерапию, позволяет снизить степень выраженности нежелательных реакций сердечно-сосудистой системы (кардиотоксичности), уменьшить общую реакцию организма на цитотоксическое воздействие химиопрепаратов. Карнитин хлорид повышает устойчивость тканей миокарда к влиянию токсичных продуктов распада, обладает антигипоксическими свойствами и способствует нормализации обменных процессов. В результате исследования были подтверждены клиническая эффективность и лучшая переносимость пациентами с онкологическими заболеваниями полихимиотерапии при применении карнитина хлорид.

РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Кушнязова М. С.¹, Камалова А.¹, Маншарипова А. Т.²,
Хамитов А.³, Маншарипов Д.³

¹ФМН НИШ, ²КРМУ,

³КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова

Введение (цели/ задачи):

Сахарный диабет – неинфекционная эпидемия 20 и 21 веков. Это хроническая болезнь, развивающаяся в тех случаях, когда поджелудочная железа не вырабатывает достаточно инсулина, или, когда организм не может рационально использовать вырабатываемый им инсулин. Каждый год им заболевает более 6 миллионов человек. По подсчетам экспертов ВОЗ число людей, страдающих от сахарного диабета превысит 370 миллионов. И если темп роста больных не снизится, то половина земного шара будет поражена этим заболеванием. Одними из главных ограничений для людей, болеющих СД является ограничение себя

в питании и проходимость неприятных процедур. На сегодняшний день отсутствует безболезненные методики диагностики преддиабета и лечение СД. А также отсутствие информационной платформы позволяющую пациенту и врачу анализировать углеводную ценность потребляемых продуктов. Научная новизна заключается в определении калоража региональных продуктов питания, и разработка программного обеспечения пищевой ценности продуктов для мобильных устройств. / Цель: Создание информационной базы углеводной ценности продуктов питания для контроля состояния пациентов с сахарным диабетом и преддиабетом. / Задачи: 1. Исследование пищевой ценности продуктов питания. 2. Исследование диеты больных сахарным диабетом. 3. Исследование программного обеспечения и телемедицины при сахарном диабете. 4. Изучение неинвазивных методов для определения показателя уровня сахара в крови.

Материал и методы:

Разрабатываемое устройство GlucoWAYS для неинвазивного определения сахара крови состоит из материалов и комплектующих: светодиод, фотодиод, мультиметр, корпус устройства (на 3D принтере), микроконтроллер, процессор, дисплей, резисторы, конденсаторы, аккумулятор, разъёмы. Методы: Мобильные приложения для Android и iOS должны реализовываться новейшими средствами, либо на основе платформы, обеспечивающей компиляцию в нативные приложения для обеспечения максимальной производительности. Язык реализации Android – Java, язык реализации iOS – Objective C или SWIFT. Дизайн пользовательского интерфейса iOS приложения должен соответствовать стандартам Apple, дизайн интерфейса Android приложения должен соответствовать стандартам Google. Прямым источником поставки информационного обеспечения в динамические разделы приложения будет являться база данных. Весь обновляющийся контент приложения находится на сервере данных, который отправляет информацию по запросу пользователя. Информация, поступающая в приложение должна отображаться в визуальном удобном и корректном виде. Комплект проектных материалов подготавливается в следующем составе: 1. Техническое задание. 2. Программное обеспечение. 3. Введение. 4. Детали проекта. 5. Авторизация пользователя.

Результаты:

1 Разработана визуализация пищевой ценности продуктов питания для больных сахарным диабетом. 2 Неинвазивная система определения сахара крови в организме человека, и передача данных на мобильные приложения.

Заключение:

Разработка и успешное тестирование системы GlucoWAYS, приведет к созданию безопасного, безболезненного, удобного способа определения концентрации глюкозы в крови у людей, страдающих сахарным диабетом, с помощью ИКТ. Уменьшение уровня распространения заболевания среди населения Казахстана и всего мира, с помощью мобильного приложения. Профилактика диабета среди людей в группе риска и не только значительно снизит расходы на лечение сахарного диабета среди граждан РК.

РАННИЕ КАРДИОТОКСИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПОЛУЧАЮЩИХ ХИМИОТЕРАПИЮ ТАКСОЛОМ

Азизов В. А., Садыгова Т. А., Мурадова С. Р.
АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/ задачи):

Изучение особенностей кардиотоксических осложнений у боль-

ных раком молочной железы (РМЖ) получающих химиотерапию Таксолом (Пакликсател) 100 мг.

Материал и методы:

В исследовании приняло участи 46 пациенток с достоверно диагностированным диссеминированным раком молочной железы. Средний возраст пациенток составил 53 ± 8 лет. Всем пациенткам была назначена химиотерапия Таксолом 100 мг. Всем пациенткам до начала каждого курса химиотерапии были сделаны электрокардиографическое (ЭКГ), эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследования, а также определялся липидный спектр, время свертывания и ИНР. Пациенты с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями в исследование не входили. У 13 больных был выявлен сопутствующий сахарный диабет (СД) типа 2, у 14 пациенток гипопункция щитовидной железы. Подразделение больных на группы выглядело соответствующим образом: в I группу вошло 19 пациентов с РМЖ без сопутствующих заболеваний, во II группу вошло 13 пациенток с РМЖ и СД типа 2, и в III группу вошло 14 пациенток с гипопункцией щитовидной железы. Химиотерапия Таксолом проводилась с интервалами в 21 день.

Результаты:

Первичные результаты показывают, что кардиотоксические изменения более серьезно были выражены у больных РМЖ с сопутствующими заболеваниями эндокринной системы. Так, после первого курса химиотерапии Таксолом 100 мг, в I группе не было выявлено кардиотоксических изменений, во II группе у 1 пациентки отмечалось незначительное снижение фракции выброса, общее ухудшение состояния, в III группе у 3 больных отмечались частые желудочковые экстрасистолы, у 1 пациентки снижение фракции выброса до 45%. В результате чего следующий курс химиотерапии пришлось отложить. У данной пациентки на ЭхоКГ отмечалось снижение сократимости миокарда в виде диффузного глобального гипокинеза, систолические и диастолические размеры сердца были без изменений. Липидный спектр во всех трех группах пациентов был без существенных изменений.

Заключение:

Согласно данным по кардиотоксичности Таксола лишь у 1% больных отмечаются кардиотоксические осложнения после проводимой терапии. Подводя предварительный итог нашего исследования, можно заключить, что кардиотоксические осложнения у больных РМЖ, были обусловлены больше сопутствующими заболеваниями эндокринной системы, нежели проводимой химиотерапией Таксолом 100 мг.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ДВУСТОРОННЕЙ ТРИФУРКАЦИИ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

БАХМЕТЬЕВ А. С.¹, БАХМЕТЬЕВА А. А.²

¹ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского»,

²МБУЗ «Городская больница города-курорта Анапа»

Введение (цели/ задачи):

Демонстрация редкого ультразвукового наблюдения трифуркации общих сонных артерий (ОСА) с обеих сторон у пациентки 43 лет.

Материал и методы:

Ультразвуковое исследование проводилось на стационарном аппарате GE Vivid 5 на базе отделения функциональной диагностики МБУЗ «Городская больница города-курорта Анапа».

Результаты:

Женщине 43 лет, госпитализированной в первичное сосудистое отделение МБУЗ «Городская больница города-курорта Анапа» с

жалобами на выраженные головокружения (Ds: Дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст. с акцентом в вертебро-базиллярном бассейне. Вестибулоатактический синдром), в плановом порядке провели триплексное сканирование брахиоцефальных артерий (ТС БЦА) по стандартной методике. С обеих сторон была выявлена трифуркация обеих общих сонных артерий (ОСА), что с учетом параметров гемодинамики также можно расценивать как двустороннее удвоение ствола наружной сонной артерии (НСА). Справа ОСА следует прямолинейно, диаметр – 6,7 мм. Далее артерия делится на три ствола. Ориентируясь на характер кровотока, две из трех артерий можно отнести к НСА (d1 – 1,9 мм; d2 – 1,8 мм). Диаметр правой внутренней сонной артерии – 3,1 мм. Слева ОСА не извита, диаметр составляет 6,4 мм. Аналогично контрлатеральной стороне медиально следуют две НСА (d1 – 1,5 мм; d2 – 2,0 мм). Диаметр левой внутренней сонной артерии – 2,9 мм. Первая ветвь НСА (верхняя щитовидная артерия) не лоцировалась с обеих сторон. Кровоток по всем указанным сосудам магистрального спектра. Диаметры позвоночных артерий – не менее 3,2 мм с обеих сторон с антеградно-направленным неизменным кровотоком (ультразвуковые признаки экстракраниального влияния на уровне сегментов V1-V3). Стенозирующего поражения БЦА не выявлено с обеих сторон (толщина комплекса интима-медиа не более 0,6 мм). Пациентке выполнена МР-ангиография мозговых сосудов, где интракраниально выявлена трифуркация левой внутренней сонной артерии.

Заключение:

ТС БЦА является информативным неинвазивным инструментальным методом исследования, применяемым для оценки анатомических особенностей на экстракраниальном уровне и позволяющим обнаружить такие редко-встречающиеся варианты строения сосудистого рисунка, как трифуркация ОСА.

СЛОЖНОСТИ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБЪЕМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СЕРДЦА

Фомина В. А.¹, Андреева А. В.¹, Глазкова Е. А.¹,
Мараховская И. Л.¹, Пушкарева С. Ю.¹, Солдатов Е. С.¹,
Агафонова В. С.¹, Фомина Н. А.¹, Алеевская А. М.²

¹Рязанский областной клинический

кардиологический диспансер,

²Рязанский государственный медицинский университет

Введение (цели/ задачи):

Рабдомиосаркома – это злокачественное новообразование, исходящее из поперечно-полосатой мышечной ткани. Чаще встречается у мужчин. Характерен инфильтративный рост, хотя иногда опухоль имеет полипообразные выросты, которые можно принять за миксому. Прогноз неблагоприятный. Цель. Продемонстрировать клинический случай, отражающий сложности диагностики рабдомиосаркомы сердца.

Материал и методы:

Больной М., 35 лет, поступил в ОКБ г. Рязани экстренно с подозрением на перфорацию полого органа, по поводу чего проведена диагностическая лапароскопия. Интраоперационно выявлено 600 мл серозной жидкости в брюшной полости, полые органы без признаков повреждения. В дальнейшем больному проводилась инфузионная, антисекреторная, антибактериальная терапия. Однако состояние больного ухудшалось – нарастала общая слабость, выраженная одышка, ощущение учащенного сердцебиения, олигурия. При обследовании на УЗИ сердца выявлено объемное образование ПЖ. Больной переведен в РО ОККД.

Результаты:

При поступлении: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные с иктеричным оттенком, иктеричность склер глаз. Больной возбужден, контакт с ним затруднен. В легких дыхание везикулярное ослабленное, единичные влажные мелкопузырчатые хрипы в нижне-боковых отделах, ЧДД 38 в мин. Аускультативно тоны сердца ослаблены, ритм правильный, ЧСС 84 в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. Язык сухой. Живот при пальпации безболезненный. Печень +1,0 см из-под реберной дуги. Мочевыпускание по мочевому катетеру (150 мл мочи с примесью крови). Лабораторные данные: ОАК – тромбоциты $50 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты $16,0 \cdot 10^9/л$, СОЭ 2 мм/ч. ОАМ – рН кисл, эритроциты 1/3 в поле зрения. Протромбин 0,41. УЗИ сердца – объемное образование неравномерной эхогенности в ПЖ (3,9x6,0 см), обтурирующее правое а-в отверстие. Дилатация ПЖ (ПЗР 3,8 см), дилатация ПП (4,8x5,9 см). Спустя 4,5 часа после госпитализации состояние больного начало прогрессивно ухудшаться. Больной заторможен, не ориентирован во времени, собственной личности. АД 60/20 мм рт ст, после увеличения дозы вазопрессоров (допмин 200 мг) стабилизировалось АД 100/60 мм рт ст. Однако спустя 1 час больной потерял сознание, на мониторе регистрируется асистолия. Начаты реанимационные мероприятия – без эффекта. Посмертный диагноз: Миксома правого желудочка. Осложнение основного: Обтурация правого а-в отверстия. Полисерозит. Сопутствующий: Острая почечная недостаточность. Асистолия. При патологоанатомическом вскрытии и гистологическом исследовании образования правого желудочка выявлено злокачественное новообразование – рабдомиосаркома сердца.

Заключение:

Данный клинический случай демонстрирует сложность и важность своевременной диагностики объемных образований сердца, а том числе злокачественных опухолей. Раннее выявление новообразований сердца позволит предупредить развитие обструкции внутрисердечного кровотока, аритмий, эмболий, которые приводят к летальному исходу.

СОСТОЯНИЕ АВТОНОМНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ

Кудрявцева Е. Н., Шмелева С. А.

ФГБОУ ВО ПГМУ

им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

У молодых женщин идиопатическая артериальная гипотензия (ИАГ) регистрируется в 7,2% случаев. В регуляции тонуса сосудов и поддержании нормального уровня АД важную роль играет автономная нервная система (АНС). Целью работы являлось изучение состояния АНС у молодых женщин с ИАГ.

Материал и методы:

В исследование включено 1264 молодых женщин в возрасте от 18 до 35 лет (медиана возраста составила 19 лет (25% - 18; 75% - 20, $p=0,46$), из которых были сформированы 2 группы. В 1-ю основную группу вошли 69 человек с ИАГ. Во 2-ю группу сравнения - 35 человек с нормальным уровнем артериального давления (АД). Низким считали уровень АД в диапазоне от 99 до 61 мм рт. ст. Нормальным - в диапазоне от 129 до 120 мм рт. ст. Из исследования исключили женщин с дисплазией соединительной ткани, онкологическими заболеваниями, сахарным диабетом, гипотиреозом, недостаточностью коры надпочечни-

ков, коллагенозами, врожденными заболеваниями сердца и сосудов, оперированным сердцем, беременностью в любом сроке, наркоманией, острыми инфекционными заболеваниями на момент исследования. Состояние АНС оценивали по вегетативному индексу (ВИ) $K?rd? I.$, который рассчитывали по формуле $VI = (1?d/p) \cdot 100$, где d-величина диастолического АД, p – величина пульса. Преобладание симпатического отдела АНС считали при положительном и нулевом значениях индекса. Преобладание парасимпатического отдела – при отрицательном значении.

Результаты:

В обеих группах зарегистрировано преобладание влияния симпатического отдела АНС. В основной группе 61 женщина (88%; $p=0,014$) имели ВИ равный 0 и выше. Медиана составила 6 человек (25% - 4; 75% - 8). В группе сравнения - 20 человек (57%); медиана составила 7 человек (25% - 6; 75% - 9). Преобладание влияния парасимпатического отдела АНС в основной группе зарегистрировано у 8 молодых женщин (12 %). Медиана составила 3 человека (25% - 1; 25% - 5). В группе сравнения – 15 человек (43%); медиана - 7 человек (25% - 3; 75% - 7)

Заключение:

У молодых женщин с ИАГ регистрируется преобладание влияния симпатического отдела АНС. Вероятно – это является особенностью именно молодого возраста при небольшом стаже заболевания. Многими исследователями доказано, что преобладание симпатикотонии является более неблагоприятным по сравнению с преобладанием парасимпатикотонии для прогноза развития сердечно-сосудистых осложнений в виде нарушений ритма сердца, которые в свою очередь приводят к риску внезапной смерти.

ХАРАКТЕРИСТИКА СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ БАЗИСНУЮ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ

Вельмакин С. В., Троицкая Е. А., Виллевалде С. В.,

Кобалава Ж. Д.

РУДН

Введение (цели/ задачи):

Пациенты с ревматоидным артритом (РА) подвержены высокому риску развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Распространенность артериальной гипертонии (АГ) высока, однако параметры суточного профиля артериального давления (АД) в данной популяции изучены недостаточно. Цель исследования. оценить параметры суточного мониторирования АД (СМАД) и охарактеризовать фенотипы АД у пациентов с РА.

Материал и методы:

Включено 58 пациентов с РА (EULAR/ACR 2010), без анамнеза ССЗ (76% женщин, средний возраст $55,9 \pm 15,8$ (M \pm SD) лет, 10% курящих, 56% с АГ, 34% с дислипидемией). Средняя продолжительность РА составила 8,5 лет (IQR 3-16). Серопозитивная форма РА выявлена у 69% пациентов. Все пациенты получали базисную, противовоспалительную терапию, 22 (38%) - биологическую терапию. Медиана продолжительности АГ составила 4,0 года (IQR 0-12 лет). Все пациенты с АГ получали антигипертензивную терапию (АГТ). Всем проводили 24-часовой мониторинг периферического и центрального АД (BPLab Vasotens, «Петр Телегин»). $p < 0,05$ считали значимым.

Результаты:

Среднее клиническое АД составило $126 \pm 19/78 \pm 11$ мм рт.ст. (периферическое) и $118 \pm 20/80 \pm 11$ мм рт.ст. (центральное).

У 10 (17%) пациентов выявлено повышение клинического АД >140/90 мм рт.ст. Средние значения периферического и центрального АД были следующими: $125 \pm 13/73 \pm 9$ и $116 \pm 13/75 \pm 9$ мм рт.ст. для среднесуточного АД; $127 \pm 14/74 \pm 9$ и $117 \pm 13/77 \pm 9$ мм рт.ст. для среднего дневного АД и $119 \pm 13/69 \pm 10$ и $112 \pm 14/71 \pm 10$ мм рт.ст. Нецелевые значения дневного АД выявлены у 14 (24,1%) пациентов, ночного - у 28 (48,3%) пациентов, 24-часового - у 9 (31,0%) пациентов. Выделены следующие фенотипы АД: устойчивая нормотония - у 36 (62,1%), скрытая гипертония у 12 (20,7%), устойчивая АГ - у 8 (13,8%), гипертония белого халата у 2 (3,4%) пациентов. Изолированная ночная АГ наблюдалась у 12 (20,7%) пациентов. У 10 (17%) пациентов выявлено изолированное повышение центрального АД. У всех пациентов с нецелевым клиническим АД выявлено повышение центрального АД.

Заключение:

Пациенты с РА без ССЗ характеризуются высокой распространенностью АГ и удовлетворительным контролем АД в большинстве случаев. Данная популяция характеризуется относительно высокой распространенностью маскированной и изолированной ночной гипертонии, несмотря на АГТ. Эти результаты могут помочь оптимизировать лечение АГ у пациентов с РА.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСТРЫХ ИНТОКСИКАЦИЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ

Азизов В. А., Эфендиев И. Н.

АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/ задачи):

Препараты с преимущественным влиянием на сердечно-сосудистую систему являются одними из наиболее часто используемых групп медикаментозных средств, особенно у лиц с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями. Вместе с тем, бесконтрольное использование сердечно-сосудистых препаратов может привести к серьезным клиническим случаям передозировок вплоть до летальных исходов. Целью данного исследования стало определения профиля острых отравлений лекарственными средствами с преимущественным влиянием на сердечно-сосудистую систему в Азербайджане за 2009-2016 гг.

Материал и методы:

Нами проведен проспективный обзор и анализ всех случаев острых интоксикаций лекарственными препаратами с преимущественным влиянием на сердечно-сосудистую систему, проходивших стационарное лечение в Республиканском токсикологическом центре МЗ Азербайджана в г. Баку с 1 января 2009 по 31 декабря 2016 г.

Результаты:

Согласно полученным нами данным за указанный период 8,9% всех случаев медикаментозных отравлений составляли случаи интоксикаций препаратами с преимущественным влиянием на сердечно-сосудистую систему (629 пациентов). Лица женского пола среди них составляли 73,9%. Наибольшей долей в группе интоксикаций сердечно-сосудистыми препаратами составили случаи отравлений блокаторами кальциевых каналов (39,6%). Отравлений гипотензивными средствами - ингибиторами АПФ составили 20,8% от всех случаев интоксикаций в данной когорте. Еще у 169 больных (26,9%), отравление было обусловлено токсическим действием гипотензивных препаратов других фармакологических групп. Случаи интоксикаций прочими медикаментозными средствами с преимущественно токсическим сердечно-сосудистым действием были отмечены значительно реже. Так, отравлениям сердечными гликозидами составили всего

2,2% от всех случаев интоксикаций сердечно-сосудистыми средствами. Отравления коронарными и периферическими вазодилататорами в структуре интоксикаций сердечно-сосудистыми средствами занимали долю в 4,1% и 3,7% соответственно. Интоксикации антиаритмическими средствами среди отравлений сердечно-сосудистыми препаратами составляли 1,4%, а на долю интоксикаций прочими кардиотоксическими медикаментозными веществами пришлось 1,3%. За исследуемый период было зафиксировано 5 смертельных исходов в группе больных с отравлениями сердечно-сосудистыми средствами (летальность в когорте -0,79%). Три из этих случаев были обусловлены приемом блокаторов кальциевых каналов (изоптин, нифедипин и амлодипин). Таким образом, летальность в когорте больных с отравлениями блокаторами кальциевых каналов составила 1,2%. Токсические эффекты со стороны сердечно-сосудистой системы при отравлениях препаратами данной группы проявлялись в виде нарушений сердечного ритма и проводимости (24%), гипотонии (56%) и экзотоксического шока (3%). В остальных случаях были отмечены неспецифические общетоксические симптомы (тошнота, рвота, головокружение, изменение сознания и пр.). Среди антидотных средств, доступных для лечения кардиотоксических эффектов данной группы отравлений были использованы дисперсные липидные растворы, атропин и унитиол. Fab-фрагментарные антитела к сердечным гликозидам не применялись в антидотной терапии в виду их недоступности в Азербайджане.

Заключение:

Сердечно-сосудистые препараты являются одной из значимых причин острых медикаментозных отравлений в Азербайджане. Целесообразным является разработка профилактических мероприятий по снижению числа интоксикаций кардиотоксическими препаратами.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ ТЕЗИСОВ V ЕВРАЗИЙСКОГО КОНГРЕССА КАРДИОЛОГОВ

А

Абдувахитова А. Н. 73
 Абдужамалова Н. М. 111
 Абдуллаев А.А. 63
 Абдуллаев О.А. 59
 Абдуллаев Т.А. 15, 25, 33, 73, 103,
 105, 106

Абдуллаева Г.Ж. 99
 Абдуллаева З. 95
 Абдуллаева С. Я. 6, 83
 Абдурашидова Т. Ш. 40, 42, 43
 Абдылдаев И. З. 21
 Авезов Д.К. 37
 Агапова О. Ю. 78
 Агафонова В. С. 129
 Агафонова Т. Ю. 119, 122, 125
 Азизов В. А. 47, 52, 128, 131
 Азимова Н. А. 107
 Акбаева А. Б. 72
 Акпанова Д. М. 65, 74
 Акунов А. Ч. 87
 Акчурин Р. С. 18, 27, 28
 Алеевская А. М. 129
 Алейникова Т. В. 56, 66, 125
 Алекперова А. К. 52
 Александренко В. А. 7, 38
 Александров А. В. 49
 Александрова Н. В. 49
 Александров В. А. 49
 Алесян Б. Г. 26
 Алехина И. Ю. 49
 Алиева Г. Р. 65, 74
 Алиева Р.Б. 99
 Алиева Т. А. 101
 Алиев Б. Н. 79
 Алимбекова Д. Б. 53
 Алимова Д. А. 83
 Алокова Ф. Х. 86
 Алтымышева А. Т. 92
 Аминов А. А. 44
 Амиркулов Б. Д. 12, 15
 Анацко С. В. 127
 Андреева А. В. 6, 129
 Аннамаммедова Г. М. 68
 Антонович Л. Л. 110
 Антонович М. Н. 110
 Аншелес А. А. 98
 Арапханова Т. Б. 63
 Арельяно В. С.Б. 67
 Арефьева Т. И. 109
 Арзамасцев Е. В. 127
 Арипов А. Н. 49
 Арипова Н. А. 45, 59
 Архипова О. А. 86, 89
 Асеева Е. А. 82
 Астапенко Т. Г. 127
 Атаева Э. А. 68, 121
 Атамуродов Б. Р. 20, 23
 Атрощенко Е. С. 111
 Афанасьева О. И. 99
 Афонина А. Ю. 96
 Ахвердян Ю. Р. 8, 9
 Ахматова Ф. Д. 98
 Ахматов Я. Р. 33, 103, 105, 106
 Ахмедова И. А. 75

Ахмедов Д. 107
 Ахит Б. А. 7, 65, 74
 Ачинович А. С. 17, 19
 Ащеулова Т. В. 59

Б

Бабаджанов Ж. К. 46, 113
 Бабаева Н. З. 61, 79
 Баев В. М. 119, 122, 123, 125
 Баженова Н. М. 70
 Базаров Р. 107
 Байкулов З. А. 90
 Баймурадова Д. А. 121
 Бакалов С. А. 78
 Бакеева М. Э. 47
 Балахонова Т. В. 99
 Барбук О. А. 97
 Барсукевич В. Ч. 68
 Бахметьев А.А. 129
 Бахметьев А. С. 93, 95, 129
 Бахметьева М. С. 93, 95
 Бахшалиев А. Б. 61, 79, 112
 Бедина С. А. 119
 Бейшенкулов М. Т. 40, 42, 43
 Бекбулатова Р. Ш. 103, 105, 106
 Бексултан А. 95
 Белевская А. А. 86
 Бельская М. И. 77, 97
 Бенедицкая Е. В. 49
 Беркинбаев С. Ф. 46, 65, 74
 Бикташев Д. Б. 17
 Билич А. Г. 98
 Блинова Е. В. 86
 Бободжанов Н. Н. 107
 Бобожонова Н. Ж. 6
 Богданова Е. Ю. 47
 Бокерия Л. А. 26
 Болотова М. Н. 78
 Боровая Т. В. 64
 Бродовская Т. О. 75
 Бушкевич М. И. 17, 19

В

Вайханская Т. Г. 104
 Вакулчик К. А. 42
 Валентюкевич А. В. 22
 Валиева З. С. 89
 Васильева И. Н. 5, 54
 Васильев А. П. 79
 Васильев В. П. 18
 Васкес А. А. Э. 67
 Васкес А. Х.Э. 67
 Вдовцев А.В. 118
 Вельмакин С. В. 127, 130
 Вершинина Е. О. 114
 Виллевалде С. В. 45, 67, 71, 77, 80, 81,
 127, 130

Власова Т. И. 122
 Волкова С. Ю. 36, 100, 101, 102
 Выборов О. Н. 89
 Вялкина Ю. А. 42

Г

Гагарина А. А. 61

Гаджиев А. Б. 61, 79
 Гаджиев Р. Ф. 112
 Гаимова З. В. 60
 Гайназарова О. А. 120
 Гайсенко О. В. 100
 Гальцова О. А. 117
 Галютудинов Д. М. 18
 Ганиев А. А. 6
 Гарганеева А. А. 7, 38
 Гасымов С. Э. 61
 Гейдук А. Г. 83
 Гелесханова Ю. Н. 53
 Гелис Л. Г. 39
 Глазкова Е. А. 6, 129
 Голикова А. А. 28
 Голицын С. П. 78
 Голощапов-Аксенов Р. С. 21
 Гонтарь И. П. 76, 126
 Гончарик Д. Б. 68
 Горбачевский С. В. 84, 86
 Гордиенко А. В. 85
 Гореликов А. В. 41
 Горохова С. Г. 65
 Грацианская С. Е. 89
 Грашкина С. О. 125
 Гребенюк И. А. 22
 Гришина И. Ф. 75
 Грищенко О. О. 75
 Гунько А. В. 55

Д

Давыдкин И. Л. 4
 Дадабаева Н. А. 96, 106, 109, 114
 Дадабаев Г. М. 26, 84, 86
 Дадабаев М.Х. 47
 Даниленко Н. Г. 104
 Данияров Б. С. 21
 Двоенко О. Г. 93
 Джабаров А. А. 31
 Джайнакбаев Н. Т. 118
 Джетыбаева М. К. 82
 Джумагулова А. С. 53, 82, 92, 115
 Джунусбекова Г. А. 46, 65, 74
 Джураева В. 51
 Дидковская Л. А. 70
 Довченко И. И. 61
 Дониёров Ш. Н. 106
 Дорошенко Д. А. 77, 80, 81
 Доценко Э. А. 97
 Драпкина О. М. 10
 Дубовик Т. А. 32
 Дурнова Л. В. 60
 Дусакова Р. Ш. 119, 125
 Дюшебаев М. Ы. 66, 84, 87

Е

Егоренкова Е. В. 85
 Ежов М. В. 99
 Емельянова О. И. 76

Ж

Жаббаров А. А. 72, 74
 Жарова Е. А. 109
 Жарылкасынова Р. К. 46
 Жигальцов В. М. 127

Жиров И. В. 32
Жуйко Е. Н. 97
Жумакадырова А. Ж. 82

З

Заводовский Б. В. 8, 9
Закирова А. Н. 35, 38, 111
Закирова Н. Э. 35, 38, 111
Залесская Ю. В. 115
Залюбовская Л. В. 16
Затейщиков Д. А. 100
Зборовская И. А. 49, 76, 119, 126
Звенцова В. К. 108
Золотовская И. А. 4

И

Иванченко В. С. 61
Израйлова Г. Р. 63
Икрамов Х. С. 124
Икромов Х. С. 52, 71
Ильина Т. В. 111
Имаев Т. Э. 27, 28
Иманалиева Г. А. 75
Исабекова А. Х. 65, 74
Исмаилова Г. Н. 57

К

Кабыкенова Р. К. 46
Кадыралиев Б. К. 19, 22, 25, 30, 50
Кадыралиев К. К. 19, 25
Калдыркаева О. С. 127
Калиев К. Р. 40, 42, 43
Камалова А. 128
Камилова У. К. 37, 51, 101
Кандилова В. Н. 61, 79
Каримов А. М. 25
Каримова Э. Р. 82
Каримов Б. Х. 20
Карпелева О. Г. 41
Карпелев Г. М. 41
Карпова И. С. 111
Каюмова М. М. 79
Кизюкевич И. Л. 27
Киктев В. Г. 78
Ким З. Г. 118
Клесарева Е. А. 99
Клычмамедова О. И. 68
Князькова И. И. 11
Кобалава Ж. Д. 9, 45, 67, 71, 77, 80,
81, 127, 130

Ковалёва О. Н. 59
Ковалев С. В. 85
Ковальчук Е. Ю. 30, 31
Кодирова Ш. А. 121
Кожобекова Б. Н. 65, 74
Кожуховская О. Л. 28
Козлов И. Д. 97
Койлубаева Г. М. 82
Колгаев А. С. 27, 28
Коломиец В. В. 16, 53, 58, 62
Колядко М. Г. 22
Комилова Ф. Х. 113
Комлев А. Е. 27, 28
Коржанков Н. П. 54
Коротенко О. А. 115
Кошлатая О. В. 111
Кошумбаева К. М. 7, 65, 74
Кравцов В. И. 9
Крачак Д. И. 17, 19, 22
Кривонос Н. Ю. 62
Крюкова Ю. В. 9
Кудайбердиев Т. З. 75
Куделин И. В. 54
Кудрявцева Е. Н. 119, 123, 130
Кужелева Е. А. 7, 38

Кузнецова Г. В. 109
Кузнецов В. А. 82
Кузьмичкина М. А. 7, 38
Кулай Н. С. 30, 31
Кулаков В. В. 67, 71
Курбанов Н. А. 103, 105
Курбанов Р. Д. 12, 15, 33, 99
Курбатова З. Ю. 98
Курлянская Е. К. 22
Курманбекова Б. Т. 35
Курпита А. Ю. 11
Курушко Т. В. 104
Кучин И. В. 28
Кучкаров Х. Ш. 15
Кушнязова М. С. 128
Кушубакова Н. А. 66, 87
Кыдыралиева Р. Б. 115

Л

Лагоденко Е. Г. 54
Лазарьков П. В. 50
Лакунин К. Ю. 21
Ледеяхова М. В. 32
Леонов А. С. 100
Лепилин П. М. 27, 28
Лесбеков Т. Д. 17
Лещанкина Н. Ю. 122
Лимарева Л. В. 4
Литвинова Т. И. 127
Литвяков А. М. 96
Лойко В. С. 95
Лопухов С. В. 85
Луценков Д. А. 48
Любимова О. В. 17, 19
Лясковская Н. И. 50, 51

М

Магасумова А. Р. 60
Мадалиев К. Н. 7
Мазий В. В. 11
Майлян Д. Э. 53
Максимкин Д. А. 21
Малаева Е. Г. 37, 125
Мамажакыпов А. 84, 87
Мамасаидов Ж. А. 53, 92
Маммаев С. Н. 63
Мамутов Р. Ш. 41, 44
Манухина Н. В. 77, 80, 81
Маншарипова А. Т. 118, 128
Маншарипов Д. 128
Мараховская И. Л. 6, 129
Марипов А. М. 84, 87
Марипов Р. 95
Мартемьянов В. Ф. 119
Мартиросян Л. А. 98
Мартынюк Т. В. 86, 89
Марченко А. В. 19, 25
Масенко В. П. 32, 111
Маслакова Л. А. 76, 126
Махамова Н. У. 54
Махмудов М. Т. 92
Махмудов Н. С. 56
Мацкевич С. А. 77
Машарипова Д. Р. 51
Медведева Е. А. 39
Межонов Е. М. 42
Меркулов Е. В. 24, 111
Миралиева М. Э. 90
Мирахмедова Х. Т. 109
Мирзахаримова С. Т. 33, 106
Миронова Е. Д. 5
Миронова О. Б. 54
Миронов Н. Ю. 78
Мистюкевич А. П. 37
Мозговая Е. Э. 119

Молдоева С. 66
Моргис Я. С. 127
Мохов А. Е. 98
Мрочек А. Г. 68
Муллабаева Г. У. 33
Мурадова С. Р. 128
Мураталиев Т. М. 108
Муратали К. М. 66, 84, 87, 95
Мусаталиева А. Т. 46, 65, 74
Мухамметгульева О. С. 14, 68, 121
Мухидинов Х. Х. 107
Мухтаренко С. Ю. 108
Мышкина Н. А. 122

Н

Нагаева Г. А. 41, 42
Нагай А. В. 64, 99
Наджафов Р. Н. 112
Назирев Д. Х. 89
Накаджима Т. Н.
(Накажима Т. Н.) 8, 95
Наконечников С. Н. 89
Налибаева С. А. 113
Нарзуллаева А. Р. 89
Насонова С. Н. 32
Насонов Е. Л. 82
Наумов В. Г. 111
Недоступ А. В. 13
Неклюдова Ю. Н. 108
Нелюбова Т. А. 115
Низамова Д. Ф. 35, 38
Низамов У. И. 99
Никишин А. Г. 6, 83
Николаева И. Е. 35, 38
Ниязова М. Б. 70, 74, 124
Ноева Е. А. 109
Норузбаева А. М. 35
Носович Д. В. 85
Нуннаев Х. К. 121
Нуритдинов Н. А. 37
Нурмухамбетова М. Т. 46
Нурмухамедова Р. А. 91

О

Огнерубов Д. В. 24
Омурзакова Н. А. 84, 95
Осадчук М. А. 54
Османкулова Г. Э. 35
Осокина А. К. 109
Островский Ю. П. 17, 19, 22, 24, 41

П

Панахова Н. А. 112
Пантеева Е. В. 36, 60, 100
Панчишко А. С. 58
Парамонова О. В. 126
Пардаев Д. Б. 86
Паримбеков А. Б. 7
Паторская О. А. 13
Переверзева К. Г. 115
Перетолчина Т. Ф. 75
Персидских Ю. А. 68
Петелина И. Ю. 83
Петельский Ю. В. 127
Петров В. С. 85
Петров С. А. 85
Петрович Н. С. 17, 19, 24
Петросян К. В. 26, 86
Пирназаров М. М. 6, 83
Плащинская Л. И. 68
Повзун А. С. 30, 31
Покровский С. Н. 99
Полозова Э. И. 55, 122
Полупанов А. Г. 53, 92
Полякова Ю. В. 8, 9

ПОТЕХИНА А. В. 109
ПРОВАТОРОВ С. И. 24, 109
ПУЛАТОВ С. Ф. 113
ПУРСАНОВ М. Г. 26, 84
ПУШКАРЕВА С. Ю. 6, 129
ПУШКАРЕВ Г. С. 82

Р

РАГИМОВА А. С. 52
РАДАЙКИНА О. Г. 122
РАДЖАПОВА З. Т. 108
РАЗОВА О. А. 99
РАМАЗАНОВА Н. А. 109, 114
РАСУЛОВА З. Д. 51
РАСУЛОВА М. И. 91
РАУПОВ А. В. 107
РАУПОВА Ш. А. 56
РАХМОНОВ К. Х. 84
РАЧАБЗОДА М. Э. 101
РАЧОК Л. В. 22, 32
РЕКВАВА Р. Р. 7
РЕПИН А. Н. 114
РЕШЕТНЯК Т. М. 82
РОЗЫХОДЖАЕВА Г. А. 49, 113
РОМАНОВА Т. А. 53, 92
РОМАСОВ И. В. 109
РУСАК Т. В. 39, 111
РУСАНОВА О. А. 76
РЫЖЕВКАЯ Е. В. 85
РЫСКУЛОВА С. Т. 92
РЫСПАМБЕТОВА Б. Г. 72

С

САБИРОВ И. С. 115
САВЧЕНКО А. А. 68
САДЫГОВА Т. А. 128
САДЫРОВА М. А. 90, 91, 92
САИДОВА М. А. 86
САИДОВ М. З. 63
САЙФУЛЛАЕВА Г. А. 121
САЛИМОВА Н. Р. 83
САЛИЧКИН Д. В. 18, 27
САМКО А. Н. 24, 109
САМСОНОВА О. А. 119, 122, 125
САРТМЫРЗАЕВА М. А. 66, 84, 87
САРЫБАЕВ А. Ш. 66, 84, 87, 95
САТЫБАЛДЫЕВ С. 66
САХНОВА Т. А. 86
СЕРГИЕНКО И. В. 28, 98
СИВИЦКАЯ Л. Н. 104
СИВОРДОВА Л. Е. 8, 9
СИНЕЛЬНИКОВ Ю. С. 25, 50
СИРОТИНА Н. В. 113
СМОЛЕНСКАЯ О. Г. 75
СОБОЛЕВ А. В. 84
СОКОЛОВ А. В. 13
СОЛДАТОВ Е. С. 6, 129
СОЛОБОВА М. Ю. 100, 101, 102
СОЛОВЬЕВА А. Е. 45
СОЛОВЬЕВ С. К. 82
СОЛОВЬЕВ С. Л. 27
СОПЬЕВ Д. С. 121
СОСЕЛИЯ Н. Н. 45
СОТНИКОВ А. В. 85
СРОЖИДИНОВА Н. З. 64
СТАРОСТИНА Е. С. 9, 67, 71
СТИЛИДИ М. И. 61
СТРЕЛЬЦОВА Н. Н. 79
СТРЕЛЬЦОНОВ В. А. 83
СТРЮК Р. И. 28
СУДЖАЕВА О. А. 5
СУЛТАНОВА М. Д. 47
СУХОРУЧКИН А. А. 95
СУХОРУЧКИН В. А. 93, 95
СЫТИНА И. В. 59

СЫТНИК К. А. 55

Т

ТАБАРОВ А. И. 101
ТАГАЕВА Д. Р. 51
ТАМЕРВЕРДИЕВА А. А. 68
ТАРАН И. Н. 89
ТАШКЕНБАЕВА Н. Ф. 107
ТВЕРЕТИНОВ А. Б. 11
ТЕН В. И. 115
ТЕПЛЯКОВ А. Т. 38
ТЕРЕЩЕНКО А. С. 24, 111
ТЕРЕЩЕНКО С. Н. 32
ТЕРНОВОЙ С. К. 28
ТИЛЕМАМБЕТОВА К. Т. 75
ТМОЯН Н. А. 99
ТОИРОВА А. Д. 20
ТОКБАЕВА К. К. 72, 117
ТОКТОСУНОВА А. К. 40, 42, 43, 84
ТОКТОСУНОВА А. Т. 66, 87
ТОМАШЕВИЧ К. А. 36, 100, 101, 102
ТРЕТЬЯКОВА С. Н. 118
ТРИГУЛОВА Р. Х. 107
ТРИФОНОВА С. С. 100
ТРОИЦКАЯ Е. А. 9, 67, 71, 127, 130
ТРУХАНОВА М. А. 77, 80, 81
ТУЙГИЛЬДИН А. К. 22
ТУРГУНОВА М. У. 124
ТУРСУНБЕКОВА Г. Т. 75
ТУРСУНОВА Л. Д. 31, 34, 40, 72, 74
ТЯБУТ Т. Д. 117

У

УРИНОВ О. У. 44
УРУНБАЕВА Д. С. 60, 101
УСЕНКО К. П. 75
УСКАЧ Т. М. 32
УСМАНОВА З. А. 49
УСМОНОВА Н. А. 56
УСУПБАЕВА Г. Т. 75
УСУПБАЕВА Д. А. 47
УТЕНИЯЗОВА Х. К. 23
УШАКОВ А. В. 61

Ф

ФАЙЗИЕВА М. Д. 70, 124
ФИЛАТОВА А. Ю. 109
ФОЗИЛОВ Х. Г. 25
ФОМИНА В. А. 6, 129
ФОМИНА Н. А. 6, 129

Х

ХАЙИТМЕТОВА М. Х. 20
ХАЙИТОВ Х. А. 121
ХАКИМОВ А. А. 70, 124
ХАЛМУХАМЕДОВ Б. Т. 10, 29, 96
ХАМИДУЛЛАЕВА Г. А. 54, 64
ХАМИТОВ А. 128
ХАСАНОВА Н. М. 83
ХИКМАТОВ М. Н. 52, 71, 120
ХОДЖАНОВА Ш. И. 36, 121
ХОЧАЕВ И. А. 107
ХОШИМОВ Ш. У. 99

Ц

ЦАРЕГОРОДЦЕВ Д. А. 13
ЦВЕРКУНОВА О. В. 83
ЦОЙ И. А. 15, 33, 73, 103, 105, 106
ЦОКОЛОВ А. В. 48
ЦЫГАНКОВ А. И. 11
ЦЫРУЛЬНИКОВА А. Н. 37, 125

Ч

ЧАЗОВА И. Е. 86, 89

ЧАЗЫМОВА З. М. 40, 42, 43
ЧАСНОЙТЬ А. Р. 68
ЧЕВГУН С. Д. 21
ЧЕГЕРОВА Т. И. 41
ЧЕРНООКИЙ О. Г. 22
ЧЕСКИДОВА Н. Б. 53, 92
ЧЕХОНАЦКАЯ М. Л. 93
ЧОЛПОНБАЕВА М. Б. 66, 84, 87
ЧРАГЯН В. А. 19, 25, 30
ЧУКАЕВА И. И. 98
ЧУШЕЛЬ С. Г. 127

Ш

ШАБАЛИНА Е. Г. 65
ШАЛАЕВ С. В. 42
ШАТАЛОВА И. В. 100
ШАХБАЗЯН К. Р. 26
ШЕВЕЛЕВА О. Е. 60, 101, 102
ШЕК А. Б. 99, 107
ШЕПЕЛЬ Р. Н. 10
ШЕСТАКОВА Л. Г. 17, 19, 22, 24
ШИБЕКО Н. А. 39
ШИЛОВА Л. Н. 126
ШИРЯЕВ А. А. 18
ШМАЛЬЦ А. А. 84
ШМЕЛЕВА С. А. 130
ШОЕВ Ф. С. 60
ШОКАРЕВА Г. В. 118
ШОЛКОВА М. В. 97
ШУГУШЕВ З. Х. 21
ШУКУРДЖАНОВА С. М. 106
ШУКУРОВ А. А. 106

Щ

ЩИНОВА А. М. 109

Э

ЭРКАБОВ Ш. М. 12, 15
ЭФЕНДИЕВ И. Н. 131
ЭШОНКУЛОВ Ш. А. 107
ЭШПУЛАТОВ А. С. 23

Ю

ЮЛДАШЕВ Б. А. 20
ЮЛДАШЕВ Н. П. 6, 20, 23

Я

ЯКОВЛЕВ В. В. 85
ЯКУБОВ А. А. 15
ЯКУШЕВА А. В. 92
ЯКУШЕВ Р. В. 92
ЯКУШИН С. С. 115
ЯНУШКО А. В. 27
ЯРОСЛАВСКАЯ Е. И. 82
ЯРОШ Р. Г. 17, 19, 24

К

KUSUKI NISHIOKA 8

N

NAOKO YAGISHITA 8

P

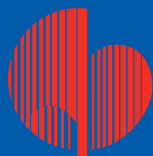
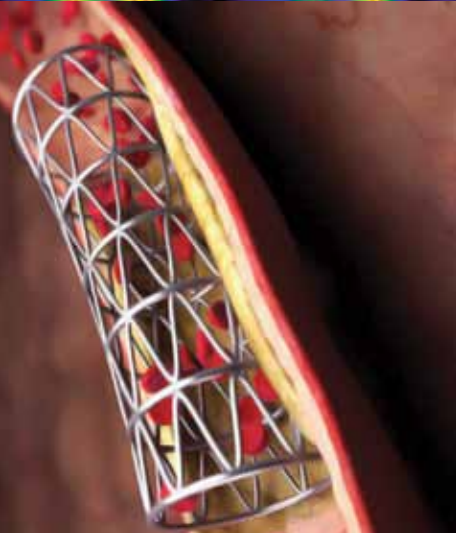
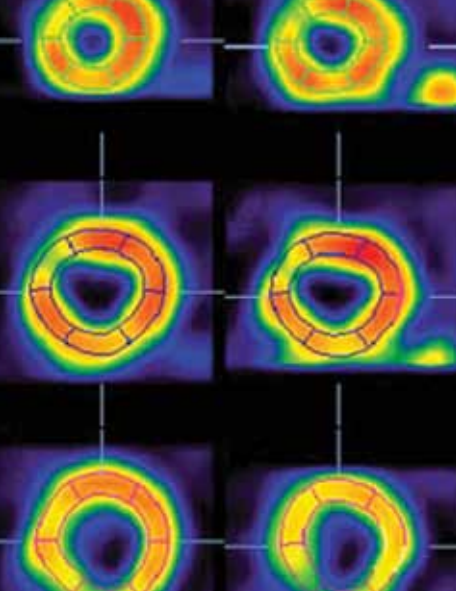
PAVLIY P. N. 62

S

SATOKO ARATANI 8

Y

YOSHINISA YAMANO 8



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Общество специалистов по неотложной кардиологии



Российский кардиологический научно-производственный комплекс Министерства здравоохранения РФ

ВОПРОСЫ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ 2017

X Всероссийский форум

**22-24 ноября 2017 г.
г. Москва**

Тезисы принимаются до 15 сентября 2017 г.

Место проведения: ФГБУ "Российский кардиологический научно-производственный комплекс" МЗ РФ

*Контактная информация: тел./факс 8-495-414-62-14,
e-mail: congress-cardio@cardioweb.ru*

Вся информация на сайте www.cardioweb.ru

Кыдыралиева Р.Б.

КЫРГЫЗСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ И ТЕРАПИИ ИМ. АКАДЕМИКА М. МИРРАХИМОВА: ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ, БУДУЩЕЕ

(посвящается 90-летию академика М. Миррахимова
и 40-летию основания НЦКТ)

Национальный центр кардиологии и терапии имени академика
М. Миррахимова при МЗ КР,
Бишкек, Кыргызстан

Kydyralieva R.B.

NATIONAL CENTER CARDIOLOGY AND THERAPY NAMED AFTER MIRSAID MIRRAKHIMOV: PAST, PRESENT, FUTURE (Dedicated to the 90th anniversary of academician M. Mirrakhimov and the 40th anniversary of the establishment of the NCCT)

National Center for Cardiology and Therapy named after academician
M. Mirrakhimov with the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic,
Bishkek, Kyrgyzstan

Кыргызская Республика – горная страна. С давних пор представлялось важным изучение физиологических механизмов, лежащих в основе адаптации человека к условиям высот с целью разработки оптимальных сроков и способов адаптации, лечебно-профилактических мероприятий. Интерес вызывали изучение лечебного и профилактического действия высокогорья, исследование особенностей течения обычных заболеваний в горах, разработка клиники, лечения и профилактики патологических состояний, развивающихся в условиях горного климата. Эти исследования впервые начали проводиться в 60-х годах на кафедре факультетской терапии Кыргызского института. Кафедру в 1942 году основал и возглавил заслуженный деятель наук, профессор М.Е. Вольский, сыгравший выдающую роль в создании и развитии кардиологической и терапевтической служб Кыргызстана. Основные вопросы, над которыми работали сотрудники кафедры под руководством профессора М.Е. Вольского, касались изучения влияния длительного пребывания в высокогорье на организм человека, патологии печени и желчных путей, системы кровообращения и крови, терапии и лечебного действия некоторых лекарственных растений, произрастающих в республике, курортов Киргизии. Будучи студентом и общаясь с такими крупными физиологами, как М.Е. Вольский, А.Д. Слоним, Г.П. Конради, М.П. Редлих, Н.Н. Сиротинин, Г.Л. Френкель, М. Миррахимов уже в те годы проявил глубокий интерес к горно-физиологическим исследованиям. В 1949 году он впервые участвует в высокогорной экспедиции в г. Нарын под руководством М.П. Редлиха.

С 1962 года научные исследования на кафедре продолжаются уже под руководством профессора М.М. Миррахимова.

Однако возможности кафедры все же были ограничены,

и поэтому по инициативе профессора М.М. Миррахимова в 1967 г на основании Постановления Госкомитета по науке и технике при Совете Министров СССР при кафедре факультетской терапии КГМИ была организована проблемная научно-исследовательская лаборатория «Физиология и патология организма человека в условиях высокогорья». Исследования, проводимые в лаборатории, были посвящены, в основном, проблемам влияния высокогорной гипоксии на организм здорового и больного человека. Сотрудники проблемной лаборатории были включены в состав участников Международной биологической программы (МБП) и совместно с учёными Таджикистана, Армении, Институтом МБП Минздрава СССР, Институтом эволюционной физиологии им. Сеченова разрабатывали проблему "Человек и горы".

В числе первых и последующих сотрудников проблемной лаборатории были А.Д. Джайлобаев, Б.Я. Гринштейн, Г.Ф. Шмидт, А.А. Алмерекова, Е.Г. Коченкова, З.М. Кудайбердиев, Ж.С. Дубинина, О.Н. Нарбеков, Р.И. Руденко, Р.О. Хамзамулин, И.К. Молдоташев Т.Ф. Калько, А.Р. Раимжанов и др. Первоначально в лаборатории существовало два отделения: кардиопульмонологическое и гематологическое; в 1971 году было создано иммунологическое отделение.

В процессе исследований в те годы установлено, что физическая работоспособность адаптирующихся контингентов находится в тесной зависимости от длительности пребывания в горах и от высоты местности. Наиболее оптимальной с точки зрения сохранения работоспособности человека является уровень 2000-2500 м. над уровнем моря. Были разработаны физиологические нормы газообмена и вентиляции для жителей различных высот Памира и Тянь-Шаня, показания и про-



Заслуженный деятель науки Кыргызской ССР, профессор М.Е. Вольский, учитель М.М. Миррахимова



Молодой М. Миррахимов (1960 г.)

тивопоказания для направления больных в горы; показаны фазность процесса адаптации больных бронхиальной астмой и анемиями, особенности механизмов регуляции дыхания у этих категорий больных под влиянием высокогорной терапии. Была разработана экспериментальная модель гипорегенераторной анемии, с помощью которой изучено влияние горной и прерывистой барокамерной гипоксии на течение гипорегенераторной анемии. За короткий промежуток времени были налажены трудоёмкие иммунологические исследования, такие как определение Т- и В-лимфоцитов, реакция бласттрансформации лимфоцитов, реакции торможения лейкоцитов и повреждения нейтрофилов. Внедрены иммунофлюоресцентный метод выявления антител, исследование аутоиммунных реакций. Под руководством профессора М.И. Китаева проводились исследования иммунологических сдвигов при адаптации практически здоровых людей к высокогорному климату. Была установлена фазность неспецифической реактивности и иммунитета при кратковременной адаптации здоровых людей к условиям высокогорья.

Кыргызстан стал одним из первых среди союзных республик, где была создана специализированная кардиологическая служба. Большая заслуга принадлежит в этом академику АМН СССР и НАН Кыргызской Республики, профессору М.М. Миррахимову. По его инициативе ещё в 1963 году при республиканской клинической больнице открылось кардиологическое отделение на 60 коек с палатой интенсивной терапии, а в 1971 году – цикл усовершенствования врачей по кардиологии. 22 августа 1977 года вышло Постановление Совета Министров Кыргызской ССР "Об организации Кыргызского НИИ кардиологии Министерства здравоохранения Кыргызской ССР" в соответствии с решением коллегии Госкомитета Совета Министров СССР по науке и технике от 28 июня 1977 г. № 36. Созданный на базе проблемной лаборатории Кыргызский НИИ кардиологии стал первым научно-исследовательским учреждением кардиологического профиля в регионе всей Центральной Азии.

Период с 1981 по 1990 гг. был наиболее динамичным в развитии научно-исследовательской деятельности института. Разрабатываемые институтом научные темы проводились в рамках научно-технических программ "Геном человека", "Борьба с наиболее распространёнными болезнями", "Метаболизм сердца и лёгких" (СССР, США). В рамках IX Всемирного конгресса кардиологов, проведенного в Москве в 1982 году,

в столице республики на базе КНИИК состоялся сателлитный симпозиум "Легочные артериальные гипертензии", в работе которого приняли участие ученые из зарубежных стран: США, Чехословакии, Голландии, Японии, Италии, Швейцарии, Перу, Турции, а также из ведущих научных центров Москвы, Ленинграда и других городов союзных республик. Симпозиум прошёл на высоком научно-техническом уровне и стал свидетельством значительных достижений учёных-кардиологов республики.

За эти годы (80-90 гг.) функционирования руководимому М.М. Миррахимовым Кыргызскому НИИ кардиологии удалось:

1. организовать оптимальную сеть кардиологических учреждений, включающую кардиологический научный центр, кардиологические отделения в областных и некоторых районных больницах, кардиологические кабинеты в поликлиниках, медсанчастях, отделения восстановительного лечения;
2. подготовить высококвалифицированные кадры не только в области кардиологии, но и биологических и технических наук, имеющих отношение к кардиологии;
3. наладить и внедрить современные методы ядерной (радиоизотопной), ультразвуковой, ангиографической, биохимической и иммунологической диагностики заболеваний сердца;
4. разработать эффективные диагностические, лечебные и прогностические технологии в области практической медицины и кардиологии, такие как методика прогнозирования адаптивной способности людей, переезжающих в горы; лечение острой сердечной недостаточности воздействием отрицательного давления на нижнюю часть тела. Впервые в СССР при лечении острого инфаркта миокарда были внедрены системная тромболизисная терапия (внутрисосудистое растворение тромба) на догоспитальном этапе, 3-х этапная система реабилитации больных острым инфарктом миокарда, позволившая обеспечить почти 70%-й возврат таких пациентов к труду.
5. Создать в Кыргызском НИИ кардиологии дистанционно-диагностический центр с передачей электрокардиограмм по телефонным каналам связи, что позволяло врачу из любого уголка республики в кратчайший срок передать ЭКГ больного и получить консультацию специалиста. Ежегодно центр расшифровывал до 40 000 ЭКГ и одновременно давал консультации по телефону.

Благодаря проводимым мероприятиям, в 80-х годах в Кыргызстане удалось реально снизить больничную смертность от острого инфаркта миокарда по республике ниже 12% (до 1970 года она достигала 40-60%), а в стационаре Кыргызского НИИ кардиологии этот показатель был ниже 4%. На 18% сократился первичный выход на инвалидность от болезней сердца и сосудов. В целом, смертность населения республики от болезней системы кровообращения уменьшилась на 15%.

В последующие годы, несмотря на объективные трудности, связанные с распадом Союза и резким ухудшением экономической ситуации в республике, КНИИК продолжал реализовывать узловые задачи, определённые Минздравом и ГКНТ Кыргызской Республики, не снижая при этом качества лечебной и диагностической помощи, оказываемой им населению.

Важнейшим этапом в деятельности института кардиологии явилось преобразование его в соответствии с Указом Президента Кыргызской Республики в Национальный центр карди-



Здание республиканской клинической больницы, в которой размещались кафедра факультетской терапии и Проблемная лаборатория «Физиология и патология организма человека в условиях высокогорья» (1967 г.)

ологии и терапии (НЦКТ) при Минздраве Кыргызской Республики (от 16 мая 1996 года, № 167). Определен статус НЦКТ как высшей государственной научной медицинской организации на территории Кыргызской Республики по кардиологии, внутренней и горной медицине.

В связи с новым статусом НЦКТ, стационар Центра стал многопрофильным лечебным учреждением, где наряду с отделом кардиологии был создан отдел общей терапии, в котором расширили свою деятельность отделения пульмонологии, нефрологии, ревматологии; были созданы как научные, так и клинические подразделения гастроэнтерологии, эндокринологии. Здесь начали оказывать высококвалифицированную медицинскую помощь не только больным с патологией сердца и сосудов, но и с заболеваниями почек (включая хронический гемодиализ при почечной недостаточности), суставов, легких, желудочно-кишечного тракта, эндокринной патологии и т.д.

Основными задачами и направлениями деятельности НЦКТ, согласно его Уставу, являются:

- планирование и проведение фундаментальных и прикладных научных исследований в области кардиологии, внутренней и горной медицины;
- изучение и обобщение достижений мировой науки по проблематике Центра с целью их использования в Кыргызской Республике;
- определение и разработка новых направлений развития медицинской науки по проблематике Центра, координация и прогнозирование исследований в соответствии с потребностями охраны здоровья населения республики;
- выполнение на контрактной основе целевых заказов Министерства здравоохранения, Министерства образования и науки, Национальной Академии Наук и др. в соответствии с государственными программами развития фундаментальной науки и охраны здоровья населения;
- создание новых медицинских технологий;
- осуществление профилактической, лечебно-диагностической консультативно-методической деятельности по утвержденным направлениям;
- до- и последипломная подготовка и переподготовка кадров по кардиологии, внутренней и горной медицине, в том числе за рубежом;
- развитие международного и внешнеэкономического сотрудничества в области медицинской науки и здравоохранения;

- создание условий для раскрытия творческого потенциала учёных Центра;
- выявление и поддержка талантливых исследователей, содействие творческому росту молодёжи;
- укрепление и развитие материально-технической базы НЦКТ.

Несмотря на экономические сложности и существенное сокращение количества коек (с 440 до 300), НЦКТ из года в год наращивает интенсивность своей деятельности.

Наряду с исследованиями прикладного характера, направленными на оптимизацию мер борьбы с распространёнными сердечно-сосудистыми заболеваниями, НЦКТ продолжает, как и в прежние годы, акцентировать свои усилия на проведении исследований по изучению фундаментальных механизмов адаптации, в том числе и на молекулярном уровне, здорового и больного организма к условиям высотной гипоксии. Эти фундаментальные исследования осуществлялись сотрудниками лабораторно-экспериментального отдела, переименованного в 1996 году в отдел фундаментальных исследований (зав. д.б.н. А.А. Алдашев), включающий лаборатории молекулярной и клеточной биологии, иммунологии, генетики, гематологии, биохимии липидов, морфологии. Сотрудниками лаборатории молекулярной и клеточной биологии проводились (и проводятся) фундаментальные исследования по изучению молекулярных механизмов развития ряда заболеваний с одновременным поиском генов, ответственных за их развитие, а также разрабатываются новые методы диагностики и лечения. Сотрудниками лаборатории иммунологии (зав. проф. М.И. Китаев) изучен иммунный статус постоянных жителей высокогорья и при острой горной болезни, а также дана характеристика особенностям функционирования иммунной системы при адаптации к высокогорью. Основная тематика лаборатории генетики человека (заведующий д.б.н. А.И. Ибраимов) – исследование возможных генетических механизмов адаптации человека к экстремальным природным условиям высокогорья и Крайнего Севера.



Участники первой высокогорной научно-практической экспедиции в Нарынскую область Киргизской ССР (М. Миррахимов первый слева во втором ряду, первый справа во втором ряду – доцент Редлих М.П.) (Нарын, 1949 год)

Высокий уровень фундаментальных исследований по изучению механизмов адаптации здорового и больного организма к условиям высотной гипоксии во многом стал возможным благодаря созданию в 1965 году по инициативе академика М.М. Миррахимова высокогорного стационара на перевале Туя-Ашу (Северный Тянь-Шань, 3200 м над уровнем моря, 130 км от столицы республики г. Бишкек) — уникальной высокогорной лечебницы.

Подтверждением значимости исследований проводимых в НЦКТ может служить факт активного международного сотрудничества его с ведущими зарубежными исследовательскими центрами. Еще в первой половине 90-х годов налажено сотрудничество с Американским национальным институтом сердца, лёгких и крови, кафедрой физиологии Парижского университета, Польским институтом туберкулёза и болезней лёгких. В последующие годы устанавливается плодотворное сотрудничество с Канзасским университетом (США), медицинским центром университета, Имперским Колледжем в Лондоне, Кембриджским университетом (Великобритания), клиникой Франца Вольхарда университета Гумбольдта (Германия), Свободным университетом Брюсселя (Бельгия), Парижским университетом (Франция), Оборонным Институтом физиологии и сложных проблем (Индия) и др. Результаты проводимых НИР опубликованы в престижных международных журналах, таких как "Lancet", "Circulation", "European Respiratory Journal", "European Journal of Human Genetics", "Am.J.respir.Crit.Care Med".

Учитывая высокий международный уровень проводимых в отделе фундаментальных исследований НЦКТ научных изысканий, и в целях дальнейшего развития фундаментальных научных исследований в области молекулярной биологии и медицины, Указом Президента Кыргызской Республики от 28 мая 2002 года за № 129 на базе лаборатории молекулярной и клеточной биологии и отдела фундаментальных исследований НЦКТ создан Научно-исследовательский институт молекулярной биологии и медицины при НЦКТ. Соответствующее Постановление Правительства Кыргызской Республики вышло от 22 августа 2002 года за №580, в котором утверждено Положение, определены статус, основные направления деятельности НИИ молекулярной биологии и медицины (НИИ МБиМ).

Таким образом, зародившись на базе проблемной лаборатории "Физиология и патология организма человека в условиях высокогорья", Национальный центр кардиологии и терапии превратился в одно из крупных многопрофильных учреждений в регионе Центральной Азии.

30.11.2004 г. Указом Президента КР (№373) Национальному центру кардиологии и терапии присвоено имя академика Мирсаида Миррахимова, учитывая его выдающийся вклад в развитие отечественной кардиологической и терапевтической науки, воспитание целой плеяды ученых-медиков и высококвалифицированных специалистов, а также активную общественную деятельность.

В 2008 году НЦКТ понес тяжелую и невосполнимую утрату. 2 октября 2008 года на 82-м году жизни после тяжелой бо-

лезни ушел из жизни академик М.М. Миррахимов. Начатые академиком М. Миррахимовым дела активно и эффективно претворяются его ученицей и последователем, заслуженным деятелем науки Кыргызской Республики, лауреатом государственной премии в области науки и техники КР, профессором А.С. Джумагуловой, возглавляющей НЦКТ по сей день.



Первый международный симпозиум «Легочные гипертензии» в рамках Всемирного конгресса кардиологов (Бишкек, 1982 г.). Слева направо: проф. Озуорухан (Турция), D. Penaloza (Peru, Lima), М. Миррахимов (СССР, Фрунзе), Wagenwoort (Holland), H. Hurtner (Switzerland, Bern), A. Rudolf (USA, San-Francisco)

Продолжаются научные разработки НЦКТ, реализуемые в рамках международного сотрудничества. Так, между НЦКТ и Организацией по развитию оборонных исследований Министерства обороны Республики Индии уже много лет ведутся совместные научные разработки в области горной медицины. В 2011 году на базе НЦКТ состоялось открытие Кыргызско-Индийского Горного Биомедицинского Научного Центра (КИГБНЦ) и высокогорной станции на перевале Тоо-Ашу при участии Президента КР Отунбаевой Р.И., министра обороны Республики Индии Шри А.К. Энтони. С открытием КИГБНЦ началась реализация международного научного проекта по проблемам акклиматизации к условиям высокогорья: «Исследование акклиматизации человека к высокогорью с особым акцентом на молекулярные механизмы улучшения его работоспособности и смягчения течения болезней при операциях в горах». КИГБНЦ оснащен современной аппаратурой, что позволяет проводить научные исследования на международном уровне. Благодаря поддержке Правительства Индии в 2013 году на баланс НЦКТ передан современный компьютерный мультиспиральный томограф, в КИГБНЦ установлена современная сомнолаборатория. В 2015 году в НЦКТ создан Кыргызско-индийский телемедицинский центр имени академика М. Миррахимова при участии Премьер-министра Кыргызстана Т.А. Сариева и Премьер-Министра Индии Нарендра.

В рамках кыргызско-японского сотрудничества (между НЦКТ и Институтом медицинских наук Школы медицины Университета Св. Марианны Японии) реализуется совместная научно-исследовательская программа по изучению в Кыргызстане распространенности и определения методов профилактики ревматической лихорадки. В рамках кыргызско-китайского сотрудничества (между НЦКТ и Хебейским Медицинским университетом КНР) с 2010 года налажена взаимопомощь по эндоваскулярному лечению врожденных пороков сердца. Подписан Договор о сотрудничестве между НЦКТ и ФГУ ГНИЦ Профилактической медицины Росмед-



Сдан в эксплуатацию главный корпус Кыргызского НИИ кардиологии (1979 г.)



Директор Национального института США «Сердце, легкие, кровь» С. Lefant знакомится с работой научных лабораторий Кыргызского НИИ кардиологии (1986 г.)



Визит известного ученого в области физиологии и высокогорной медицины Дж. Ривса (США) и его супруги в Кыргызский НИИ кардиологии в рамках программы международного сотрудничества СССР-США (1989 г.)

технологий по совместному эпидемиологическому исследованию «ИНТЕРЭПИД» и изучению эпидемиологии основных неинфекционных заболеваний в Кыргызстане; между НЦКТ и ФГБУ «Научно-исследовательский центр ревматологии» РАМН по проблемам системной красной волчанки. С 2013 года на базе НЦКТ успешно проведены совместно с турецкими учеными медицинского университета г. Адана (Турция) вмешательства при тяжелых нарушениях ритма.

В настоящее время идет реализация совместной Кыргызско-Швейцарской научно-исследовательской программы «Апноэ сна и высотно-артериальная легочная гипертензия» (Швейцарской стороной полностью финансируется проведение данных фундаментальных исследований). Продолжаются исследования в рамках соглашения с Национальным институтом сердца и легких Имперского колледжа Великобритании, где начато многоцентровое исследование «Болд», посвященное состоянию легочного здоровья у жителей высокогорья. В 2014 году НЦКТ заключил совместный научный договор с Университетом Гиссена Федеративной Республики Германии, в рамках которого проводятся исследования механизмов, лежащих в основе устойчивости или восприимчивости к развитию высотной легочной артериальной гипертензии у горцев.

Эпохальным событием в области горной медицины и высокогорной физиологии для Кыргызстана явилось открытие в 2016 году высокогорной научно-исследовательской медико-физиологической станции Кыргызско-Индийского горного биомедицинского научного центра при НЦКТ на перевале Сөөк-Ашуу (Иссык-Кульская область), которая в своем роде является уникальной. Это единственная высокогорная меди-

ко-биологическая станция на территории стан СНГ, расположенная на экстремальной высоте: более 4100 м над уровнем моря; в связи с этим открывается новая веха в истории горной медицины и высокогорной физиологии в Кыргызстане. В ноябре 2016 г. на данной станции уже проведены первые научные горно-физиологические исследования с участием кыргызских и индийских ученых, а также военнослужащих Индии и Кыргызстана. В совместном заявлении Кыргызстана и Индии, принятом по итогам государственного визита Президента КР А. Атамбаева в Индию, было высоко оценено сотрудничество в этой области, и достигнута договоренность о расширении сферы научных исследований. Сегодня многие исследователи из Европы и США проявляют повышенный интерес к проведению совместных научных изысканий с кыргызскими и индийскими учеными на станции Сөөк-Ашуу. Планируемые будущие научные исследования на высокогорной станции «Сөөк-Ашуу» являются хорошей площадкой и способом привлечения зарубежных инвестиций в науку Кыргызстана, в котором она крайне нуждается.



Видные ученые из Минобороны Индии, участвовавшие в проведении совместной научной программы (Бишкек, 1999 г.)



Открытие на базе НЦКТ Кыргызско-Индийского Горного Биомедицинского Научного Центра с участием Президента Кыргызской Республики Отунбаевой Р.И. и министра обороны Республики Индии Шри А.К. Энтони (5 июля 2011 года)

Хотелось бы отметить, что НЦКТ играет не только роль третичного звена, взяв на себя лечение наиболее тяжелых больных с сердечно-сосудистой и внутренней патологией. Ведется активная работа по первичным профилактическим вмешательствам на семейном уровне, а также, что особенно важно, по обучению семейных врачей и медицинских сестер стандартным методам выявления факторов риска заболевания, ранней диагностики наиболее социально-значимых форм сердечно-сосудистых болезней и технологиям вмешательства по первичной и вторичной профилактике.



В 2012 году подписан договор о научном и технологичном сотрудничестве между НЦКТ и отделением кардиологии факультета медицины Университета Чукурова г. Адана (Турция).

На базе НЦКТ организованы образовательные циклы для семейных врачей и медсестер, включающие лекции, семинары и практические занятия по диагностике, лечению и профилактике наиболее распространенных и социально-значимых заболеваний внутренних органов. С этой целью еще в 1998 году был создан Научно-методический образовательный центр для медицинских работников. Здесь проводится планомерное обучение медицинских работников, в первую очередь первичного звена, разрабатываются программы непрерывного последиplomного обучения, пересматриваются клинические руководства (клинические протоколы) для семейных врачей по основным принципам первичной и вторичной профилактики наиболее распространенных и социально-значимых заболеваний сердечно-сосудистой системы и внутренних органов. Издаются методические пособия для семейных врачей, фельдшеров и медсестер по приобретению навыков обучения пациентов и их семей. Подготовлены и изданы массовым тиражом памятки, популярные брошюры для населения о мерах борьбы и профилактики заболеваний.

Для повышения образованности врачей на базе НЦКТ систематически проводятся заседания Ассоциации врачей по внутренней медицине (АВВМ), созданной еще в далеком 1941 году известным ученым-терапевтом М.Е.Вольским (руководил ассоциацией до 1958 года, далее президентом был М.М.Миррахимов). Сегодня



В 2016 году произведен запуск в эксплуатацию высокогорной научно-исследовательской медико-физиологической станции Кыргызско-Индийского горного биомедицинского научного центра при НЦКТ на перевале Сөөк-Ашуу (Джеты-Өгузский район Иссык-кульской области) на высоте более 4100 м над уровнем моря



Открытие Кыргызско-индийского телемедицинского центра имени ак. М. Миррахимова при участии Премьер-министра Кыргызской Республики Сариева Т.А, Премьер-Министра Индии Нарендра Модии, директора НЦКТ Джумагуловой А.С. (12 мая 2015 года, НЦКТ)

плодотворная деятельность АВВМ осуществляется под руководством профессора Джумагуловой А.С.

АВВМ ежегодно организует международные научно-практические форумы с участием ведущих зарубежных ученых. В рамках форумов проводятся образовательные школы для практических (семейных) врачей с обсуждением актуальных вопросов кардиологии и внутренней медицины, с которыми практическим врачам приходится сталкиваться в своей каждодневной практике наиболее часто. Большую роль в повышении уровня знаний врачей играет систематически издающийся с 1995 года Центрально-Азиатский медицинский журнал, где публикуются новейшие достижения медицинской науки, содержательные обзорные лекции, а также клинические протоколы для практических врачей.

Таким образом, НЦКТ сегодня активно работает над ростом качества оказания диагностической и лечебно-профилактической помощи населению, внедряя в практику здравоохранения высокоэффективные передовые медицинские технологии и ориентируясь на международный опыт, ведет научные разработки в рамках международного сотрудничества, принимает усилия по повышению уровня знаний, профессионализма медиков, принимает активное участие в реализации национальных программ реформирования здравоохранения, являясь их основным исполнителем.



Национальный центр кардиологии и терапии имени академика М.Миррахимова при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики (2016 г.)

КАЛЕНДАРЬ МЕРОПРИЯТИЙ

Название	Место проведения	Дата	Ссылка на сайт
Октябрь 2017			
VII СЪЕЗД КАРДИОЛОГОВ СФО	Омск, Россия	05.10.2017-07.10.2017	http://www.scardio.ru/events/vii_sezd_kardiologov_sfo_budushee__za_pacientorientirovannoy_kardiologiyey_sovmestno_s_vii_vserossiyskoy_nauchnoprakticheskoy_konferenciyej_aktualnye_voprosy_vnutrenney_patologii_displaziya_soedinitelnoy_tkani/
III Российский конгресс лабораторной медицины	Москва, Россия	11.10.2017-13.10.2017	http://www.scardio.ru/events/iii_rossiyskiy_kongress_laboratornoy_mediciny/
Great Wall International Congress of Cardiology in 2017 (GW-ICC)	Beijing, China	12.10.2017-15.10.2017	http://en.gw-icc.org/
ICCAD 2017	Venice, Italy	15.10.2017-17.10.2017	http://www.iccadcongress.com/
Российский национальный конгресс кардиологов 2017	Санкт-Петербург, Россия	24.10.2017-27.10.2017	http://www.scardio.ru/events/rossiyskiy_nacionalnyy_kongress_kardiologov/rossiyskiy_nacionalnyy_kongress_kardiologov_2017/
Ноябрь 2017			
4th European Congress on eCardiology and eHealth	Berlin, Germany	08.11.2017-10.11.2017	http://www.e-cardiohealth.com/
ANA's Scientific Sessions 2017	Anaheim, California	10.11.2017-15.11.2017	http://professional.heart.org/professional/EducationMeetings/MeetingsLiveCME/ScientificSessions/UCM_316900_Scientific-Sessions.jsp
9й Ежегодный международный конгресс кардиологов BIT (ICC-2017)	Сингапур	15.11.2017-17.11.2017	http://www.bitcongress.com/icc2017/default.asp
Annual Conference on Hypertension & Cardio Metabolism	Atlanta, USA	16.11.2017-17.11.2017	http://hypertension.cmesociety.com/
X Всероссийский форум «Вопросы неотложной кардиологии 2017»	Москва, Россия	22.11.2017-24.11.2017	http://cardioweb.ru/conferentions/item/778
6-я межрегиональная конференция «Актуальные вопросы профилактики внезапной сердечной смерти»	Брянск, Россия	24.11.2017	http://www.scardio.ru/events/6ya_mezhregionalnaya_konferenciya_aktualnye_voprosy_profilaktiki_vnezapnoy_serdechnoy_smerti/
Декабрь 2017			
The ICI Meeting 2017 - Innovations in Cardiovascular Interventions	Tel Aviv, Israel	03.12.2017-05.12.2017	http://www.scardio.ru/events/the_ici_meeting_2017__innovations_in_cardiovascular_interventions/
Научно-практический форум «Российская неделя здравоохранения-2017»	Москва, Россия	04.12.2017-08.12.2017	http://www.scardio.ru/events/nauchnoprakticheskiy_forum_rossiyskaya_nedelya_zdravoohraneniya2017/
Всероссийская научно-практическая конференция с конкурсом работ молодых ученых «Актуальные проблемы дислипидемий и атеросклероза»	Кемерово, Россия	07.12.2017-08.12.2017	http://www.scardio.ru/events/vserossiyskaya_nauchnoprakticheskaya_konferenciya_s_konkursom_rabot_molodyh_uchenyh_aktualnye_problemy_dislipidemiy_i_ateroskleroza/
V Всероссийский конгресс «Легочная гипертензия»	Москва, Россия	13.12.2017-14.12.2017	http://cardioweb.ru/conferentions/item/779

ПРАВИЛА

направления, рецензирования и опубликования статей, направляемых в журнал «Евразийский кардиологический журнал»

(составлены с учётом «Единых требований к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы», разработанных международным комитетом редакторов медицинских журналов)

«Евразийский кардиологический журнал» публикует статьи по всем проблемам заболеваний внутренних органов, а также по смежным проблемам с другими медицинскими специальностями. В издании сделан акцент на новые возможности для современной диагностики и лечения важных аспектов сердечно-сосудистой патологии, необходимой для специализированной врачебной практики.

Редакция журнала «Евразийский Кардиологический Журнал» принимает к рассмотрению передовые и оригинальные статьи и материалы, краткие сообщения, заметки из практики, лекции, обзоры, отражающие новые научные взгляды, значимые результаты и достижения фундаментальных и теоретико-прикладных исследований в области кардиологии и смежных специальностей.

1. ПРАВИЛА НАПРАВЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ

1.1. Рукопись статьи должна быть представлена в электронном виде и на бумажном носителе, напечатанной в редакторе Microsoft Word шрифтом Times New Roman, цвет – чёрный, размер шрифта – 14 через 1,5 интервала на одной стороне писчей бумаги размером А4 (210x297 мм) с полями 2 см со всех сторон текста.

1.2. Вся рукопись представляется в одном документе с соответствующим распределением в тексте таблиц, иллюстраций, рисунков и подписей к ним. Рекомендуется использовать только общепринятые сокращения и избегать англоязычных аббревиатур.

1.3. К рукописи необходимо приложить официальное направление учреждения, в котором проведена работа. На первой странице статьи должна быть виза и подпись научного руководителя, заверенная круглой печатью учреждения. На последней странице статьи должны быть подписи всех авторов.

1.4. Рукопись статьи должна включать: 1) титульный лист; 2) резюме; 3) ключевые слова и колонтитул; 4) введение; 5) материал и методы; 6) результаты; 7) обсуждение; 8) библиографию. Страницы должны быть пронумерованы.

1.5. Статьи следует присылать по адресу: 121552 г. Москва, 3-я Черепковская, 15 а, ФГБУ «РКНПК» Минздрава России, и электронной почте: esj@cardioweb.ru

1.6. Направление в редакцию статей, ранее опубликованных или направленных в другой журнал, не допускается. Рукописи, оформленные не по правилам, не рассматриваются.

2. ПРАВИЛА РЕЦЕНЗИРОВАНИЯ ПУБЛИКАЦИЙ

2.1. Все представляемые материалы рецензируются и обсуждаются редакционной коллегией. Редколлегия оставляет за собой право сокращать и редактировать рукописи.

2.2. Целью рецензирования поступающих в редакцию журнала материалов (передовых статей, оригинальных статей, обзоров, лекций, описаний клинических и экспериментальных наблюдений и др.) является объективная оценка их содержания (целей, методов, полученных результатов и обсуждения их в свете современного состояния вопроса).

2.3. Статьи направляются на рецензию специалистам, занимающимся проблематикой, одноименной или близкой с вопросами, излагаемыми и обсуждаемыми автором (авторами) рецензируемой статьи. Для проведения рецензирования рукописей статей в качестве рецензентов могут привлекаться как члены редакционной коллегии/редакционного совета журнала, так и внешние рецензенты – высококвалифициро-

ванные ученые и признанные специалисты, обладающие профессиональными знаниями и опытом работы по тематике рецензируемых материалов, и имеют в течение последних 3 лет публикации по тематике рецензируемой статьи. В случае если статья касается широкого спектра вопросов, рецензирование осуществляется большим числом рецензентов, чем один.

2.4. Рецензию рецензенты направляют в редакцию журнала, и она рассматривается на очередном заседании редакционной коллегии с принятием решений: а) о целесообразности публикации статьи; б) об отказе в публикации статьи, мотивированном на основе заключения рецензента либо на основе выводов членов редколлегии; в) о необходимости переработки (доработки) статьи в соответствии с замечаниями рецензента (рецензентов) и членов редакционной коллегии.

2.5. Редакция направляет авторам представленных материалов копии рецензий или мотивированный отказ, а также обязуется направлять копии рецензий в Министерство образования и науки Российской Федерации при поступлении в редакцию издания соответствующего запроса.

2.6. Рецензии хранятся в издательстве и в редакции издания в течение 5 лет.

2.7. Статьи, получившие положительный отзыв рецензента (рецензентов) и принятые к печати решением редакционной коллегии, включаются в состав очередного выпуска журнала и направляются в издательство, выпускающее журнал.

3. ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ

3.1. Общие правила

Титульный лист (всё на русском и английском языках) должен содержать:

- 1) название статьи, которое должно быть информативным и достаточно кратким;
- 2) фамилии, имена и отчества полностью, место работы, почтовый адрес и индекс, учёное звание, степень, должность, E-mail и телефоны всех авторов (также указывается автор, ответственный за контакты с редакцией);
- 3) полное название учреждения и отдела (кафедры, лаборатории), в котором выполнялась работа;
- 4) колонтитул (сокращенный заголовок) для помещения вверху страниц в журнале.

Резюме (на русском и английском языках) должно быть структурированным:

- а) цель исследования; б) материал и методы; в) результаты; г) заключение. Объём резюме должен быть не более 200-250

слов. На этой же странице помещаются «ключевые слова» на русском и английском языках (от 3 до 10 слов).

Текст.

Объём оригинальной статьи не должен превышать 8-10 машинописных страниц, кратких сообщений и заметок из практики – 3-4 страниц. Объём лекций и обзоров не должен превышать 12-15 страниц, перед текстом должна быть аннотация.

3.2. Оригинальные статьи должны иметь следующую структуру:

Введение. В нём формулируется цель и необходимость проведения исследования, кратко освещается состояние вопроса со ссылками на наиболее значимые публикации.

Материал и методы. Приводятся количественные и качественные характеристики больных (обследованных), а также упоминаются все методы исследований, применявшиеся в работе, включая методы статистической обработки данных. При упоминании аппаратуры и новых лекарств в скобках необходимо указывать производителя и страну, где он находится.

Результаты. Их следует представлять в логической последовательности в тексте, таблицах и на рисунках. В тексте не следует повторять все данные из таблиц и рисунков, надо упоминать только наиболее важные из них. В рисунках не следует дублировать данные, приведённые в таблицах. Величины измерений должны соответствовать Международной системе единиц (СИ).

Обсуждение. Надо выделять новые и важные аспекты результатов своего исследования и по возможности сопоставлять их с данными других исследователей. Не следует повторять сведения, уже приводившиеся в разделе «Введение», и подробные данные из раздела «Результаты». В обсуждение можно включить обоснованные рекомендации и краткое заключение.

Таблицы. Каждая таблица должна иметь название и порядковый номер (расположение над таблицей), соответствующий упоминанию её в тексте. Каждый столбец в таблице должен иметь краткий заголовок. Все разъяснения, включая расшифровку аббревиатур, надо размещать в сносках. Указывайте статистические методы, использованные для представления variability данных и достоверности различий.

Подписи к иллюстрациям. Печатаются непосредственно под рисунком. Подпись к каждому рисунку состоит из его названия и «легенды» (объяснения частей рисунка, символов, стрелок и других его деталей). В подписях к микрофотографиям надо указывать степень увеличения.

Иллюстрации (рисунки, диаграммы, фотографии) не должны быть перегружены текстовыми надписями. Помимо расположения иллюстраций в тексте все рисунки должны быть в электронном виде отдельными файлами (jpeg, tiff, pdf).

Библиография (список литературы). Каждый источник печатается с новой строки под порядковым номером. В списке все работы перечисляются в порядке цитирования (ссылок на них в тексте), а не по алфавиту фамилий первых авторов. При упоминании отдельных фамилий авторов в тексте им должны предшествовать инициалы (фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции). В тексте статьи библиографические ссылки даются арабскими цифрами в квадратных скобках. В список литературы не рекомендуется включать диссертационные работы, так как ознакомление с ними затруднительно.

3.3. Порядок составления списка литературы:

а) автор(ы) книги или статьи; б) название книги или статьи; в) выходные данные. При авторском коллективе до 4 человек включительно упоминаются все авторы (с инициалами после

фамилий), при больших авторских коллективах упоминаются три первых автора и добавляется «и соавт.» (в иностранной литературе «et al.»). В некоторых случаях в качестве авторов книг выступают их редакторы или составители. После фамилии последнего из них в скобках следует ставить «ред.» (в иностранных ссылках «ed.»).

В библиографическом описании книги (после ее названия) приводятся город (где она издана), после двоеточия название издательства, после запятой – год издания. Если ссылка даётся на главу из книги, сначала упоминаются авторы, затем название главы, через одну косую линию – название книги, через одну косую – ответственные редакторы и далее выходные данные.

В библиографическом описании статьи из журнала после точки приводится сокращённое название журнала (для иностранных изданий) и полное название для русскоязычных журналов, через точку – год издания, через точку с запятой – том и номер (в скобках), после двоеточия – номер первой и последней (через дефис) страницы. Например: Авторы. Название издания. Год;Том(Номер):стр.-стр. После переводной версии русскоязычной ссылки указывается [in Russian].

По требованию международных баз данных в конце англоязычной и русскоязычной (где имеется) литературной ссылки необходимо проставить цифровой идентификатор объекта – индекс DOI.

3.4. Примеры оформления пристатейной литературы:

Статья в журнале.

1. Чазова И.Е., Авдеев С.Н., Царёва Н.А. и соавт. Клинические рекомендации по диагностике и лечению легочной гипертензии. *Терапевтический архив* 2014; 9:4-23. / Chazova I.Ye., Avdeev S.N., Tsareva N.A. et al. Clinical guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. *Therapevtichesky arhive* 2014; 9:4-23. [in Russian].

2. Yu C.M., Anderson J.E., Shum I.O.L. et al. Diastolic dysfunction and natriuretic peptides in systolic heart failure. *Eur. Heart. J.* 1996. Vol. 17. P. 1694-1702.

3. Bonow R. O. New insights into the cardiac natriuretic peptides. *Circulation.* 1996. Vol. 93(11). P. 1946-1950. DOI:10.1161/01.CIR.93.11.1946..

Книги и монографии.

1. Волошин А.И., Субботин Ю.К. Болезнь и здоровье: две стороны приспособления. М.: Медицина, 1998. / Voloshin A.I., Subbotin Y.K. Illness and health: two sides of the adaptation. M.: Medicine, 1998.

2. Ringsven M.K., Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. Ed. Albany. N. Y.: Delmar Publishers, 1996. 234 с.

Глава в книге или монографии.

1. Ноздрачёв А.Д. Функциональная морфология сердечно-сосудистой системы. Болезни органов кровообращения / Ред. Е.И. Чазов. М.: Медицина, 1997. С. 8-89. / Nozdrachëv A. D. Functional morphology of the cardiovascular system. Diseases of the cardiovascular system / Ed. Chazov Ye.I. M.: Medicine, 1997. С. 8-89.

2. Phillips S.Y., Whisnant Y.P. Hypertension and stroke. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. Eds. Y.H. Laragh, B.M. Brenner. 2nd ed. N. Y.: Raven Press, 1996. P. 465-478.

Адрес для подачи рукописей:

121552, г. Москва, 3-я Черепковская, д. 15 А,
ФГБУ РКНПК МЗ РФ, Гончаровой Е. А.,
ecj@cardioweb.ru

Стимулятор



Научный прогресс для возвращения
к полноценной жизни

Адемпас[®]
риоцигуат

АДЕМПАС[®]. Краткая инструкция.

Международное непатентованное наименование: риоцигуат.
Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Одна таблетка, покрытая пленочной оболочкой, содержит 0,50 мг, 1,00, 1,50, 2,00 или 2,50 мг риоцигуата микронизированного.
Показания к применению: – хроническая тромбэмболическая легочная гипертензия (ХТЭЛГ), группа 4 по классификации ВОЗ, в том числе неоперабельная ХТЭЛГ и персистирующая или рецидивирующая ХТЭЛГ после оперативного лечения; – легочная артериальная гипертензия (ЛАГ), группа 1 по классификации ВОЗ, II–III ФК по классификации ВОЗ (в монотерапии либо в комбинации с антагонистами рецепторов эндотелина или простаноидами), в том числе идиопатическая ЛАГ, наследственная ЛАГ, ЛАГ, ассоциированная с болезнями соединительной ткани. **Способ применения и дозы:** Препарат Адемпас может приниматься одновременно с приемом пищи или независимо от времени приема пищи. Начало терапии: рекомендуемая начальная доза составляет 1,0 мг 3 раза в сутки на протяжении 2 недель. Таблетки должны приниматься три раза в сутки с интервалом примерно 6–8 часов, одновременно с приемом пищи или независимо от времени приема пищи. Поддерживающая доза: подобранная индивидуальная доза должна поддерживаться, если только не развиваются симптомы артериальной гипотензии. Максимальная суточная доза Адемписа составляет 7,5 мг.

Противопоказания: повышенная чувствительность к риоцигуату или любому другому компоненту, входящему в состав препарата; беременность и период грудного вскармливания; возраст до 18 лет; одновременный прием с нитратами или донаторами оксида азота (такими, как амилнитрит) в любой лекарственной форме; одновременное применение с препаратами группы ингибиторов фосфодиэстеразы (ФДЭ), в том числе с препаратами группы ингибиторов ФДЭ-5, такими, как sildenafil, vardenafil, tadalafil, или с препаратами группы неспецифических ингибиторов ФДЭ, такими как dipyridamol и theophyllin; врожденный дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция (в связи с наличием в составе лактозы); тяжелые нарушения функции печени (более 9 баллов по шкале Чайлд-Пью, класс С, опыт клинического применения отсутствует); тяжелая артериальная гипотензия на момент начала терапии (систолическое артериальное давление менее 95 мм рт. ст., опыт клинического применения отсутствует); тяжелые нарушения функции почек (клиренс креатинина менее 15 мл/мин) и применение у пациентов, находящихся на гемодиализе (опыт клинического применения отсутствует). **С осторожностью:** Необходимо соблюдать дополнительную осторожность при назначении препарата в следующих ситуациях: у пациентов с легочной гипертензией, имеющих дополнительные факторы риска кровотечения из дыхательных путей, особенно у тех,

кто получает антикоагулянтную терапию; у пациентов, получающих гипотензивную терапию или имеющих исходную артериальную гипотензию, гиповолемию, либо тяжелую обструкцию путей оттока из левого желудочка или вегетативную дисфункцию; при одновременном применении с сильными ингибиторами изофермента CYP1A1, такими как ингибитор тирозинкиназы эрлотиниб, и сильными ингибиторами P-gp/BCRP, такими как иммуносу-прессивный препарат циклоспорин А; у пациентов с нарушениями функции почек (клиренс креатинина менее 80 мл/мин, но более 15 мл/мин); у пациентов с умеренным нарушением функции печени (7–9 баллов по шкале Чайлд-Пью, класс В); у пациентов пожилого возраста (65 лет и старше). **Побочное действие:** Очень часто – головокружение, головная боль, диспепсия, диарея, тошнота, рвота, периферические отеки, часто – гастроэнтерит, гастрит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, дисфагия, боль в разных отделах ЖКТ, запор, вздутие живота, анемия (включая соответствующие лабораторные показатели), учащенное сердцебиение, снижение артериального давления, кровохарканье, носовое кровотечение, заложенность носа. **Регистрационный номер:** ЛП-002639. Актуальная версия инструкции от 25.10.2014. **Производитель:** Байер Фарма АГ, Германия. Отпускается по рецепту врача. Подробная информация (включая информацию по подбору индивидуальной дозы) содержится в инструкции по применению.



Фортелизин®



*Опережая время,
сохраняем жизнь*



Регистрационный номер: ЛП 001941 от 18.12.2012г.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

- БОЛЮСНОЕ ВВЕДЕНИЕ
- ЭФФЕКТИВНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС
- МИНИМАЛЬНЫЙ РИСК КРОВОТЕЧЕНИЙ



119270, г. Москва, наб. Лужнецкая, д. 6, стр. 1, оф. 301. т/ф.: +7 (495) 287-9807, • www.fortelyzin.ru