



ЕВРАЗИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
КАРДИОЛОГОВ
ЕВРАЗИЙСКАЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ
КОМИССИЯ
ОБЩЕСТВО ВРАЧЕЙ РОССИИ



ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ОБЩЕСТВ КАРДИОЛОГОВ СТРАН:
АЗЕРБАЙДЖАНА, АРМЕНИИ, РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ, КАЗАХСТАНА, КЫРГЫЗСТАНА,
ТАДЖИКИСТАНА, ТУРКМЕНИИ, УЗБЕКИСТАНА

XIII

Евразийский конгресс кардиологов

14-15 мая 2025
онлайн-трансляция

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ISBN 978-5-6049180-8-1



9 785604 918081

WWW.CARDIO-EUR.ASIA



ЕВРАЗИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ КАРДИОЛОГОВ

IV МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

КАРДИО РЕВМАТОЛОГИЯ 2025

ПРОГРАММА

11 сентября 2025 года
онлайн-трансляция

CARDIO-EUR.ASIA/CONFERENCES

ЕВРАЗИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ КАРДИОЛОГОВ

ЕВРАЗИЙСКАЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ

ОБЩЕСТВО ВРАЧЕЙ РОССИИ

**ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ОБЩЕСТВ КАРДИОЛОГОВ СТРАН:
АЗЕРБАЙДЖАНА, АРМЕНИИ, РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ, КАЗАХСТАНА, КЫРГЫЗСТАНА,
ТАДЖИКИСТАНА, ТУРКМЕНИИ, УЗБЕКИСТАНА**

**ХIII ЕВРАЗИЙСКИЙ
КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ**

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

14-15 мая 2025 г.

НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНГРЕССА

СОПРЕДСЕДАТЕЛИ

Бекбосынова Махаббат Санзыбаевна	Заместитель председателя правления АМС УМС, д.м.н., профессор, главный внештатный кардиолог Республики Казахстан (Астана, Казахстан)
Наконечников Сергей Николаевич	Генеральный директор Евразийской ассоциации кардиологов, д.м.н., член президиума ОВР (Москва, Россия)
Фозилов Хуршид Гайратович	Директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии Узбекистана, к.м.н. (Ташкент, Узбекистан)

ОТВЕТСТВЕННЫЕ СЕКРЕТАРИ

Блинова Наталья Владимировна	Старший научный сотрудник отдела системных гипертензий, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. академика Е.И. Чазова» Минздрава России, секретарь Евразийской ассоциации кардиологов, к.м.н.
Гончарова Екатерина Анатольевна	Руководитель информационного отдела Евразийской ассоциации кардиологов

ЧЛЕНЫ НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННОГО КОМИТЕТА:

Агеев Ф.Т. (Москва, Россия)	Кухарчук В.В. (Москва, Россия)	Сарыбаев А.Ш. (Бишкек, Киргизия)
Адамян К.Г. (Ереван, Армения)	Литвин А.Ю. (Москва, Россия)	Саидова М.А. (Москва, Россия)
Азизов В.А. (Баку, Азербайджан)	Мартынюк Т.В. (Москва, Россия)	Самко А.Н. (Москва, Россия)
Аляви А.Л. (Ташкент, Узбекистан)	Мустафаев И.И. (Баку, Азербайджан)	Скибицкий В.В. (Краснодар, Россия)
Аннаниязова С.А. (Ашхабад, Туркмения)	Нарзуллаева А.Р. (Душанбе, Таджикистан)	Терновой С.К. (Москва, Россия)
Байгенжин А.Б. (Астана, Казахстан)	Небиеридзе Д.В. (Москва, Россия)	Ткачук С.П. (ЕЭК)
Бахшалиев А.Б. (Баку, Азербайджан)	Огарков М.Ю. (Кемерово, Россия)	Трушина О.Ю. (Москва, Россия)
Бойцов С.А. (Москва, Россия)	Островский Ю.П. (Минск, Республика Беларусь)	Хамидуллаева Г.А. (Ташкент, Узбекистан)
Булгак А.Г. (Минск, Республика Беларусь)	Ощепкова Е.В. (Москва, Россия)	Ходжакулиев Б.Г. (Ашхабад, Туркмения)
Голицын С.П. (Москва, Россия)	Панченко Е.П. (Москва, Россия)	Часнойть А.Р. (Минск, Республика Беларусь)
Демидов А.А. (Астрахань, Россия)	Перепеч Н.Б. (С.-Петербург, Россия)	Чазова И.Е. (Москва, Россия)
Джахангиров Т.Ш. (Баку, Азербайджан)	Перминова А.А. (ЕЭК)	Чихладзе Н.М. (Москва, Россия)
Джишамбаев Э.Д. (Бишкек, Кыргызстан)	Подзолков В.И. (Москва, Россия)	Шалаев С.В. (Тюмень, Россия)
Жернакова Ю.В. (Москва, Россия)	Попович М.И. (Кишинев, Молдова)	Янушевич О.О. (Москва, Россия)
Зелвян П.А. (Ереван, Армения)	Праздников Э.Н. (Москва, Россия)	Яхонтов Д.А. (Новосибирск, Россия)
Кисляк О.А. (Москва, Россия)	Рахимов З.Я. (Душанбе, Таджикистан)	
Курбанов Р.Д. (Ташкент, Узбекистан)		

УДК 616.1+616-005
ББК 54.10

Сборник тезисов XIII Евразийского конгресса кардиологов.
14-15 мая 2025 г. — М.: Издательство: ООО «ИнтерМедсервис»,
2025. 68 с.

ISBN: 978-5-6049180-8-1

Типография: Hellopaper, Багратионовский проезд, д. 3, г. Москва
121087, Российская Федерация

Заказ № 65959. Тираж: 30 шт.

Рецензенты:

Аксенова А.В. — <https://orcid.org/0000-0001-8048-4882>
Блинова Н.В. — <https://orcid.org/0000-0001-5215-4894>
Валиева З.С. — <https://orcid.org/0000-0002-9041-3604>
Виценья М.В. — <https://orcid.org/0000-0003-1996-3416>
Грамович В.В. — <https://orcid.org/0000-0003-3292-0912>
Елфимова Е.М. — <https://orcid.org/0000-0002-3140-5030>
Мартынюк Т.В. — <https://orcid.org/0000-0002-9022-8097>
Мионов Н.Ю. — <https://orcid.org/0000-0002-6086-6784>
Насонова С.Н. — <https://orcid.org/0000-0002-0920-7417>
Сафиулина А.А. — <https://orcid.org/0000-0003-3483-4698>
Сивакова О.А. — <https://orcid.org/0000-0002-0060-095X>

В сборник включены тезисы, посвященные современным вопросам профилактики, диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, развитию и применению инновационных медицинских технологий в кардиологии, проблемам и перспективам лабораторной и инструментальной диагностики, доказательной фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний, проблемам горной медицины, повышению качества кардиологической помощи населению.

© Авторы тезисов, 2025

UDC 616.1+616-005
LBC 54.10

Abstracts of the XIII Eurasian Congress of Cardiologists.
May 14-15, 2025 — M.: Publisher: InterMedservice LLC, 2025.
68 p.

ISBN: 978-5-6049180-8-1

Printing house: Hellopaper, 3 Bagrationovsky proezd, Moscow
121087, Russian Federation

Order No. 65959. Circulation: 30 Pieces.

Рецензенты:

Aksenova A.V. — <https://orcid.org/0000-0001-8048-4882>
Blinova N.V. — <https://orcid.org/0000-0001-5215-4894>
Elfimova E.M. — <https://orcid.org/0000-0002-3140-5030>
Gramovich V.V. — <https://orcid.org/0000-0003-3292-0912>
Martynuk T.V. — <https://orcid.org/0000-0002-9022-8097>
Mironov N.Yu. — <https://orcid.org/0000-0002-6086-6784>
Nasonova S.N. — <https://orcid.org/0000-0002-0920-7417>
Safiulina A.A. — <https://orcid.org/0000-0003-3483-4698>
Sivakova O.A. — <https://orcid.org/0000-0002-0060-095X>
Valieva Z.S. — <https://orcid.org/0000-0002-9041-3604>
Vitsenya M.V. — <https://orcid.org/0000-0003-1996-3416>

The collection of abstracts is devoted to modern issues of prevention, diagnosis and treatment of cardiovascular diseases, the development and application of innovative medical technologies in cardiology, problems and prospects of laboratory and instrumental diagnostics, evidence-based pharmacotherapy of cardiovascular diseases, problems of mountain medicine, and improving the quality of cardiac care to the population.

© Abstract Authors, 2025

ПАРТНЁРЫ КОНГРЕССА

Главные партнёры



Johnson & Johnson

Партнёры



Участие с симпозиумом



ГЕДЕОН РИХТЕР



Участие с докладом



Информационные партнёры



АДИПОМИОКИНОВЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ И САРКОПЕНИЕЙ

НЕЕШПАПА А.Г.¹, КАРЕТНИКОВА В.Н.^{1,2}, КРИВОШАПОВА К.Е.¹,
КАРЕЕВА А.И.¹, КОКОВ А.Н.¹, ЦЫГАНКОВА Д.П.¹,
БАЗДЫРЕВ Е.Д.¹, БАРБАРАШ О.Л.¹

¹ФГБНУ Научно-исследовательский институт

КОМПЛЕКСНЫХ ПРОБЛЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ,

г. Кемерово, Российская Федерация;

²Кемеровский Государственный Медицинский Университет,

г. Кемерово, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Оценить ассоциации адипомиокинов с нарушениями мышечного статуса (динапенией, пресаркопенией, саркопенией) у пациентов с коронарным атеросклерозом

Материал и методы:

В исследование включено 83 человека со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС), госпитализированных в клинику для проведения планового чрескожного коронарного вмешательства. Нарушения мышечного статуса (МС) в данном исследовании представлены саркопенией и ее компонентами в виде динапении и пресаркопении. Верификация диагноза саркопении выполнена согласно консенсусу европейской рабочей группы от 2019 года. Под динапенией понимали изолированное снижение мышечной силы по данным динамометрии, под пресаркопенией рассматривалось изолированное снижение мышечной массы, диагноз саркопении установлен в случае сочетания снижения мышечной силы и массы. Определение цитокинов в сыворотке крови выполнено количественным методом твердофазного иммуноферментного анализа. Пациенты были разделены на группы в соответствии с конкретным видом нарушения МС (саркопения, пресаркопения, динапения), в качестве группы сравнения выступали пациенты с ИБС без нарушений МС.

Результаты:

Установлены различия концентраций адипонектина между группами с саркопенией (0,99 (0,71;1,19) нг/мл, и пациентами с ИБС без нарушений МС (1,5 (1,3;1,9) нг/мл, $p=0,003$). Среди пациентов с пресаркопенией, по сравнению с группой с сохранным МС, определены более высокие концентрации фактора некроза опухоли- β (5,5 (1,3; 12,2) пг/мл и 1,6 (0,1;4) пг/мл, соответственно, $p=0,014$); интерлейкина-10 (1,35 (0,6;2,1) пг/мл и 0,4 (0,1;1,2) пг/мл, соответственно, $p=0,0025$). Группа с динапенией также отличалась от пациентов без нарушений МС по более низкому уровню адипонектина: 1,2 (0,8;1,64) нг/мл, при уровне адипонектина – 1,5 (1,32; 1,9) нг/мл среди лиц с сохранным МС, $p=0,02$.

Заключение:

Патология МС у пациентов со стабильной ИБС встречалась в 66,3% (55 человек); 23,6% (13 человек) случаев было представлено саркопенией, 38,2% случаев (21 пациент) – представлено пресаркопенией и 38,2% (21 пациент) – динапенией. Выявлены ассоциации адипомиокинов, определяемых в крови пациентов с ИБС и различными вариантами нарушений МС. Полученные результаты свидетельствуют о потенциальных возможностях клинического и прогностического применения адипомиокинов у пациентов с ИБС и саркопенией.

АНАЛИЗ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ ИНФАРКТА МИОКАРДА: ТЕНДЕНЦИИ И ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Эшонкулов Ш.А., Ходжаев И.А., Бободжонов Н.Н.,
Хочиев Т.А., Ёров Дж.Э.

Согдийский областной Центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии, г. Худжанд, Республика Таджикистан

Введение (цели/ задачи):

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ-2015) сердечно-сосудистая патология наряду с другими неинфекционными заболеваниями (НИЗ) является основной причиной смертности населения в мире. По прогнозам ВОЗ к 2030 году потери от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) составят около 23,6 млн. человек, в том числе от заболеваний сердца и цереброваскулярных осложнений. Таким образом, ССЗ являются основной причиной смерти во всем мире.

По оценкам экспертов ВОЗ в 2016 г. от ССЗ умерло 17,9 млн. человек, что составляет 31% всех случаев смерти в мире. Из этого числа 7,4 млн. человек умерли от ишемической болезни сердца. Большинство этих случаев связано с инфарктом миокарда (ИМ). По литературным данным госпитальная летальность ИМ составляет в среднем около 10%, причем в ведущих клиниках этот показатель приближается к 3-6%. Еще более 10% больных ИМ умирают в течении года. Более половины больных умирают на догоспитальном этапе, не дождавшись медицинской помощи, а многие выжившие становятся инвалидами. Цель: изучена динамика госпитальной летальности и причин смертности от ИМ в реанимационном отделении Согдийского областного центра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии (СОЦКССХ) за период 2014-2023гг.

Материал и методы:

Проведено ретроспективное когортное исследование по данным 3376 историй болезни пациентов и карт индивидуального наблюдения больных с ИМ.

Результаты:

Стационарное лечение в условиях реанимационного отделения СОЦКССХ за период 2014-2023гг. получили 3376 больных с ИМ, из них умерло 245 больных, госпитальная летальность от ИМ в среднем составила 7,2%, в том числе мужчин 144 (4,26%), женщин 101 (3%). Начиная с 2018 г. в СОЦКССХ начали широко применяться коронарография и стентирование коронарных артерий у больных с острым коронарным синдромом и инфарктом миокарда. Всего с начала широкого применения данного метода реперфузии у больных с ИМ всего было проведено 396 ангиографии коронарных артерий и 302 их стентирований, что составляет 19,3% и 14,8% от общего количества больных с инфарктом миокарда соответственно. Следует отметить, что в течение последних лет имеется тенденция увеличения доли больных с ИМ, которым проведены чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) с установкой стентов с лекарственным покрытием. Если в 2018-2019 гг. данный показатель составлял чуть выше 6%, то в 2022 и 2023 гг. доля таких пациентов составила 29% и 24,5% соответственно. В структуре причин смертности от ИМ ведущее место занимает Кардиогенный шок 87 случаев (35,5%). Также осложнениями, которые часто приводили к летальному исходу, были разрыв миокарда у 18% умерших больных, отёк легких – 9,8%, фибрилляция желудочков – 7,7%. Относительно редко встречались такие осложнения как разрыв межжелудочковой перегородки – 2%, полиорганная недостаточность – 1,6%, ТЭЛА – 0,8%, мозговая кома – 2,4% и другие. Изучение динамики госпитальной летальности от ИМ показало, что за последние 10 лет данный показатель в реанимационном отделении СОЦКССХ имеет тенденцию к снижению. Если данный показатель в 2014 году составил 6,8% (21 случаев), то в 2022 году данный показатель снизился до 6,1% (19 случаев) а уже в 2023 году до 5% (16 случаев).

Заключение:

Изучение динамики госпитальной летальности от ИМ показало, что за последние 10 лет данный показатель в реанимационном отделении СОЦКССХ имеет тенденцию к снижению. Если данный показатель в 2014 году составил 6,8% (21 случаев), то в 2022 году данный показатель снизился до 6,1% (19 случаев) а уже в 2023 году до 5% (16 случаев).

АНАЛИЗ ПРИВЕРЖЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Ковальчук П.Н.¹, Ковальчук Л.С.¹, Шахлан А.В.²

¹УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь;

²УЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Гомель, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Важную роль в снижении смертности, инвалидизации пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) играет медицинская реабилитация (МР) и вторичная профилактика, комплексно воздействующие на последствия болезни посредством как медикаментозных, так и немедикаментозных методов лечения. Эффективность МР во многом

зависит от уровня приверженности, на который оказывают влияние многие факторы, в том числе умение и опыт врача убеждать о целесообразности терапии. Артериальная гипертензия (АГ) расценивается как самостоятельный фактор риска развития ИБС, а низкая приверженность лечению способствует развитию осложнений и преждевременной смертности. В большинстве исследований анализируются аспекты приверженности только медикаментозной терапии, тогда как проблема приверженности гораздо шире и включает соблюдение рекомендаций врача в отношении образа жизни пациентов, являющихся неотъемлемой частью вторичной профилактики. Целью исследования является анализ приверженности МР и влияние на нее различных факторов у пациентов стабильной ИБС в условиях первичного звена здравоохранения.

Материал и методы:

Проведен анализ приверженности лечению у 186 пациентов (мужчин – 124 (66,7%) и женщин – 62 (33,3%) с верифицированной стабильной стенокардией напряжения I-III функциональных классов (СН I-III ФК) согласно клиническим рекомендациям в возрасте от 55 до 75 лет, находившихся на диспансерном наблюдении в УЗ «Гомельская городская клиническая поликлиника №8». В исследовании использовались полуструктурированное клиническое интервью, позволяющее проводить динамическое наблюдение за пациентами и направленное на оценку представления о причинах, сущности, подконтрольности заболевания, способах лечения и необходимых методах изменения образа жизни и ведение пациентами дневника самоконтроля артериального давления (АД) с заметками о приеме препаратов и других методах лечения.

Результаты:

Следует отметить, что только 98 (52,7%) из 186 пациентов регулярно принимали медикаменты. Женщины оказались более обязательными к медикаментозному лечению, чем мужчины (32,5% и 20,2%) соответственно. У 120 (64,5%) пациентов с ИБС отмечалась АГ. Причем, анализируя приверженность антигипертензивной терапии, только 65 (54,2%) лиц принимали ее на регулярной основе с достижением целевого уровня АД, у остальных 55 пациентов регистрировался уровень АД более 140/90 мм рт. ст. Так, 25 (45,5%) пациентов из 55 принимали медикаменты только при ухудшении состояния, 11 (20%) ограничивали прием лекарств из-за боязни побочных эффектов, а 19 (34,5%) пациенты лечились нерегулярно из-за высокой стоимости препаратов. Физioterапевтические методы МР назначались 11 (5,9%) пациентам с ИБС в сочетании с АГ, лечебная физкультура у 8 (4,3%) пациентов, а лечебный массаж и бальнеотерапия в 5 (2,7%) и 3 (1,6%) случаях соответственно. При изучении основных причин неприверженности МР отмечено отсутствие соответствующих медицинских образовательных программ, а значит недостаточная информация о своем заболевании и целях лечения, неудобный режим терапии из-за назначения 5 и более медикаментозных препаратов, отсутствие желаемых результатов, нерегулярное наблюдение и частота посещения врача менее одного раза в год — все это снижает уровень медико-социальной коммуникативности и степень доверия пациента медицинскому персоналу. Однако удовлетворительная приверженность реабилитации наблюдалась у пациентов с более длительным анамнезом ИБС, так как они более склонны к поиску различных, в том числе немедикаментозных методов лечения. Определение психосоциологических характеристик показало, что пациенты, деятельность которых связана с повышенной ответственностью и высокими профессиональными требованиями, могут быть отнесены к группе высокого риска. При изучении особенностей склада личности среди неблагоприятных факторов, влияющих на сердечно-сосудистый исход, были выделены безнадежность и пессимизм. Они определяются как постоянные отрицательные эмоции, что ведет к более отрицательным оценкам новых ситуаций, ощущению бессмысленности каких-либо действий и являются самостоятельным фактором риска развития ИБС.

Заключение:

Анализ причин невысокой приверженности медикаментозной и немедикаментозной терапии пациентов с ИБС, в особенности лиц мужского пола, свидетельствует о целесообразности разработки и внедрения качественных образовательных программ для пациентов с ИБС на современном уровне, а также малозатратных эфферентных методов МР. Эффективность реабилитации пациентов с ИБС может быть достиг-

нута при соблюдении комплексного подхода с осуществлением мер по выполнению физического, медицинского, психологического и психофизиологического аспектов восстановительного лечения, а также борьбы с сопутствующими факторами риска (гиперхолестеринемией, АГ, курением, ожирением, гиподинамией, нарушением толерантности к глюкозе).

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С РАЗВИТИЕМ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ АРИТМОЛОГИЧЕСКИХ КАТЕТЕРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Абишев А.М., Шлевков Н.Б., Трипотень М.И.,
Миронов Н.Ю., Новиков П.С., Погорелова О.А.,
Дорошук Н.А., Балахонова Т.В.
ФГБУ «НМИЦ Кардиологии имени академика Е.И. Чазова»

Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/задачи):

Примерно у 15% пациентов после электрофизиологических исследований и радиочастотных катетерных абляций сердечных аритмий (ЭФИ/РЧА) регистрируется бессимптомный тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВ). При этом факторы риска и прогностическая значимость данного вида ТГВ до настоящего времени мало исследованы. Целью исследование явилось выявление факторов, ассоциированных с развитием ТГВ после ЭФИ/РЧА.

Материал и методы:

У 688 последовательных больных (возраст: 49±16 лет, 336 муж./352 жен.) проводилась оценка данных анамнеза, антропометрических данных, особенностей сосудистого доступа и катетерного вмешательства, дополненное оценкой уровня д-димера в анализах крови и УЗИ сосудов нижних конечностей до и в первые сутки после ЭФИ/РЧА. Проводилось сравнение всех исследованных показателей у больных с наличием (n=113) и отсутствием (n=575) ТГВ нижних конечностей. Дополнительно у 234 пациентов, в т.ч. у 83 с признаками ТГВ было проведено генетическое исследование крови на предрасположенность к тромбофилиям.

Результаты:

По данным УЗИ у 113 (16,4%) больных после ЭФИ/РЧА выявлен ТГВ: из них у 111 – пристеночный, у 2 – окклюдирующий ТГВ. Кроме того, у 17/113 (15%) больных выявлены признаки флотации тромба. Группа больных с наличием ТГВ отличалась от остальных пациентов большей встречаемостью фибрилляции предсердий: у 8 (36%) и 16 (15,4%) больных, $p < 0,001$, наличием тромбоэмболии лёгочной артерии в анамнезе: у 4 (3,5%) и 2 (0,3%), $p = 0,005$, варикозного расширения вен нижних конечностей: у 19 (17%) и 46 (8%) больных, $p = 0,014$, артериальной гипертензии: у 66 (58%) и 265 (46%), $p = 0,046$. Пациенты с наличием ТГВ также отличались большим временем нахождения венозных интродьюсеров (145±77 мин. и 121±57 мин., $p < 0,05$), более частым наличием выраженной имбиции мягких тканей по данным УЗИ: у 56 (50%) и 82 (14,2%) больных, $p < 0,001$, а также повышением уровня д-димера крови в первые сутки после ЭФИ/РЧА: у 50% и 25% пациентов соответственно, $p < 0,05$. Генетическое исследование крови у пациентов с ТГВ выявило большую частоту встречаемости фактора V (Лейденская мутация) и мутации FII протромбина, чем у пациентов без ТГВ (суммарно у 22% и 5%, соответственно, $p < 0,05$), а также более частое наличие мутаций гена бета-цепи фибриногена: у 6% и 1%, $p = 0,025$.

Заключение:

Возникновение ТГВ после ЭФИ/РЧА имеет полиэтиологическую природу. К ТГВ предрасполагают наличие генетических мутаций факторов свёртывания, большая длительность и травматичность катетеризации вен нижних конечностей, а также наличие фибрилляции предсердий, варикозного расширения вен, артериальной гипертензии, тромбоэмболии лёгочной артерии в анамнезе. Оценка д-димера крови после ЭФИ/РЧА мало информативна для диагностики ТГВ.

АНАЛИЗ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЛАНОВОГО КРУПНОГО ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА СУСТАВАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ОКИШЕВА Е.А., КУРНОСОВА А.А., МАМАЕВА М.М., ЖАЖИЕВА А.А., ЧАСОВА И.Д., СОЛОНИНА А.Д., СМЕТАНИН С.М., ЖИДИЛЯЕВ А.В., БОГДАНОВ М.М.

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Основной причиной поражения суставов нижних конечностей, требующего тотального эндопротезирования, является остеоартрит, характеризующийся выраженным болевым синдромом. Большинство таких пациентов – люди пожилого возраста, с различными сопутствующими заболеваниями, которые получают многочисленные лекарственные препараты, в том числе нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) в связи с тяжелым болевым синдромом. В совокупности эти факторы повышают риск нарушения функции почек. Целью исследования было оценить частоту нарушения функции почек у пациентов, которым проводится плановое тотальное эндопротезирование суставов нижних конечностей в условиях реальной клинической практики, возможное влияние НПВП и болевого синдрома.

Материал и методы:

В это одноцентровое проспективное исследование включены 1493 пациента, которым было проведено плановое эндопротезирование тазобедренного или коленного сустава в Клинике травматологии, ортопедии и патологии суставов ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова. У всех пациентов собирали подробный медицинский анамнез, сведения о сопутствующих заболеваниях, ранее назначенной терапии, выраженности болевого синдрома по десятибалльной шкале и потребности в НПВП, оценивали уровень креатинина в сыворотке крови и рассчитывали скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-EPI с определением стадии хронической болезни почек (ХБП). Через 1, 3 и 6 месяцев после операции с пациентами связывались по телефону либо посредством мессенджеров и оценивали общее самочувствие, выраженность болевого синдрома и потребность в НПВП.

Результаты:

В изучаемую популяцию вошли 636 мужчин (42,6%) и 857 женщин (57,4%). Средний возраст пациентов составил $65,1 \pm 8,2$ лет, средний индекс массы тела (ИМТ) – $32,3 \pm 4,2$ кг/м². Из них 94,0% пациента исходно страдали артериальной гипертензией (АГ); 84,9% пациентов в связи с болевым синдромом принимали НПВП (943 пациента принимали НПВП ежедневно или несколько раз в день). Средняя СКФ до операции составила $73,2 \pm 15,2$ мл/мин/1,73 м² (у 14,3% пациентов диагностирована ХБП 3а стадии, у 4,8% – ХБП 3б стадии, у 0,3% – ХБП 4 стадии). Медиана выраженности боли до операции составила 8 баллов [7; 9], через 1 месяц после операции – 2 балла [1; 4] через 3 месяца – 1 балл [0; 3], в связи с чем большинство пациентов полностью прекратили принимать НПВП. В течение периода исследования 54 пациента были госпитализированы повторно для выполнения планового эндопротезирования сустава второй ноги. В этой выборке обнаружено достоверное нарастание СКФ ($p < 0,001$) и уменьшение стадии ХБП ($p < 0,001$), что коррелировало с меньшей выраженностью болевого синдрома по сравнению с первой операцией (8 баллов [7; 9] при первой госпитализации и 6 баллов [5; 7] при второй госпитализации) и уменьшением потребности в НПВП ($r = 0,684$, $p < 0,001$).

Заключение:

В реальной клинической практике для пациентов, которым проводится плановое хирургическое лечение остеоартрита с эндопротезированием суставов нижних конечностей, характерна достаточно высокая частота встречаемости ХБП и существенное бремя НПВП. В послеоперационном периоде обнаруживается статистически значимая тенденция к уменьшению выраженности болевого синдрома, уменьшению использования НПВП и статистически значимая взаимосвязь этих модифицируемых факторов с увеличением СКФ и уменьшением стадии ХБП. Это подтверждает влияние болевого синдрома, требующего постоянного приема НПВП, на функцию почек и необходимость изучения внедрения немедикаментозных методов обезболивания при остеоартрите.

АССОЦИАЦИИ БЕЛКОВ ЛЕГОЧНЫХ СУРФАКТАНТОВ SP-A И SP-D КРОВИ С НЕКОТОРЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА (АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ГИПОДИНАМИЯ) У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН Г. НОВОСИБИРСК

ДАДАШОВА Н.Ф.¹, НИКОЛАЕВ К.Ю.²

¹Сургутский государственный университет, г. Сургут, Российская Федерация;

²Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины – филиал ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук», г. Новосибирск, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Цель работы – определить ассоциации некоторых факторов риска (артериальной гипертензии (АГ) и гиподинамии) с белками легочного сурфактанта SP-A и SP-D крови у мужчин и женщин г. Новосибирска.

Материал и методы:

На базе НИИТГМ-филиал ИЦиГ СО РАН обследовано 174 человека (87 мужчин и 87 женщин), в возрасте от 45 до 69 лет, отобранных случайным образом из баз данных популяционных скринингов жителей г. Новосибирска. Исследование проведено за счет финансирования гранта Российского научного фонда, № 22-25-00670 и одобрено Этическим комитетом НИИТГМ – филиала ИЦиГ СО РАН 25.01.2022, все обследованные лица подписали добровольное информированное согласие. Средний возраст обследованных людей составил $56,1 \pm 7,2$ лет ($M \pm SD$). У обследованных лиц проведено одномоментное определение наличия ряда факторов риска, в том числе артериальной гипертензии и гиподинамии. У них оценивалась двигательная активность с помощью международного опросника для определения физической активности International Questionnaire on Physical Activity (PAQ). Критерии гиподинамии по опроснику PAQ: сумма баллов менее 14 для возраста 40-65 лет или менее 7 для возраста старше 65 лет. Измерение артериального давления (АД) проводилось трехкратно осциллометрическим автоматическим тонометром фирмы OMRON на правой руке в положении сидя после пятиминутного отдыха с интервалами 2 минуты между измерениями, рассчитывалось среднее значение трех измерений АД. АГ диагностировалась при уровнях систолического АД ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолического АД ≥ 90 мм рт. ст., а также у лиц, имеющих нормальные значения АД на фоне приема гипотензивных препаратов в течение последних двух недель до настоящего обследования. Содержание белков легочного сурфактанта SP-A и SP-D в крови определялось методом иммуноферментного анализа с использованием стандартных наборов ELISA.

Результаты:

Определены прямые связи высоких значений SP-A (≥ 1413 пг/мл) и SP-D (≥ 1772 нг/мл) крови с систолическим АД у мужчин. Также выявлена прямая сопряженность АГ с высоким SP-D крови у мужчин (≥ 1772 нг/мл). Проведенный регрессионный анализ показал, что АГ увеличивает в 3,76 раза вероятность наличия высокого уровня SP-D крови у мужчин (≥ 1772 нг/мл). У женщин определена прямая сопряженность низкого уровня SP-A крови (≤ 882 пг/мл) с гиподинамией ($p = 0,030$). С помощью регрессионного анализа установлено прямое влияние гиподинамии ($p = 0,028$) и величины окружности талии ($p = 0,028$) на наличие низкого уровня SP-A крови у женщин (≤ 882 пг/мл).

Заключение:

Выводы. Определены прямая связь АГ с высоким SP-D крови у мужчин 45-69 лет (≥ 1772 нг/мл) и прямая ассоциация низкого уровня SP-A крови (≤ 882 пг/мл) с гиподинамией у женщин 45-69 лет в г. Новосибирске.

АССОЦИАЦИЯ НОВЫХ БИОМАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ С ВЫЯВЛЕННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

ЖАЛЕВИЧ Е.В., ЯКУБЦЕВИЧ А.Р.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются ведущей причиной смерти населения. Фибрилляция предсердий (ФП) сохраняет свою медико-социальную значимость в связи с ростом заболеваемости и смертности. Неоспоримая связь системного воспаления с

сердечно-сосудистыми событиями обуславливает актуальность исследования новых биомаркеров воспаления для выявления и прогнозирования течения ФП. Целью исследования было сравнение уровней новых биомаркеров системного воспаления у пациентов с пароксизмальной и персистирующей формой ФП и пациентов с синусовым ритмом.

Материал и методы:

Ретроспективно проведен анализ карт стационарного наблюдения 56 пациентов (средний возраст 67 ± 9 лет, мужчин 41%) с ишемической болезнью сердца и хронической сердечной недостаточностью не выше второго функционального класса по NYHA, находившихся в кардиологическом отделении учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 2 г. Гродно» в марте 2025 года. Сформированы группы исследования: 1-я группа – 28 пациентов с пароксизмальной формой ФП, 2-я группа – 18 пациентов с персистирующей формой ФП, 3-я группа – 10 пациентов с синусовым ритмом. Оценивали данные общеклинического обследования и данные общего анализа крови. Индексы системного воспаления были рассчитаны по следующим формулам: Systemic Inflammation Response Index (SIRI, индекс системного воспалительного ответа) = количество нейтрофилов \times количество моноцитов \div количество лимфоцитов; Systemic Inflammation Index (SII, индекс системного воспаления) = количество нейтрофилов \times количество тромбоцитов \div количество лимфоцитов; Aggregate Inflammation Systemic Index (AISI, совокупный системный индекс воспаления) = количество нейтрофилов \times количество моноцитов \times количество тромбоцитов \div количество лимфоцитов. Отношение нейтрофилов к лимфоцитам (NLR), отношение тромбоцитов к лимфоцитам (PLR) и отношение моноцитов к лимфоцитам (MLR) были рассчитаны, соответственно, как отношения количества нейтрофилов, тромбоцитов и моноцитов к количеству лимфоцитов. Статистический анализ выполнен методами непараметрической статистики с использованием программы STATISTICA 13 (Statsoft, Российская Федерация), результаты представлены в виде медианы и интерквартильного диапазона (Me (Q1; Q3)), так как распределение совокупности отличалось от нормального. Для сравнения трех независимых выборок использовался непараметрический критерий Крускал-Уоллиса для количественных переменных, статистически значимым считалось различие между группами при $p < 0,05$.

Результаты:

В 1-й группе SIRI составил 0,64 (0,44; 0,90), SII – 356,10 (289,54; 418, 45), AISI – 132,61 (89,57; 215,20), NLR – 1,69 (1,48; 1,96), PLR – 102,32 (76,35; 126,52), MLR – 0,19 (0,15; 0,21); во 2-й группе – 0,62 (0,40; 1,14), 377,39 (194,19; 452,44), 130,60 (68,83; 243,74), 1,58 (0,95; 2,18), 83,59 (67,72; 109,33), 0,18 (0,13; 0,21), соответственно; в 3-й группе – 1,18 (0,88; 1,50), 421,98 (278,22; 600,52), 273,30 (111,81; 308,79), 1,98 (1,54; 2,99), 97,14 (70,34; 107,68), 0,22 (0,19; 0,30), соответственно. В группе пациентов с пароксизмальной формой ФП индекс SIRI был значимо выше, чем в группе пациентов с синусовым ритмом ($p < 0,05$). По остальным индексам значимых отличий в группах исследования не наблюдалось.

Заключение:

Новый биомаркер системного воспаления SIRI был статистически выше у пациентов с пароксизмальной формой ФП. Остальные маркеры системного воспаления не показали значимых различий. Исследуемые индексы рассчитываются по параметрам общего анализа крови с развернутой лейкоцитарной формулой, являются доступными в рутинной практике. Необходимо дальнейшее изучение данных биомаркеров для оценки их прогностической значимости в развитии и течении ССЗ, в том числе ФП.

БЕЛОК WNT1 И МАТРИКСНЫЕ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНЫМ И НЕОБСТРУКТИВНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Аль Ахдал М.Х., Юсупова А.О., Пахтусов Н.Н., Слепова О.А., Беленков Ю.Н.

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

По данным Росстата, в 2022 году доля смертности от заболеваний сер-

дечно-сосудистой системы составила 43,8% (831 557 человек), и из них значительное число составляют пациенты с ишемической болезнью сердца (ИБС). При этом около 50–70% женщин со стабильной стенокардией не имеют признаков выраженной обструкции коронарных артерий (КА) по результатам коронароангиографии (КАГ). Согласно данным научной литературы, белки сигнального каскада WNT играют важную роль в развитии и прогрессировании ИБС, в том числе с не-обструктивным поражением КА. Однако участие отдельных белков каскада WNT в патогенезе ИБС остается малоизученным. Цель. Оценить уровни белка WNT1 и матриксных металлопротеиназы (ММП-1, -9 и 14) у больных стабильной ИБС с обструктивным и необструктивным поражением КА.

Материал и методы:

В исследование были включены 65 пациентов со стабильной ИБС, которых по результатам КАГ/КТ КАГ разделили на 2 группы. В I группу вошли 23 пациента (из них – 9 мужчин (37,5%); средний возраст 64,5 лет [58,25; 70,00]; индекс массы тела (ИМТ) 27,89 [25,54; 30,19] кг/м²) с ишемией без гемодинамически значимой обструкции КА (стеноз КА <50%). Во II группу включили 42 пациента (28 мужчин (67,1%); средний возраст 63,0 г. [56,0; 71,0]; ИМТ 27,30 [24,75; 29,81] кг/м²) с обструкцией КА (стеноз КА >50%). Всем пациентам было проведено стандартное обследование: ЭКГ, ЭХО-КГ, мониторинг АД и ЭКГ, пробы с физической нагрузкой, лабораторные тесты. Уровни ММП-1, -9 и 14 и белка WNT1 определяли в плазме крови с помощью иммуноферментного анализа на анализаторе Adaltis Personal Lab (Италия).

Результаты:

Уровни белка WNT1 значимо различались между исследуемыми группами ($p < 0,001$). Медиана концентрации WNT1 во II группе (0,19 [0,19; 0,21] нг/мл) была существенно выше, чем в I группе (0,15 [0,15; 0,15] нг/мл). При оценке взаимосвязи WNT1 и WNT3A была установлена заметной тесноты прямая связь ($p = 0,671$; $p < 0,001$). При проведении корреляционного анализа обнаружена заметная обратная связь между WNT1 и ММП-1 ($p = -0,576$; $p = 0,001$) и умеренная обратная связь с ММП-13 ($p = -0,439$; $p = 0,019$).

Заключение:

По данным проведенного исследования, повышенные уровни WNT1 наблюдались у пациентов с обструктивным поражением КА. Наличие прямой связи между WNT1 и WNT3A может свидетельствовать об активации классического канонического каскада WNT (WNT1 и WNT3a) у больных с обструктивным поражением коронарных артерий. Данные исследования подчеркивают потенциальную роль белка WNT1 в регуляции ММП и его возможное участие в патогенезе ИБС. Таким образом, сигнальный путь WNT может играть роль в процессе формирования атеросклеротических бляшек, что подчеркивает возможность его использования в качестве диагностического биомаркера и цели для разработки персонализированной таргетной стратегии лечения.

ВАЗОМОТОРНАЯ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Заирова А.Р., Кошурникова М.В., Погорелова О.А., Трипотень М.И., Филатова А.Ю., Соболевская М.С., Свирида О.Н., Овчинников А.Г., Балахонова Т.В. ФГБУ «НМИЦ Кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Дисфункция эндотелия (ДЭ) является ключевым патофизиологическим механизмом развития сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ). Исследование вазомоторной функции эндотелия (ВФЭ) неинвазивными инструментальными методами на разных уровнях артериального русла позволяет выявить наличие ДЭ. Цель исследования: изучение особенностей ВФЭ плечевой артерии (ПА) и микроциркуляторного русла (МЦР) у больных СНсФВ на фоне многокомпонентной медикаментозной терапии (ММТ)

Материал и методы:

Обследовано 34 больных с СНсФВ, 74±9 лет, 11 мужчин и 23 женщины, находящихся на ММТ. Диагноз СНсФВ установлен на основании симптомов СН, фракции выброса левого желудочка (ЛЖ) $\geq 50\%$ и повыше-

ния давления наполнения ЛЖ в покое ($n=18$, продвинутая СНсФВ) или при физической нагрузке в ходе диастолического стресс-теста ($n=16$, начальная/умеренная СНсФВ). ВФЭ ПА оценивали ультразвуковым методом на системе Philips IU22 (Нидерланды) с линейным датчиком 5-12 МГц по методике Selermajer D.S., ВФЭ МЦР методом пальцевой фотоплетизмографии в пробе с реактивной гиперемией на приборе «Ангиоскан-01»

Результаты:

Выявлена ДЭ ПА по показателю поток-зависимой вазодилатации (ПЗВД) $<8\%$ у 22 (64%), ДЭ МЦР (показатель «индекс окклюзии по амплитуде» $<2,0$) у 15 (44%) больных. Показатели ВФЭ ПА и МЦР не были взаимосвязаны между собой. Выявлена отрицательная корреляция ПЗВД ПА с возрастом, уровнем NT-проBNP и E/e' по ЭхоКГ ($r=-0,41$ $p=0,02$; $r=-0,35$, $p=0,04$; $r=-0,45$, $p=0,008$ соответственно). Показатель ВФЭ МЦР «индекс окклюзии по амплитуде» отрицательно коррелировал со значением ИМТ ($r=-0,43$, $p=0,02$). Прием аспирина (АСК) в составе ММТ был ассоциирован с отсутствием ДЭ МЦР и со значимыми лучшими показателями ВФЭ ПА: ПЗВД (9,0 (7,3; 13,3) против 5,2 (1,9; 7,7), $p=0,008$) у не принимающих АСК, при сопоставимости сравниваемых групп по остальным показателям.

Заключение:

у больных СНсФВ на фоне ММТ выявляется ДЭ в целом у 74%, в том числе в ПА у 64%, в МЦР у 44%. При этом отсутствует взаимосвязь между ДЭ на разных уровнях артериального русла. Показатель ВФЭ ПА ПЗВД отрицательно коррелирует с возрастом и с выраженностью диастолической дисфункции (NT-проBNP и E/e'), а показатель ВФЭ МЦР «индекс окклюзии по амплитуде» с ИМТ. Выявлена ассоциация приема АСК в составе ММТ у больных СНсФВ с нормальной ВФЭ МЦР и значимо лучшими показателями ПЗВД ПА, что требует уточнения в более крупных выборках в проспективных исследованиях.

ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ПРИЗНАКАМИ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ТАХИКАРДИИ

Отливанчик Н.И.¹, Заяц А.Н.¹, Тарасова Е.А.²

¹УО Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь;

²УЗ ГКБ №2, г. Гродно, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Связь нарушения нейрогуморальной регуляции с развитием и прогрессированием артериальной гипертензии (АГ) была продемонстрирована неоднократно. Интерес представляет клиническое значение ортостатической тахикардии, выявляемой у пациентов с АГ в дебюте заболевания, и патогенетические механизмы, лежащие в ее основе. Целью исследования явилась оценка исходного вегетативного тонуса и реактивности отделов вегетативной нервной системы (ВНС) у молодых мужчин с АГ и признаками ортостатической тахикардии.

Материал и методы:

В исследование включено 85 мужчин в возрасте 18-29 лет с установленной АГ. У всех пациентов проведена активная ортостатическая проба (АОП). Систолическое артериальное давление (САД, мм рт. ст.) и частота сердечных сокращений (ЧСС, уд/мин) регистрировались исходно в положении лежа и в вертикальном положении. Ортостатическая тахикардия установлена при увеличении ЧСС на 30 уд/мин и более на 3-й минуте ортостаза. 1-ю группу составили 13 (15%) мужчин с ортостатической тахикардией, 2-ю группу – 72 мужчины без ортостатической тахикардии. В положении лежа и в ортостазе регистрировалась электрокардиограмма с последующим анализом вариабельности сердечного ритма (BCP), оценивались временные и спектральные показатели BCP (RRNN, SDNN, RMSSD, TP, VLF, LF, HF, LF/HF) исходно и в ортостазе, также коэффициент K30/15. Статистическая обработка данных выполнена методами непараметрической статистики.

Результаты:

В 1-й группе показатели временного анализа BCP составили: RRNN – 900 (799; 969) мс, SDNN – 56 (53; 73) мс, RMSSD – 46 (34; 54) мс; во 2-й группе – 773 (704; 855) мс, 45 (33; 55) мс, 28,5 (21; 41) мс. Данные показатели в 1-й группе были значимо выше, чем во 2-й группе ($p<0,05$).

В 1-й группе показатели статистического анализа BCP составили: TP 3685 (2686; 5373) мс², VLF 1876 (817; 3419) мс², LF 1192 (959; 1487) мс², HF 639 (512; 1021) мс²; во 2-й группе – 2332 (1362; 3387) мс², 918 (606; 1474) мс², 722,5 (411; 1034) мс², 455 (223; 990) мс². Показатели TP, VLF, LF в 1-й группе были значимо выше, чем во 2-й группе ($p<0,05$), по показателю HF группы не различались. По показателю LF/HF группы также не различались (1,75 (1,09; 2,82), 1,63 (1,0; 2,22), $p>0,05$). У пациентов с ортостатической тахикардией временные показатели BCP: RRNN, SDNN, RMSSD – выше, чем у пациентов без ортостатической тахикардии, что свидетельствует о сравнительно низкой исходной ЧСС и связанным с ней сравнительно высоким адаптационным потенциалом, о чем свидетельствуют также сравнительно высокие уровни показателей спектрального анализа BCP: TP, VLF, LF. Преобладания отдельных отделов ВНС в исходном состоянии не выявлено. Отсутствие отличия по показателю HF требует дальнейшего исследования парасимпатической составляющей вегетативной регуляции. При проведении АОП по показателю RRNN, и следовательно, ЧСС, группы не различались. Динамика САД в группах исследования также значимо не различалась. Показатель LF/HF при проведении АОП был значимо выше в 1-й группе, чем во 2-й группе (6,41 (5,46; 7,25), 4,95 (3,1; 6,5), $p<0,05$). Таким образом, в ортостазе у пациентов с ортостатической тахикардией отмечено преобладание симпатических влияний в регуляции сердечного ритма. Группы исследования значимо ($p<0,05$) различались по динамике показателей RRNN (0,7 (0,66; 0,72), 0,86 (0,81; 0,9) мс²), SDNN (0,93 (0,73; 1,15), 1,22 (1,0; 1,53) мс²), RMSSD (0,62 (0,35; 0,67), 0,73 (0,57; 1,02) мс²). Росту ЧСС у пациентов с ортостатической тахикардией сопутствовали рост показателей SDNN и RMSSD. Коэффициент K30/15 у пациентов 1-й группы был значимо ниже в 1-й группе в сравнении со 2-й группой (1,2 (1,13; 1,37), 1,39 (1,29; 1,58), $p<0,05$), что свидетельствует о сниженной реактивности парасимпатического отдела ВНС в ортостазе у пациентов с ортостатической тахикардией.

Заключение:

Ортостатическая тахикардия регистрируется у 15% молодых мужчин с АГ. Рост ЧСС у молодых мужчин с АГ и ортостатической тахикардией обусловлен сравнительно низкой ЧСС исходно, ассоциированной с адаптационным потенциалом регуляторных механизмов. В ортостазе у молодых мужчин с АГ и ортостатической тахикардией в вегетативной регуляции сердечного ритма преобладают симпатические механизмы на фоне сниженной парасимпатической реактивности.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АСИММЕТРИЧНОГО ДИМЕТИЛАРГИНИНА И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МАРКЕРОВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА: КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Махкамова М.М., Нуриллаева Н.М.

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ, г.

ТАШКЕНТ, РЕСПУБЛИКА УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/ задачи):

Хроническая ишемическая болезнь сердца (ХИБС) сопровождается активацией воспалительного каскада и нарушением функции эндотелия. Асимметричный диметиларгинин (АДМА), эндогенный ингибитор синтазы оксида азота, отражает степень эндотелиальной дисфункции. В то же время провоспалительные маркеры – С-реактивный белок (СРБ), лейкоциты и скорость оседания эритроцитов (СОЭ) – играют роль в прогнозировании течения заболевания. Комплексный анализ этих показателей может усилить стратификацию риска у пациентов с ИБС. Цель. Изучить взаимосвязь между уровнем АДМА и воспалительными маркерами (СРБ, лейкоциты, СОЭ) у пациентов с ИБС I-II функционального класса и определить их диагностическую значимость.

Материал и методы:

Обследованы 60 пациента с ИБС I-II ФК (средний возраст: 53,4±6,7 лет) и 20 здоровых лиц, составивших контрольную группу. Проводилось определение уровня АДМА методом ELISA, а также измерение СРБ, количества лейкоцитов и СОЭ стандартными лабораторными методами. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программы Microsoft Office Excel 10.0, уровень значимости $p<0,05$.

Результаты:

Уровень АДМА у пациентов с ИБС (0,73±0,10 мкмоль/л) был достоверно выше, чем в контрольной группе (0,49±0,08 мкмоль/л; $p<0,01$). Анало-

гично, показатели СРБ ($5,1 \pm 1,6$ мг/л), лейкоцитов ($8,4 \pm 1,2 \times 10^9$ /л) и СОЭ ($19,2 \pm 5,3$ мм/ч) были значительно повышены. Обнаружена статистически значимая положительная корреляция между уровнем АДМА и СРБ ($r=0,55$; $p<0,01$), а также между АДМА и СОЭ ($r=0,43$; $p<0,05$), что свидетельствует о патогенетической связи между воспалением и нарушением эндотелиальной функции.

Заключение:

Сочетанное повышение АДМА и воспалительных маркеров у пациентов с ИБС отражает системную сосудисто-воспалительную активность и может использоваться для более точной оценки прогноза и подбора терапии. Включение данных показателей в рутинную диагностику позволяет персонализировать подход к лечению.

ВЗАИМОСВЯЗЬ БИОМАРКЕРОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЭНДОТЕЛИЯ С ФАКТОРАМИ И МОДИФИКАТОРАМИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Соловей С.П., Митьковская Н.П., Денисевич Т.Л.,
Колядко М.Г., Карпова И.С., Затолака Н.В., Ковалкина Е.Е.

ГУ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
«КАРДИОЛОГИЯ», г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Оценить значимость циркулирующих клеточных маркеров функционального состояния эндотелия – эндотелиальных клеток (ЭК) и их предшественников (прогениторные клетки, ПК) в комплексе факторов и модификаторов риска развития ИБС.

Материал и методы:

В исследование были включены пациенты со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС) ($n=52$, средний возраст $60,5$ ($53,0$; $65,5$) года, $46,1\%$ мужчин) и условно здоровые лица без сердечно-сосудистых заболеваний и признаков субклинического атеросклероза ($n=32$, средний возраст $52,0$ ($51,0$; $55,0$) года, $46,8\%$ мужчин). Проводили физикальное, комплексное инструментальное обследование, включающее дуплексное сканирование периферических артерий с оценкой наличия и величины атеросклеротических бляшек, эхокардиографическое исследование сердца, компьютерное томографическое исследование коронарных артерий с подсчетом коронарного кальциевого индекса (для группы здоровых лиц). Оценивались следующие показатели функционального состояния эндотелия: ЭК, ПК, концентрация эндотелиальной синтазы оксида азота, нитраты и нитриты в периферической крови. Исследование количества ЭК и ПК осуществляли на проточном цитофлуориметре Cytomics FC 500 (BeckmanCoulter, США) с использованием меченных флуорохромами моноклональных антител к поверхностным маркерам клеток (из расчета 3×10^5 лейкоцитов). Циркулирующие ЭК определяли, как негативные по маркеру CD45 (CD45-) и позитивные по CD146 (CD146+), ПК – как негативные по CD34 (CD34-) и позитивные по CD306 (CD306+). Выполнялся биохимический и общий анализ крови с определением липидного спектра, гематологических индексов воспаления, общий и биохимический анализ мочи. Данные представлены в виде медианы, интерквартильного диапазона.

Результаты:

Выявлены межгрупповые различия по показателям функционального состояния эндотелия. Здоровые лица имели более низкую частоту обнаружения ЭК ($68,8\%$) по сравнению с пациентами с ИБС ($80,8\%$), тем не менее, различия не достигали уровня статистической значимости. Группы различались по частоте выявления ПК, достоверно чаще у лиц с ИБС ($91,1\%$ и $78,1\%$ соотв.), у которых всегда присутствовала хотя бы 1 ПК или ЭК, в то время как у здоровых в $6,3\%$ случаев никакие клетки не обнаруживались. Установлены различия и по количеству ЭК (2 (1 ; 3) и 1 (0 ; 2) соотв.) и ПК (50 (8 ; 181) и 2 (1 ; 10)). Оптимальное пороговое значение количества ЭК, дифференцирующее пациентов с ИБС, составило ≥ 1 клетки, ПК – ≥ 8 . По другим биомаркерам группы были сопоставимы. Из всех анализируемых факторов и модификаторов кардиоваскулярного риска значимые различия, уровень которых у лиц с ИБС был выше, обнаружили: отягощенная по ИБС наследственность ($p=0,001$), величина отношения окружности талии к окружности бедер ($p=0,017$), уровень систолического ($p<0,001$) и диастолического ($p=0,017$) артериального давления, стаж курения ($p=0,034$), уровень глюкозы ($p=0,009$), высокочувствительного тропонина (TnI) ($p=0,001$), мочевой кислоты ($p=0,021$) и ее отношения к

креатинину крови ($p=0,008$), а также количество нейтрофилов ($p=0,008$). Однофакторный анализ продемонстрировал наиболее высокую значимость большого количества ПК (не менее 8) в классификации лиц с ИБС и здоровых (ОШ $10,72$ ($3,77$ - $30,40$)). Согласно полученным данным, независимыми факторами, ассоциированными с наличием ИБС, являлись: количество ЭК, наличие ПК > 8 , мочевая кислота/креатинин, количество нейтрофилов, отягощенная по ИБС наследственность. Данные факторы вошли в итоговую оптимальную модель классификации. Наибольший вклад в дискриминацию в соответствии со значением ОШ ($16,49$ ($3,68$ - $73,89$)) вносили ПК (ПК ≥ 8), из дополнительных к ПК факторов наибольшим вкладом обладал показатель наследственности. Модель характеризуется высокой точностью – $83,8$, коэффициент детерминации составил $0,65$.

Заключение:

Наши результаты указывают на наличие существенных различий в клеточно-молекулярной составляющей атеросклероза у пациентов с наличием и отсутствием ИБС. При этом количество ПК, которые отражают эндотелиальную дисфункцию, является основным фактором в классификационной модели, ассоциированным с заболеванием. Полученные данные позволяют предположить, что использование циркулирующих клеточных маркеров функционального состояния эндотелия в дальнейшем может служить ориентиром при разработке моделей для более ранней и точной оценки риска.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА G84A В ГЕНЕ NOS1 У ПАЦИЕНТОВ С РАЗВИТИЕМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Колоцей Л.В., Мохамед Н.М., Самаракун С.Т.

Гродненский государственный медицинский университет,
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Генетические факторы играют важную роль в качестве фактора риска фибрилляции предсердий (ФП). Полногеномные исследования в настоящее время выявили около 140 генетических локусов, связанных с ФП. На сегодняшний день не проводилось клинических исследований связи между развитием ФП и полиморфизмом G84A гена NOS1, что объясняет актуальность данного исследования, целью которого было изучение ассоциации генетического полиморфизма G84A гена NOS1 у пациентов с ФП в Гродненской области Республики Беларусь.

Материал и методы:

В исследование включен 91 пациент с ИБС, находившийся на лечении в Гродненском областном клиническом кардиологическом центре с января 2024 г. по ноябрь 2024 г. У 49 пациентов ($53,8\%$) была пароксизмальная форма ФП, у 42 пациентов ($46,2\%$) – синусовый ритм. Всем пациентам проводились инструментальные, лабораторные и молекулярно-генетические методы исследования, в том числе определение полиморфизма G84A гена NOS1 методом полимеразной цепной реакции. Статистический анализ проводился с использованием пакета программ STATISTICA 12.0.

Результаты:

Пациенты с ФП и синусовым ритмом были сопоставимы по возрасту ($p>0,05$). В группе с ФП преобладал женский пол, тогда как у В в группе пациентов с синусовым ритмом преобладали мужчины (75% против 39% , $p<0,001$). Интересно, что у пациентов с ФП был значительно более высокий индекс массы тела ($32,7$ [29 ; 36] против $29,4$ [27 ; 31] кг/м², $p=0,008$) и чаще наблюдалось ожирение (51% против 19% , $p=0,001$), чем у пациентов с синусовым ритмом. У пациентов обеих групп не было различий в распространенности артериальной гипертензии (91% против 92% , $p>0,05$) и сахарного диабета (8% против 7% , $p>0,05$). У пациентов с синусовым ритмом чаще наблюдалась стабильная стенокардия (64% против 26% , $p=0,002$), однако распространенность инфаркта миокарда в обеих группах была сопоставимой (15% против 12% , $p>0,05$). Однако у пациентов обеих групп не было различий по классу сердечной недостаточности NYHA ($p>0,05$). Лабораторные маркеры у пациентов обеих групп не имели значимых различий, за исключением уровней мочевины ($p=0,017$), креатинина ($p=0,044$) и BNP ($p=0,004$), которые были выше в группе пациентов с ФП. По результатам трансторакальной эхокардиографии у пациентов были выявлены значимые различия в объемах и диаметрах как предсердий, так и желудочков ($p<0,001$). Также у паци-

ентов с ФП была более низкая ФВ ЛЖ ($p=0,001$) и более высокие степени как митральной, так и трикуспидальной регургитации ($p<0,05$), что можно объяснить ремоделированием сердца, вызванным развитием ФП. При оценке распределения частот генотипов и аллелей полиморфизма G84A гена NOS1 установлено, что в исследуемой выборке доминантный аллель G встречался в 70,3% случаев, а рецессивный аллель A – в 29,7% случаев. Распределение соответствовало равновесию Харди-Вайнберга ($\chi^2=1,37$, $p=0,69$). При изучении частоты распределения генотипов и аллелей полиморфизма G84A среди пациентов исследуемых групп установлено, что в группе пациентов с ФП рецессивный аллель A встречался достоверно чаще (41,4%) по сравнению с пациентами с синусовым ритмом (19,3%, $p=0,01$). В группе пациентов с ФП генотип GG встречался достоверно реже по сравнению с пациентами с синусовым ритмом ($p=0,034$), тогда как генотип AA встречался чаще в группе с ФП по сравнению с пациентами с синусовым ритмом ($p=0,012$). При оценке относительного риска развития ФП в зависимости от полиморфного варианта гена NOS1 были получены следующие: Наличие рецессивного аллеля A в генотипе ассоциировалось с повышенным риском развития ФП (OR=1,92, 95% ДИ 1,16–3,18, $p=0,03$). При этом наличие аллеля G в генотипе снижало риск развития ФП (OR=0,77, 95% ДИ 0,64–0,93, $p=0,008$), как и наличие генотипа GG (OR=0,64, 95% ДИ 0,43–0,95, $p=0,01$).

Заключение:

Выявлено статистически значимое преобладание рецессивного аллеля A полиморфного варианта G84A гена NOS1 у пациентов с ФП по сравнению с пациентами с синусовым ритмом. Данную генетическую предрасположенность можно учитывать при дифференцированной терапии пациентов с нарушениями сердечного ритма.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ

ПАНАБАЕВА Н.М., ГАДАЕВ А.Г., РАХИМОВА М.Э.,

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ, г.

ТАШКЕНТ, РЕСПУБЛИКА УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: оценить взаимосвязь клинических показателей у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) тяжёлых функциональных классов (III–IV по NYHA) при сочетанном течении с хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) различных типов – эмфизематозного, бронхитического и смешанного, а также выявить основные факторы, влияющие на течение заболевания.

Материал и методы:

В исследовании приняли участие 50 пациентов с ХСН и ХОБЛ (29 мужчин и 21 женщина). В зависимости от функционального класса по классификации NYHA пациенты были разделены на две группы: III класс – 25 человек (50%), IV класс – 25 человек (50%). По типу ХОБЛ пациенты распределены следующим образом: эмфизематозный тип – 17 человек (34%), бронхитический – 18 человек (36%), смешанный – 15 человек (30%). Физикальное обследование: оценка артериального давления, частоты сердечных сокращений, периферических отёков, частоты дыхания. Электрoкардиография (ЭКГ): выявление нарушений ритма сердца и ишемических изменений. Эхокардиография: определение фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ), толщины стенок сердца, оценки диастолической дисфункции. Гемодинамический мониторинг: оценка ФВЛЖ, центрального венозного давления (ЦВД), давления в лёгочной артерии (ДЛА). Спирография: определение форсированной жизненной ёмкости лёгких (FVC), объёма форсированного выдоха за 1 секунду (FEV₁) и степени бронхиальной обструкции. Лабораторные исследования: уровни натрийуретических пептидов (BNP, NT-proBNP), газовый состав крови (O₂, CO₂), креатинин, электролиты. Статистический анализ проводился с использованием программы SPSS 25.0. Различия между группами оценивались с помощью t-критерия Стьюдента. Статистически значимыми считались значения $p<0,05$.

Результаты:

Приступы одышки наблюдались у 76% пациентов с NYHA III и у 92% с NYHA IV ($p<0,001$). Периферические отёки – у 60% в группе III класса и у 85% в группе IV класса ($p<0,001$). Тахикардия (≥ 100 уд/мин) – у 54% в NYHA III и 78% в NYHA IV ($p<0,01$). ФВЛЖ: в NYHA

III – $35,8\pm 6,2\%$, в NYHA IV – $25,6\pm 5,7\%$ ($p<0,001$). ЦВД: в NYHA III – $12,5\pm 3,1$ мм рт. ст., в NYHA IV – $16,8\pm 3,5$ мм рт. ст. ($p<0,01$). ДЛА: при эмфизематозном типе – $40,1\pm 5,3$ мм рт. ст., бронхитическом – $47,6\pm 6,8$ мм рт. ст., смешанном – $52,4\pm 7,2$ мм рт. ст. ($p<0,001$). Уровень BNP: в NYHA III – 865 ± 205 пг/мл, в NYHA IV – 1450 ± 320 пг/мл ($p<0,001$). FEV₁/FVC: при эмфизематозном типе – $55,2\pm 6,5\%$, бронхитическом – $49,8\pm 7,1\%$, смешанном – $42,3\pm 5,9\%$ ($p<0,001$).

Заключение:

При сочетанном течении ХСН и ХОБЛ наблюдается значительное ухудшение клинических показателей. Снижение фракции выброса, повышение ЦВД и ДЛА указывают на тяжёлое течение заболевания. При эмфизематозном типе доминируют гипоксемия и лёгочная гипертензия, при бронхитическом – выражены тахикардия и гиперкапния. Смешанный тип сопровождается наиболее выраженными гемодинамическими нарушениями. Повышение уровня BNP, увеличение давления в лёгочной артерии и снижение ФВЛЖ у пациентов NYHA III–IV функциональных классов прямо коррелируют с тяжестью состояния и имеют важное значение для диагностики и прогноза заболевания.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК, ПОКАЗАТЕЛЕЙ АСТЕНИИ И МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ ДЕФИЦИТОМ ЖЕЛЕЗА

СМИРНОВА М.П., ЧИЖОВ П.А., ИВАНОВА Ю.И.

ФГБОУ ВО ЯРОСЛАВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Минздрава России, г. Ярославль, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

В России и в мире ежегодно увеличивается число пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Для больных с ХСН характерна высокая коморбидность: более 40% больных ХСН имеют 5 и более некардиальных заболеваний, среди которых часто встречаются дефицит железа (ДЖ) и анемия. ДЖ негативно влияет на прогноз у пациентов с ХСН, существенно снижая качество жизни. Влияние ДЖ у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) изучено недостаточно, несмотря на общие патофизиологические механизмы в развитии ХСН и ФП. Имеются единичные работы, в которых исследовали уровень провоспалительных маркеров у больных с ХСН с ФП с сопутствующим ДЖ, при этом в литературе практически отсутствуют данные о влиянии коморбидности по ДЖ на клинические характеристики, показатели астении, а также уровень маркеров воспаления у лиц с ХСН и ФП. Цель работы: изучить клинические характеристики, выраженность астении и уровень маркеров воспаления и их взаимосвязь у пациентов с ХСН и ФП в зависимости от наличия сопутствующего ДЖ.

Материал и методы:

Проведено комплексное обследование 66 пациентов терапевтического отделения с ХСН и постоянной формой ФП (51 женщин (Ж) и 15 мужчин (М), средний возраст 74 ± 7 лет. У всех обследованных проводили оценку функционального класса (ФК) ХСН по тесту шестиминутной ходьбы (Т6М) и шкале оценки клинического состояния (ШОКС), исследовали концентрацию железа (Fe) в мкмоль/л, ферритина (FER) в мкг/л, трансферрина (TRF) в г/л, высокочувствительного С-реактивного белка (вЧСРБ) в мг/л фотометрическим методом, интерлейкина-6 (ИЛ6) в пг/мл, гепсидина (ГЕП) в нг/мл иммуноферментным методом, анкетирование с использованием субъективной шкалы оценки астении MFI-20, рассчитывали коэффициент насыщения трансферрина железом (КНТЖ) по формуле: Fe, мкмоль/л \times 398/TRF, мг/дл. О наличии сопутствующего ДЖ судили при FER <100 мкг/л или FER 100–300 мкг/л при КНТЖ $<20\%$. Статистический анализ результатов проводился с помощью программы Statistica 12.0.

Результаты:

ХСН 2 ФК диагностирована у 11% обследованных, 3 ФК – у 50%, 4 ФК – у 39%. Установлено достоверное ухудшение показателей обмена железа при увеличении тяжести ХСН: снижение уровня Fe с $15,9\pm 6,4$ до $13,0\pm 6,6$ мкмоль/л и КНТЖ с $29,8\pm 12,3$ до $24,0\pm 15,1\%$, соответственно. Уровень вЧСРБ при нарастании выраженности ХСН был достоверно выше: $3,3\pm 2,7$ мг/л при 2 ФК против $6,1\pm 5,2$ мг/л при 4 ФК. В подгруппе пациентов с 4ФК были достоверно выше все показатели астении (об-

щая астения, физическая астения, пониженная активность, снижение мотивации, психическая астения, суммарная астения) по сравнению с лицами с 2 ФК и 3 ФК. При анализе всей группы выявлены достоверные отрицательные корреляции между FER и ГЕП, Fe и вЧСРБ, уровнем ИЛ6 и дистанцией Т6М, достоверные положительные корреляции между уровнем ИЛ6 и всеми показателями астении, ИЛ6 и ШОКС, вЧСРБ и ШОКС. ДЖ диагностирован у 55 пациентов (83%) с ХСН и ФП (40Ж и 15 М). В подгруппе пациентов с ДЖ отмечалось достоверное снижение уровня Fe и КНТЖ: $13,9 \pm 7,6$ мкмоль/л и $25,8 \pm 14,5\%$ против $17,96,6 \pm 5,7$ мкмоль/л и $35,1 \pm 12,2\%$ в подгруппе без ДЖ, соответственно. Помимо этого, у обследованных с ДЖ выявлено достоверное повышение уровня ИЛ6: $23,6 \pm 13,4$ пг/мл против $13,1 \pm 10,1$ пг/мл в подгруппе без ДЖ. В подгруппе с сопутствующим ДЖ установлено повышение показателей общей астении и суммарной астении, а также достоверное снижение дистанции Т6М в сравнении с лицами без ДЖ. По группе с ДЖ установлены достоверные отрицательные корреляции между Fe и вЧСРБ, уровнем ИЛ6 и дистанцией Т6М, достоверные положительные корреляции между уровнем ИЛ6 и показателями астении (пониженная активность, снижение мотивации, психическая астения, суммарная астения).

Заключение:

При увеличении ФК у пациентов с ХСН и ФП отмечается достоверное ухудшение показателей обмена железа и повышение уровня вЧСРБ. Сопутствующий ДЖ выявлен у 83% пациентов с ХСН и ФП. При наличии ДЖ у пациентов с ХСН и ФП наблюдается нарастание симптомов астении и снижение физической активности. Повышение уровня маркеров воспаления сопровождается ухудшением клинических показателей пациентов с ХСН и ФП.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА С МАССОЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

УШАНОВА А.М., ВАСИЛЬЕВ Ю.Л., ТРУШИНА О.Ю.

ФГАОУ ВО ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ) Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Все чаще появляются данные, свидетельствующие о взаимосвязи между артериальной гипертензией (АГ) и пародонтитом. Гипертрофия ЛЖ у пациентов с АГ связана с повышенным риском сердечно-сосудистых осложнений независимо от других факторов риска. Примерно у трети пациентов с гипертензией выявляется повышение массы миокарда левого желудочка (ММ ЛЖ). Учитывая высокую вероятность влияния воспалительных изменений пародонта на течение АГ, в том числе способствуя прогрессированию поражения органов-мишеней, было проведено данное исследование с целью оценки взаимосвязи наличия пародонтита с повышением ММ ЛЖ и индекса ММЛЖ (ИММ ЛЖ) у пациентов с АГ.

Материал и методы:

В исследование было включено 150 пациентов. Из них 76 с пародонтитом (47 женщин и 29 мужчин, $61,1 \pm 10,9$ года, индекс массы тела (ИМТ) $28,7 [27,075; 31,3]$, площадь поверхности тела (ППТ) $1,9 \pm 0,2$) и 74 без пародонтита (42 женщины и 32 мужчины, $51,7 \pm 10,5$ года, ИМТ $27,7 \pm 4,2$, ППТ $1,9 \pm 0,2$). Диагноз пародонтита устанавливался на основании стоматологического обследования, в ходе которого оценивались количество зубов, кровоточивость при зондировании, глубина пародонтального зондирования и клинический уровень прикрепления десны, также всем пациентам выполнялась ортопантомограмма. Оценка ММ ЛЖ и ИММ ЛЖ проводилась на основании данных, полученных при проведении трансоракальной эхокардиографии (ЭхоКГ). Для расчета использовались следующие параметры: конечный диастолический размер (КДР), толщина задней стенки ЛЖ в диастолу (ТЗСЛЖ), толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП), рост, масса тела.

Результаты:

Пациенты с пародонтитом имели более высокую ММЛЖ по сравнению с ММЛЖ у пациентов без пародонтита ($221,8 \pm 48,2$ г. vs $190,2 \pm 39,1$ г., $p < 0,05$). ИМЛЖ так же различался, имея более высокие значения в группе пациентов с пародонтитом как при использовании стандартной

формулы ($131,7 \pm 29,2$ vs $111,6 \pm 22,8$, $p < 0,05$), так и с поправкой на избыточную массу тела ($68,25 [51,3675; 87,40]$ vs $61,87 [50,41; 82,49]$, $p < 0,05$).

Заключение:

Полученные в настоящем исследовании данные свидетельствуют о том, что у пациентов с АГ в сочетании с пародонтитом показатели ММ ЛЖ и ИММ ЛЖ значимо выше, чем у группы без выявленных признаков пародонтита, что в дальнейшем может быть связано с повышением рисков различных неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ COVID-19

ПОКРОВСКАЯ А.Е., ВАНИНА Д.Д., СОЛОМАТОВА А.Р., ПОДЗОЛКОВ В.И. ФГАОУ ВО ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ) Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Цель: выявить взаимосвязь маркера эндотелиальной дисфункции sVCAM-1 с параметрами неблагоприятного течения новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

Материал и методы:

В исследование включены 100 пациентов старше 18 лет, госпитализированных в связи с инфекцией COVID-19. В зависимости от степени поражения легких по данным компьютерной томографии (КТ) на момент поступления в стационар все пациенты были разделены на 3 группы: группа КТ 1 – 29 человек, КТ 2 – 61 человек, КТ 3 – 10 человек. Пациенты с КТ 4 степенью легочного поражения в исследование не включались. Изучаемые группы были сопоставимы по возрасту и полу. Достоверные различия отмечались по количеству больных с ожирением, артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа), которых среди пациентов группы КТ 3 было больше, чем в группах КТ 1 и КТ 2, $p < 0,05$. В дополнение к стандартным обследованиям, выполняемым при COVID-19, участникам исследования была определена концентрация sVCAM-1 в плазме крови в первые сутки от момента поступления. Критериями неблагоприятного течения COVID-19 мы считали развитие за время стационарного наблюдения цитокинового шторма, диагностируемого согласно международным критериям REPROGRAM, и наличие промежуточной отрицательной КТ-динамики по данным повторной КТ легких, стандартно выполняемой всем больным на 7-10 сутки с момента поступления в стационар.

Результаты:

При межгрупповом анализе плазменных концентраций маркера эндотелиальной дисфункции sVCAM-1 мы отметили, что наибольшее его значение наблюдались у пациентов группы КТ 2 – $212,5 [90,3; 335,6]$ нг/мл и группы КТ 3 – $272,7 [267,4; 342,6]$ нг/мл в сравнении с пациентами группы КТ 1 – $120,0 [75,3; 189,2]$ нг/мл ($p_{1,2} = 0,015$; $p_{1,3} = 0,008$). Наличие взаимосвязи между содержанием sVCAM-1 в крови и лабораторно-инструментальными показателями тяжести COVID-19 изучалось при помощи корреляционного анализа. Нами были получены статистически достоверные связи sVCAM-1 с уровнем сатурации кислорода ($r = -0,39$, $p = 0,032$), длительностью госпитализации ($r = 0,24$, $p = 0,026$), значениями С-реактивного белка ($r = 0,25$, $p = 0,042$), ферритина ($r = 0,38$, $p = 0,021$), ЛДГ ($r = 0,52$, $p = 0,015$), а также процентом поражения легочной ткани по данным КТ ($r = 0,41$, $p = 0,019$). Количество больных с развившимся за время госпитализации цитокиновым штормом было выше в группах пациентов КТ 2 – 46 человек (75,4%) и КТ 3 – 8 человек (80%). Для оценки возможной предиктивной роли молекулы sVCAM-1 в отношении развития цитокинового шторма был применен многофакторный логистический регрессионный анализ. Выполненный с поправкой на возраст, пол, наличие АГ, СД 2 типа и ожирения, он показал достоверную и независимую взаимосвязь плазменной концентрации sVCAM-1 с развитием цитокинового шторма (ОШ=1,006, ДИ=1,001-1,01, $p < 0,05$). С помощью ROC-анализа определено оптимальное пороговое значение данного маркера – $120,03$ нг/мл, обладающее чувствительностью 81,4% и специфичностью 53,8% в прогнозировании риска развития цитокинового шторма. Результаты повторной КТ легких показали, что среди всех включенных в исследование пациентов отрицательная ди-

намика в виде увеличения объема коронавирусной пневмонии несмотря на необходимую терапию наблюдалась у 35 (35%) человек. Значения sVCAM-1 в плазме крови пациентов с отрицательной КТ-динамикой (272,7 [179,0;386,4] нг/мл) оказались достоверно выше, чем у пациентов без ухудшения КТ-картины (140,3 [77,6;235,9] нг/мл), $p < 0,05$. Вне зависимости от пола, возраста, наличия АГ, СД 2 типа и ожирения плазменная концентрация sVCAM-1 оказалась достоверно связана с наличием промежуточной отрицательной КТ-динамики по данным регрессионного анализа: ОШ=1,009, ДИ=1,003-1,02, $p < 0,05$. ROC-анализ позволил установить пороговое значение sVCAM-1 – 237,6 нг/мл, с чувствительностью 64% и специфичностью 79,5% позволяющее прогнозировать ухудшение КТ-картины у больных с COVID-19.

Заключение:

Значение маркера провоспалительной дисфункции эндотелия sVCAM-1 прогрессивно увеличивается по мере нарастания степени тяжести поражения легких у пациентов с COVID-19. Данный факт служит еще одним доказательством ключевой роли повреждения эндотелия в патогенезе тяжелого COVID-19. Определение концентрации sVCAM-1 в плазме крови представляет диагностическую ценность в отношении прогнозирования риска развития цитокинового шторма и промежуточной отрицательной КТ-динамики в период стационарного лечения больных с COVID-19.

ВКЛАД БАКТЕРИАЛЬНОГО МЕТАГЕНОМНОГО АНАЛИЗА КАК ПОТЕНЦИАЛЬНОГО БИОМАРКЕРА В ДИАГНОСТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА У ОДНОГО «ОСЛАБЛЕННОГО» ПАЦИЕНТА СТАРШЕ 60 ЛЕТ

Фролова Ю.В., Беджанян А.Л., Дымова О.В.,
Петренко К.Н., Полозкова И.Г., Тюрина Е.А., Цацурова С.А.
ФГБНУ РНЦХ имени академика Б.В. Петровского,
г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и колоректальный рак (КРР) на сегодняшний день занимают лидирующие позиции в структуре смертности среди населения во всем мире, в том числе за счет единых этиологических факторов риска. В последнее десятилетие постепенно выявляется определяющее влияние продуктов ферментации кишечной микробиоты человека на развитие и прогрессирование ССЗ и КРР у одного пациента. Цель работы – определить вклад исследований кишечной микробиоты в комплексном персонализированном клинико-лабораторно-инструментальном обследовании пациентов с коморбидными ССЗ перед радикальным онкохирургическим лечением КРР.

Материал и методы:

В одноцентровое проспективное наблюдательное исследование было включено 30 пациентов, 20 мужчин и 10 женщин, средний возраст – 71,4 лет, с ССЗ и КРР, которым была выполнена резекция опухоли КРР с предварительным «терапевтическим» окном для кардиальной терапии на амбулаторном этапе (54% пациента) на основании кардиоваскулярного и онкологического обследований в рамках клинических протоколов. Первичной конечной точкой была смерть от всех причин. Вторичной конечной точкой были серьезные неблагоприятные сердечно-сосудистые (СС) события. Состояние фекальной микробиоты на дооперационном этапе оценивали стандартизированным методом секвенирования гена 16S рРНК.

Результаты:

Клинический статус пациентов с ХСН (70%) оценивался по Нью-Йоркской классификации (NYHA) ХСН: 11 находились в I ФК, 9 – во II ФК, 1 в III ФК (NYHA). Пациентам с коморбидными ИБС (43%), АГ (96%), ХСН (70%), ОНМК в анамнезе (6%), атеросклерозом периферических сосудов (100%), ФП (37%), сахарным диабетом (30%), нарушением проводимости сердца (60%) предварительная терапия аспирином и статинами на дооперационном периоде не отменялась: 71% пациентов получали ингибиторы АПФ/АРА/неприлизина, 73% – бета-блокаторы, 32,% – блокаторы кальциевых каналов, 17% – антагонисты альдостерона, 10% – диуретическую терапию, 25% дезагрегантную терапию, 68% – статины, 39% – НОАК/варфарин, 21% – антиаритмическую терапию. При анализе ЭХОКГ средняя ФВ ЛЖ составила 49,3%,

среднее СДЛА – 24,8 мм рт. ст. При анализе уровня NT-proBNP среднее значение – 641,7 пг/мл, ЛПНП – 3,68 ммоль/л, высокочувствительного тропонина I – 0,003 пг, средняя СКФ – 51,4 мл/мин. Средняя продолжительность операций составила 219,06 ± 9,47 мин, койко-день в реанимационном отделении – 1,5 дня, общий послеоперационной койко-день – 12,2. В раннем послеоперационном периоде осложнений со стороны СС системы не отмечено. При анализе микробиома кишечника у всех 30 пациентов выявлены признаки низкого разнообразия микробиоты с преобладанием Firmicutes над Bacteroidetes, низкие значения Roseburia, продуцирующих бутират, увеличение бактерий с высоким уровнем провоспалительных цитокинов. Всем пациентам при выписке из стационара был рекомендован прием Enterococcus faecium L3.

Заключение:

Онкопациенты старше 60 лет с КРР подвержены риску развития поликоморбидной СС патологии. Кишечная микробиота является потенциальным биомаркером для адекватной и своевременной стратификации рисков кардиоваскулярных заболеваний и КРР у одного «хрупкого» пациента старше 60 лет. Необходимо продолжить поиск понимания этиологии КРР и ССЗ для выработки эффективных стратегий лечения и реабилитации этих жизнеугрожающих нозологий у одного пациента, в том числе за счет выявления конкретных опухолевых микробов в образцах фекалий.

ВЛИЯНИЕ ДИЕТОТЕРАПИИ НА НЕИНСУЛИНОВЫЙ ИНДЕКС ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

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

Введение (цели/ задачи):

Инсулинорезистентность (ИР) является важным фактором развития и прогрессирования метаболических и сердечно-сосудистых заболеваний. В практической работе для оценки ИР предложены различные неинсулиновые индексы. Одним из таких индексов является индекс ИР – соотношение уровня триглицеридов (ТГ) к холестерину липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП). Цель данного исследования было изучение влияния диетотерапии на индекс ИР, рассчитанный как соотношение уровня триглицеридов (ТГ) к ХС ЛПВП у пациентов сахарным диабетом 2 типа (СД2).

Материал и методы:

в исследовании принимало участие 40 пациентов СД2. Средний возраст пациентов составил 62,8±1,28 лет, продолжительность СД2 – 8,5±0,89 лет. Индекс массы тела в среднем по группе составил 42,0±0,89 кг/м², уровень базальной гликемии при первичном обследовании – 7,1 ммоль/л, гликированный гемоглобин – 6,69%. Все пациенты получали низкокалорийный вариант стандартной диеты (1700 ккал/сут), пероральную сахароснижающую и гиполипидемическую терапию, которая в процессе лечения не менялась. Биохимические показатели в сыворотке крови определяли на биохимическом анализаторе «KONELAB Prime 60i» («Thermo Scientific», Финляндия). Индекс ИР рассчитывали по формуле соотношения базальных уровней ТГ и ХС ЛПВП в сыворотке крови до и после 30-дневного курса диетотерапии.

Результаты:

при первичном обследовании уровень ТГ в среднем по группе составил 2,16±0,12 ммоль/л, ХС ЛПВП – 1,30±0,04 ммоль/л, индекс соотношения ТГ/ХС ЛПВП – 1,80±0,23 ммоль/л. На фоне проводимой диетотерапии отмечается статистически значимое снижение уровня ТГ до 1,80±0,14 ммоль/л ($p=0,002$), индекса соотношения ТГ/ХС ЛПВП – 1,57±0,16 ммоль/л ($p=0,05$). При этом снижение уровня базальной гликемии было статистически незначимым – 6,9 ммоль/л ($p=0,436$).

Заключение:

Полученные данные говорят, что уровень ТГ как до, так и после 30-дневного диетического вмешательства не достиг в среднем по группе целевых показателей, что диктует необходимость коррекции гиполипидемической терапии у пациентов СД2. При этом отмечается

снижение индекса ИР, основанный на соотношении уровня ТГ к ХС ЛПВП у пациентов СД2 снизился. Соотношение ТГ/ХС-ЛПВП является одним из чувствительных индексов ИР, и этот индекс связан со смертностью от всех причин, а также от сердечно-сосудистых заболеваний. Необходимо продолжить изучение роли неинсулиновых индексов ИР в развитии кардиометаболических заболеваний. Разработка изучения методов диетических вмешательств на ИР является перспективной терапевтической мишенью в комплексном лечении пациентов СД2.

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Шамкенов Е.А., Райханов М.А.

КГП на ПХВ «Павлодарский областной кардиологический центр», г. Павлодар, Республика Казахстан

Введение (цели/ задачи):

В 1950 году ожирение было включено в международную классификацию болезней ВОЗ как самостоятельное заболевание. С 2004 года классификацию дополнили рангами по индексу массы тела, которыми пользуются до настоящего времени. По данным статистики ВОЗ ежегодно по меньшей мере 2,8-3 млн. взрослых умирают вследствие избыточного веса или ожирения. В большей части смерть наступает от сердечной недостаточности, а в её развитии немаловажную роль играет как фактор риска ожирение, которое вызывает ремоделирование сердца с последующим истощением миокардиального ресурса. Однако, не всё так однозначно и очевидность этого опровергает такое явление, как «парадокс ожирения». Нужно согласиться с мнением, что окончательный ответ в отношении многообразной роли ожирения на физиологическое состояние организма ещё не найден. Цель исследования изучить степень и характер выраженности ремоделирования сердца при ожирении у пациентов ишемической болезнью сердца.

Материал и методы:

Было обследовано 380 пациентов с ишемической болезнью сердца: мужчин 259 в возрасте от 39 до 76 лет (в среднем $58,6 \pm 7,9$) и 121 женщин от 49 до 78 лет ($68,5 \pm 6,4$). В зависимости от степени ожирения, определенной по индексу массы тела, пациенты были распределены на пять групп (1 группа – норма = 71 пациент, 2 группа – избыточный вес = 147, 3 группа – ожирение I степени = 112, 4 группа – ожирение II степени = 43, 5 группа – ожирение III степени = 7). Морфофункциональную характеристику сердца изучали методом эхокардиографического исследования по стандартной методике с помощью аппарата «Vivid 9» (General Electric, USA). Для обработки данных применялась описательная статистика с помощью программы IBM SPSS Statistic version 23.

Результаты:

Анализ клинического материала под заданным углом зрения выявил дополнительную медицинскую информацию о больных, госпитализированных преимущественно с целевой установкой на реваскуляризацию миокарда по поводу атеросклеротического поражения коронарной системы. В частности, это факты мультифокального атеросклеротического процесса, который кроме коронарной системы затронул и клапанную структуру сердца. Было установлено, что во всех пяти группах у пациентов с определенной частотой коронарная патология сопровождалась поражением аортального клапана кальцификатами, а именно: при нормальном весе в 18% случаев, при избыточном весе – 21%, I-й степени ожирении – 20%, II-й степени – 32%, III-й степени в 100% случаев. Обращает на себя два факта, во-первых, что даже у лиц без лишнего веса отмечается поражение как сосудов, так и клапанных структур сердца атеросклеротическим процессом. И второе, выявлена четкая зависимость частоты кальцификации клапана от степени ожирения. В целом по данным эхокардиографического исследования, существенных признаков ремоделирования сердца в исследуемых группах не отмечалось, кроме одного признака – толщины межжелудочковой перегородки. Так у мужчин она варьировала от $13,29 \pm 2,28$ мм при нормальном индексе массы тела до $16,57 \pm 2,76$ мм при 2-й степени ожирения ($p > 0,05$). У женщин эта тенденция выглядела аналогично: при индексе массы тела в норме межжелудочковой перегородки – $12,81 \pm 2,40$ мм до $15,00 \pm 3,67$ при 2-й степени ожирения

($p > 0,05$). Но при этом была выявлена ещё одна интересная деталь в характере этих нарушений. Для более детального изучения влияния атеросклеротического процесса на состояние сердца, группы пациентов были дополнительно разделены на последующие подгруппы с разграничением пациентов с выявленными кальцификатами и без них. В итоге оказалось, что в группах с пораженным аортальным клапаном на фоне нормального индекса массы тела отмечаются более выражено утолщение межжелудочковой перегородки. Так в 1-й группе – межжелудочковая перегородка увеличилась до 16,0 мм, во 2-й до 14,83 мм, в 3-й до 15,4 мм, в 4-й до 16,8 мм. В мужской группе в отличие от женской, кроме этой тенденции с утолщением межжелудочковой перегородки в зависимости от степени ожирения и кальцификации аортального клапана, была обнаружена едва заметная тенденция снижения систолической функции сердца по фракции выброса: в 1-й группе фракция выброса с 50,3% снизилась до 42,7%; во 2-й группе с 50,4% до 48,7%; в 3-й с 52,8% до 50,2%.

Заключение:

Таким образом, в исследовании выявлено, что у пациентов с ишемической болезнью сердца атеросклеротическое поражение коронарного бассейна не всегда связано с ожирением, очевидно, это следствие нарушение липидного обмена другого характера. Мультифокальный атеросклероз вовлекает в патологический процесс кроме сосудов и клапанный аппарат сердца, при этом начинается процесс морфофункциональных нарушений в виде гипертрофической кардиомиопатии (утолщение межжелудочковой перегородки) и снижения систолической функции сердца.

ВЛИЯНИЕ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ УСТЬЕВ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН

Махинова М.М., Бубнова М.Г., Аронов Д.М.

ФГБУ «НМИЦ терапии и профилактической медицины»

Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Оценить влияние персонализированной шестимесячной программы физической реабилитации на показатели физической работоспособности (ФРС) у пациентов с фибрилляцией предсердий после радиочастотной аблации устьев легочных вен (РЧА ЛВ) по результатам теста с шестиминутной ходьбой (ТШХ).

Материал и методы:

Включенные в исследование пациенты были рандомизированы на две группы: 1 группа – пациенты, участвовавшие в программе физических тренировок (группа ФТ; $n=24$, средний возраст $57,0 \pm 8,5$ лет), 2 группа – контроль (группа К; $n=24$, средний возраст $55,0 \pm 9,8$ лет). Программа персонализированных физических тренировок назначалась на следующий день после РЧА ЛВ и длилась до 6 месяцев. Показатели ФРС оценивались по результатам ТШХ через 2 дня после РЧА ЛВ и 6 месяцев наблюдения. Общая продолжительность исследования составила 6 месяцев.

Результаты:

Исходно группы пациентов в исследовании были сопоставимы по изучаемым параметрам ФРС. Через 6 месяцев после РЧА ЛВ в группе ФТ отмечалось достоверное удлинение пройденной при ТШХ дистанции на 9,2% ($p < 0,01$), увеличение скорости ходьбы на 9,2% ($p < 0,001$), расчетного показателя потребления O_2 на 6,6% ($p < 0,001$), метаболических единиц на 7,7% ($p < 0,001$), энергозатрат в минуту на 10,2% ($p < 0,01$), отмечено достоверное уменьшение ЧСС перед и после выполнения ТШХ на 4,7% ($p < 0,05$) и 5,1% ($p < 0,05$). В группе К показатели ФРС в течение всего периода наблюдения достоверно не изменялись. При анализе динамики показателей ФРС в подгруппах тренировавшихся пациентов моложе и старше 50 лет выявлен достоверный рост к 6му месяцу: величина пройденной при ТШХ дистанции на 8,5% ($p < 0,001$) и 9,9% ($p < 0,001$), соответственно, скорость ходьбы на 8,5% ($p < 0,05$) и 9,8% ($p < 0,05$), соответственно, расчетного показателя потребления O_2 на 6,6% ($p < 0,001$) и 7,5% ($p < 0,001$), соответственно, метаболических единиц на 7,7% ($p < 0,001$) и 7,9% ($p < 0,001$), соответственно, энергозатрат на 6,1% ($p < 0,001$) и 8,3% ($p < 0,001$), соответственно. Достоверных

различий по показателям ФРС между подгруппами тренировавшихся больных не было. В группе К показатели ФРС в течение 6-ти месяцев наблюдения в обеих подгруппах значимо не менялись. При анализе показателей ФРС в подгруппах пациентов, принимавших участие в программе физической реабилитации, с длительностью фибрилляции предсердий менее 5 и более 5 лет было отмечено: увеличение пройденной при ТШХ дистанции на 9,8% ($p < 0,001$) и 8,7% ($p < 0,001$), соответственно, скорости ходьбы – на 9,7% ($p < 0,001$) и 8,7% ($p < 0,001$), соответственно, расчетного показателя потребления O_2 – на 5,3% ($p < 0,001$) и 8,6% ($p < 0,001$), соответственно, метаболических единиц – на 7,7% ($p < 0,001$) и 7,9% ($p < 0,001$), соответственно, энерготрат – на 8,2% ($p < 0,001$) и 8,3% ($p < 0,001$), соответственно. Достоверных различий по показателям ФРС между подгруппами тренировавшихся больных не было. В группе К показатели ФРС в течение 6-ти месяцев наблюдения в обеих подгруппах не изменялись.

Заключение:

Участие пациентов с фибрилляцией предсердий после РЧА ЛВ в персонализированной шестимесячной программе физической реабилитации способствует существенному улучшению показателей ФРС.

ВЛИЯНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ ДОКСОРУБИЦИНОМ И ЦИКЛОФОСФАМИДОМ НА АРТЕРИАЛЬНУЮ ЖЕСТКОСТЬ У ЖЕНЩИН С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ НОРМОТЕНЗИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Саталкина Т.С.¹, Бродская Т.А.², Гельцер Б.И.²

¹ГБУЗ «Приморский краевой онкологический диспансер»,

г. Владивосток, Российская Федерация;

²ФГАОУ ВО «Дальневосточный федеральный университет»,

г. Владивосток, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Рак молочной железы (РМЖ) остается одной из ведущих причин смертности среди женщин от злокачественных новообразований. Современные протоколы лечения включают различные режимы химиотерапии (ХТ), среди которых комбинация доксорубицина и циклофосфамида (АС-режим) является одним из стандартных вариантов лечения. Однако данный режим обладает значимой кардио- и васкулотоксичностью. Одним из таких эффектов является повышение артериальной жесткости, что ассоциируется с изменениями артериального давления (АД) и повышением сердечно-сосудистого риска. Артериальная жесткость – это мера упругости артерий, которая отражает состояние сосудистой стенки и является важным показателем сердечно-сосудистого здоровья. Цель. Оценка влияния ХТ доксорубицином и циклофосфамидом на параметры артериальной жесткости у женщин с впервые выявленным РМЖ на фоне нормотензии и сопутствующей АГ.

Материал и методы:

В исследование были включены 154 женщины в возрасте от 25 до 63 лет с диагнозом РМЖ IIA-IIIВ, которые получали адьювантную ХТ доксорубицином и циклофосфамидом. Пациентки были разделены на две группы: 109 женщин с нормальным или высоким нормальным «офисным» АД и 45 женщин с АГ (артериальное давление 140/90 мм рт. ст. и выше). Всем пациенткам проводилась стандартная адьювантная ХТ по схеме АС до 4-х курсов: Доксорубицин 60 мг/м² и Циклофосфамид 600 мг/м². Артериальную жесткость оценивали путем проведения неинвазивной артериографии до начала химиотерапии и через 7–14 дней после ее окончания. Исследовали следующие параметры артериальной ригидности: скорость распространения пульсовой волны (СРПВ), индекс аугментации (ИА), центральное систолическое АД (цСАД), пульсовое давление (ПД), индексы систолической и диастолической площади (ИПС, ИПД). Значения показателей определялись как оптимальные (ИА < –30%; СРПВ < 7,0 м/с), нормальные (ИА от –30 до –10%; СРПВ 7,0-10 м/с), повышенные (ИА от –10 до 10%; СРПВ 10-12 м/с), патологические (ИА > 10%; СРПВ > 12 м/с). Значимых различий по возрасту, индексу массы тела и другим основным характеристикам между группами не выявлено.

Результаты:

Ключевые параметры, характеризующие жесткость артерий, такие как СРПВ и ИА, исходно (до ХТ) были достоверно выше в группе пациенток

с АГ, чем в группе лиц с нормальным АД. В результате исследования было установлено, что ХТ доксорубицином и циклофосфамидом приводит к повышению артериальной жесткости в обеих группах. Так, среди женщин с нормальным АД фиксировался статистически значимый прирост показателей СРПВ ($p = 0,016$) и ИА ($p < 0,0001$). Данные изменения были более выражены в группе пациенток с АГ ($p < 0,0001$). При этом уровень СРПВ > 10 м/с до начала ХТ фиксировался у 37,7% женщин с АГ, а после окончания ХТ – у 60%. Патологический уровень СРПВ в данной группе лиц отмечен в 17,7% и 26,6% случаях, соответственно. Достоверных изменений в параметрах ПД, цСАД и ИПД в исследуемых группах выявлено не было. Среди пациенток с АГ значение ИПС было выше по сравнению с контрольной группой ($p = 0,014$). Также было отмечено, что повышение артериальной ригидности было более выраженным у пациенток старшего возраста, с избыточной массой тела или ожирением.

Заключение:

Таким образом, ХТ комбинацией доксорубицина и циклофосфамида оказывает значимое влияние на артериальную жесткость у женщин с РМЖ, при этом эффект более выражен у пациенток с сопутствующей АГ. Это может быть связано с окислительным стрессом, развитием эндотелиальной дисфункции, а также прямым кардиотоксическим действием доксорубицина. Повышение артериальной ригидности, в свою очередь, может увеличивать риск сердечно-сосудистых осложнений у данной группы больных. Так, мониторинг артериальной жесткости у женщин с РМЖ на фоне ХТ может быть полезен для ранней диагностики и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

ВЛИЯНИЕ ЭТНИЧЕСКИХ РАЗЛИЧИЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Щеглова А.В.¹, Сумин А.Н.¹, Гомозова Н.С.², Архипов О.Г.²

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»,

г. Кемерово, Российская Федерация;

²ГБУЗ «Мысковская городская Больница»,

г. Мыски, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Сравнение показателей эхокардиографии у пациентов с артериальной гипертензией двух этнических групп, проживающих на юге Кемеровской области.

Материал и методы:

В исследование были включены больные артериальной гипертензией: 58 коренных и 50 некоренных урбанизированных жителей Горной Шории, сопоставимых по возрасту, и разделенных по этническому и гендерному признаку на 4 группы: мужчины коренной национальности ($n = 20$), женщины коренной национальности ($n = 38$), мужчины некоренной национальности ($n = 15$) и женщины некоренной национальности ($n = 35$). Всем было выполнено эхокардиографическое исследование. Изучались структурные показатели левых и правых отделов сердца, индексированные к площади поверхности тела (ППТ), данные импульсно-волновой доплерометрии и цветового М-модального исследования атриовентрикулярных потоков, данные спектральной тканевой доплерометрии.

Результаты:

У мужчин и женщин шорской национальности масса тела и ППТ были ниже, чем у мужчин и женщин некоренной национальности ($p = 0,0014$ и $p = 0,004$). Индекс массы миокарда (ММ) левого желудочка (ЛЖ) был наибольшим в группе мужчин-шорцев, но различия не были значимыми по сравнению с другими группами. Индекс легочной артерии был существенно больше у мужчин шорской национальности ($p = 0,049$), размеры правого предсердия – наименьшими ($p = 0,04$). Систолическая экскурсия перегородки (s'септ) была наибольшей ($p = 0,004$), а индекс производительности ЛЖ – наименьший ($p = 0,012$) у мужчин-шорцев. Также в этой группе отмечено минимальное время изоволюмической релаксации ($p = 0,03$) и наивысшая скорость раннедиастолического наполнения ЛЖ ($p = 0,04$). При оценке корреляционных связей с индексом ММЛЖ у лиц шорской национальности его увеличение было ассоци-

ировано с диастолическим артериальным давлением (ДАД), уровнем глюкозы и мочевины. У европеоидов с ИММЛЖ коррелировали окружность талии и уровнем ДАД.

Заключение:

При эхокардиографическом исследовании больных артериальной гипертензии обнаружены особенности структурных и функциональных показателей у представителей коренного урбанизированного населения Горной Шории в сравнении с представителями некоренного населения. Данное исследование может быть полезным в оценке влияния развития артериальной гипертензии, а также влияния смены образа жизни шорцев при переезде в город из сельской местности на этнические различия в показателях эхокардиографии.

ВНУТРИМИОКАРДИАЛЬНЫЙ СТРЕСС ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Третьяков С.В.

Новосибирский государственный медицинский университет,
г. Новосибирск, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Высокая распространённость сосудистой патологии, и прежде всего АГ, значительный удельный вес её среди причин смертности обуславливает необходимость дальнейшего изучения факторов риска развития этого заболевания. В частности, уточнение роли возрастного фактора в ее возникновении. Цель исследования. Изучить состояние внутримикардиального стресса левого желудочка у больных артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от возраста.

Материал и методы:

Обследованы больные с АГ второй степени и второй стадии. В зависимости от возраста группа была разделена на подгруппы. Первую составили больные 60-74 лет (50 человек), вторую – 75 лет и старше (50 человек). Первая группа сравнения представлена лицами без АГ 60-74 лет (20 человек), вторая (20 человек) – лицами без АГ 75 лет и старше. Определяли общий объём левого желудочка (V общ ЛЖ, мл), объём его миокарда (Vm, мл), массу миокарда (ИММЛЖ, г), индекс массы миокарда (ИММЛЖ, г/м²), систолическое внутривентрикулярное давление (СВЖД, дин/см²), интенсивность функционирования структур (ИФС, ед) ЛЖ, циркулярный внутримикардиальный диастолический (σ кд, дин/см²) и систолический (σ кс, дин/см²) стрессы, внутримикардиальный меридиональный систолический (σ мс, дин/см²) и диастолический (σ мд, дин/см²) стрессы.

Результаты:

В первой основной группе, в отличие от первой группы сравнения, отмечается увеличение V общ на 12,2% ($p < 0,05$), Vm на 14,8% ($p < 0,05$), ИММЛЖ на 14,6% ($p < 0,05$), ИММЛЖ на 12,7% ($p < 0,05$) на фоне снижения ИФС на 15,2% ($p < 0,05$). При этом отмечается возрастание σ кд на 29% ($p < 0,01$), σ мд на 23,6% ($p < 0,01$) и снижение σ кс в 3 раза ($p < 0,05$), σ мс на 40,9% ($p < 0,01$). У лиц с АГ в возрасте 75 лет и старше, в отличие от второй группы сравнения также отмечается повышение Vобщ ЛЖ на 18,6% ($p < 0,05$), Vm на 21,8% ($p < 0,05$), ИММЛЖ на 23,4% ($p < 0,05$) и ИММЛЖ на 38,8% ($p < 0,05$) при снижении ИФС на 4%. При этом отмечается возрастание σ кд на 12% ($p < 0,01$), σ мд на 38% ($p < 0,01$) и снижение σ кс в 3 раза ($p < 0,05$) и σ мс в 1,95 раза ($p < 0,01$). В группе больных АГ в возрасте 75 лет и старше, в отличие от больных АГ в возрасте 60-74 лет, отмечались большие значения ИММЛЖ на 11,3% ($p < 0,05$) при отсутствии статистически значимых отличий по объёмным значениям левого желудочка и ИФС. СВЖД возрастало на 7,9%. При этом отмечается снижение σ кд на 13,1% ($p < 0,01$) и σ мд на 14,1% ($p < 0,01$) при статистически недостоверных отклонениях стресса в систолу.

Заключение:

У больных АГ с увеличением возраста, отмечается уменьшение стресса в кольцевом направлении в диастолу, за счет уменьшения преднагрузки на ЛЖ, а также в меридиональном направлении в диастолу, за счет ремоделирования полости ЛЖ.

ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ МНОЖЕСТВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Мамараджапова Д.А., Пулатова З.А.

Клиника «Американ Хоспитал», г. Ташкент, Республика Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Изучение гендерных и возрастных различий в характеристиках многососудистого поражения коронарных артерий у пациентов с аортокоронарным шунтированием (АКШ) с акцентом на выявление ключевых закономерностей, связанных с полом и возрастом.

Материал и методы:

Ретроспективно проанализированы данные 234 пациентов, перенесших плановое аортокоронарное шунтирование (АКШ) в 2022 году в клинике «Американ Хоспитал», г. Ташкенте. Оперированные пациенты распределены по возрастным категориям: 40-49 лет (7,2%), 50-59 лет (29%), 60-69 лет (45,7%), 70-79 лет (16,6%) и старше 80 лет (1,3%). Средний возраст составил 61,5±5,1 года. Дополнительно учтен гендерный состав: 81,6% мужчин, 18,3% женщины. Для анализа применялись методы непараметрической статистики с использованием программ SPSS 26.0 и R 4.0.2.

Результаты:

Результаты исследования подтверждают, что многососудистое поражение коронарных артерий имеет возрастную зависимость, достигая пика у пациентов в возрасте 60-69 лет (48% случаев среди мужчин против 41% среди женщин). У женщин значимую роль играли такие факторы, как сахарный диабет 2 типа (72% случаев множественного поражения против 65% у мужчин) и артериальная гипертензия (99% женщин против 87,5% мужчин). У пациентов обоего пола старше 60 лет выявлена связь между наличием острого инфаркта миокарда в анамнезе и трехсосудистым поражением (73% у мужчин, 67% у женщин). Гендерные различия проявлялись в более выраженной коморбидности у женщин старше 70 лет.

Заключение:

1. Результаты исследования указывают на гендерно-возрастную специфику многососудистого поражения коронарных артерий с пиком проявления в группе 60-69 лет, где мужчины демонстрируют более частое поражение, а тогда как женщины – большую коморбидность, включая сахарный диабет и артериальную гипертензию. 2. Основные клинические предикторы (ОИМ, СД 2 типа, АГ) имеют различную выраженность в зависимости от пола, что требует учета при выборе тактики реваскуляризации у пациентов старше 60 лет. 3. Полученные данные могут способствовать совершенствованию подходов к отбору пациентов на АКШ с учетом гендерных и возрастных особенностей, а также разработке индивидуализированных стратегий послеоперационного наблюдения.

ГИСТОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИТРАЛЬНЫХ КЛАПАНОВ СЕРДЦА СО СТЕНОЗОМ, ВОЗНИКШИМ НА ФОНЕ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Хрячкова О.Н., Хуторная М.В., Сеницкая А.В.,

Клюева А.А., Поддубняк А.О., Сеницкий М.Ю.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»,
г. Кемерово, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Ревматическая болезнь сердца (РБС) – приобретенный порок сердца, развивающийся в следствии аутоиммунной реакции на грамположительную бактерию Streptococcus pyogenes у генетически предрасположенного хозяина. Несмотря на то, что в последние годы среди приобретенных пороков сердца преобладает дегенеративное поражение клапанов с кальцинозом, около 33 млн человек имеют установленный диагноз «ревматическая болезнь сердца». Цель: Определить гистопатологические особенности митрального стеноза, развивающегося на фоне ревматической болезни сердца (РБС).

Материал и методы:

Материалом для исследования послужили иссеченные во время оперативного вмешательства створки нативных клапанов сердца, полу-

ченные от пациентов с РБС (n=21) и пациентов с кальцинирующим аортальным стенозом (КАС) (n=19). Иммуногистохимическое окрашивание на иммунные клетки (пан-лейкоцитарный маркер (CD45), маркер макрофагов (CD68), маркер Т-лимфоцитов (CD3), маркер В-лимфоцитов (CD19), миелопероксидаза нейтрофилов (MPO)) и маркер эндотелия сосудов (CD31) выполняли с использованием коммерческого набора Novolink Polymer Detection Systems (Leica Biosystems, Германия). Образцы после иммуногистохимического окрашивания анализировали с использованием светового микроскопа AxioImager. A1 (Zeiss, Германия), обработку изображений производили с помощью программы AxioVision (Zeiss, Германия). Выделение тотальной РНК осуществляли с использованием реагента TRizol (Invitrogen, США) с дальнейшим проведением количественной полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией. Относительный уровень экспрессии генов был нормирован на гены «домашнего хозяйства» (ACTB, GAPDH, B2M).

Результаты:

Иммунофенотипирование продемонстрировало наличие воспалительных инфильтратов во всех изучаемых нативных створках митральных клапанов (МК), а также аортальных клапанов (АК), которые были представлены макрофагами (CD68+) и клетками лейкоцитарного ряда (CD45+), а также единичными Т-клетками (CD3+). Кроме того, кальцинированные АК характеризовались отсутствием нейтрофилов и В-лимфоцитов, в то время как в МК наблюдалась более высокая инфильтрация MPO+ и CD19+ клетками. Следует также отметить, что во всех створках в фиброзном слое отмечено наличие CD31+ клеток, а также очагов интенсивной неоваскуляризации. Анализ экспрессии генов продемонстрировал гиперэкспрессию генов IL1B, IL6, IL8 и TNFa, а также снижение уровня мРНК генов IL33, CCL4 и CXCL1 в нативных клапанах сердца у пациентов с митральным стенозом на фоне РБС.

Заключение:

Проведенное исследование показало, что створки нативных МК сердца со стенозом характеризуются локальным воспалительным ответом, очагами неоваскуляризации, а также агрессивной инфильтрацией нейтрофилами и В-лимфоцитами в противоположность АК с кальцинирующим аортальным стенозом.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДВОЙНОЙ БЛОКАДЫ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ АЗИЛСАРТАНОМ И ФИНЕРЕНОНОМ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Михайличенко Е.С., Багрий А.Э., Кардашевская Л.И.,

Совпель Я.А., Андрусак А.Ю.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет

имени М. Горького» Минздрава России,

г. Донецк, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Вопросы выбора оптимальной гипотензивной и органопротекторной терапии у больных с сахарным диабетом 2 типа (СД2т) и артериальной гипертензией (АГ) остаются предметом дискуссии. Цель – оценить эффективность и безопасность терапии азилсартаном и финереноном, направленной на двойную блокаду ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), у лиц с СД2т и АГ.

Материал и методы:

В исследование вошли 178 больных с АГ и СД2т (83 (46,6%) мужчины и 95 (53,4%) женщин в среднем возрасте 63,4±8,8 лет), у которых, несмотря на прием гипотензивных средств, целевые уровни артериального давления (АД) не были достигнуты. В исследование не включались больные, ранее принимавшие в составе терапии антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМКР), лица с уровнями гликированного гемоглобина (HbA1c) ≥8% и фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) <40%. Больные были рандомизированы на 2 группы: в группе 1 (n=97) больным назначали азилсартан в начальной дозе 40-80 мг/сут; в группе 2 (n=81) назначали азилсартан в тех же дозах в комбинации с финереноном в дозе 10 мг/сут. Через 1 месяц лечения при недостижении целевых уровней АД в обеих группах предусматривали добавление к терапии индапамида 2,5 мг/сут и/или амлодипина

2,5-10 мг/сут и/или моксонидина 0,2-0,4 мг/сут и/или небиволола 5-10 мг/сут. Всем больным исходно и неоднократно в динамике проводили суточное мониторирование АД (СМАД), эхокардиографию (ЭхоКГ), ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий, определение уровней креатинина с расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ), калия, HbA1c. Длительность наблюдения составила 8 месяцев. Статистическую обработку проводили с использованием программы STATISTICA for Windows (2015).

Результаты:

Через 1 месяц лечения целевые уровни АД были достигнуты в группе 1 – у 40 (41,2%), в группе 2 – у 48 (59,3%) больных, p<0,05. По данным СМАД в обеих группах отмечалось достоверное улучшение вариабельности АД, величины и скорости утреннего подъема АД, а также существенное увеличение доли больных с категорией СМАД dipper, более значимо в группе 2, p<0,05. После коррекции гипотензивной терапии целевые уровни АД были достигнуты у всех больных в обеих группах. Для этого все 178 больных нуждались в приеме как минимум еще одного гипотензивного препарата, 29 (29,9%) больных группы 1 и 48 (59,3%) больных группы 2 – двух, 52 (53,6%) и 30 (37,0%) – трех, 16 (16,5%) и 3 (3,7%) – четырех из предусмотренных протоколом исследования гипотензивных средств, соответственно, все p<0,05. Через 8 месяцев от начала лечения в обеих группах прослеживалось отчетливое улучшение показателей ЭхоКГ: уменьшение конечно-диастолического размера ЛЖ на 0,91±0,44 мм и 2,53±0,84 мм, массы миокарда ЛЖ на 6,96±5,51 г и 9,43±7,21 г, уменьшение объема левого предсердия на 2,15±1,23 мл и 3,24±1,45 мл, повышение ФВ ЛЖ на 1,32±2,13% и 2,26±2,84% в группах 1 и 2, соответственно, более значимо в группе 2, p<0,05. Также лечение в обеих группах сопровождалось повышением СКФ на 1,22±1,05 мл/мин в группе 1 и на 2,83±2,21 мл/мин в группе 2, p<0,05, а в группе 2 и уменьшением толщины комплекса интима-медиа общих сонных артерий на 0,16±0,12 мм. В течение периода наблюдения ни в одном из случаев не было отмечено повышения уровней калия крови до величин >5,5 ммоль/л и возрастания содержания креатинина крови более чем на 15% в сравнении с исходными значениями.

Заключение:

Азилсартан обладает мощным гипотензивным эффектом и благотворно влияет на суточный профиль АД. При этом двойная блокада РААС с применением комбинации азилсартана и финеренона показала ряд серьезных преимуществ по влиянию не только на уровни и профиль АД уже на старте терапии, но и продемонстрировала высокую кардио-, вазо- и ренопротекторную эффективность у больных с АГ и СД2т.

ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ С ПОМОЩЬЮ ШКАЛ MMSE И FAB У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Муханова С.Э., Сафронова Т.А., Чернова П.С.,

Конченко Е.Р., Подзолков В.И.

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский

университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)

Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Во всем мире продолжает расти количество людей с артериальной гипертензией (АГ), которая может приводить к сердечно-сосудистым осложнениям и инвалидизации. Известно, что при АГ происходит поражение глубоких отделов белого вещества головного мозга (ГМ) и базальных ганглиев, что способствует нарушению связи лобных долей ГМ и подкорковых структур (феномен корково-подкоркового разобщения). Актуальной задачей остается диагностика легких когнитивных нарушений (КН) у пациентов с АГ. Цель: Изучить взаимосвязь когнитивных нарушений и лобной дисфункции у пациентов с артериальной гипертензией.

Материал и методы:

В исследование было включено 121 человек, из них у 90 была эссенциальная АГ II стадии 1-3 степени, у 31 – нет. В исследование не включались пациенты с поражением ЦНС, дегенеративными и психическими расстройствами нервной системы. Участники с АГ были поделены на 2 группы: 1 группа – пациенты с АГ 1-2 степени, 2 группа – пациенты с 3 степенью. В 1 группе был 31 участник со средним возрастом

59,8±10,1, из них мужчин N 14/45,2%, во 2 группе – 59 участников со средним возрастом 60,9±10,3, из которых мужчин N 23/39% и в 3 группе (группа контроля) – 31 участник со средним возрастом 50,6±10,1 из них мужчин N 13/41,9%. Всем пациентам была проведена оценка когнитивного статуса с помощью теста: MMSE – краткая шкала оценки психического статуса (Mini-mental State Examination) – опросник из 10 вопросов с максимальным баллом 30, оценивающий ориентировку во времени и в месте, восприятие, концентрацию внимания, память, речь и выполнение команд; FAB – батарея лобной дисфункции (The Frontal Assessment Battery) – тест, который направлен на оценку функций фронтальных долей головного мозга, оценивая концептуализацию (функцию обобщения), беглость речи, динамический праксис, простую и усложненную реакцию выбора и хватательный рефлекс. Наличие КН устанавливалось по шкале MMSE: 28-30 – нет КН, <28 – есть КН. По шкале FAB: 16-18 баллов – нормальная лобная функция, <16 – лобная дисфункция. Достоверность различий определяли с помощью непараметрического теста Манна-Уитни. Результаты представлены как M±SD.

Результаты:

По результатам исследования: в 1 группе – MMSE 28,2±1,5, FAB 17,2±1,3; в 2 группе – MMSE 27,2±2,3, FAB 16,1±2,6; в 3 группе – MMSE 28,4±1,2, FAB 17,6±0,6. По наличию КН: в 1 группе у N 8/31 участников = 25,8% имеются КН, во 2 группе – N 27/59 = 45,8%, в 3 группе – N 6/31 = 19,4%. Лобная дисфункция: в 1 группе у N 2/31 участников = 6,5% имеется лобная дисфункция, во 2 группе – N 16/56 = 28,6%, в 3 группе – нет пациентов с лобной дисфункцией. При сравнении данных шкалы MMSE между 1 и 2 группами (p=0,032), между группами 2 и 3 (p=0,017) была выявлена статистическая значимость. По тесту FAB между группами 1 и 2, 2 и 3 также была выявлена статистически значимая отличия p=0,043 и p=0,007 соответственно. При более детальном рассмотрении области поражения ГМ при АГ было выявлено, что, в первую очередь, по шкале MMSE и FAB между группами 2 и 3 нарушается концентрация внимания и счета (p=0,045), память (p=0,05), динамический праксис (p=0,003) и усложненная реакция выбора (p=0,031). Была установлена положительная корреляционная связь умеренной силы по баллам шкалы MMSE и баллам теста FAB, оцененная с помощью ранговой корреляции Спирмена (rs = 0,539; 95% ДИ: 0,39-0,66; p<0,001). Среди участников с КН было выявлено 33,3% пациентов с лобной дисфункцией.

Заключение:

У больных с 3 степенью АГ были выявлены более выраженные нарушения когнитивных функций, в том числе лобная дисфункция: преобладали нарушения концентрации и счета, нарушение памяти, динамического праксиса и усложненной реакции выбора. У трети больных с КН имеются нарушения, связанные с лобной дисфункцией.

ДИЗАЙН НАНОЧАСТИЦ ДЛЯ ДОСТАВКИ ДИНИТРОЗИЛЬНЫХ КОМПЛЕКСОВ ЖЕЛЕЗА (ДОНОРОВ ОКСИДА АЗОТА) В КЛЕТКИ ОРГАНИЗМА ДЛЯ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Агентьева Н.П.¹, Санина Н.А.^{1,2}, Гизатуллин А.Р.¹, Никишина Н.С.¹, Антонов Ю.А.³

¹Федеральный исследовательский центр проблем химической физики и медицинской химии РАН, г. Черноголовка, Российская Федерация;

²МГУ имени М.В. Ломоносова, г. Москва, Российская Федерация;

³Институт биохимической физики имени Н.М. Эмануэля РАН, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти во всем мире, приводя к более чем 17 миллионам смертей в год. Основными причинами глобального бремени ССЗ являются ишемическая болезнь сердца и инсульт (49% и 35% от общего бремени соответственно). Современные фармакологические методы лечения ССЗ связаны с побочными эффектами или неэффективны в остановке прогрессирования ССЗ. Поэтому для преодоления этих ограничений является актуальной разработка наночастиц для целенаправленной доставки лекарственных средств для терапии сердечно-сосудистых заболеваний.

В настоящее время в кардиологии для лечения ишемической болезни сердца широко используются препараты, являющиеся донорами оксида азота (NO). Молекула NO участвует в регуляции тонуса мелких и средних сосудов, вазодилатации, способствует расслаблению гладкой мускулатуры, NO является кардиопротекторным медиатором при различных кардиологических процессах, таких как ишемия, артериальная гипертензия, инсульт. Динитрозильные комплексы железа (ДНКЖ) с функциональными серосодержащими лигандами являются донорами оксида азота. Цель работы: дизайн наночастиц для доставки динитрозильных комплексов железа (доноров оксида азота) в клетки и изучение влияния комплексов наночастицы-динитрозильный комплекс железа на жизнеспособность кардиомиоцитов и почечных эпителиальных клеток.

Материал и методы:

Наночастицы (хитозан-гиалуроновая кислота) были получены методом химической модификации с помощью «кросс-сшивающих» реагентов (EDC/NHS). Динитрозильные комплексы железа, доноры оксида азота (ДНКЖ№3 [Fe(SC(NH₂)₂)₂(NO)₂]₂[Fe₂(S₂O₃)₂NO₄]; ДНКЖ№4 [Fe(SC(NH₂)(NHC₂H₅))₂(NO)₂]₂Cl·[Fe(SC(NH₂)(NHC₂H₅))Cl(NO)₂] и ДНКЖ№6 [Fe(SC(NH₂)₂(NO)₂]₂(Cl)(ClO₄)H₂O) инкапсулировали в наночастицы методом физической ассоциации. Размер наночастиц определяли методом электронной микроскопии, поверхностный заряд определяли методом динамического светорассеяния. Влияние комплексов (наночастицы-ДНКЖ) на жизнеспособность кардиомиоцитов (клеточная линия H9c2) и почечных эпителиальных клеток (клеточная линия Vero) оценивали флуоресцентным методом (Alamar Assay).

Результаты:

Результаты исследования показали, что комплекс наночастицы-ДНКЖ№3 повышал жизнеспособность клеток Vero в 1,8 раза, а комплекс наночастицы-ДНКЖ№4 повышал жизнеспособность клеток Vero в 1,5 раза. Установлено, что комплекс наночастицы-ДНКЖ№6 повышал жизнеспособность клеток Vero в 1,8 раза. Показано, что ДНКЖ№3 в составе наночастиц увеличивал жизнеспособность кардиомиоцитов в 3,3 раза.

Заключение:

Таким образом, разработаны наночастицы для доставки ДНКЖ в клетки организма, которые являются нетоксичными, обладают цитотропными свойствами и имеют потенциал для сайт-специфической терапии сердечно-сосудистых заболеваний.

ДИНАМИКА ОБРАЗА ЖИЗНИ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ

Агиенко А.С., Строкольская И.Л., Цыганкова Д.П., Артамонова Г.В. ФГБНУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, г. Кемерово, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Цель – оценить динамику факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), риска развития ССЗ (согласно шкале SCORE2) и изменения образа жизни у жителей города Кемерово за период 2016-2019 гг.

Материал и методы:

В исследовании участвовали 1019 респондентов, 28,9% (n=295) мужчин, 71,1%, (n=724) женщин, преобладали лица старше 50 лет. Первый этап проведен в 2016 г., второй – в 2019 г. В зависимости от состояния здоровья на втором этапе исследования участники разделены на группы: 1 – относительно-здоровые (n=726), 2 – исходно здоровые и заболевшие атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями (ACC3), инсультом и/или сахарным диабетом (СД) на втором этапе (n=64), 3 – исходно страдающие ACC3, инсультом и/или СД (n=201). Проведена характеристика групп по основным факторам сердечно-сосудистого риска (ССР): холестерин не-липопротеидов высокой плотности (ХС-нЛПВП), холестерин (ХС), систолическое артериальное давление (САД), курение, индекс массы тела (ИМТ). ССР определен согласно европейским рекомендациям, применялась шкала SCORE2. Коррекцию образа жизни (ОЖ) и получение профилактических рекомендаций определяли методом анкетирования. При статистической обработке данных использовались методы описательной статистики, критический уровень значимости принимался ≤0,05.

Результаты:

Выявлены снижения медиан факторов ССР – ХС-нелПВП, ХС и САД: в группе 1 снижение составило 0,2 ммоль/л, $p=1,0$, 0,1 ммоль/л, $p=0,233$, и 7 мм рт. ст., $p=0,579$ соответственно; в группе 2 – на 0,9 ммоль/л, $p=1,0$, 0,5 ммоль/л, $p=1,0$, и 16 мм рт. ст., $p=1,0$ соответственно; в группе 3 – на 0,3 ммоль/л, $p=0,344$, 0,1 ммоль/л, $p=1,0$ и 7 мм рт. ст. $p=1,0$. В группе 1 уменьшилось число курящих на 4,7%, $p=0,000$; в группе 2 и 3 курильщиков стало больше на 9,1 и 2,9%, соответственно, $p=0,000$. ИМТ снизился в группе 2 на 0,1 кг/м², $p=1,0$ в группе 1 и 3 – увеличился на 0,5 и 0,2 кг/м² соответственно, $p=1,0$. Анализ 10-летнего ССР показал, что у относительно-здоровых лиц 40-49 лет медиана уровня изменилась с 4 [3;7] до 4 [3;6], $p=0,007$, у лиц в возрасте 50-59 лет – с 10 [7;14] до 9 [7;12], $p=0,010$, а у респондентов 60-69 лет – с 19 [16;23] до 18 [14;22], $p=0,420$. Анализ изменений ОЖ показал, что в группе 1 самостоятельно изменили ОЖ 24% ($n=173$), против 49% ($n=354$), $p=0,000$. Рекомендациями по изменению ОЖ было охвачено 27,4% ($n=199$). Последовали рекомендациям по коррекции факторов ССР 16% ($n=114$) против 12% ($n=85$), $p=0,000$. Группа 2: о коррекции ОЖ без рекомендации сообщили 16% ($n=10$), по сравнению с четвертью респондентов (25%, $n=16$), не менявших прежних привычек, $p=0,030$. Более половины респондентов получили рекомендации по коррекции факторов ССР (59,4%, $n=38$). Последовали рекомендованным профилактическим мерам 39% ($n=25$) лиц против 20,3% ($n=13$), $p=0,030$. Группа 3: самостоятельно изменили ОЖ 21,4% участников ($n=43$) по сравнению с 40,3% ($n=81$), $p=0,000$. Профилактическими рекомендациями воспользовались 25,4% ($n=51$) против 13,0% ($n=26$), $p=0,000$. Всего получили рекомендации по профилактике 38,3% ($n=77$).

Заключение:

Из всех изученных факторов положительная динамика наблюдалась у ХС-нелПВП, ХС и САД во всех группах исследования за период 2016-2019 гг. Наибольший охват (59,4%) профилактическими рекомендациями и последующая приверженность к ним (39%) была в группе заболевших АССЗ, инсультом и/или СД на втором этапе. Наибольшее число лиц, которые изменили ОЖ без рекомендации врача, было в группе относительно-здоровых (24%). Показано снижение 10-летнего ССР в динамике во всех возрастных группах, а у респондентов 50-59 лет произошла смена группы риска с очень высокого на высокий.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ И ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Тимофеева О.В., Скибицкий В.В., Фендрикова А.В.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Краснодар, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Период менопаузы у женщин, особенно при сочетании артериальной гипертензии (АГ) с тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР), сопровождается значимым повышением сосудистой ригидности. Патологическое ремоделирование артериальной стенки, увеличение скорости распространения пульсовой волны и центрального аортального давления ведет к развитию осложнений и неблагоприятных исходов. Однако сравнительная эффективность комбинированной антигипертензивной фармакотерапии, направленная в том числе и на обеспечение вазопротекции у данной категории больных, изучена недостаточно. Цель работы. Изучить динамику показателей артериальной ригидности (АР) и центрального аортального давления (ЦАД) у женщин с АГ и ТДР в период менопаузы на фоне комбинированной фармакотерапии.

Материал и методы:

Включено 60 женщин с АГ и ТДР в менопаузальном периоде (длительность от 1 до 8 лет), которые были рандомизированы в 2 группы в зависимости от варианта лечения, в том числе 29 пациенток (медиана возраста 58 лет) получали Периндоприл (Пп)+ Амлодипин (Амл)+Тразодон (Тр) (группа 1) и 31 (медиана возраста 59 лет) – Кандесартан (Кс)+Амл+Тр (группа 2). Всем пациенткам до и через 24 недели лечения выполнялось суточное мониторирование АД (СМАД) с использованием аппаратного комплекса BPLabVasotens (ООО «Петр

Телегин», Российская Федерация) и оценивались: время отражения пульсовой волны (RWTT), оценочная скорость распространения пульсовой волны в аорте (PWVao), а также их приведенные параметры (RWTTпр), (PWVaoпр), индекс аугментации (Alxпр), ASI пр – индекс ригидности артерий, приведенный к САД 100 мм рт. ст. и ЧСС 60 уд/мин; аортальное суточное систолическое АД (САД24ao), аортальное суточное диастолическое АД (ДАД24ao), аортальное суточное пульсовое АД (ПАД24ao). Для выявления ТДР использовались шкалы тревоги и депрессии HADS, CES-D. Статистическая обработка проводилась с использованием программы Statistica 12.0.

Результаты:

Через 24 недели фармакотерапии в обеих группах выявлены статистически значимые позитивные изменения показателей АР и ЦАД. Тем не менее степень этих изменений в группах различалась. Изучаемые параметры сосудистой ригидности изменялись более существенно во 2 группе по сравнению с группой 1: PWVao снизилась на 13,2% и 12,0%, PWVao пр – на 10,7% и 9,1%, Alx ao пр – на 32,0% и 28,0%, Alxпр – на 92,0% и 75,0%, RWTT – на 7,8% и 6,8%, RWTTпр- на 6,3% и 4,6%, ASI пр – на 14,2% и 12,3% соответственно, причем межгрупповые различия были статистически значимы ($p<0,05$). Кроме того, в группе 2 регистрировалось более выраженное, чем в группе 1, снижение показателей ЦАД: САД24ao – на 15,3% и 13,7%, ДАД24ao – на 13,5% и 12,2%, ПАД24ao – на 22,5% и 19,4% соответственно ($p<0,05$ для межгруппового сравнения).

Заключение:

У женщин с АГ и ТДР в период менопаузы комбинация Кс+Амл+Тр способствовала более выраженным позитивным изменениям показателей АР и ЦАД по сравнению с таковыми у пациенток, получавших Пп+Амл+Тр. Полученные результаты могут быть учтены и использованы при подборе индивидуализированной комбинированной фармакотерапии у данной категории пациенток.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИГНАЛ-УСРЕДНЕННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЛАНОВОЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ КОРОНАРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Разин В.А.¹, Сидорова Ю.Ю.², Демина М.В.¹, Мохаммед Д.А.¹

¹ФГБОУ ВО Ульяновский государственный университет,

г. Ульяновск, Российская Федерация;

²ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница,

г. Ульяновск, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Одной из частых причин сердечно-сосудистой смерти могут быть острая ишемия миокарда или различные нарушения сердечного ритма. В связи с этим важнейшей задачей кардиолога является своевременная, ранняя диагностика электрической нестабильности миокарда, ее последующая коррекция и вторичная профилактика. Основой для развития аритмогенных механизмов смерти признается электрическая нестабильность миокарда, одним из методов определения которой сигнал-усредненная электрокардиографии (СУ—ЭКГ). На основании ряда исследований было выявлено, что поздние потенциалы желудочков выявляются примерно у 30% пациентов с хронической ИБС. Сигнал-усредненная ЭКГ по рекомендациям ЕОК (2015 г.) включена в необходимый минимум обследования пациентов с коронарной патологией. Чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) получили широкое распространение в лечении острых и хронических форм ишемической болезни сердца (ИБС) благодаря положительному эффекту на прогноз (снижение смертности) и качество жизни (толерантность к физической нагрузке) пациентов с коронарным атеросклерозом. При этом по данным некоторых исследователей у пациентов со стабильным течением ИБС медикаментозная антиангинальная терапия и транслюминальная ангиопластика не приводит к значимому изменению СУ-ЭКГ и частоты регистрации ППЖ. Цель исследования. Изучить динамику показателей сигнал-усредненной ЭКГ высокого разрешения и дисперсию интервала QT у пациентов перенесших плановую коронарную реваскуляризацию.

Материал и методы:

Было проведено обследование 30 пациентов, которые были госпитализированы в кардиологическое отделение с хроническим коронар-

ным синдромом для проведения плановой эндоваскулярной коронарной реваскуляризации. Всем пациентам, включенным в исследование проведена запись стандартной ЭКГ 12 отведений и сигнал усредненной ЭКГ на аппарате Поли-Спектр-8/EX. СУ-ЭКГ проводилась перед ЧКВ и через 4 часа после ЧКВ.

Результаты:

В ходе исследования было выявлено статистически значимое снижение продолжительности фильтрованного комплекса QRS (Total QRS) с $98,7 \pm 20,6$ мс до $87,9 \pm 20,4$ ($p=0,046$). Остальные показатели СУ-ЭКГ практически не претерпели изменений после ЧКВ, так исходно средне-квадратичная амплитуда последних 40 мс фильтрованного комплекса QRS (RMS40) составила $53,6 \pm 20,9$ мкВ, а после ЧКВ – $50,4 \pm 20,0$ мкВ ($p=0,55$), продолжительность низкоамплитудных сигналов в конце комплекса QRS (LAS40) исходно была $22,6 \pm 8,9$ мс, а после коронарного вмешательства составила $22,2 \pm 9,9$ мс ($p=0,86$). Дисперсия интервала QT также практически не изменилась, и составила до ЧКВ $54,6 \pm 35,2$ мс, после ЧКВ $52,6 \pm 31,8$ ($p=0,81$).

Заключение:

Таким образом, следует отметить, что показатели СУ-ЭКГ хотя и имеют положительную направленность изменений, но данные изменения не имели статистической значимости. Данные результаты предварительны и требуют дальнейшего изучения, ввиду пока малого количества фактических данных. Также, практически отсутствие изменений параметров электрической нестабильности миокарда у данной категории пациентов можно объяснить, что на ЧКВ поступали пациенты, длительно получающие подобранную антиангинальную терапию.

ДИСЛИПИДЕМИЯ И ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 45 ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ «ЛИПИД-ПРАКТИК»

Зубарева М.Ю., Рожкова Т.А., Амелюшкина В.А.

ФГБУ «НМИЦ Кардиологии имени академика Е.И. Чазова»

Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Своевременная диагностика и терапия атерогенных гиперлипидемий (ГЛП) у женщин в возрасте 45+ с учетом гормональных изменений направлена на снижение риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Цель. Определить частоту и характеристики различных фенотипов нарушений липидного обмена в рамках амбулаторных консультаций липидолога по обращаемости у женщин в возрасте 45 лет и старше.

Материал и методы:

Анализ данных клинико-биохимического обследования пациентов с ГЛП при медико-генетических консультациях по обращаемости в течение десятилетнего наблюдения (2014-2024 гг.) в лаборатории клинической липидологии (регистр «ЛИПИД-ПРАКТИК»). Проведены фенотипирование ГЛП по Фредриксону и диагностика семейной формы гиперхолестеринемии (СГХС) по критериям С. Бруна и DCLN, при баллах > 8 «определенная». Учитывали наличие различных форм ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертензии (АГ), атеросклеротического поражения брахиоцефальных артерий (БЦА), и сопутствующих заболеваний, влияющих на формирование нарушений липидного обмена (в т.ч. сахарного диабета (СД), установленных заболеваний щитовидной железы). Количественные данные указаны как среднее значение \pm стандартное отклонение и медиана [1-й квартиль; 3-й квартиль].

Результаты:

В группе женщин в возрасте ≥ 45 лет ($n=313$) средний возраст обращения на консультацию составил $53,7 \pm 6,1$ лет. При этом средний возраст выявления ГЛП был $47,7 \pm 12,7$ лет. В группе женщин в возрасте 45 и более лет средний уровень общего холестерина (ОХС) составил $8,67 \pm 2,44$ ммоль/л, медиана уровня триглицеридов (ТГ) – $1,67$ [1,01; 3,09] ммоль/л. Уровень ТГ менее $1,7$ ммоль/л был определен у 51,4% женщин, более $4,5$ ммоль/л и более 10 ммоль/л – у 14,4% и 8%, соответственно. СГХС была установлена в 41,2% случаев. Ксантомы при осмотре выявлены были у 25,2% обследованных женщин. Также ГЛП 2 А фенотипа (чистая гиперхолестеринемия) была определена у 63,3% женщин ≥ 45 лет, ГЛП 2Б фенотипа (смешанная комбинированная гиперлипидемия) – у 27,8%, 4 тип (чистая гипертри-

глицеридемия) был отмечен – у 4,5%. Уровень липопротеина (а) более 50 мг/дл был у 16,5% пациенток из этой группы. Медиана уровня ЛП (а) составила 14 [6,85; 46,9] мг/дл, максимальный показатель – 263 мг/дл. Гиполипидемическую терапию принимали 49% пациенток, обратившихся на консультацию. Клинически группа женщин в возрасте ≥ 45 лет характеризовалась наличием: различных форм ИБС – в 34,5% случаев, диагноза АГ или гипертонической болезни – 55,6% случаев, атеросклеротическим поражением БЦА – 41,2%, СД 2 типа – 14,1%, заболеваний щитовидной железы, в том числе, требующих гормонозаместительной терапии – 45,4%. Курильщицами в прошлом или на-стоящем являлись 30,7% женщин.

Заключение:

Клинико-биохимические характеристики женщин в возрасте ≥ 45 лет с ГЛП отражают общий профиль нарушений липидного обмена в популяции. Однако, следует отметить позднее выявление ГЛП, при том, что более 40% пациенток имеют диагноз СГХС, и отсутствие постоянной гиполипидемической терапии у половины больных с атерогенными ГЛП. Эти факторы способствуют ускоренному развитию ССЗ атерогенного генеза в данной группе пациентов.

ДОНОР-АССОЦИИРОВАННЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ РЕАКЦИИ ОТТОРЖЕНИЯ У РЕЦИПИЕНТОВ ДОНОРСКОГО СЕРДЦА

Гребенюк И.А., Курлянская Е.К., Денисевич Т.Л.,

Шатова О.Г., Колядко М.Г., Дубовик Т.А., Трошина А.М.

ГУ Республиканский научно-практический центр

«Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Ортотопическая трансплантация сердца (ОТС) в настоящее время является основным методом лечения пациентов с терминальной хронической сердечной недостаточностью. Среди наиболее тяжелых осложнений, способных лимитировать продолжительность жизни реципиентов донорских сердец в раннем посттрансплантационном периоде, острая реакция отторжения трансплантата (ОРО) занимает одну из лидирующих позиций. Цель исследования. Оценить значимость предтрансплантационных донор-ассоциированных факторов в развитии ОРО в раннем послеоперационном периоде у пациентов, перенесших трансплантацию сердца.

Материал и методы:

Когорту наблюдения составили пациенты ($N=88$), перенесшие ОТС в Республике Беларусь. В первую группу наблюдения вошли пациенты ($n=40$) с результатами биопсии миокарда R0 и R1, во вторую группу ($n=48$) вошли пациенты с ОРО RII и RIII. Медиана возраста наблюдаемых составила 48 лет (39; 61). Относительно половой принадлежности среди реципиентов доля лиц мужского пола превалировала и составила 86% ($n=76$), доля женщин не превысила 14% ($n=12$). Подготовка реципиентов к ортотопической трансплантации сердца, а также периоперационное ведение трансплантированных осуществлялось в соответствии с действующими клиническими протоколами. Доноры обеих групп трансплантированных оценивались по половому признаку, возрасту и причине смерти. Также оценке был подвергнут критерий времени ишемии донорского сердца.

Результаты:

При оценке донор-ассоциированных предтрансплантационных факторов развития ОРО у пациентов, перенесших ОТС, средний возраст доноров в Группе 1 составил 42 года (37; 50), и был достоверно выше, чем а в Группе 2 (38 лет (26; 46)). Время ишемии донорского сердца было больше в Группе 2 и составило 222 мин (184; 260), с сравнении с Группой 1 (207 (165; 237), однако достоверности различия значений данного фактора не продемонстрировали ($p<0,05$). При сравнении групп по полу донора с использованием двустороннего F-критерия Фишера доноры мужского пола достоверно превалировали по частоте встречаемости в Группе 2 ($p=0,024$). Также оценивался фактор причины смерти донора, однако достоверных различий между Группой 1 и Группой 2 получено не было ($p<0,05$).

Заключение:

Таким образом, анализ предтрансплантационных донор-ассоциированных факторов у реципиентов донорских сердец показал, что в

группе пациентов с высоким классом острого отторжения (RII-RIII) доноры были достоверно моложе, а также достоверно преобладали по частоте встречаемости доноры мужского пола.

ЗАВИСИМОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ОТ СОДЕРЖАНИЯ ХОЛЕСТЕРИНА В КРОВИ И ОТ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ И МАССЕ ТЕЛА

НАБЕРАЕВА Н.Б., ОДИНАЕВ Ш.Ф.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

Введение (цели/ задачи):

Для профилактики ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии большая часть рекомендаций прямо или косвенно направлена на снижение массы тела и таких факторов риска как снижение содержания холестерина в крови и нарушения толерантности к глюкозе. Целью работы: является выяснить в какой степени снижение массы тела может рассматриваться как показатель эффективности и профилактических мероприятий, направленных на снижение уровня холестерина в крови, и нарушение толерантности к глюкозе.

Материал и методы:

Использовались данные обследования 239 мужчин в возрасте 40-59 лет проходивших диспансерное наблюдений в медицинской клинике «Сино» (Душанбе, Таджикистан) с 2021 по 2024 годы. У обследуемых при наличии повышенных уровней риска ишемической болезни сердца проводились профилактические мероприятия и ежегодное повторное обследование. Во время первичного и повторных обследований, среди других показателей регистрировались масса и рост тела, систолическое и диастолическое артериальное давление, содержание холестерина в сыворотке крови и глюкозы через час после нагрузочного теста (75г. глюкозы), для исключения зависимости массы тела от роста тела использовался индекс массы тела, представляющий отношение массы тела к квадрату роста.

Результаты:

Полученные при обследовании данные показывают линейную зависимость от индекса массы тела порядка 22-23 кг/м² как систолическое артериальное давление, так и диастолическое артериальное давление. Увеличение индекса массы тела на 1 кг/м² соответствует повышению систолического артериального давления на 1,9 мм рт. ст., диастолического артериального давления на 1,3 мм рт. ст. (или при среднем росте соответственно 0,65 и 0,44 мм рт. ст. на 1 кг массы тела). При определении содержания холестерина в сыворотке крови, четкая связь наблюдается только при индексе массы тела до 28 кг/м², а при больших значениях индекса массы тела, она отсутствует (то есть холестерин в сыворотке крови при изменении индекса массы тела на 1 кг/м² соответствует изменению содержания холестерина в сыворотке крови примерно на 0,096 ммоль/л или 1,9 мг%). Зависимость содержания глюкозы после нагрузки от индекса массы тела составляет в среднем 0,178 ммоль/л. Эти данные свидетельствуют о наличии четкой зависимости между изучаемыми факторами риска и индексом массы тела. Для изучения зависимости динамики риска от изменений массы тела использовались результаты, полученные у лиц повторно обследуемых через год после первичного обследования (таких лиц было 108). Исследования показали такую же картину, что и при первичном исследовании. Среднее изменение систолического артериального давления составляло 1,8 мм рт. ст., диастолического артериального давления – 1,3 мм рт. ст., содержание холестерина в сыворотке крови 0,140 ммоль/л., глюкозы – 0,078 ммоль/л.

Заключение:

Таким образом, при изменении массы тела по данным повторного, с интервалом 1 год обследования одних и тех же лиц, сохраняется примерно такая же зависимость артериального давления и индекса массы тела как и при статическом её рассмотрении по данным одномоментного изучения популяций. Полученные количественные оценки связей между артериальным давлением, содержанием холестерина в сыворотке крови и глюкозы, с одной стороны, и массы тела и её временными изменениями – с другой, открывают возможности прогнозировать изменения уровней факторов риска по динамике массы тела при оценке здоровья населения.

ЗАВИСИМОСТЬ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕСТКОСТИ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ОТ КОМПОЗИТНЫХ И СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ И ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ГАЙШУН Е.И.¹, ЗАРАДЕЙ И.И.¹, ШИРОКАНОВА Н.И.²

¹УЗ «1 ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»,

г. Минск, Республика Беларусь;

²Белорусский государственный университет,

г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: установить количественную зависимость изменения жесткости общей сонной артерии (ОСА) от композитных (определяемых избыточной продукцией и инволюцией коллагена, количеством и состоянием эластина, их расположением в сосудистой стенке) и структурных (определяемых толщиной комплекса интима-медиа (КИМ)) изменений у здоровых людей и пациентов с хронической ИБС.

Материал и методы:

В исследование было включено 150 практически здоровых лиц (3 группы по 50 человек в возрасте 18-30 лет, 31-50 лет и 52-60 лет) и 75 пациентов с хронической ИБС в возрасте 45-65 лет. В группу больных ИБС не включались лица со стенотическими поражениями брахиоцефальных артерий и нарушением сосудистой геометрии. Всем лицам, входящим в сформированные группы измеряли артериальное давление на плечевой артерии методом Короткова, определяли внутренний диаметр ОСА в систолу и диастолу, а также толщину КИМ при ультразвуковом исследовании в М-режиме. Жесткость ОСА определялась с помощью известного индекса β , композитные изменения оценивались показателем $V=\beta/h$ (где h – толщина КИМ в мм).

Результаты:

На основании статистического анализа данных, полученных при ультразвуковом исследовании ОСА и расчете показателей β и V , установлено, что изменение $\Delta\beta$ индекса β связано с изменениями ΔV и Δh показателя V и величины h следующей зависимостью: $\Delta\beta=a\Delta V+b\Delta h$, коэффициенты a и b имеют размерности мм и мм⁻¹, причем $a=0,7$, $b=4,5$ для здоровых людей 18-30 лет, $a=0,8$, $b=4,8$ мм для здоровых людей 31-50 лет, $a=0,9$, $b=5,4$ для здоровых людей 51-60 лет и $a=1,1$, $b=7,3$ для пациентов с ИБС.

Заключение:

Из установленной зависимости изменения индекса β от величины ΔV и Δh следует, что 1) и у здоровых людей и у больных ИБС изменение жесткости более чувствительно к изменению толщины КИМ, чем к композитным изменениям; 2) при одинаковом увеличении изменений ΔV и Δh жесткость ОСА возрастает больше у пациентов с ИБС, чем у здоровых людей.

ЗНАЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ФОРМИРОВАНИИ НАПРАВЛЕНИЙ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ ПАЦИЕНТОВ ИЗ ПОЛИКЛИНИКИ

Бейлина Н.И.

Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

В России ишемической болезнью сердца (ИБС) страдает более 5% населения. ИБС является одной из основных причин смертности населения во всем мире и в России – 23,8% от всех причин смертности в России. Цель: выявить частоту направления в стационар (экстренно и планово) пациентов с ИБС; возрастные, гендерные различия

Материал и методы:

Формы 057/у (направление на госпитализацию), оформленные врачами поликлиники №8 г. Казань за 2024 год. Статистическая обработка – критерии Стьюдента для несвязанных совокупностей, критерий χ^2 и точный критерий Фишера

Результаты:

В течение года было выдано 710 направлений в стационар, в т.ч. 286 муж. Средний возраст госпитализируемых жен. – 66,98±0,88 лет – был выше, чем средний возраст муж. – 59,42±1,11 лет ($p<0,05$). Экстренно госпитализировано 70,6% муж. и 75,2% жен. ($p>0,05$). Заболевания

сердечно-сосудистой системы (ЗССС) как причина экстренных госпитализаций занимают 1-е место у муж. – 23,3% и 2-е место у жен. (16,3%) после пневмоний (17,6%) – $p > 0,05$. Средний возраст экстренно госпитализируемых жен. с ЗССС – $73,20 \pm 1,64$ лет; муж. – $64,78 \pm 1,68$ лет ($p < 0,05$). Среди ЗССС при экстренных госпитализациях выделены: ИБС – у 57,7% муж. и 47,05% жен.; сочетание ИБС и гипертонической болезни (ГБ) – 26,7% и 35,3% соответственно; декомпенсация хронической сердечной недостаточности у пациентов с ИБС и ГБ – у 5,9% жен. При этом доля пациентов среднего возраста (45–59 лет) с впервые возникшей, нестабильной стенокардией, инфарктом миокарда составляет 24,4% среди муж. и 21,6% среди жен. На плановое стационарное лечение направлено 63,7% женщин и 75,9% мужчин (от не экстренных госпитализаций), средний возраст женщин $63,73 \pm 1,88$ года, мужчин – $57,38 \pm 2,19$ лет ($p < 0,05$). Сочетание ГБ и ИБС составили 25,3% среди женщин и 21,2% среди мужчин ($p > 0,05$). Средний возраст женщин – $76,42 \pm 2,6$ лет, мужчин $78,1 \pm 1,6$ лет ($p > 0,05$). В отделения высокого риска декомпенсации хронических неинфекционных заболеваний (ОВР) было направлено 12,1% жен. и 11,5% муж. (от не экстренных госпитализаций). Средний возраст пациентов ОВР: $73,47 \pm 2,33$ года у жен. и $70,20 \pm 3,98$ лет у муж. ($p > 0,05$). В структуре причин госпитализаций выделены: ГБ в сочетании с ИБС ФК 3–4 – 6,7% и 30% соответственно ($p > 0,05$); ИБС и СД2 – 13,3% женщин; ИБС, ГБ и СД2 – 6,7% женщин; хроническая сердечная недостаточность на фоне ИБС и ГБ (ХСН 2 ст.) – 10% мужчин. Средний возраст пациентов с ГБ и ИБС – $73,33 \pm 4,8$ года у муж. и $84,33 \pm 2,68$ года у жен. ($p > 0,05$). Плановых госпитализаций пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей со старческой астенией на гериатрические койки было 9,52% муж. и 20% жен. (от не экстренных госпитализаций) Средний возраст жен. – $79,67 \pm 2,06$ лет; муж. – $82,88 \pm 3,94$ лет ($p > 0,05$). Среди мужчин 87,5% имели как сопутствующее заболевание ИБС, среди женщин – 76,2% ($p > 0,05$).

Заключение:

ИБС – частая причина госпитализаций. Среди экстренно госпитализированных ИБС – у 57,7% муж. и 47,05% жен.; сочетание ИБС и ГБ – 26,7% и 35,3% соответственно. Доля пациентов среднего возраста с впервые возникшей, нестабильной стенокардией, инфарктом миокарда составляет 24,4% среди муж. и 21,6% среди жен. На плановое лечение направлено 25,3% женщин и 21,2% мужчин с ГБ и ИБС, в ОВР – 6,7% и 30% соответственно. На гериатрических койках 87,5% мужчин и 76,2% женщин имели как сопутствующее заболевание ИБС. Средний возраст пациентов ОВР и на гериатрических койках выше, чем госпитализированных в стационар по всем причинам.

ЗНАЧЕНИЕ СОРТИЛИНА, АПО-В И ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО СРП КАК ПРЕДИКТОРА ЗАБОЛЕВАНИЙ У МОЛОДЫХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Абдурахманова И.З.¹, Кахраманова С.М.², Азизов В.А.²

¹Медицинский центр Министерства Чрезвычайных ситуаций Азербайджанской Республики, г. Баку, Республика Азербайджан;

²1 Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку, Республика Азербайджан

Введение (цели/ задачи):

Тот факт, что гипертензия встречается чаще, чем ожидалось, даже в группах людей, ведущих активный образ жизни, таких как военнослужащие, противоречит исследованиям, сообщающим о том, что физическая активность в последние годы связана со снижением риска гипертензии (ГТ). Эта ситуация увеличивает потребность в надежном биологическом маркере, который может быть предвестником гипертензии и прояснить ее патофизиологию. Целью данного исследования было изучение в диагностических целях взаимосвязи между липидным профилем, воспалительными маркерами и уровнями сортилина у больных с артериальной гипертензией у военнослужащих, служащих в вооруженных силах Азербайджана.

Материал и методы:

Всего было обследовано 120 мужчин-солдат, 55 гипертоников и 65 здоровых, в возрасте 23–45 лет, которые обратились в кардиологический центр в период с января 2022 года по январь 2023 года для контрольного и периодического обследования. После визуального и физического

осмотра участников измерялось систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) артериальное давление в покое. Проводились исследования липидного профиля, включая АроА, АроВ, холестерин, триглицериды, ЛПНП и ЛПОНП, а также гемограмма и другие биохимические тесты. Кроме того, в тот же день у всех участников измерялись уровни сортилина.

Результаты:

Хотя значения ДАД не различались в обеих группах, значения САД были выше в группе гипертоников ($p < 0,0001$). Уровни АроВ, hCRP, TNF- α , IL-6 и сортилина оказались статистически значимо выше в группе больных с артериальной гипертензией по сравнению с контрольной группой ($1,26 \pm 0,23$ против $0,88 \pm 0,22$ г/л, 3,1%, соответственно). $3,1 \pm 1,7$ против $1,7 \pm 0,8$ мг/л, $12,6 \pm 6,3$ против $9,8 \pm 3,6$ пг/мл, $1,7 \pm 1,2$ против $1 \pm 0,9$ пг/мл и $2,2 \pm 0,9$ против $1,6 \pm 0,7$ нг/мл; $p < 0,01$). Было установлено, что существуют значимые положительные корреляции между значениями САД и уровнями холестерина, АроВ, hCRP и сортилина ($r_s = 0,5201$, $r_s = 0,5369$, $r_s = 0,4169$ и $r_s = 0,4823$; $p < 0,0001$ соответственно). В бинарном регрессионном анализе было определено, что независимые переменные АроВ, CRP и сортил имели статистически значимое влияние на статус НТ ($p < 0,0001$, $p < 0,003$ и $p < 0,009$ соответственно). В ROC-анализе для диагностики НТ производительность тестов АроВ (отсечка $> 0,96$ г/л), hCRP ($> 2,6$ мг/дл) и сортилин ($> 1,64$ нг/мл); Его чувствительность составила 89,09%, 58,18% и 74,55%, его специфичность составила 80,62%, 96,92% и 64,62%, а его значение AUC составило 0,887, 0,812 и 0,738 соответственно ($p < 0,0001$).

Заключение:

Биомаркеры h-CRP, АроВ и сортилин показывают тесную связь с развитием артериальной гипертензии независимо друг от друга. Было установлено, что сортилин, который вызывает различные метаболические эффекты, вызывая биологические реакции внутри клетки, СРП, который является индикатором провоспалительного процесса, и АроВ, который участвует в липидном обмене, могут эффективно использоваться в диагностике военнослужащих с артериальной гипертензией.

ИЗМЕНЕНИЕ НЕИНСУЛИНОВЫХ ИНДЕКСОВ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ПРОЦЕССЕ ДИЕТОТЕРАПИИ

Шарафетдинов Х.Х., Плотнокова О.А.,

Пилипенко В.В., Алексеева Р.И.

ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии»,

г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Сахарный диабет 2 типа (СД2) является распространенным метаболическим заболеванием, оказывающим существенное влияние на здоровье. Эффективные и доступные показатели оценки инсулинорезистентности (ИР) имеют важное значение для раннего выявления, лечения и профилактики СД2. Прогрессирующее отложение избытка жира нарушает метаболический баланс и приводит к нарушению чувствительности тканей к инсулину с развитием ИР. Одним из новых доступных неинсулиновых маркеров определения ИР является триглицеридно-глюкозный индекс – ТуГ, индекс соотношения ТуГ к индексу массы тела (ТуГ-ИМТ). Цель исследования: изучение влияния 30-дневного курса диетотерапии на индексы ТуГ и ТуГ-ИМТ у пациентов СД2.

Материал и методы:

В исследовании принимало участие 40 больных СД2. Средний возраст обследованных пациентов составил $62,8 \pm 1,28$ лет, продолжительность СД2 – $8,5 \pm 0,89$ лет. Индекс массы тела (ИМТ) в среднем по группе составил $42,0 \pm 0,89$ кг/м². Все пациенты принимали пероральную сахароснижающую и гиполипидемическую терапию, в течение 30 дней получали низкокалорийный вариант стандартной диеты (1700 ккал/сут). Биохимические показатели в сыворотке крови (глюкоза, триглицериды) определяли до и после диетического вмешательства на биохимическом анализаторе «KONELAB Prime 60i» («Thermo Scientific», Финляндия). Индексы ТуГ и ТуГ-ИМТ вычисляли по специальной формуле на основе базальных уровней триглицеридов и глюкозы в сыворотке крови, ИМТ.

Результаты:

При первичном обследовании уровень базальной гликемии – 7,1 ммоль/л, гликированный гемоглобин – 6,7%, уровень ТГ–

2,2±0,2 ммоль/л, индекс TuG – 9,28±0,08, индекс TuG-ИМТ составил в среднем по группе 354,52±6,38. После 30 дней диетического вмешательства отмечается статистически значимое снижение индекса TuG до 9,28±0,07 (p=0,008), TuG-ИМТ – 338,74±5,61 (p<0,001).

Заключение:

Индексы TuG и TuG-ИМТ являются инструментом оценки метаболического здоровья и ИР. Статистически значимое снижение неинсулиновых индексов ИР в проведенном исследовании показало, что диетотерапия является эффективным компонентом в коррекции ИР. Снижение ИР имеет важное значение для улучшения контроля заболевания, что в конечном итоге, снижает риск развития сердечно-сосудистых и других осложнений, преждевременной смертности у пациентов СД2.

ИЗМЕНЕНИЕ ЧАСТОТЫ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И КЛЮЧЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБМЕНА ГЛЮКОЗЫ ЧЕРЕЗ 12 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ГОДОВОГО ПРОГНОЗА ПАЦИЕНТОВ

Безденежных Н.А.¹, Сумин А.Н.¹, Белик Е.В.¹,

Дылева Ю.А.¹, Безденежных А.В.², Груздева О.В.¹, Барбараш О.Л.¹

¹ФГБНУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, г. Кемерово, Российская Федерация; ²ООО «ЦЕНТР ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ И РЕПРОДУКЦИИ КРАСНАЯ ГОРКА», г. Кемерово, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Распространенность сахарного диабета 2 типа и предиабета высока среди пациентов с многососудистым поражением коронарных артерий. Неясно, как ведут себя маркеры углеводного обмена в течение года после проведения коронарного шунтирования (КШ) и ухудшаются ли состояние углеводного обмена в целом. Целью исследования стало изучение динамики показателей гликемии и других маркеров углеводного обмена через 12 месяцев после коронарного шунтирования и оценка их взаимосвязи с годовым прогнозом пациентов.

Материал и методы:

Проведено обследование 653 пациентов до и спустя год после КШ. Маркеры углеводного обмена (уровень глюкозы, гликированный гемоглобин, фруктозамин, 1,5 ангидроглюцитол) измерялись у 371 пациента в трёх временных точках: до операции, перед выпиской из стационара и через год после процедуры. Анализировалась связь этих показателей с частотой неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (включая смерть от любых причин, инфаркт миокарда, инсульт, повторную реваскуляризацию миокарда, хирургическое вмешательство на некоронарных артериях, ампутацию конечностей из-за периферического атеросклероза, экстренные госпитализации по причине сердечно-сосудистых патологий либо комбинированной конечной точки (ККТ) в течение 1 года после КШ. Пациенты были разделены на две группы: с наличием ККТ (n=59) и отсутствием ККТ (n=594), чтобы сравнить динамику изменений маркеров углеводного обмена. Дополнительно исследовались факторы риска развития крупных сердечно-сосудистых событий (БСС) после КШ.

Результаты:

Спустя год после операции число пациентов с сахарным диабетом 2-го типа возросло с 23,9% до 25,6%, а с предиабетом – с 17,2% до 26,6% (p<0,001). Очный контроль прошёл большой процент пациентов (77%). За период наблюдения было зарегистрировано возникновение ККТ у 59 пациентов (9,0%). Основные неблагоприятные сердечно-сосудистые события зафиксированы у 29 человек (4,4%), смертельные исходы – у 18 (2,6%). Между группами пациентов не наблюдалось значимых различий по тяжести ишемической болезни сердца (ИБС). Однако мультифокальный атеросклероз (поражение двух и более артериальных бассейнов) был диагностирован до КШ значительно чаще среди пациентов с последующим неблагоприятным исходом (54,2% против 44,8%; p<0,001). Поражения трёх сосудистых бассейнов выявлены у 35,6% пациентов первой группы по сравнению с 14,7% второй группы (p<0,001). У пациентов первой группы также отмечалась большая толщина комплекса интимамедиа (p=0,043). Эхокардиография показала отсутствие значительных различий между группами по фракции выброса (ФВ), линейным и объёмным характеристикам левого желудочка, однако были обнаружены

различия в показателях диастолы: отношение раннего к позднему диастолическому трансмитральному потоку (Е/А) и время замедления (DT) оказались более низкими в группе с сердечно-сосудистыми событиями (p=0,039 и p=0,004 соответственно). У пациентов с сахарным диабетом зафиксировано снижение уровней глюкозы в обеих группах (с ККТ и без неё), гликированного гемоглобина – в группе без ККТ, а фруктозамина – в группе с ККТ. Межгрупповые сравнения не выявили статистически значимых различий в изменениях этих маркеров (глюкозы, фруктозамина, гликированного гемоглобина) ни в одной из исследуемых точек. Факторы, способствующие развитию сердечно-сосудистых осложнений в течение первого года после КШ, включали наличие заболеваний периферических артерий, предоперационные уровни фибриногена, риски по шкале EuroSCORE 2, а также выполнение КШ на работающем сердце.

Заключение:

После КШ у пациентов с ИБС и сахарным диабетом 2 типа наблюдается улучшение показателей глюкозы и гликированного гемоглобина. Статистически значимой связи между изменениями маркеров углеводного обмена и частотой сердечно-сосудистых осложнений не обнаружено. Дальнейшие исследования необходимы для оценки влияния динамики гликированного гемоглобина на отдалённый прогноз после КШ.

ИСХОДНОЕ СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ДО НАЧАЛА ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ

Куцакина Д.А., Хабарова Н.В., Ильгисонис И.С., Беленков Ю.Н.

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)

Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время наблюдается тенденция к увеличению частоты развития сердечно-сосудистых событий на фоне противоопухолевой терапии (ПОТ) у пациентов онкогематологического профиля. В качестве одного из ключевых механизмов кардиоваскулотоксичности (КВТ) специфической терапии рассматривается дисфункция эндотелия (ДЭ). Перспективным представляется исследование структурно-функционального состояния сосудистой стенки для ранней диагностики васкулотоксичности (ВТ) и своевременного проведения профилактических мероприятий. Цель: Изучить параметры структурно-функционального состояния сосудистого русла у пациентов онкогематологического профиля до начала полихимиотерапии (ПХТ).

Материал и методы:

В исследование включены пациенты с впервые установленным онкогематологическим диагнозом, которым планировалось проведение ПХТ (n=15). Для оценки исходного морфофункционального состояния сосудистой стенки крупных артерий и сосудов микроциркуляторного русла (МЦР) выполнены пальцевая фотоплетизмография (ФПГ) и ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (УЗДС БЦА).

Результаты:

Средний возраст пациентов 57,20±16,47 лет (95% ДИ 45,42-68,98), преобладали мужчины (66,7%, n=10). При этом 26,7% (n=4) из них страдали ожирением, 73,3% (n=11) – дислипидемией, у 53,3% (n=8) диагностирована артериальная гипертензия. По результатам ФПГ у исследуемой когорты пациентов выявлены структурно-функциональные изменения на уровне крупных приводящих артерий: медиана альтернативного индекса жесткости (aSI) 9,01 м/с [7,20; 13,20] (N<8) и параметра сдвиг фаз (PS) 7,63±2,38 мс (95% ДИ 6,03-9,23) (N>10). Кроме того, отмечались функциональные нарушения на уровне сосудов МЦР: медиана индекса окклюзии (IO) 1,37±0,31 (95% ДИ 1,16-1,58) (N>1,8). По данным УЗДС БЦА толщина комплекса интима-медиа (КИМ) – 0,9 мм [0,80-1,40] (N≤0,9) и каротидно-фemorальная скорость распространения пульсовой волны (кфСРПВ) – 9,30±1,93 м/с (95% ДИ 8,01-10,59) (N <10) имели пограничные значения.

Заключение:

Структурно-функциональные изменения сосудистого русла, выявленные в исследуемой когорте пациентов до начала ПХТ, могут быть обусловлены как наличием общепринятых сердечно-сосудистых факторов риска, так и самим онкогематологическим процессом. Обнару-

женные нарушения могут рассматриваться в качестве фактора, дополнительно повышающего КВТ-риск онкогематологических пациентов. Это подтверждает необходимость тщательного мониторинга и профилактики васкулотоксических осложнений специфической терапии в данной группе пациентов. Для уточнения полученных результатов требуются дальнейшие исследования с увеличением выборки пациентов.

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ

Кодирова Д.М.

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: оценить клиничко-динамические изменения функции почек у пациентов со стабильной стенокардией напряжения II–III функционального класса, выявить взаимосвязь между степенью коронарной недостаточности и нарушениями почечной функции, а также проследить динамику этих изменений на фоне терапии. Задачи исследования: оценить исходный уровень функции почек у пациентов со стабильной стенокардией напряжения. Изучить зависимость между тяжестью стенокардии и показателями клубочковой фильтрации и уровнями креатинина. Проследить изменения почечной функции на фоне проводимого лечения (антиангинальная и нефропротективная терапия). Выявить прогностическую значимость ранних маркеров почечной дисфункции у данной категории больных.

Материал и методы:

Дизайн исследования: проспективное наблюдательное исследование. Количество пациентов: 80 пациентов со стабильной стенокардией напряжения II–III ФК (по классификации Канадского кардиологического общества). Возраст: от 45 до 75 лет. Методы исследования: Клиническое обследование (анамнез, жалобы, физикальное исследование); Лабораторные методы: уровень креатинина, мочевины, цистатина С, расчет СКФ по формуле СКД-ЕРІ; Инструментальные методы: ЭКГ, ЭхоКГ, нагрузочные тесты, суточное мониторирование АД; Статистическая обработка данных (с использованием программ SPSS и Excel, с применением критериев Стьюдента, χ^2 и корреляционного анализа).

Результаты:

У 64% пациентов с ИБС отмечено снижение скорости клубочковой фильтрации (<90 мл/мин/1,73 м²), из них у 35% – снижение умеренной степени. Наблюдается достоверная корреляция между тяжестью стенокардии и снижением функции почек ($r=-0,52$; $p<0,01$). На фоне комплексной терапии (ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, статины) через 6 месяцев у 40% пациентов отмечено улучшение СКФ, у 25% – стабилизация показателей. У пациентов с исходным уровнем цистатина С выше нормы чаще развивались эпизоды нестабильной стенокардии и прогрессирование ХБП.

Заключение:

Функция почек у пациентов со стабильной стенокардией напряжения часто нарушена уже на ранних стадиях заболевания, и это может быть не только следствием атеросклеротического поражения, но и независимым прогностическим фактором. Ранняя диагностика и мониторинг функции почек, в том числе с использованием современных маркеров, позволяют своевременно корректировать терапию и улучшать прогноз у данной категории пациентов.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭМПАГЛИФЛОЗИНА ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЁННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Айрапетян А.В., Барсуков А.В., Глебова С.А., Борисова Е.В.

АО «КардиоКлиника», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Исследовать толерантность к физической нагрузке (ТФН) по величине дистанции, пройденной в тесте с шестиминутной ходьбой (ТШХ), и уровень мозгового натрий-уретического пептида (BNP) в крови, на фоне двух альтернативных схем фармакотерапии, проводимых в течение 12 недель у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ), осложнённой сердечной недостаточностью с сохранённой фракцией выброса (СНсФВ).

Материал и методы:

Исследование выполнено на базе АО «КардиоКлиника», г. Санкт-Петербург. Включение в исследование пациентов с ГБ, имевших одышку при физической активности, осуществлялось при наличии не менее 2 баллов, приведенных в шкале HFA-PEFF. Лиц с 5-6 баллами включали в исследование по определению. Пациентам, у которых насчитывалось 2-4 балла, проводили диастолический стресс-тест (ДСТ), при этом если тест оказывался положительным этих субъектов также включали в исследование. В конечном итоге в исследование были включены 129 больных (40 мужчин и 89 женщин, средний возраст 73,16±8,89 лет) с ГБ, осложнённой СНсФВ, которых разделили на две группы – основную (активной терапии, содержащей эмпаглифлозин 10 мг/сут, n=67) и контрольную (стандартного лечения, n=62). В исследовании не участвовали пациенты с ишемической болезнью сердца, фибрилляцией предсердий, сахарным диабетом. Пациенты основной и контрольной групп достоверно не различались по возрасту, полу, индексу массы тела, доле лиц с ожирением, длительности анамнеза ГБ и одышки, спектру принимаемых антигипертензивных препаратов, уровню BNP в крови (219,25±144,31 и 210,501±24,01 пг/мл соответственно, $p=0,63$) и ТФН (на основе данных ТШХ: 308,52±77,82 и 301,13±85,05 м соответственно, $p=0,66$), а также по всем показателям, характеризующим размеры левых отделов сердца, состояние диастолической и систолической функций ЛЖ. Всем участникам исследования на исходном этапе, а также через 12 недель лечения выполнили комплексное обследование, включая эхокардиографию и ДСТ, определение уровня BNP в крови (пг/мл), а также провели ТШХ. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета Statistica 13.0. Достоверность различий средних величин устанавливали с помощью непараметрического критерия Манн-Уитни.

Результаты:

Через 12 недель активного лечения (содержащего эмпаглифлозин) дистанция, пройденная в рамках ТШХ у пациентов основной группы, составила 334,63±78,63 м, а у пациентов группы контроля, получавших стандартное лечение, 302,50±85,84 м ($p=0,046$). Через 12 недель терапии пациенты группы эмпаглифлозина в состоянии покоя обладали достоверно меньшими значениями BNP в крови, чем пациенты группы стандартного лечения (141,39±88,40 и 216,26±127,57 пг/мл соответственно, $p<0,001$).

Заключение:

У пациентов с ГБ, осложнённой СНсФВ, применение на протяжении 12 недель эмпаглифлозина ассоциировано с улучшением функционального статуса, подтверждённым данными теста с шестиминутной ходьбой и содержанием в крови BNP до и на фоне проводимой терапии.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КЛАПАНОВ И СОСУДОВ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Сагатова Х.М., Тулабоева Г. М., Талипова Ю.Ш., Абдукадирова Н.М.

Центр Развития Профессиональной Квалификации Медицинских Работников, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Целью данного исследования является оценка клинических, эхокардиографических и сосудистых изменений у пожилых пациентов с дегенеративными поражениями клапанов и сосудов, а также анализ эффективности различных терапевтических стратегий

Материал и методы:

В исследование включены 200 пациентов в возрасте от 60 до 85 лет, которые проходили обследование и лечение в кардиологическом и геронтологическом отделениях. Пациенты были разделены на две группы: группа 1 (n=120) – пациенты с дегенеративными изменениями клапанов сердца (аортальный стеноз, митральная регургитация, комбинированные клапанные поражения); группа 2 (n=80) – пациенты с выраженными атеросклеротическими изменениями сосудов (стеноз сонных артерий, хроническая ишемия конечностей, поражение коронарных артерий). Были проведены следующие методы исследования: клиническое обследование – сбор анамнеза, жалоб, функциональное тестирование. Эхокардиография – определение степени стеноза, регургитации, градиента давления, состояния сосудистой стенки. Дуплексное сканирование сосудов – оценка толщины комплекса интима-медиа, наличия атеросклеротических бляшек. Лабораторные

исследования – липидный профиль, маркеры воспаления, показатели кальциевого обмена. Функциональные пробы – тест 6-минутной ходьбы, оценка толерантности к нагрузке. Статистическая обработка данных проводилась с использованием критерия Стьюдента.

Результаты:

Анализ клинических данных показал, что основные жалобы пациентов включали: одышку при физической нагрузке (85% пациентов), головокружение и обморочные состояния (40% пациентов с аортальным стенозом) боли в груди и сердцебиение (60% пациентов с поражением коронарных артерий). Нами были выявлены следующие эхокардиографические изменения: средний градиент давления на аортальном клапане в группе 1 составил $45,2 \pm 7,3$ мм рт. ст., что соответствует умеренно-выраженному стенозу. Фракция выброса левого желудочка в среднем составила $51,3 \pm 6,8\%$, снижение отмечалось у 30% пациентов. У пациентов с митральной регургитацией регургитационный объем превышал 60 мл у 35% пациентов. На следующем этапе мы анализировали изменения сосудистой стенки. В группе 2 выявлено утолщение комплекса интима-медиа более 1,2 мм у 75% пациентов, что свидетельствует о прогрессировании атеросклеротического процесса. У 40% пациентов зафиксирован стеноз сонных артерий более 50%, что увеличивает риск ишемического инсульта. У 55% пациентов отмечены кальцинированные атеросклеротические бляшки в коронарных артериях. В ходе исследования были выявлены значимые различия в липидном профиле между группами пациентов с дегенеративными изменениями клапанов сердца (группа 1) и выраженным атеросклерозом (группа 2). В группе 2 уровень ЛПНП выше на 10,5% по сравнению с группой 1 ($4,2 \pm 0,8$ ммоль/л против $3,8 \pm 0,7$ ммоль/л, $p < 0,001$). Разница достоверна, доверительный интервал (ДИ) для группы 1: 3,67-3,93 ммоль/л, для группы 2: 4,02-4,38 ммоль/л. В группе 2 уровень ЛПВП ниже на 10% ($0,9 \pm 0,2$ ммоль/л против $1,0 \pm 0,2$ ммоль/л, $p < 0,001$). Разница достоверна, ДИ: 0,96-1,04 ммоль/л (группа 1) и 0,86-0,94 ммоль/л (группа 2). Триглицериды в группе 2 выше на 19% ($2,5 \pm 0,6$ ммоль/л против $2,1 \pm 0,5$ ммоль/л, $p < 0,001$). Разница достоверна, ДИ: 2,01-2,19 ммоль/л (группа 1) и 2,37-2,63 ммоль/л (группа 2). В то же время коэффициент атерогенности (КА) в группе 2 выше на 13,3% ($5,1 \pm 1,3$ против $4,5 \pm 1,1$, $p < 0,001$). Разница достоверна, ДИ: 4,30-4,70 (группа 1) и 4,81 – 5,39 (группа 2).

Заключение:

Таким образом, пациенты группы 2 имеют значительно более выраженные нарушения липидного обмена. Достоверные различия ($p < 0,05$) между группами указывают на более высокий риск атеросклеротических осложнений в группе 2. Пациентам группы 2 требуется более интенсивная коррекция липидного профиля, включая терапию статинами и модификацию образа жизни. Данные подтверждают, что выраженные атеросклеротические изменения сосудов сопровождаются более агрессивными нарушениями липидного обмена, требующими активного вмешательства.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА NO-REFLOW ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Блудова Н.Г.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт Луки МЗ РФ,

г. Луганск, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Известно, что феномен невосстановленного кровотока (no-reflow) является одним из осложнений после реканализации инфарктзависимой артерии у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС), характеризуется отсутствием адекватного кровотока в коронарном сосуде, а его развитие сопряжено с неблагоприятным прогнозом. Поэтому изучение и анализ факторов риска, своевременная профилактика являются важной задачей для снижения частоты развития данного осложнения. Цель: изучить факторы риска, а также проанализировать их связь с частотой развития феномена no-reflow у пациентов с ОКС с элевацией сегмента ST.

Материал и методы:

В исследование включены 46 пациентов с ОКС с элевацией ST, которым в условиях ЛРКБ была выполнено чрескожное коронарное вмешательство. Диагностическим считали отсутствие антеградного кровотока (TIMI 0) в дистальном русле при восстановленной проходимости сосуда. Анализировались различные клинические и инструментальные показатели. Статистическая обработка данных выполнялась в программе Statistic. Результаты считались достоверными при $p < 0,05$.

Анализировались различные клинические и инструментальные показатели. Статистическая обработка данных выполнялась в программе Statistic. Результаты считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты:

Феномен no-reflow был диагностирован у 7 пациентов (16%), которые составили I группу. У 39 (84%) отмечалось восстановление антеградного кровотока (TIMI 3), эти пациенты составили II группу. Средний возраст пациентов I группы составил $67,8 \pm 12,1$ лет, II группы – $62 \pm 10,4$ года. Коморбидная патология диагностирована в I и II группах соответственно со следующей частотой: артериальная гипертония у всех пациентов I группы и у 92%, сахарный диабет у 57% и у 35% ($p < 0,05$), хроническая болезнь почек на уровне 3 стадии и выше у 42% и 35% соответственно. В I и II группах пациентов ранее перенесенный инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе встречался в 28% и 15% случаев ($p < 0,05$), инсульт в анамнезе в 14% и 10%, постоянная форма фибрилляции предсердий (ФП) в 28% и 18% ($p < 0,05$) соответственно. Пациенты I группы достоверно позже обращались за медицинской помощью ($p < 0,05$). По данным коронарной ангиографии (КАГ) передняя межжелудочковая ветвь (ПМЖВ) была инфаркт-зависимой в 71% и 54%, правая коронарная артерия (ПКА) – в 14% и 31% соответственно.

Заключение:

Таким образом, феномен no-reflow наблюдается у пациентов с ОКСnST в 16% случаев. Его развитие связано с временем обращения пациента за медицинской помощью. Также на частоту развития этого синдрома, по-видимому, влияет наличие фибрилляции предсердий, перенесенного в прошлом инфаркта миокарда и инсульта. Кроме того, достоверно чаще этот синдром выявлялся при поражении ПМЖВ, что можно объяснить тяжестью и обширностью повреждения миокарда левого желудочка. В связи с этим является необходимым своевременное выявление данных факторов и проведение профилактических мероприятий для предотвращения развития синдрома no-reflow

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ПОВТОРНЫМИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ИСХОДАМИ

КИРА Е.Е.¹, ДРАГОМИРЕЦКАЯ Н.А.¹, КИРА Е.Ф.²

¹ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)

Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация;

²АО «Группа компаний» Медси, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Рефрактерная артериальная гипертония (РАГ) характеризуется утратой антигипертензивной эффективности и невозможностью достижения контроля артериального давления (АД), несмотря на прием антигипертензивных препаратов 5 классов и более, включая длительно действующие тиазидные диуретики и антагонисты минералокортикоидных рецепторов, и ассоциируется экстремально высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений.

Материал и методы:

Анализ медицинской документации и литературных источников по проблеме.

Результаты:

Пациентка: 35 лет, обратилась на 14 неделе 6й беременности в связи с повышением АД. Из анамнеза известно, что повышения АД до 220/120 мм рт. ст. отмечает с 19 лет, первые 5 лет за медицинской помощью не обращалась, не обследовалась, систематической антигипертензивной терапии не получала. С 24 лет – регулярная терапия, в последний год – бетаксалол (20 мг/сут), контроль АД нерегулярный. Целевые значения АД достигнуты не были. В связи с планированием беременности препараты-блокаторы ренин-ангиотензиновой системы не назначались. Акушерский анамнез: Данная беременность шестая. Первая беременность в возрасте 25 лет завершилась экстренным кесаревым сечением 26-й неделе в связи с антенатальной гибелью на фоне гипертонии. Вторая – антенатальная гибель плода на 32-й неделе, кесарево. Третья – аборт на 10-й неделе в связи с повторными антенатальными потерями на фоне неконтролируемой АГ. Четвёртая – индуцированные

роды на 29-й неделе из-за тяжелой АГ, резистентной к трехкомпонентной антигипертензивной терапии (включая клонидин в максимальной дозе 0,15 мг х 3 раза в сутки). Родился живой мальчик весом 2100 г, длиной 49 см. Пятая – антенатальная гибель плода на 22-й неделе, оперативное родоразрешение. Текущая (6-я) беременность. Учитывая молодой возраст пациентки и злокачественное течение РАГ пациентке проведено обследование. По данным обследования: ЭхоКГ – без отклонений от нормы, УЗИ почек и надпочечников с доплерографией почечных артерий – без патологии; гормональный профиль (альдостерон, ренин, кортизол) – в пределах референсных значений, вторичный генез АГ был исключен. С учетом сохраняющейся высокой АГ, начиная с 6-й недели беременности проводятся попытки коррекции антигипертензивной терапии: бетаксолол отменен, начата комбинированная терапия метилдопой в дозе до 2 г/сут, нифедипином с увеличением дозы с 40 до 120 мг/сут. В виду недостаточной эффективности данной комбинации (АД не снижается менее 150/90 мм рт.ст.), а также с учетом положительного клинического опыта применения клонидана в анамнезе, на 14-й неделе беременности возобновлена терапия данным препаратом. Однако на 15-й неделе развилось критическое ухудшение состояния – зафиксировано повышение АД до 200/120 мм рт. ст. без неврологической симптоматики. Дополнительное использование препаратов сульфата магния внутривенно, клонидина – без эффекта. Контрольное УЗИ плода через 6 часов после эпизода гипертензии выявило антенатальную гибель плода. Проведено плановое индуцированное прерывание беременности. Проведена очередная коррекция терапии с присоединением базисных антигипертензивных препаратов – блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы: лозартан 50 мг х 2 раза в день, а также метопролола 50 мг и нифедипина-ретард 40 мг в сутки.

Заключение:

Представленный случай демонстрирует тяжелую, резистентную АГ, не поддающуюся стандартной терапии, с повторными неблагоприятными перинатальными исходами. Сложность ведения больной в данном случае заключалась в невозможности назначения стандартной терапии АГ с учетом повторных беременностей, относящихся к категории абсолютных противопоказаний для назначения ингибиторов АПФ, блокаторов рецепторов ангиотензина, антагонистов минералокортикоидных рецепторов, тиазидных и тиазидоподобных диуретиков, в связи с чем даже многократная коррекция лечения не позволила предотвратить неблагоприятные перинатальные исходы у пациентки с отягощенным акушерским анамнезом.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С УЛУЧШЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА В РАМКАХ ОБРАТИМОЙ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С АНТРАЦИКЛИНОМ, У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА

Сампиев А.М., Драгомирецкая Н.А., Волчков И.И., Белов А.К.
ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)
Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Антрациклиновые антибиотики – препараты, применение которых сопряжено с высоким, дозо-зависимым риском развития кардиотоксичности за счет свободнорадикального окисления, индукции цитотоксического стресса, активации апоптоза кардиомиоцитов и дисрегуляции активности матриксных металлопротеиназ с активацией фиброза в миокарде. Описаны острые (НРС, боли в грудной клетке) и хронические формы (ХСН с разной степенью дисфункции миокарда) антрациклиновой кардиопатии. К факторам риска хронической кардиотоксичности относят ранее существовавшие заболевания сердца, пожилой возраст, женский пол, артериальную гипертензию, дислипидемию, воздействие радиации и одновременное применение других кардиотоксичных средств. Цели и задачи: Описание клинического случая сложного пациента.

Материал и методы:

Анализ медицинской документации и литературных источников по проблеме

Результаты:

Пациент А., 22 лет, госпитализирован в клинику факультетской терапии №2 УКБ №4 Сеченовского Университета с жалобами на нарастающую слабость, одышку, кашель и субфебрилитет (37,5°C). Из анамнеза известно, что в декабре 2023 г. пациенту проведено эндопротезирование левого коленного сустава по поводу остеосаркомы, в последующие 4 курсами химиотерапии по схеме доксорубин + цисплатин, последний курс за 2 месяца до настоящей госпитализации. При ЭхоКГ перед назначением доксирубицина – препарата с известным кардиотоксическим эффектом, – камеры сердца не расширены, стенки не утолщены, ФВ ЛЖ 71%. После 2 курсов химиотерапии – ФВ 51%. При поступлении: Состояние тяжелое. ИМТ 18 кг/м². Кожные покровы бледные. Вторичная алопеция. Синусовая тахикардия в покое до 115 уд/мин, АД 90/60 мм рт. ст. SpO₂ 94%. Аускультативно в легких дыхательные резко ослаблены в нижних отделах больше справа, в средних отделах выслушивается звонкая крепитация. Тоны сердца глухие, не верхушке – протодиастолический ритм галопа. Лабораторно: лейкоцитоз 14,6×10⁹/л, тропонин I – 139 (норма <23 нг/мл). КТ органов грудной клетки: двусторонняя полисегментарная пневмония, двусторонний гидроторакс (2000 мл справа, 700 мл слева). В посеве мокроты Strept. anginosus 105, чувствительный к бета-лактамам. ЭхоКГ: впервые зарегистрировано снижение ФВ ЛЖ до 36%, диффузный гипокинез стенок ЛЖ, гидроперикард. На фоне комбинированной парентеральной антибактериальной терапии (цефтриаксон + ципрофлоксацин), дренирования правой плевральной полости (эвакуация 1,5 л) и титрования доз кардитропных препаратов (бисопролол, периндоприл, эплеренон) достигнута стабилизация гемодинамических и респираторных показателей: АД 110/70 мм рт. ст., ЧСС 80 уд/мин, SpO₂ 97% при дыхании атмосферным воздухом. Контрольная КТ показала уменьшение инфильтративных изменений в легких и значительное уменьшение объема гидроторакса. ФВ ЛЖ возросла более чем на 10% от исходной и достигла 49%, уровень тропонина снизился, но оставался выше референсных значений – 110 нг/л. Пациент был выписан с рекомендациями продолжения кардитропной терапии с добавлением дапаглитфлозина 10 мг.

Заключение:

Представленный случай демонстрирует развитие ХСНФВ в рамках ранней манифестации хронической антрациклиновой кардиотоксичности у молодого пациента без дополнительных факторов сердечно-сосудистого риска. Особенностью случая является обратимый характер выявленных нарушений с увеличением ФВ ЛЖ с 36 до 49%. Своевременная комбинированная терапия, проводимая междисциплинарной командой специалистов, позволила стабилизировать состояние пациента, добиться разрешения внебольничной пневмонии и достичь значимого прироста ФВ ЛЖ, трактуемого как ХСН с улучшенной (восстановленной) ФВ ЛЖ.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ, ДЕМОНСТРИРУЮЩИЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА 2 СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ У ПАЦИЕНТКИ, ПЕРЕНЕСШЕЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Андреева А.В.¹, Коротеева Ю.В.¹, Бугаева Е.О.¹,
Рязанова Л.Н.¹, Мерцалова Л.В.¹, Бокарева А.Р.¹, Андреева Ю.А.²

¹ГБУ Рязанский областной клинический кардиологический диспансер, г. Рязань, Российская Федерация;

²ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Одним из современных методов кардиореабилитации является применение интервального гипоксического кондиционирования. Гипоксия – универсальный фактор адаптации. Повторяющееся воздействие кратковременного контролируемого гипоксического стимула приводит к активизации всех адаптационных механизмов и восстановлению организма за счет собственных внутренних ресурсов. Запускается каскад целого ряда биохимических процессов в кардиомиоцитах, что приводит к активации внутриклеточных сигнальных систем, запускающих защитные адаптационные механизмы, позволяющие миокарду лучше

адаптироваться к последующим эпизодам более продолжительной ишемии. Целью демонстрации данного клинического случая является акцентирование важности проведения комплексной кардиореабилитации для более эффективного восстановления пациента после инфаркта миокарда.

Материал и методы:

Пациентка К., 65 лет, поступила в отделение медицинской реабилитации 10.03.2025 с диагнозом ИБС: передний распространенный инфаркт миокарда от 26.02.2025. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. ЧТКА и двойное стентирование ПМЖА, ЧТКА ДВ-1 26.02.2025. Гипертоническая болезнь III стадии. Целевой уровень АД достигнут. Риск 4 (очень высокий) Гиперурикемия. Дислипидемия. Недостаточность МК рег. 1-2 ст., ТК рег. 2-3 ст., АК рег. 1 ст. Хронический гастрит, ремиссия. Дорсопатия поясничного отдела позвоночника. В анамнезе в течение нескольких лет повышение АД до 150/80 мм рт. ст., по поводу чего антигипертензивную терапию регулярно не принимала. Ранее боли в грудной клетке ангинозного характера не беспокоили. Ухудшение самочувствия 26.02.2025, когда возникли длительные давящие, сжимающие боли в грудной клетке, по поводу чего вызвала СМП, доставлена в ОККД с диагнозом ОКС, госпитализирована для проведения экстренного ЧКВ. По данным КАГ выявлены стенозы ПМЖА 90%, ДВ-1 99%, остальные артерии с нервною контуров. Выполнено ЧТКА и двойное стентирование ПМЖА, ЧТКА ДВ-1. На 13 сутки (10.03.2025) переведена в отделение медицинской реабилитации. При поступлении ШРМ 3 балла. Реабилитационный потенциал – средний. Реабилитационный прогноз – относительно благоприятный. В ходе госпитализации проведены следующие реабилитационные мероприятия. Диетотерапия – стол 10-И2. Школа для пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Медикаментозная терапия (тикагрелор, ацетилсалициловая кислота, омега-3, аторвастатин, валсартан, метопролол, спиронолактон). Физическая реабилитация: двигательный режим 3, степень активности ЗБ->4А. комплекс ЛФК №3,4; дозированная ходьба до 600 м со скоростью 80-90 шагов в минуту с ЧСС 75-80 ударов в минуту; подъем по лестнице на 0,5-2 этажа. Психологическое тестирование. Курс из 10-ти интервальных гипоксии-гипероксических тренировок при концентрации кислорода 11% с минимальным уровнем сатурации во время процедуры 88%.

Результаты:

К моменту выписки (24.03.2025) на 14 сутки на фоне проведенных реабилитационных мероприятий отмечается положительная динамика: 1) Прирост теста 6-минутной ходьбы на 32 м (425 метров при поступлении → 457 метров при выписке) 2) Возросла субъективная переносимость физических нагрузок (по шкале Борга с 13 до 12 баллов) 3) Снижение показателей атерогенных фракций липидного профиля (ЛПНП 4,62 ммоль/л (27.02.2025) → 1,45 ммоль/л (21.03.2025), ТГ 2,76 ммоль/л (27.02.2025) → 2,31 ммоль/л (21.03.2025)) 4) Улучшение показателя NT-proBNP (2024 пг/мл → 851,0 пг/мл), 5) Повышение фракции выброса ЛЖ по методу Симпсона (46% (УЗИ сердца 10.03.2025) → 48% (УЗИ сердца 19.03.2025)) 6) По результатам проведения интервальных гипоксии-гипероксических тренировок отмечается прирост средней продолжительности гипоксической фазы с 182 секунд в начале курса до 277 секунд в конце курса, средней продолжительности гипероксической фазы с 118 секунд до 68 секунд, а также увеличение времени восстановления до исходного уровня SpO₂ с 121 секунды до 68 секунды, что говорит о повышении устойчивости организма к гипоксии 7) Отмечается динамика оценки качества жизни по результатам опросника EQ-5D-3L (индекс здоровья 0,86 → 0,888)

Заключение:

Таким образом, данный клинический случай подчеркивает важность проведения комплексной кардиореабилитации и показывает ее положительное влияние на течение заболевания. Мероприятия медицинской реабилитации являются одним из важнейших этапов, способствующим более быстрому и эффективному восстановлению пациентов после перенесенного сердечно-сосудистого события.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА КАРДИОЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ В ОЦЕНКЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Доценко А.А.¹, Ардашев В.Н.², Масленникова О.М.¹, Исаева Т.В.²

¹ФГБУ ДПО «Центральная государственная

медицинская академия» Управления делами Президента

РФ, г. Москва, Российская Федерация;

²ФГБУ «Клиническая больница №1» Управления делами

Президента РФ, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования является синхронная оценка взаимозависимости кардиоцеребральных частотных характеристик для изучения индивидуального нейровегетативного статуса и оценки нейропластичности у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК).

Материал и методы:

В рамках исследования были изучены 29 пациентов, проходивших курс стационарного лечения с основным диагнозом ОНМК, которым проведена синхронная регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) высокого разрешения с оценкой variability сердечного ритма (ВСР) и электроэнцефалограммы. Пациенты были распределены по двум клиническим группам: • 1 группа (23 человека): с синусовым ритмом и атеротромботическим вариантом инсульта; • 2 группа (6 человек): имела фибрилляцию предсердий и кардиоэмболический вариант инсульта.

Результаты:

В первой группе пациентов выявлена умеренная взаимосвязь между пиковыми значениями альфа-ритма и кардиографическими показателями, включая индекс ритм и спектральную мощность высокочастотных и низкочастотных компонентов. Слабая корреляция между церебральными и кардиальными частотными характеристиками обусловлена относительной автономностью сердечной деятельности при нормальном синусовом ритме. У пациентов второй группы обнаружена более тесная взаимосвязь между частотными характеристиками мозга и сердца. Выявлено, что максимальная амплитуда и доминирующая частота альфа-ритма имеют прямую связь с кардиологическими показателями: индексом Миокард и Ритм, Т-альтернацией, а также спектральной мощностью высокочастотных и низкочастотных составляющих. Выявленная корреляция между параметрами RMSSD, SDNN, стресс-индексом и шкалой NIHNS свидетельствует о состоянии вегетативной нервной системы, нарушениях центральной регуляции и компенсаторной активации сердечно-сосудистой системы (ССС) при стрессовой нагрузке. Показатель активности реактивных систем (ПАРС) позволяет оценить состояние ССС с учетом симпатопарасимпатических влияний, а анализ параметров альфа-ритма дает информацию о стабильности мозговой активности после ОНМК. Коллективом авторов разработан индекс нейропластичности, учитывающий ключевые частотные параметры оси «Сердце-мозг». Индекс рассчитывается как отношение произведения амплитуды и частоты альфа-ритма к ПАРС. Индекс нейропластичности отражает нейропластичность через оценку взаимного компенсаторного влияния головного мозга и ССС. Этот механизм включает двойную регуляцию: контроль мозгом гемодинамических процессов и ответную способность ССС к активации для усиления перфузии поврежденных участков мозга. Такое взаимодействие является ключевым фактором для регенерации жизнеспособных нейронов и формирования новых нейрональных связей, что необходимо для восстановления утраченных неврологических функций. Предложенный расчетный показатель отражает нейропластичность, поскольку это позволит оптимизировать реабилитационную тактику, интенсивность восстановительных мероприятий и динамический мониторинг нейрокардиального статуса. Разработанный индекс может использоваться для оценки реабилитационного потенциала на основе электрофизиологического резерва головного мозга и «репаративной» активности ССС, характеризующих нейровегетативный статус.

Заключение:

Комплексная оценка взаимодействия ССС и центральной нервной системы, включая нейровегетативные параметры, позволяет точно определить степень нарушений мозговой деятельности после инсульта. Созданные метрики обеспечивают расчет интегрального индекса нейропластичности, объединяющего показатели электрофизиологического резерва головного мозга и адаптационного потенциала ССС.

КОНТРОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ПОМОЩЬЮ ДАТЧИКА ТРАНСТОРАКАЛЬНОГО ИМПЕДАНСА У ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМ КАРДИАЛЬНЫМ УСТРОЙСТВОМ

Кулешова М.В., Ускач Т.М., Аманатова В.А.,

Ардус Д.Ф., Сапельников О.В.

ФГБУ «НМИЦ Кардиологии имени академика Е.И. Чазова»

Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Прогнозирование и профилактика факторов риска развития внезапной сердечной смерти (ВСС) и декомпенсации хронической сердечной недостаточности (ХСН), как основных причин летальности у пациентов со сниженной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), является важной задачей оптимальной медикаментозной терапии и электрофизиологических методов лечения. В настоящее время в клиническую практику внедрены имплантируемые кардиовертеры-дефибрилляторы (ИКД), оснащенные уникальным набором датчиков с возможностью мультисенсорного мониторинга для прогнозирования течения ХСН. Внутрigrудной мониторинг жидкости с помощью трансторакального импеданса (ТИ) представляет собой одну из первых диагностических методик на основе кардиальных устройств, позволяющую отследить декомпенсацию ХСН. Цель: оценить данные ТИ у пациентов с ИКД и их связь с клиническими течением ХСН

Материал и методы:

в исследование включены 48 пациентов с ХСН II-III функционального класса (ФК) и ФВ ЛЖ 35%, находящиеся на оптимальной медикаментозной терапии более трех месяцев. Средний возраст пациентов составил 56,1±13,7 года, преобладали пациенты мужского пола (87,8%). Ишемическая болезнь сердца была причиной ХСН у 52,6% (27 пациентов), дилатационная кардиомиопатия у 23% (11 пациентов), гипертоническая болезнь у 20,8% (10 человек). Медиана ФВ ЛЖ составила 30% [26;32], исходный уровень мозгового натрийуретического про-пептида (NT-proBNP) 488,9 пг/мл [261,4; 881,0]. Пациентам проводилась имплантация кардиального устройства CHARISMA TM EL ICD Boston Scientific в качестве первичной профилактики ВСС, далее они наблюдались в течение 6 месяцев. Оценивались следующие критерии течения ХСН: динамика теста шестиминутной ходьбы (ТШХ), увеличение ФК СН, потребность в диуретической терапии, уровень NT-proBNP, показания датчика ТИ при интеррогировании имплантируемого устройства.

Результаты:

Все оперативные вмешательства прошли успешно, послеоперационных осложнений не отмечалось. Через 6 месяцев после имплантации медиана ТИ составила 45,8 Ом [43,0 – 48,6]. По результатам наблюдения выделена группа пациентов (n=17), у которых определялся как минимум один из показателей ухудшения течения ХСН: повышение ФК СН, снижение дистанции ТШХ, увеличение потребности в диуретической терапии, повышение уровня NT-proBNP 1625,0 пг/мл [811,0; 3373,5] и снижение ТИ 38,2 Ом [36,9 – 39,6]. В группе пациентов без признаков ухудшения течения ХСН (n=31) показано достоверно более низкое значение уровня NT-proBNP 555,2 пг/мл [288,0; 1379,0] (p=0,049) и достоверно более высокое значение ТИ 50,60 Ом [47,9; 53,2] (p=0,001). При проведении корреляционного анализа взаимосвязи ТИ и уровня NT-proBNP также была установлена статистически значимая (p=0,024) обратная связь умеренной тесноты по шкале Чеддока. При анализе срабатываний ИКД нанесений неадекватных разрядов не отмечено, адекватные шоки зафиксированы у двух пациентов по поводу развившихся неустойчивых пароксизмов желудочковых тахикардий с частотой сердечных сокращений 200 и 250 ударов в минуту соответственно, оба пароксизма купировал первый разряд.

Заключение:

Выводы: у пациентов снижение ТИ по данным интеррогирования кардиального устройства связано с клиническим ухудшением течения ХСН и повышением уровня NT-proBNP.

МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ У ЖЕНЩИН И У МУЖЧИН: ОДИНАКОГО ИЛИ НЕТ?

Филимон С.С., Саенко В., Гриб Л.Ф., Греждиеру А.В.,

Пуртяну Л., Голуб А., Филимон А.

Государственный университет медицины и фармации

имени Николая Тестемидану, г. Кишинев, Молдова

Введение (цели/ задачи):

В последние годы особое внимание уделяется особенностям сердечной патологии у женщин, в том числе мерцательной аритмии. Цель работы: Определение особенностей клинических данных и лечения мерцательной аритмии у женщин.

Материал и методы:

В исследование были включены 60 пациентов (30 женщин и 30 мужчин), средний возраст 65,85 лет, госпитализированных в Институте Кардиологии в течение 2024 года. Были проанализированы анамнез, результаты лабораторных исследований, ЭКГ, ЭхоКГ, Рентгенография органов грудной клетки, проводимое лечение.

Результаты:

У женщин чаще диагностировали постоянную форму мерцательной аритмии (50%), а у мужчин – пароксизмальную форму мерцательной аритмии (43,13%). Также, у них чаще по сравнению с мужчинами встречалась 3-я степень артериальной гипертонии (Ж-53,33%, М-26,66%), сердечная недостаточность с сохраненной ФВ ЛЖ (Ж-66,66%, М-50%), стабильная стенокардия II ФК (Ж-43,33%, М-36,66%), гипертиреоз (Ж-10%, М-3,33%) и транзиторный ишемический инсульт (Ж-23,33%, М-6,66%). Женщины имели меньшие размеры ЛЖ (Ж-50,1±9,98 мм, М-57,82±14,42 мм) и ЛП (Ж-45,56±13,0 мм, М-49,44±14,41 мм), более высокую ФВ ЛЖ (Ж-51,46±4,57%, М-45,31±5,26%). У них были найдены более высокие уровни общего холестерина (Ж-5,30±2,43 ммоль/л, М-4,66±2,17 ммоль/л), холестерина ЛПНП (Ж-3,15±2,28 ммоль/л, М-2,91±1,99 ммоль/л) и натрийуретического пептида (Ж-1934,88±43,39 пг/мл, М-706,37±26,19 мкг/мл). Для лечения мерцательной аритмии чаще назначали бисопролол (Ж-46,66%, М-50%), затем амиодарон (Ж-23,33%, М-16,66%), дигоксин (Ж-26,66%, М-13,33%) и метопролол (Ж-23,33%, М-6,66%). Последние 3 лекарства чаще назначались женщинам по сравнению с мужчинами. В большинстве случаев в качестве антикоагулянтной терапии назначался ривароксабан (Ж-83,33%, М-76,66%).

Заключение:

У женщин по сравнению с мужчинами чаще развивается постоянная форма мерцательной аритмии, 3-я степень артериальной гипертонии, стабильная стенокардия II ФК, сердечная недостаточность с сохраненной ФВ ЛЖ и более высоким уровнем натрийуретического пептида, гипертиреоз и транзиторный ишемический инсульт. Среди антиаритмических препаратов чаще назначались бисопролол, амиодарон и дигоксин, а в качестве антикоагулянтной терапии – ривароксабан.

МЕТОД ОЦЕНКИ НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТИ: ИНТЕГРАЦИЯ АНАЛИЗА ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ У ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ

Доценко А.А.¹, Ардашев В.Н.², Масленникова О.М.¹, Исаева Т.В.²

¹ФГБУ ДПО «Центральная государственная

медицинская академия» Управления делами Президента

РФ, г. Москва, Российская Федерация;

²ФГБУ «Клиническая больница №1» Управления делами

Президента РФ, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования – внедрение метода оценки нейропластичности, основанного на синхронной регистрации кардиоцеребральных взаимодействий и углубленном анализе вегетативной регуляции у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК).

Материал и методы:

В исследование включены 29 пациентов с верифицированным диагнозом ОНМК, проходящих лечение в стационаре. Проведена комплексная диагностика, включающая дисперсионное картирование (электрокар-

диограммы) ЭКГ с анализом вариабельности сердечного ритма (ВСР) и электроэнцефалографию. Пациенты распределены на две клинические группы: • 1 группа (23 человека) – пациенты с синусовым ритмом и атеротромботическим вариантом инсульта; • 2 группа (6 человек) – больные с фибрилляцией предсердий и кардиоэмболическим вариантом инсульта.

Результаты:

Полученные данные демонстрируют, что анализ вегетативной регуляции является определяющим фактором в интерпретации механизмов нейропластичности после инсульта. В первой группе зафиксирована умеренная сопряженность между параметрами альфа-ритма и ВСР, что объясняется относительной автономностью сердечной деятельности при физиологичном синусовом ритме. У пациентов второй группы выявлена более выраженная взаимосвязь между церебральными и кардиальными частотными параметрами, включая корреляцию амплитуды и доминирующей частоты альфа-ритма с частотными характеристиками сердца: индексом Миокард и Ритм, Т-альтернацией. Нами разработан метод оценки нейропластичности, основанный на комплексном анализе взаимодействия мозга и сердечно-сосудистой системы (ССС). Суть метода заключается в расчете специального индекса, который объединяет три ключевых параметра: амплитуду альфа-ритма (показатель мозговой активности), частоту альфа-ритма (отражает функциональное состояние нейронов), показатель активности реактивных систем (ПАРС) – индикатор компенсаторных возможностей сердечно-сосудистой системы. Формула расчета индекса: (амплитуда альфа-ритма × частота альфа-ритма) / ПАРС. Выявленные корреляции между показателями RMSSD, SDNN, стресс-индексом и шкалой NIHSS отражают состояние вегетативной нервной системы и компенсаторную активацию ССС при стрессовой нагрузке. Показатель активности реактивных систем (ПАРС) дает возможность оценить состояние ССС с учетом симпато-парасимпатических влияний, а анализ параметров альфа-ритма позволяет судить о стабильности мозговой активности после ОНМК.

Заключение:

Внедрение предложенной методики оценки нейропластичности способствует оптимизации реабилитационной стратегии и интенсивности восстановительных мероприятий. Приоритетное значение придается динамическому контролю нейрокardiaльного статуса с учетом электрофизиологического потенциала головного мозга и «репаративной» активности ССС. Предложенный метод оценки нейропластичности, базирующийся на комплексной интерпретации взаимодействия ССС и центральной нервной системы с акцентом на анализ вегетативной регуляции, обеспечивает точную оценку восстановительного потенциала мозговой деятельности после инсульта.

МИОКАРДИТ КАК «ГОРЯЧАЯ ФАЗА» АТИПИЧНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МАНИФЕСТАЦИИ КАРДИОМИОПАТИИ

Вайханская Т.Г., Коптюх Т.М., Геворкян Т.Т., Даниленко Н.Г., Котешова Г.В.

ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Новый термин «горячие фазы» кардиомиопатий принят для характеристики эпизодов воспаления миокарда, которые являются сложными клиническими проявлениями аритмогенной кардиомиопатии (АКМП) и недилатационной кардиомиопатии левого желудочка (НДКМПЛЖ) со специфическими симптомами – острой болью в груди и повышением уровня сердечных тропонинов при отсутствии коронарной патологии. Эти эпизоды клинически проявляются как острый миокардит, чаще встречаются у молодых пациентов, сопряжены с повышенным риском опасных для жизни аритмий и прогрессированием заболевания. Горячие фазы АКМП связаны с генетическими мутациями в генах (DSP, DSG2, DSC2), кодирующих синтез десмосомных белков, и в некоторых недесмосомных генах (PLN, FLNC, LMNA), ассоциированных с НДКМПЛЖ. Диагностической проблемой является сложная дифференциация «горячих фаз» от изолированного острого миокардита, что требует применения мультимодального подхода с использованием

магнитно-резонансной (и/или ядерной) томографии (МРТ), эндомиокардиальной биопсии и генотипирования.

Материал и методы:

Сложности в диагностике и выборе тактики лечения демонстрирует клинический случай семейной кардиоламинопатии с манифестацией НДКМПЛЖ у пробанда с «горячей фазой» повреждения миокарда и брадиаритмическим синдромом.

Результаты:

Клиническое наблюдение. Пациентка Д. в возрасте 33 лет обратилась с жалобами на боли в области сердца ноющего характера, слабость и быструю утомляемость. Указанные жалобы беспокоили >5 месяцев после эпизода 10-минутной острой боли за грудиной, купированной диклофенаком. На представленных ЭКГ значимых отклонений не выявлено. При осмотре отмечалась синусовая брадикардия с ЧСС 42–46 ударов в минуту, АД 120/77 мм рт. ст., пациентка отрицала предшествующие симптомы ОРВИ, ковида или укуса клеща. При R-графии ОГК отклонений от нормы не обнаружено. На поверхностной ЭКГ – синусовая брадикардия с ЧСС 43 уд в мин., низковольтная P волна и фрагментация комплексов QRS в 6-и отведениях. При ХМ выявлены интермиттирующая АВ блокада 1 степени, выскальзывающие постэктопические сокращения и 193 одиночные желудочковые экстрасистолы (ЖЭС). При ЭхоКГ размеры, объемы, толщина стенок и кинетика миокарда были в пределах референтных значений; фракция выброса ЛЖ составила 59%; глобальная продольная деформация ЛЖ (GLS) –21,3%. В результате лабораторной диагностики обнаружены повышенные уровни тропонина I (TnI) от 40 до 61 нг/л в динамике (норма <19 нг/л) и NT-pro BNP (254 пг/мл при норме <125 пг/мл), увеличение сывороточной КФК до 375 ед/л (норма <126 ед/л). Воспалительные биомаркеры (СРБ 0,70 мг/л; прокальцитонин 0,03 мкг/л) и серологические тесты к антигенам 9-и кардиотропных вирусов были отрицательными. При коронароангиографии патологии венечных артерий не обнаружено. При МРТ сердца выявлены признаки умеренного отека в области базальных и средних сегментов межжелудочковой перегородки (МЖП) и признаки фиброза (интрамиокардиальный срединный паттерн LGE) в средних сегментах перегородки. С учетом семейного анамнеза ранней ВСС отца (в 40 лет имплантация ЭКС, в 45 лет ВСС), повышения КФК и TnI, специфических ЭКГ изменений (фрагментация QRS) и МРТ данных (срединный фиброз МЖП), был предположен диагноз семейной КМП. С согласия пациентки проведено генетическое исследование; в результате был идентифицирован патогенный вариант в гене ламина A/C (LMNA: exon1: c.275delT; p.L92fs) и установлен диагноз кардиоламинопатии, связанной с делецией в 1 экзоне, приводящей к варианту сдвига рамки считывания. С учетом патогенности варианта был проведен семейный каскадный скрининг, который подтвердил наличие патогенного LMNA генотипа у бессимптомной младшей сестры и симптомного младшего брата (с клинически значимой ЖЭС и АВ блокадой 1–2 ст.). После назначения нейромодулирующей терапии (рамприл 2,5 мг/сут, верошпирон 25 мг/сут), повторное обследование проведено через 3 месяца. К этому сроку уже были известны результаты семейного генотипирования. При ХМ регистрировалась брадикардия без клинически значимой ЖЭС. Однако спекл-трекиговая ЭхоКГ продемонстрировала снижение продольной деформации средних и базальных сегментов МЖП (GLS) –12,7%), др. параметры ЭхоКГ были нормальными, а TnI составил 33 нг/л. Для оценки хронотропной функции синусового узла пациентке проведен велоэргометрический тест: на высоте выполняемой работы 75 Вт максимальная ЧСС составила 116 уд. в мин, с частой ЖЭС и бигеминией, за которой последовала симптомная 10-минутная АВ блокада 2 ст. Мобитца 2. Принимая во внимание текущие рекомендации, учитывая диагноз НДКМПЛЖ, связанной с нон-миссенс мутацией LMNA, наличие значимых нарушений АВ проводимости, расчетный прогнозируемый 5-летний риск опасных для жизни желудочковых аритмий составил 17,9% (калькулятор риска <https://lmna-risk-vta.fr>), пациентке был имплантирован двухкамерный кардиовертер-дефибриллятор.

Заключение:

Представленный случай семейной ламинопатии у молодой пациентки демонстрирует дебют заболевания в виде субклинической «горячей фазы» с атипичным брадиаритмическим воспалительным синдромом. В этой клинической ситуации генетическое тестирование и МРТ визуализация показали свою первостепенную значимость в своевременной точной диагностике, оценке прогноза и стратификации риска ВСС.

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ СОБЫТИЯ, ВОЗНИКШИЕ ПРИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОМ ГЕМОСТАЗЕ КРУПНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ ДОСТУПОВ ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Курносоев С.А.¹, Азаров А.В.¹, Капранов М.С.¹, Казарина А.А.²

¹ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский

клинический институт имени М.Ф. Владимирского,

г. Москва, Российская Федерация;

²Московская городская онкологическая больница 62 ДЗМ,

г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Ежегодно в Российской Федерации выполняется большое количество эндоваскулярных вмешательств, и их число из года в год увеличивается. Растет и потребность в эндоваскулярной коррекции структурных заболеваний сердца и крупных магистральных артерий. В этой связи увеличивается потребность в выполнении эндоваскулярного гемостаза крупных артериальных доступов с использованием закрывающих устройств, которые достигают безопасного и эффективного гемостаза с сокращением времени его наступления, сокращением времени вмешательства, а также увеличивают возможность ранней мобилизации пациентов для скорейшей выписки из стационара. Цель: сравнение непосредственных результатов выполнения эндоваскулярного и хирургического гемостаза крупных артериальных доступов за период с 2021 по 2024 гг.

Материал и методы:

За 4 года выполнено 75 эндоваскулярных операции на сердце и аорте с использованием артериальных доступов крупного размера. Всем пациентам на этапе обследования проведена КТ-ангиография согласно протоколу, по результатам которой выполнена оценка обоих подвздошно-бедренных сегментов с целью возможного проведения безопасного и эффективного пункционного доступа с достижением стойкого гемостаза. Начиная с 2023 г. большей части пациентам пункционный доступ выполнен под УЗИ наведением. При всех операциях выполнена ангиография до и после имплантации эндографтов и клапанных протезов.

Результаты:

68 плановых вмешательств (эндографты брюшной инфраренальной аорты – EVAR (47), эндографты грудной нисходящей аорты – TEVAR (2), протезы аортального клапана – TAVI (18), эндографт коарктации аорты (1)), 7 – экстренных (EVAR (2), TEVAR (3), TAVI (2)). Нежелательные события (НС) во время операции (18), связанные с местом доступа (14 после эндоваскулярного гемостаза (EVAR – 12, TAVI – 2) и 4 в доступе (EVAR – все)). НС во время операции, не связанные с местом доступа и доступом, возникли во время четырех операций (EVAR – 2 TAVI – 2). НС после операции, связанные с местом доступа, возникли у 2 пациентов (по 1 на эндоваскулярный и хирургический гемостаз (TEVAR – 1, EVAR – 1)). НС после вмешательства, не связанные с доступом и местом доступа, возникли у 7 пациентов (EVAR – 3, TAVI – 4). НС после EVAR, связанное с доступом, но не требующее экстренности (1).

Заключение:

Эндоваскулярный гемостаз крупных артериальных доступов при лечении сердечно-сосудистых заболеваний показывает высокую безопасность и клиническую эффективность с малым процентом нежелательных событий, являясь хорошей альтернативой хирургическому доступу.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИХ АРИТМИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЁСШИХ COVID-19

Ачилов Ф.К., Тулабоева Г. М., Талипова Ю.Ш.,

Абдукадирова Н.М., Сагатов Х.М., Хашимов А.А.

Центр Развития профессиональной квалификации медицинских

работников, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

У пациентов пожилого возраста, перенёсших COVID-19 и страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, SARS-CoV-2 непосредственно и косвенно усиливает жизнеугрожающую активность сердечных

аритмий, что утяжеляет течение заболевания и увеличивает риск неблагоприятного прогноза развития осложнений и смерти. Цель исследования. Определение клинико-лабораторных критериев сердечно-сосудистых осложнений, в частности жизнеугрожающих аритмий, у пожилых пациентов, перенёсших COVID-19, а также совершенствование методов их ранней диагностики. Задачи исследования: определить особенности распространённости факторов риска развития сердечно-сосудистых в частности жизнеугрожающих аритмий у пожилых пациентов, перенёсших COVID-19.

Материал и методы:

Использованы клинические, инструментальные, биохимические и статистические методы исследования. В исследовании приняли участие 113 пожилых пациентов, перенёсших COVID-19, которые находились на стационарном и амбулаторном лечении в медицинском объединении Каганского района и инфекционной больницы Бухарской области. В исследование включены амбулаторные карты и другие медицинские документы 113 пожилых пациентов (60-80 лет), зарегистрированных в период 2021–2022 годов. Результаты обследований анализировались в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения по эпидемиологическим исследованиям с применением стандартных методов. Обследованные 113 пожилых пациентов (60-80 лет) были включены в исследование с учетом перенесенного COVID-19, среди них 53,62% составляли мужчины (n=74), 46,38% – женщины (n=64). Из общей группы 113 пациентов 55 (48,7%) перенесли COVID-19, а 58 (51,3%) – составили контрольную группу (COVID-19 не подтвержден).

Результаты:

Результаты исследования показали, что при тяжелом течении COVID-19 угрожающие жизни желудочковые экстрасистолии 2-й и 3-й градации были достоверно выявлены у 26% и 21% пациентов соответственно. При среднетяжелом течении COVID-19 желудочковые экстрасистолии 2-й градации по классификации Lowp были обнаружены у 16% пациентов, а экстрасистолии 1-й и 3-й градации – по 10,5% пациентов. В результате инфекции у всех этих пациентов наблюдалось трепетание предсердий. У 8 (14,5%) пациентов пожилого возраста впервые возникла фибрилляция предсердий, у 2 (3,6%) – впервые появилось трепетание предсердий, а у 6 (10,9%) – предсердная тахикардия. Таким образом, у 34,5% пожилых пациентов, перенесших COVID-19, наблюдались фибрилляция предсердий, трепетание предсердий и предсердная тахикардия. В ходе изучения аритмий у пожилых пациентов было выявлено, что среди пациентов, перенесших COVID-19, данные показатели достоверно выше по сравнению с контрольной группой (не перенесших COVID-19). Фибрилляция предсердий встречалась у 14,5% (n=8) пациентов, тогда как в группе COVID-19-отрицательных пациентов – у 7,0% (n=4). Трепетание предсердий наблюдалось у 3,6% пациентов, а в группе COVID-19-отрицательных пациентов – у 1 пациента. Предсердная тахикардия отмечалась у 10,9% (n=6) пожилых пациентов, тогда как в контрольной группе этот показатель составил 5,2%, то есть практически в 2 раза меньше. Также у пожилых пациентов, перенесших COVID-19 средней степени тяжести, в 16,6% случаев наблюдалась атриовентрикулярная (AV) блокада I степени, при этом у 10% пациентов была выявлена AV-блокада II степени типов Мобитц 1 и Мобитц 2. При тяжелом течении COVID-19 AV-блокада I степени наблюдалась в 7,1% случаев, однако AV-блокада II степени типа Мобитц 1 регистрировалась в 2 раза чаще – 14,2%, а AV-блокада типа Мобитц 2 – в 3 раза чаще, то есть в 21,4% случаев. Эти данные указывают на то, что с увеличением тяжести COVID-19 у пожилых пациентов возрастает частота и степень нарушений проводимости в атриовентрикулярном узле.

Заключение:

Результаты исследования показали, что у пожилых пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, перенёсших COVID-19, наблюдается высокий риск развития жизнеугрожающих аритмий. Выявлена связь между этими нарушениями и прямым повреждением миокарда, воспалительного характера. Это увеличило достоверно частоту повторных госпитализаций по причине острых коронарных событий составила 41,8%, острого инфаркта миокарда – 30,9%, обострения хронической сердечной недостаточности – 10,9% и 5,5% случаев отмечены случаи внезапной смерти.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ: ОБЪЕДИНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ И ВРАЧЕБНО-ПАЦИЕНТСКОЙ КОММУНИКАЦИИ

Махмудова У.Р., Нуриллаева Н.М.

Ташкентская медицинская академия, г.

Ташкент, Республика Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

В мировом масштабе насчитывается свыше 463 млн больных СД и более 1,13 млрд с ГБ. Одновременное наличие СД и ГБ значительно повышает риски сердечно-сосудистых и почечных осложнений, что ставит задачу своевременного комплексного ведения таких пациентов на первое место в здравоохранении. Широкое распространение информации о модифицируемых факторах сердечно-сосудистого риска может стать основой для снижения развития сердечно-сосудистых заболеваний. Цель исследования: Определить частоту встречаемости СД среди больных ГБ в условиях семейной поликлиники и сравнить показатели артериального давления (АД), липидного профиля, а также антропометрические данные у пациентов с ГБ и СД и без СД. Изучить состояние врачебно-пациентской коммуникации, включая осведомленность больных о модифицируемых факторах риска и частоту обсуждения индивидуального сердечно-сосудистого риска с врачом.

Материал и методы:

В исследование были включены 100 взрослых лиц с ГБ, из которых 50 имели СД 2-го типа и 50 – без СД. Проводили измерения АД, оценку липидного профиля, индекса массы тела (ИМТ), окружности талии и уровня HbA1c. Оценивали осведомленность о факторах риска, заинтересованность в личном сердечно-сосудистом риске и частоту обсуждений этого риска с врачом, использовали анкетирование с вопросами множественного выбора.

Результаты:

В группе больных с ГБ частота СД составила 50%, у таких больных (ГБ+СД) чаще встречались гиперхолестеринемия (68% против 50%, $p=0,05$) и ожирение (60% против 42%, $p=0,02$). Уровень АД и плохой контроль гликемии (74% имели повышенный HbA1c) у пациентов с сочетанием ГБ и СД были достоверно выше ($p<0,01$). При оценке коммуникации большинство лиц в обеих группах продемонстрировали высокую осведомленность о модифицируемых факторах сердечно-сосудистого риска (95% против 96% для гипертонии, 95% против 95% для гиперлипидемии, 89% против 85% для сахарного диабета, 93% против 91% для ожирения, 83% против 84% для курения; $p>0,05$). Около 89% больных обеих групп проявляли интерес к оценке собственного сердечно-сосудистого риска и 89–91% предпочитали получать информацию от врача. Несмотря на высокую осведомленность, отмечался дефицит активных обсуждений личного риска между врачом и пациентом.

Заключение:

У больных с сочетанием ГБ и СД 2-го типа риск развития тяжёлых сердечно-сосудистых осложнений существенно выше, на что указывают повышенные показатели липидного профиля, ожирение и более высокие значения АД. Существующий пробел в коммуникации врач – пациент по вопросам индивидуального риска препятствует эффективности профилактических мер, хотя именно врач рассматривается большинством больных как главный источник медицинской информации. Необходим комплексный подход к ведению таких больных, включающий оптимизацию антигипертензивной и гипогликемической терапии, коррекцию образа жизни и активное взаимодействие врача с больным в вопросах профилактики и контроля факторов риска.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНКЛИСИРАНА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРЛИПОПРОТЕИНЕМИЕЙ (А)

Кузнецов А.А.¹, Маль Г. С.²

¹ФГБУ Российский научный центр рентгенодиагностики Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация;

²ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Курск, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Гиперлипидемия (а) является одним из основных независимых факторов риска развития фатальных сердечно-сосудистых событий и

аортального стеноза. На сегодняшний день патогенетическая терапия, таргетно влияющая на концентрацию липопротеина (а) (Лп(а)) отсутствует. Однако, ретроспективный анализ серии исследований ORION, в которых изучалось лечение малыми интерферирующими рибонуклеиновыми кислотами (инклизирин), в течение 540 дней показал снижение концентрации Лп(а) на 17,2% ($p<0,001$) в исследовании ORION-9, на 25,6% ($p<0,001$) – в исследовании ORION-10 и на 18,6% ($p<0,001$) – в исследовании ORION-11 по сравнению с плацебо. В связи с этим, актуальным является проведение проспективных клинических исследований, направленных на изучение влияния инклизирин на концентрацию Лп(а). Цель исследования: оценить возможности коррекции гиперлипидемии (а) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в процессе длительного применения инклизирин.

Материал и методы:

В настоящее исследование было включено 35 больных (мужчин 54,29%, $n=19$) в возрасте от 40 до 80 лет (средний возраст: $62,14\pm 8,68$ лет), госпитализированных в отделение рентгенэндоваскулярных и рентгенохирургических методов диагностики и лечения ФГБУ «Российский научный центр рентгенодиагностики» Минздрава России в апреле 2024 года – феврале 2025 года с концентрацией Лп(а) в периферической крови более 30 мг/дл. Все участники до начала исследования длительное время принимали оптимальную гиполипидемическую терапию (аторвастатин 80 мг + эзетимиб 10 мг) без достижения целевых значений холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) $<1,4$ ммоль/л, в связи с чем в лечение добавляли инклизирин в дозе 284 мг вторая инъекция через 3 месяца. Вместе со стандартными показателями липидного профиля всем пациентам определяли концентрацию Лп(а) иммунохемилюминесцентным методом на иммунохимическом анализаторе UniCel Dxl 600 серии Access (производитель: Beckman Coulter, США) до начала и после окончания исследования.

Результаты:

На момент начала лечения инклизиринем средний уровень ХС ЛПНП среди всех участников составил $2,36\pm 0,27$ ммоль/л. В процессе использования 6 месяцев комбинированной высокоинтенсивной гиполипидемической терапии с инклизиринем уровень ХС ЛПНП уменьшился на 46,19% до $1,27\pm 0,18$ ммоль/л ммоль/л ($p<0,001$). Вместе с этим, уровень Лп(а) снизился на 21,79% с $41,25 [32,14; 46,28]$ мг/дл до $32,26 [29,35; 38,16]$ мг/дл ($p<0,001$).

Заключение:

Применение тройной гиполипидемической терапии с инклизиринем в течение 6 месяцев у больных ИБС демонстрирует снижение уровня ХС ЛПНП на 46,19% и дополнительное снижение концентрации Лп(а) на 21,79%.

ОСОБЕННОСТИ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Ибатов А.Д.

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Цель: изучить вариабельности ритма сердца у пожилых пациентов с нестабильной стенокардией.

Материал и методы:

Обследовано 54 пациента с нестабильной стенокардией (возраст от 46 до 72 лет, 30 мужчин и 24 женщины). Вегетативная регуляция оценивалась по вариабельности сердечного ритма. Вариабельность сердечного ритма изучалась по 5-минутным записям электрокардиограммы в состоянии покоя. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от возраста. В первую группу вошли 21 пациент в возрасте 60 лет и старше. Во вторую группу вошли 33 пациента в возрасте 59 лет и младше.

Результаты:

У пациентов первой группы были такие показатели ВСР: частота сердечных сокращений (ЧСС) $-70,1\pm 2,6$ мин⁻¹, SDNN $-19,5\pm 2,3$ мс; rMSSD $-16,2\pm 1,9$ мс; pNN50% $-1,9\pm 0,6$; TP $-437,3\pm 74,9$ мсек; HF $-103,8\pm 25,3$ мсек; LF $-88,5\pm 18,5$ мсек; VLF $-245,0\pm 44,4$ мсек.

У пациентов второй группы соответственно были такие показатели BCP: ЧСС – $62,5 \pm 1,2$ мин⁻¹ ($p < 0,01$), SDNN – $36,8 \pm 3,9$ мс ($p < 0,01$); rMSSD – $23,7 \pm 3,9$ мс ($p < 0,01$); pNN50% – $8,7 \pm 3,1$ ($p < 0,01$); TP – $1499,1 \pm 382,1$ мс² ($p < 0,01$); HF – $204,9 \pm 53,8$ мс² ($p < 0,01$); LF – $359,5 \pm 81,8$ мс² ($p < 0,01$); VLF – $934,7 \pm 248,3$ мс в секунду ($p > 0,05$). У пациентов первой группы вегетативный статус в состоянии покоя был следующим: у 83,3% – преобладала парасимпатическая нервная система, у 16,7% – был баланс между парасимпатической и симпатической нервной системой. Пациенты второй группы имели соответственно такой вегетативный статус в покое: у 27,3% было преобладание парасимпатической нервной системы ($p < 0,01$), у 18,2% был баланс между парасимпатической и симпатической нервной системами ($p > 0,05$), у 54,5% было преобладание симпатической нервной системы ($p < 0,01$).

Заключение:

У пожилых пациентов с нестабильной стенокардией наблюдается более низкая вариабельность сердечного ритма, что имеет негативный прогноз и должно учитываться при лечении и реабилитации.

ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

ДЕРИШЕВА Д.А., ЯХОНТОВ Д.А.

ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный Медицинский Университет» Минздрава России, г. Новосибирск, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Перенесенный COVID-19 ассоциирован с повышенным риском дебюта ишемической болезни сердца (ИБС), что диктует необходимость изучения специфических механизмов кардиоваскулярного повреждения в постковидном периоде. Цель. Определить особенности течения ИБС de novo в постковидном периоде

Материал и методы:

Обследовано 428 больных с диагностированной стабильной ИБС, перенесших документированный COVID-19 давностью 3-18 месяцев. В зависимости от времени дебюта ИБС пациенты были распределены на две группы. В 1-ю группу включены 195 пациентов с ИБС, впервые диагностированной в постковидном периоде, во 2-ю группу – 233 пациента, также перенесшие документированную инфекцию COVID-19 давностью более 12 недель с диагностированной ИБС до перенесенной инфекции. Пол, факторы кардиоваскулярного риска, сопутствующая патология, медикаментозная терапия, а также клинические параметры в исследуемых группах не имели статистически значимых различий. В рамках исследования были использованы клинико-лабораторные и инструментальные методы диагностики, включая коронароангиографию. Статистические расчеты проводили в программе RStudio (версия 2022.07.2+576, США) на языке R (версия 4.1.3 (2022-03-10), Австрия).

Результаты:

Установлено, что впервые диагностированная ИБС в постковидном периоде проявлялась у больных в более молодом возрасте, с средним ИМТ $28,73$ кг/м², наличием АГ в анамнезе, I-II ФК ХСН, а также статистически значимо более частым наличием неизменных коронарных артерий (КА) ($p < 0,001$) и гемодинамически незначимых стенозов ($p = 0,018$) при ангиографическом исследовании в сравнении с больными 2-й группы. В то же время, в 1-й группе больных отмечены превышающие референс уровни NT-proBNP, фибриногена, вСРБ и цистатина С. Во 2-й группе пациентов наблюдалось статистически значимо большее количество случаев ХСН III ФК (NYHA). Пациенты 2-й группы статистически значимо чаще перенесли COVID-19 в среднетяжелой форме ($p < 0,001$) и у них статистически значимо чаще выявлялось гемодинамически значимое поражение трех и более КА ($p < 0,001$). Также у больных 2-й группы отмечены значительно более высокие в сравнении с 1-й группой уровни NT-proBNP ($p < 0,001$), D-димера ($p < 0,001$), вСРБ ($p = 0,012$), цистатина С ($p < 0,001$), ЛП(а) ($p = 0,023$), АроВ ($p = 0,22$).

Заключение:

ИБС, впервые возникшая в постковидном периоде, дебютирует в более молодом возрасте и сопровождается менее серьезными функциональными нарушениями, по сравнению с пациентами с диагности-

рованной ИБС до перенесенной COVID-19. Тем не менее больные с впервые возникшей ИБС в постковидном периоде характеризуются высокой частотой ГЛЖ, повышенными уровнями ЛП(А) и сопоставимой частотой многососудистого поражения коронарного русла по сравнению с больными с ИБС диагностированной до перенесенной инфекции SARS-CoV-2. При этом у пациентов со стабильной ИБС диагностированной до COVID-19 отмечается большая частота гемодинамически значимого поражения.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРКАТЕХОЛАМИНЕМИЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

ГОИБОВА З.В.¹, НАРЗУЛЛАЕВА А.Р.¹, ГАИБОВ А.ДЖ.², НЕЪМАТЗОДА О.³

¹ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», г. Душанбе, Республика Таджикистан;

²ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», г. Душанбе, Республика Таджикистан;

³Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии, г. Душанбе, Республика Таджикистан

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: изучить особенности изменения ритма сердца и центральной гемодинамики у пациентов с гиперкатехоламинемией

Материал и методы:

По дизайну работа носила проспективный рандомизированный характер, где были анализированы результаты суточного мониторирования артериального давления (АД) и сердечной деятельности у 36 пациентов с катехоламин-секретирующими опухолями надпочечников. Более двух трети пациентов ($n = 28$; 77,8%) составили лица женского пола, мужчин было 6 (22,2%) человек. Возраст пациентов варьировал от 15 до 46 лет составив в среднем $36,2 \pm 5,4$ лет. У всех пациентов имела место симптоматическая артериальная гипертензия (АГ) с периодическими кризами не поддающиеся стандартной гипотензивной терапии. Исследование проводили с использованием диагностической системы VI (Гамбург, Германия) последнего поколения в непрерывном режиме в течении $24,7 \pm 0,3$ часов. Она преследовала цель констатации факта нарушения ритма и проводимости сердца и особенности суточного изменения артериального давления (АД). При проведении исследования во всех случаях были отменены приём гипотензивных и антиаритмических препаратов. Полученные в ходе исследования все цифровые данные были занесены в специальную анкету пациентов и подвергнуты статистической обработке.

Результаты:

Среднее число измерения АД в период мониторирования составила $50,5 \pm 3,5$ исследований, из которых 97,8% явились успешными. Интерпретация полученных данных показало, что у всех пациентов в течение суток отмечалось неоднократное повышение АД, эпизод которого в среднем составила $4,5 \pm 0,5$ случаев. Максимальные цифры САД и ДАД составили $185,5 \pm 10,5$ мм рт. ст. и $105,5 \pm 8,5$ мм рт. ст. соответственно. Минимальные значения указанных показателей составили $125,5 \pm 5,5$ мм рт. ст. и $70,5 \pm 7,5$ мм рт. ст. соответственно. Частота пульса варьировала от 68 до 124 ударов в минуту. Анализ данных показателей СМАД показал, что в 72,8% случаев эпизоды гипертонических кризов отмечались в ночное время, возможно из-за «царствования» блуждающего нерва. Мониторинг сердечной деятельности показал, что на почве гиперкатехоламинемии у абсолютного большинства пациентов имеет место скрытое нарушение ритма в виде суправентрикулярных экстрасистолий, суправентрикулярной тахикардии, бигеминия и тригеминия. При этом ни в одном наблюдении фрагменты тахикардии не соответствовали степени физической нагрузки, что свидетельствует о экстракардиальном нарушении причин ритма. Более того в 6 случаев у пациентов старшей возрастной категории были отмечены изменения уровня сегмента ST свидетельствующее о нарушениях коронарного кровообращения, хотя она носила компенсированный характер. Максимальная глубина сегмента ST у этой категории пациентов составила 3,5 мм и скорее всего была обусловлена несколько спазмом коронарных артерий сколько микроциркуляторными нарушениями на

фоне катехоламиновых кризов. При анализе показателей электрической активности сердца было выявлено, что почти у всех пациентов имел место синусовый ритм, а его значимое нарушение по типу фибрилляции предсердий было зарегистрировано только у одной пациентки. Частота сердцебиения у пациентов варьировала от 68 до 124 ударов в минуту, составляя в среднем $95,5 \pm 5,5$ ударов.

Заключение:

Катехоламин-секретирующие опухоли сопровождаются симптоматической артериальной гипертензией и на почве постоянно повышенного артериального давления отмечается кризоподобное его повышение. Гиперкатехоламинемия является одним из значимых факторов развития нарушения ритма и проводимости сердца, большинство из которых имеют скрытое клиническое течение и относится к потенциально опасным и жизнеугрожающим состояниям.

ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА С ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ГЕМОКУЛЬТУРОЙ

ГРЕЖДИЕРУ А.В.¹, ГРИБ Л.Ф.¹, ГЫРБУ Л.В.¹, САМОХВАЛОВА Е.М.¹, ПАНФИЛЕ Е.М.², ФИЛИМОН С.С.¹, ГРЕЖДИЕРУ Р.Г.¹, ТКАЧУК А.В.¹, МАЗУР-НИКОРИЧ Л.М.¹

¹Государственный университет медицины и фармации имени Николая Тестемичану, г. Кишинев, Молдова;

²Институт Кардиологии, г. Кишинев, Молдова

Введение (цели/ задачи):

Инфекционный эндокардит (ИЭ) является опасным заболеванием с вовлечением в инфекционный процесс эндокарда, с высокой годовой заболеваемостью (13,8 случаев на 100.000 населения в год), инвалидностью (1,723,59) и смертностью (66,300 больных). В последние десятилетия, всё чаще (2,5-70%), регистрируются пациенты с ИЭ и отрицательной гемокультурой (ГК), которым сложно подобрать антибактериальное лечение. Эти пациенты в 50% нуждаются в оперативном вмешательстве из-за прогрессирования сердечной недостаточности, устойчивости к антимикробной терапии и эмболических осложнений. Цель. Исследование особенностей инфекционного эндокардита с отрицательной гемокультурой. Задачи. Клинический и параклинический анализ пациентов, серологическое исследование, выявление осложнений и подбор адекватного лечения больных с ИЭ и отрицательной ГК.

Материал и методы:

Исследование, реализованное в отделение кардиологии МКБ «Святая Троица» и в Институте Кардиологии Молдавии, в период 2011-2025 гг., с обследованием 366 пациентов с достоверным ИЭ.

Результаты:

Из 366 больных, средний возраст $64,6 \pm 1,2$ г., преобладали мужчины (70,5%). Наиболее частые предрасполагающие сердечные патологии были ревматические и дегенеративные пороки сердца (47,7% и 28,1%). У большинства пациентов (70,2%) были сопутствующие заболевания: легких в 48,6%, почек в 23,8%, печени в 21,9% и сахарный диабет в 19,2% случаев. Наиболее частыми воротами микроорганизмов являлись: инфекции в 38,4% и хирургические операции в 29,8% случаев. У больных с ИЭ преобладали синдромы токсико-инфекционный (96,2%) и сердечной недостаточности в 95,1%. Выявлен был высокий уровень (64,2%) отрицательный ГК, и у этих пациентов, в сравнении с теми у которых был высеван возбудитель: стафилококк (37,4%), стрептококк (15,2%), энтерококк (13,7%), были проведены серологические реакции с определением антител к *Mycoplasma pneumoniae*, *Coxiella burnetii* и *Legionella*. Чаще у них были поражены аортальный (43,4%) и митральный (26,5%) клапаны, с преобладанием мобильных вегетаций (45,5%) более 10 мм, разрыв хорд (13,6%) и клапанов (6,4%). Из осложнений наиболее частыми были эмболии в 24,7% и неврологические поражения в 39% случаев. Эмболии чаще поражали 1 (19,1%) и 2 (4,7%) органа с преобладанием церебральных (32,6%), легочных (17,9%) и селезеночных (4,2%) артерии Пациенты с ИЭ и отрицательной ГК получали комбинированную антимикробную терапию, преимущественно 2 (50,2%), 3 (20,4%), с преобладанием цефалоспоринов (68,9%), аминогликозидов (51,5%) гликопептидов (34,9%) и макролидов (34,9%). Пациентам с ИЭ и отрицательной ГК чаще проводилась хирургическое устранение инфекции (31%).

Заключение:

Пациентам с инфекционным эндокардитом и отрицательными посевами крови необходимо провести серологическое исследование для определения антител к специфическим микроорганизмам, для подбора адекватного антибактериального лечения.

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИД-МОДИФИЦИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

ДЖАНИБЕКОВА А.Р.¹, АЙБАЗОВА Ф.У.¹, ХЫБЫРТОВА М.Р.¹, УЗДЕНОВ М.Б.¹, ДЖАНИБЕКОВА Л.Р.^{1,2}, УЗДЕНОВ А.М.³

¹ФГБОУ ВО «СЕВЕРО-КАВКАЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ», г. ЧЕРКЕССК, РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ;

²РГБ ЛПУ «КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССКАЯ РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА», г. ЧЕРКЕССК, РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ;

³ФГБОУ ВО «СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» Минздрава России, г. СТАВРОПОЛЬ, РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

Введение (цели/ задачи):

Из-за неконтролируемой дислипидемии многие пациенты во всем мире остаются в группе риска сердечно-сосудистых заболеваний даже после приема статинов. Ингибиторы PCSK9 обеспечивают значительное снижение уровня ЛПНП (50-60%) и лучшие результаты в группах высокого риска. Целью исследования является оценка эффективности и безопасности длительного применения ингибитора PCSK9 у больных перенесших инфаркт миокарда за период 18 месяцев.

Материал и методы:

В исследование были включены 6 пациентов мужского пола с постинфарктным кардиосклерозом в возрасте 40-61 лет. Все больные с ХСН III или IV класса (по NYHA) и фракцией выброса 45% и менее, а также отсутствием достижения целевых уровней липидов, из них 66,7% с семейной гиперхолестеринемией (СГХС). Среди них Q-позитивный инфаркт миокарда у 83,3% пациентов, а Q негативный у 16,7% обследуемых. Всем пациентам поведена инструментальная диагностика: ЭХОКГ, мониторирование ЭКГ. Лабораторная диагностика: клинический анализ крови, биохимический анализ крови, липидограмма, определение уровня высокочувствительного С-реактивного белка, гликированного гемоглобина, липопротеида (а), уровень трансаминаз и КФК проводится исходно и через 3, 12 и 18 мес. К лечению также был добавлен алирокумаб. Препарат вводился в дозе 150 мг подкожно 1 раз в 2 недели в условиях дневного стационара многопрофильной клиники. Период наблюдения составил 1,5 года.

Результаты:

При анализе липидснижающего эффекта алирокумаба у обследуемых больных было установлено достоверное снижение показателей липидного профиля к 3 мес. таргетной терапии. Уровень ОХС снизился с $5,9 \pm 0,1$ ммоль/л исходно до $3,8 \pm 0,1$ ммоль/л (на 34,3%), $p < 0,001$, а уровень ХС ЛНП – с $3,10 \pm 0,10$ ммоль/л до $1,30 \pm 0,09$ ммоль/л (на 58,1%), $p < 0,001$. В среднем снижение уровня ХС ЛНП у пациентов после присоединения алирокумаба через 6 месяцев составило – на 61,7%, через 12 месяцев -58,1%, через 1,5 года – на 61,7%. При этом обращает на себя внимание, что при терапии алирокумабом 71,3% больных достигли целевых значений ХС ЛНП $< 1,4$ ммоль/л, при этом целевое значение ХС ЛНП $< 1,1$ ммоль/л достигли 64,3% обследуемых, что свидетельствует о высокой эффективности препарата. Применение алирокумаба в клинической практике хорошо переносится, без проявления побочных эффектов, а также лабораторные показатели безопасности терапии оставались неизменными.

Заключение:

Таким образом, включение в схему лечения алирокумаба в условиях дневного стационара многопрофильной больницы способствовало стабильному течению ИБС, наблюдалась хорошая переносимость терапии с отсутствием побочных реакций, а также продемонстрирована высокая гиполипидемическая активность препарата уже в первые месяцы приема препарата.

ОСОБЕННОСТИ МИОКАРДИАЛЬНО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Аникин В.В., Андреева Е.В., Николаева Т.О.

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Тверь, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Изучить особенности миокардиально-гемодинамических расстройств, определяющих тяжесть и прогноз у больных с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы:

Проведено углублённое клинико-функциональное обследование 47 больных с неполным (сочетание АГ с избыточной массой тела) и 66 больных с полным МС (АГ, избыточная масса тела и нарушение углеводного обмена) с использованием эхокардиографии и тетраполярной грудной реографии с определением стандартных показателей и интегрального индекса миокардиально-гемодинамических соотношений – ИИМГС (Е.В. Аникина, 2006). Статистическая обработка материала осуществлялась методами вариационной статистики и корреляционного анализа с помощью пакета программ “Microsoft Excel 7.0”.

Результаты:

Установлено, что нарушения внутрисердечной гемодинамики при МС наиболее часто характеризовались изменениями диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) со снижением времени замедления трансмитрального потока в фазу его быстрого наполнения (ДТе) до $145 \pm 6,8$ мс. При этом диастолический тип дисфункции выявлялся в 45%, а псевдонормальный – в 25% случаев. При оценке типа диастолической дисфункции оказалось, что её I тип (ригидный) с одинаковой частотой встречался при неполном и полном МС ($45,5 \pm 8,7\%$ и $44,7 \pm 7,3\%$), тогда как псевдонормальный – чаще регистрировался при полном ($29,8 \pm 6,6\%$) по сравнению с неполным МС ($17,6 \pm 6,5\%$; вероятность значимости степеней Фишера $p=0,01$). У 30% больных функция расслабления миокарда оставалась нормальной. В свою очередь, нарушения систолической функции проявлялись умеренным снижением фракции выброса от неполного к полному МС ($p<0,05$). Прогрессирующие изменения внутрисердечной гемодинамики сочетались с уменьшением от неполного к полному МС конечного диастолического объёма и индекса объём/масса (ИОМ) ЛЖ, что указывало на формирование концентрического типа его ремоделирования. Важно также отметить тенденцию к нарастанию у больных дилатации левого предсердия при переходе от неполного ($4,03 \pm 0,09$ см) к полному ($4,3 \pm 0,04$ см; $p<0,01$) МС. Прогрессирование стадии АГ и тяжести сахарного диабета (СД) сопровождалось нарастанием концентрической гипертрофии миокарда ЛЖ, о чём свидетельствовало уменьшение величины ИОМ ($p<0,05$ и $R_d=0,561$ соответственно). Вместе с тем, по мере увеличения массы тела отмечалась тенденция к увеличению данного показателя ($R_d=0,489$), что указывало на тенденцию к концентрическому ремоделированию ЛЖ, более характерному для лиц с изолированным ожирением. Диастолическая и систолическая дисфункция ЛЖ оказалась в большей степени взаимосвязана со стадией АГ и тяжестью СД, нежели со степенью ожирения: так, нарушение фазы расслабления отмечалось у 90% больных при III стадии АГ и тяжёлом СД при параллельном увеличении доли неблагоприятного псевдонормального типа. Деадаптивная перестройка центральной гемодинамики выражалась в повышении от неполного к полному МС удельного периферического сопротивления и индекса ИИМГС с $56,6 \pm 4,4$ до $116,0 \pm 3,8$ ед. ($p<0,01$) с преобладанием гипокинетического кровообращения в обеих группах наблюдения (89,3% и 92,5% соответственно). Нарастание периферического сосудистого сопротивления, а также ИИМГС, наблюдалось от I к III стадии АГ ($p<0,05$), от лёгкой к тяжёлой форме СД ($p<0,05$) и в меньшей степени зависело от степени ожирения, определяя приоритетные механизмы патогенеза нарушений гемодинамики при АГ с МС.

Заключение:

У больных с метаболическим синдромом происходит структурно-функциональная перестройка системы кровообращения с развитием миокардиодистрофии, концентрической гипертрофии миокарда левого желудочка, с нарушением преимущественно диастолической и в меньшей степени систолической его функции, формированием деадаптивного гипокинетического типа кровообращения. Своевременное распознавание индивидуальных комбинаций миокардиально-

гемодинамических расстройств способно повысить и оптимизировать эффективность проводимых больным с метаболическим синдромом реабилитационных мероприятий.

ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА В СЛУЧАЯХ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПОСЛЕ ИХ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТСотников А.В.¹, Гордиенко А.В.¹, Тасыбаев Б.Б.², Меньшикова А.Н.¹, Татарин А.В.¹, Мингазова Э.Р.¹, Благов С.В.¹, Носович Д.В.¹¹ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»

Министерства обороны Российской Федерации,

г. Санкт-Петербург, Российская Федерация;

²Военный госпиталь Вооружённых Сил Республики

Казахстан, г. Алма-Ата, Республика Казахстан

Введение (цели/ задачи):

Оценить особенности частоты выявления основных и дополнительных факторов риска сердечно-сосудистой патологии в случаях полного восстановления функции почек после острого их повреждения при инфаркте миокарда (ИМ) у мужчин моложе 60 лет для улучшения профилактики и исходов.

Материал и методы:

Изучены результаты стационарного лечения мужчин 38-60 лет, жителей Санкт-Петербурга, по поводу верифицированного ИМ I типа (по IV универсальному определению этого заболевания) со скоростью клубочковой фильтрации (СКФ, СКД-EP1) ≥ 30 мл/мин/1,73 м². Все пациенты получали обследование и лечение согласно клиническим рекомендациям Российского кардиологического общества (РКО) на момент госпитализации. ОПП верифицировали при увеличении уровня креатинина на 26,5 мкмоль/л на протяжении не менее двух суток (и/или в 1,5 раза в течение семи суток) по сравнению с его исходным уровнем в первые 48 часов ИМ, и/или по показателям почасового диуреза. Пациентов наблюдали в течение 56 суток. В исследуемую (I) группу вошел 21 пациент (средний возраст $49,2 \pm 6,6$ лет) с ИМ и ОПП, у которых за время исследования наблюдали восстановление уровней СКФ и креатинина до исходных значений. В контрольную (II) группу – 109 пациентов с ИМ и ОПП, у которых восстановление показателей функции почек не регистрировали или они не достигли исходного уровня (средний возраст $51,8 \pm 5,4$ года, $p=0,057$). Выделенные группы не отличались по степени тяжести ОПП. первую степень наблюдали у 94,1% пациентов исследуемой группы и 95,8% – в контрольной; вторую степень – у 5,9% и 4,2%; соответственно; $p=0,8$. При работе с пациентами анализировали основные и дополнительные факторы риска сердечно-сосудистой патологии. Избыточную массу тела верифицировали по ее индексу (Кетле): 25,0-29,9; умеренное ожирение: 30,0-34,9; средней степени: 35,0-39,9; тяжелое: ≥ 40 (кг/м²). Артериальную гипертензию (АГ) оценивали по рекомендациям РКО. Методом Мана-Уитни и Хи-квадрат Пирсона выполняли сравнительный анализ частоты наблюдения основных и дополнительных факторов сердечно-сосудистой патологии в выделенных группах.

Результаты:

При анализе структуры частоты наблюдения основных и дополнительных факторов сердечно-сосудистой патологии исследуемая группа статистически значимо отличалась от контрольной по следующим параметрам: курению (71,4% и 89,9%; соответственно; $p=0,02$), при его длительности <20 лет (38,1% и 24,8%; $p=0,01$) 20 и более лет: 33,3% и 65,1%; $p=0,01$); при индексе курильщика 0-11,24 (28,6% и 10,1%; $p=0,04$); 11,25-22,24 (33,3% и 22,0%; $p=0,04$); 22,25-44,9 (28,6% и 47,7%; $p=0,04$) и 45 и более (9,5% и 20,2%; $p=0,04$); избыточной массе тела (71,4% и 55,0%; $p=0,03$) при ее длительности ≥ 10 лет (47,6% и 20,2%; $p=0,03$) с ожирением (28,5% и 48,6%; $p=0,046$), в том числе с умеренным (9,5% и 29,4%; $p=0,046$), средней степени (9,5% и 17,4%; $p=0,046$) и тяжелым (9,5% и 1,8%; $p=0,046$); возрасту <45 лет (38,1% и 14,7%; $p=0,01$), наследственной отягощенности по АГ (81,0% и 56,0%; $p=0,03$); сезонности регистрации ИМ: в летний (47,6% и 13,8%; $p=0,002$), зимний (14,3% и 43,1%; $p=0,002$) и осенний (9,5% и 19,3%; $p=0,002$) периоды; хроническим воспалительным заболеванием

ям легких: 9,5% и 34,9% ($p=0,02$), вариантам начала ИБС: с ИМ (75% и 40,0%; $p=0,02$), со стенокардии (10,0% и 29,5% $p=0,02$) и аритмии (15,0% и 30,5%; $p=0,02$); частоте нестабильной стенокардии (9,5% и 44,4%; $p=0,003$), баллонной ангиопластики и стентирования (42,9% и 20,2%; $p=0,03$) коронарных артерий и операций их шунтирования (0% и 22,0%; $p=0,02$) в анамнезе, а также – частоты выявления моче – (0% и 11,9%; $p=0,01$) (МКБ) и желчнокаменной болезни (0% и 2,8% $p=0,01$) (ЖКБ).

Заключение:

Среди основных и дополнительных факторов кардиоваскулярного риска у мужчин моложе 60 лет с ИМ, осложненным ОПП, на восстановление функции почек в ближайшие восемь недель заболевания негативное влияние оказывали: табакокурение (пропорционально его дозам), возраст (≥ 46 лет), ожирение, ИМ в осенний и зимний периоды, длительное и более агрессивное течение ИБС с необходимостью коронарного шунтирования, наличие в анамнезе: хронических воспалительных заболеваний легких, МКБ и ЖКБ. Благоприятно на прогнозе восстановления функций почек сказывались: отсутствие курения и ожирения, возраст < 45 лет, летний период, короткий анамнез ИБС с адекватным ее лечением. Перечисленные факторы необходимо использовать для прогностического моделирования ОПП и прогноза восстановления функции почек.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРАВЫМ ДОСТУПОМ ОБСТРУКТИВНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Ташина Е.И., Каплунова В.Ю., Шакарьянц Г. А., Привалова Е.В., Беленков Ю.Н.

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Проведение мизэктомии в программе хирургического лечения обструктивного варианта гипертрофической кардиомиопатии проводится как левым, классическим доступом, так и правым, менее травматичным, разработанным Л.А. Бокерия, К.В. Борисовым и А.Ф. Синевым. Основным показанием является градиент выходного тракта левого желудочка (ВТЛЖ) ≥ 50 мм рт. ст., что сопровождается тяжелой клинической симптоматикой, включая синкопы и высокий риск внезапной сердечной смерти (ВСС).

Материал и методы:

Лабораторно-инструментальное обследование, генетическое исследование, ЭХО-КГ, ХМ ЭКГ, КАГ.

Результаты:

Женщина 62 лет, наблюдается в клинике госпитальной терапии более 15 лет после проведения мизэктомии правым доступом по методу Бокерия Л.А., Борисова К.В., Синева А.Ф. по поводу обструктивного варианта ГКМП. Впервые обморок в пятилетнем возрасте в период физической нагрузки, однако диагноз ГКМП был поставлен в возрасте 16-ти лет, когда при аускультации был выслушан систолический шум, по данным эхокардиографии (ЭХО-КГ) толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) 2,0 см, задней стенки (ТЗС) – 1,4 см, градиент выходного тракта левого желудочка (ВТЛЖ) – 45 мм рт. ст. До 43 лет проводилось консервативное лечение бета-блокаторами, в дальнейшем отмечается прогрессирование одышки, появление клиники «стенокардии». В этот период ТМЖП составляет максимально 2,6-3,0 см, а градиент ВТЛЖ 70 мм рт. ст. По данным ангиографии коронарные артерии без изменений. Правым доступом была проведена хирургическая коррекция, что привело к повышению толерантности к нагрузке, уменьшению одышки, исчезновению обмороков. В послеоперационном периоде градиент ВТЛЖ 15 мм рт. ст., МЖП 1,8-1,9 см. В течение последующих 5 лет фиксируется полиморфная желудочковая экстрасистолия, присоединяются пароксизмы фибрилляции предсердий (ФП). Продолжается медикаментозная терапия с акцентом на ее антиаритмический компонент. В течение 3 последующих лет присоединяются пароксизмы желудочковой тахикардии, сопровождающиеся дурнотой, что явилось поводом для установки кардиовертера – дефибриллятора (КД)

«Maximo DR» с режимом стимуляции DDDR. В дальнейшем наблюдается переход пароксизмальной формы ФП в постоянную, прогрессируют признаки сердечной недостаточности с сохранной функцией левого желудочка, что требует дальнейшей коррекции терапии. Результаты исследования полиморфизмов генов модификаторов: NOS3 (Glu298Asp (G894T) g/t (g/t), CMA 1 (CMA/B, A(-1903)G rs1800875) – a/g, (a/g) AGTR1 (A1166C, rs15186) вариант генотипа a/c (a/c) подтвердили наличие неблагоприятного прогноза и высокого риска развития ВСС.

Заключение:

Хирургическая коррекция ГКМП, снижая уровень градиента ВТЛЖ и улучшая диастолическую функцию ЛЖ/ПЖ, при обструктивном варианте ГКМП не является гарантом полного излечения, так как вариант течения ГКМП и риск ВСС определяется комплексом факторов, включая генетические, и не зависят только от степени обструкции.

ОЦЕНКА НОЗОЛОГИЧЕСКИХ СТРУКТУР ПО ЧАСТОТУ МНОГОСОСУДИСТОГО ПОРАЖЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Мамараджапова Д.А.

Клиника «Американ Хоспитал», г. Ташкент, Республика Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: оценка нозологических структур по частоту многососудистого поражения коронарных артерий у пациентов после АКШ.

Материал и методы:

Проведено одномоментное ретроспективное исследование в клинике «Американ Хоспитал», г. Ташкенте, в которое были включены 234 пациента, (81,6% мужчин, 18,3% женщины, средний возраст $61,5 \pm 5,1$ года), перенесших плановое аортокоронарное шунтирование (АКШ) в 2022 году. Критериями включения стали: подтвержденный диагноз ишемической болезни сердца (ИБС), наличие показаний к плановому АКШ, а также полный объем клинико-инструментальных данных. Для анализа применялись методы непараметрической статистики с использованием программ SPSS 26.0 и R 4.0.2.

Результаты:

За период наблюдения зарегистрировано 234 пациентов оперирующихся по поводу планового аортокоронарного шунтирования. Средний возраст пациентов в исследуемой когорте составил $61,5 \pm 5,1$ года, колебалось от 36 до 82 лет. Основной 2/3 части пациентов – 81,6% составили мужчины, и только 18,3% были женщины. Анализ данных по нозологическим структурам по анамнезу среди пациентов с АКШ гипертоническая болезнь с артериальной гипертонией (АГ) различной степенью встречалась почти у всех пациентов – 98,3%, Сахарный диабет 2 типа был диагностирован у 32,4% пациентов. ОНМК в анамнезе имели 3,4% больных. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) встречалась у 7,2% пациентов, а легочная гипертензия (ЛГ) – у 2,1%. Ожирением страдали 49 пациентов, что составило 21%. У 20,5% пациентов было выявлено заболевание печени и желчевыводящих путей (Жировой гепатоз, хронический гепатит, ЖКБ, хронический холецистит), а заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) диагностированы у 79 пациентов, что составило 33,7%. Большинство пациентов 59,4% оперированы по поводу Стенокардией напряжения, основанная часть из них Стенокардией напряжения с ФК-III составляя – 53,8%, без перенесенного ОИМ в анамнезе. По данным исследования из оперированных по поводу АКШ – 25,6% были пациенты с ОИМ, 17,9% пациенты с прогрессирующей стенокардией, диагностированных ПИКС в анамнезе было у 48% больных. Пациенты перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе по данным по ЭКГ и ЭХОКГ среди оперированных диагностировано у 30,9% Среднее количество наложенных шунтов составило $3,1 \pm 1,0$ и $3,3 \pm 0,9$, что практически 2/3 оперированных больных 63,2% шунтированы 3 сосуда, в 21,3% – 2 сосуда, 3% – 1 сосуд в 12,4% проводилось с наложением 4 сосуда. Среди пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) поражением трёх сосудов отмечалось у 70% больных, среди пациентов со стенокардией напряжения – в 59,7% случаев. У больных с острым коронарным синдромом (ОКС) поражение трёх сосудов – в 66,6% случаев, с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) – в 52,9% случаев. По данным, полученным при обследовании ПИКС по ЭКГ и ЭХОКГ поражение трёх сосудов – у 67,9% больных, среди пациентов с сахарным диабетом в анамнезе в 68,4% случаев.

Поражение четырех сосудов достоверно больше зарегистрированы у пациентов ПИКС в анамнезе.

Заключение:

1. Среди оперированных пациентов сопутствующими и конкурирующими заболеваниями считались АГ (98,3%) и сахарный диабет (32,4%). 2. Среднее количество наложенных шунтов составило $3,1 \pm 1,0$ и $3,3 \pm 0,9$, что практически 2/3 оперированных больных. В 63,2% шунтированы 3 сосуда, в 21,3% – 2 сосуда, 3% – 1 сосуд в 12,4% проводилось с наложением 4 сосуда. 3. Наибольший частотой многососудистого поражения ассоциирован с ОИМ: 70% (3 сосуда), ОКС: 66,6%, стенокардия напряжения: 59,7%. Сахарный диабет: 68,4%, ПИКС: 52,9%. 4. Выделены ключевые клинические предикторы (ОИМ, СД 2 типа, АГ), требующие особого внимания при планировании реваскуляризации у пациентов старше 60 лет. 5. Результаты помогают оптимизировать отбор пациентов для АКШ, индивидуальный подход и минимизировать риски осложнений и улучшить долгосрочные исходы.

ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА НА ВДОХЕ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

Сахнова Т.А., Блинова Е.В., Комлев А.Е., Саидова М.А., Мартынюк Т.В., Дроздов Д.В.

ФГБУ «НМИЦ Кардиологии

имени академика Е.И. Чазова» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Цель работы – оценить возможность использования электрокардиограммы на вдохе для выявления легочной гипертензии (ЛГ) у больных с тяжелым аортальным стенозом (АС).

Материал и методы:

В исследование были включены 166 больных с тяжелым АС: 63 (38%) мужчины и 103 (62%) женщины в возрасте 73 ± 8 лет. Систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) определялось при эхокардиографии. Положение электрической оси сердца (ЭОС) оценивалось при спокойном дыхании (ЭОСп) и на высоте глубокого вдоха (ЭОСвд).

Результаты:

У 93 (56%) пациентов СДЛА было <35 мм рт. ст., у 45 (27%) от 35 до 44 мм рт. ст. и у 28 (17%) пациентов ≥ 45 мм рт. ст. В группах с СДЛА <45 мм рт. ст. на вдохе происходило смещение ЭОС вправо от исходной ($p < 0,0001$), а при СДЛА ≥ 45 мм рт. ст. эти изменения не достигали статистической значимости ($p = 0,05$). В группе с СДЛА меньше 35 мм рт. ст. в 90 (97%) случаев на вдохе ЭОС смещалась правее; в группах с СДЛА ≥ 35 мм рт. ст. в 60 (82%) случаев правее, а в 13 (18%) случаев – левее ($p = 0,0025$). Вольтажные показатели электрокардиограммы, обычно используемые для диагностики гипертрофии правого желудочка, в группах с разным СДЛА не имели значимых отличий. При ROC анализе разделять группы больных с СДЛА <35 мм рт. ст. и ≥ 35 мм рт. ст. позволяли ЭОСп, ЭОСвд и разница между ними. Оптимальными пороговыми значениями были ЭОСп $\leq -19^\circ$ (чувствительность 34%, специфичность 85%), ЭОСвд $\leq 16^\circ$ (чувствительность 49%, специфичность 76%) и разница ЭОСвд-ЭОСп $< 18^\circ$ (чувствительность 70%, специфичность 66%). Разделять группы больных с СДЛА <45 мм рт. ст. и ≥ 45 мм рт. ст. позволяла только разница между ЭОСп и ЭОСвд с оптимальным пороговым значением $< 16^\circ$ (чувствительность 79%, специфичность 60%).

Заключение:

У больных с тяжелым АС на вдохе происходит смещение ЭОС вправо от исходной, наиболее выраженное у пациентов без ЛГ. Меньшая выраженность смещения ЭОС на вдохе вправо от исходной позволяла с чувствительностью 70–79% и специфичностью 60–66% выделять больных с СДЛА как ≥ 35 мм рт. ст., так и ≥ 45 мм рт. ст.

ОЦЕНКА МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ КОНЬЮНКТИВЫ И СЕТЧАТКИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Энхтайван Б.¹, Юсупова А.О.¹, Слепова О.А.¹, Пахтусов Н.Н.¹, Беленков Ю.Н.¹, Сипливы В.И.², Сафонова Т.Н.², Кинтюхина Н.П.²

¹ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)

Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация;

²ФГБНУ « Научно-исследовательский институт глазных болезней им. М.М. Краснова», г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается основной причиной смертности среди сердечно-сосудистых заболеваний, что подчеркивает необходимость совершенствования методов ранней диагностики и прогнозирования осложнений. В последние годы особое внимание исследователей привлекают нарушения микроциркуляции (МЦ), играющие ключевую роль в патогенезе ИБС. Однако точные механизмы микрососудистых нарушений при ИБС до сих пор остаются недостаточно изученными, что ограничивает возможности их своевременной диагностики и лечения. Особый интерес представляет возможность использования сосудистых изменений конъюнктивы и сетчатки для прогнозирования риска ишемической болезни сердца и неблагоприятных сердечно-сосудистых событий. Неинвазивная оценка состояния сосудов конъюнктивы и сетчатки открывает новые перспективы для раннего выявления микрососудистой дисфункции у пациентов с ИБС, что особенно важно для своевременного начала терапии и улучшения прогноза. Целью данной работы являлась оценка нарушения микроциркуляторного русла конъюнктивы и сетчатки у больных ИБС.

Материал и методы:

В исследование были включены 23 пациента с ИБС (из них 18 мужчин (78,2%); средний возраст $40,60 \pm 6,79$ лет; ИМТ $28,04 \pm 3,65$ кг/м²) и 25 здоровых добровольцев без факторов риска ССЗ (из них 17 мужчин (68%); средний возраст $40,60 \pm 6,79$ лет, ИМТ $25,04 \pm 5,29$ кг/м²). Всем пациентам проводили стандартное обследование: ЭКГ, ЭХО-КГ, мониторинг АД и ЭКГ, лабораторные тесты. Состояние микроциркуляции конъюнктивы оценивали методом ЛДФ («ЛАЗМА МЦ-2», Российская Федерация) по следующим параметрам: Kv (коэффициент вариации), M (величина средней перфузии кровотока в границах времени регистрации), σ (среднее колебание перфузии относительно среднего значения M) и Э (эндоциальные колебания кровотока в амплитудно-частотном спектре). Кровоснабжение макулярной области сетчатки оценивали оптическим когерентным томографом ангиографом (ОКТА) («SOLIX, Optovue, Inc.», США).

Результаты:

У пациентов с ИБС по сравнению с добровольцами выявлено снижение показателя микроциркуляции Э на 31,9% ($p < 0,0001$), повышение вариабельности кровотока σ на 26,6% ($p < 0,0006$) и Kv на 29% ($p < 0,0004$). По данным корреляционного анализа у больных ИБС выявлена прямая весьма заметная связь между толщиной сетчатки макулярной области и уровнем общего холестерина (ОХ) ($r = 0,604$, $p < 0,002$)

Заключение:

Микроциркуляция бульбарной конъюнктивы у пациентов с ИБС компенсаторно повышена, что сопровождается развитием эндотелиальной дисфункции (ЭД). Наличие ЭД приводит к снижению способности эндотелия регулировать тонус микрососудов, что указывает на ухудшение компенсаторных возможностей. Кроме того, у пациентов с ИБС обнаружена связь между уровнем ОХ и толщиной центральной области сетчатки, что может свидетельствовать о возможном вкладе атерогенеза в развитие возрастной макулярной дегенерации. Таким образом, можно предположить, что неинвазивное исследование конъюнктивы и сетчатки позволяет оценить состояние микроциркуляции в органах-мишенях, что может быть важным для разработки персонализированной стратегии ведения пациентов с ИБС.

ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Саталкина Т.С.¹, Бродская Т.А.², Гельцер Б.И.²

¹ГБУЗ «Приморский краевой онкологический диспансер»,

г. Владивосток, Российская Федерация;

²ФГАОУ ВО «Дальневосточный федеральный университет»,

г. Владивосток, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Рак молочной железы (РМЖ) является одним из наиболее распространенных злокачественных новообразований у женщин во всем мире. Химиотерапевтические агенты, такие как доксорубин и циклофосфамид, могут оказывать негативное влияние на липидный обмен, повышая риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Артериальная гипертензия (АГ) является доминирующим фактором риска кардиоваскулярных осложнений и часто сочетается с метаболическими нарушениями, в том числе с дислипидемией. Цель. Оценка динамики параметров липидного профиля до и после адьювантной химиотерапии (ХТ) комбинацией доксорубина и циклофосфамида у женщин с впервые выявленным РМЖ при наличии АГ, а также при нормальном уровне артериального давления (АД).

Материал и методы:

В исследование были включены 154 женщины с РМЖ IIA-IIIВ стадий. Среди них 45 женщин с АГ, тогда как 109 женщин имели нормальный уровень офисного АД. Исследование параметров липидного профиля осуществлялось до начала ХТ (I этап), через 7-14 дней (II этап) и 90-120 дней (III этап) после ее окончания. В венозной крови определяли показатели общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой и низкой плотности (ХС ЛПВП, ХС ЛПНП), ХС не-ЛПВП. Дислипидемия определялась по пороговым значениям: ТГ > 1,7 ммоль/л, ОХС > 4,9 ммоль/л, ХС ЛПВП < 1,0 ммоль/л и ХС ЛПНП > 3,4 ммоль/л. Коэффициент атерогенности (КА) рассчитывался по формуле (ОХС – ХС ЛПВП)/ХС ЛПВП.

Результаты:

В группе женщин с АГ до начала химиотерапевтического лечения уровень ОХС и атерогенных липидов был достоверно выше, чем в группе пациенток с нормальным уровнем АД. Так, гиперхолестеринемия отмечалась у 23% женщин с нормотензией и у 65% женщин, страдающих АГ, а гипертриглицеридемия – у 25% и 41%, соответственно. Установлено, что в группе женщин без сопутствующей АГ уровень ОХС в крови существенно не менялся в течение периода наблюдения, однако наблюдался прирост показателей ХС ЛПНП и ТГ ко II этапу исследования. В то же время, у женщин с АГ наблюдалось статистически значимое увеличение уровня ОХС через 90-120 дней после окончания ХТ по сравнению с исходным уровнем ($p_{1,3}=0,046$). Так, после завершения ХТ гиперхолестеринемия фиксировалась у 21% пациенток с нормальным уровнем АД и у 80% у больных АГ. Также было установлено, что у женщин с коморбидностью РМЖ и АГ на III этапе отмечалась наиболее высокая концентрация ХС ЛПНП ($p_{1,3}=0,005$) и самая низкая концентрация ХС ЛПВП в крови ($p_{1,3}=0,002$). Данные различия между группами подтверждались соотношением количества больных с уровнем ХС ЛПНП > 3 ммоль/л и ХС ЛПВП < 1 ммоль/л, которое было наиболее высоким при сочетании РМЖ и АГ (71% и 82%, соответственно). У больных АГ уровень ТГ в крови был сопоставим на всех этапах исследования, однако был существенно выше, чем у нормотензивных лиц. Статистически значимое увеличение уровня ХС-не ЛПВП на II и III этапах исследования наблюдалось лишь у пациенток с АГ ($p_{1,2}=0,021$; $p_{1,3}=0,0063$). Показатель КА статистически значимо возрастал среди пациенток с АГ по сравнению с нормотензивными лицами, достигая максимальных значений через 90-120 дней после завершения ХТ ($p_{1,3}=0,035$).

Заключение:

Таким образом, результаты нашего исследования подчеркивают важность мониторинга показателей липидного профиля у женщин с РМЖ, получающих ХТ, особенно при наличии сопутствующей АГ. Это связано с тем, что АГ сама по себе является фактором, увеличивающим риск метаболических нарушений, в том числе дислипидемии, а также с влиянием химиотерапевтических препаратов, таких как доксорубин

и циклофосфамид, часто используемых в лечении РМЖ. Дислипидемия, в свою очередь, является одним из основных факторов риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний. Междисциплинарное взаимодействие онкологов, кардиологов и терапевтов может помочь в профилактике и раннем выявлении сердечно-сосудистых осложнений у данной группы пациенток, что обеспечит оптимальные условия для эффективного лечения и сохранения их качества жизни.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ТАХИ-ИНДУЦИРОВАННОЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЯМИ

Бубешко Д.А.¹, Лискович Т.Г.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь;

²УЗ «Гомельский областной клинический кардиологический центр», г. Гродно, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Желудочковые нарушения ритма (ЖНР) часто наблюдаются у пациентов с сердечной недостаточностью (СН) ишемического генеза со сниженной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ). ЖНР являются важными прогностическими маркерами и ассоциированы с увеличением риска внезапной сердечной смерти в данной популяции пациентов. Данные относительно пациентов с дилатационными кардиомиопатиями (КМП) неишемического генеза противоречивы. Инициация и субстрат для ЖНР у данной категории остаются плохо изученными и у некоторых пациентов могут являться причиной СН, в то время как у других – следствием. Цель: определить распространенность ЖНР у пациентов с тахи-индуцированной и ишемической КМП.

Материал и методы:

Изучены данные 87 пациентов с тахи-индуцированной КМП на фоне персистирующей фибрилляции предсердий (ФП). По результатам обследований был исключен ишемический генез систолической дисфункции и единственной вероятной причиной снижения ФВ ЛЖ явилась тахисистолическая форма ФП. Диагноз тахи-индуцированной КМП был подтвержден ретроспективно у 62 (71,3%) из 87 пациентов после нормализации ФВ ЛЖ $\geq 50\%$ (у 34 (54,8%) из 62 пациентов) или улучшения ФВ ЛЖ по сравнению с исходной (у 28 (45,2%) из 62 пациентов) после устранения тахикардии. Вторая группа – пациенты с ишемической КМП (63 пациента) с полной реваскуляризацией миокарда (у 30 (47,6%) пациентов – выполнено шунтирование, у 33 (52,4%) – стентирование коронарных артерий).

Результаты:

Среди ЖНР доминировали одиночные мономорфные желудочковые экстрасистолы (85 (57%) пациента), на втором месте – пароксизмы неустойчивой мономорфной желудочковой тахикардии (ЖТ) (37 (24,7%) пациентов). У 10 (6,7%) пациентов зафиксированы пароксизмы устойчивой мономорфной ЖТ, у 2 (1,3%) пациентов – эпизод полиморфной неустойчивой ЖТ. У 16 (10,7%) пациентов ЖНР отсутствовали. При сравнении распространенности ЖНР в группах, установлено, что 15 (93,8%) из 16 пациентов без ЖНР относились к группе с тахи-индуцированной КМП, также в этой группе не было зарегистрировано ни одного случая устойчивой ЖТ, реже встречались полиморфные ЖЭС (10 (11,5%) против 25 (39,6%) и пароксизмы неустойчивой мономорфной (7 (8%) против 30 (47,6%)), не зарегистрировано ни одного случая полиморфной ЖТ ($p < 0,05$). Для пациентов с ишемической КМП зарегистрировано большее число одиночных ЖЭС в течение суток (экстрасистолический индекс составил 8,25% (5,13; 10,27) против 5,33 (1,32; 6,11) в группе с тахи-индуцированной КМП. Интервал сцепления желудочковых экстрасистол в группе с ишемической КМП был короче 182 (156, 201) мсек против 237 (210; 252) мсек., у 15 (23,8%) пациентов встречались ранние ЖЭС по типу R/T. Также для пациентов с ЖНР как в группе с тахи-индуцированной, так и в группе с ишемической КМП наблюдалась большая дисперсия комплекса QRS (27 (23; 30) против 21 (15; 23) мсек и 34 (29; 37) против 27 (20; 29) в группах с тахи-индуцированной и ишемической КМП соответственно). Различий в частоте встречаемости ЖНР у пациентов с ишемической КМП в зависимости

от метода реваскуляризации не получено. При сравнении стандартных эхокардиографических параметров не было выявлено значимых межгрупповых различий между тахи-индуцированной и ишемической КМП. В обеих группах преобладали лица с СН с умеренно сниженной фракцией выброса (ФВ) ЛЖ (74 (85%) и 49 (77,8%) пациентов) и 2-м функциональным классом (ФК) СН (70 (80,5%) и 45 (69,2%) пациентов). В группе с тахи-индуцированной КМП ФВ ЛЖ составляла 47% (44; 48), а в группе с ишемической КМП 45,5% (43; 47), уровень NT-proBNP был также сопоставим (1453 (420; 2250) пг/мл и 1589 (502; 2350) пг/мл, соответственно). При сравнении лабораторных показателей также не было выявлено значимых межгрупповых различий.

Заключение:

У пациентов с ишемической КМП более выражена электрическая нестабильность миокарда и выше риск развития ЖНР по сравнению с пациентом с тахи-индуцированной КМП, вне зависимости от размеров камер сердца, степени снижения ФВ ЛЖ, ФК СН, уровня NT-proBNP.

ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ ИЗ РАЗНЫХ РЕГИОНОВ МИРА С СЕМЕЙНОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ К АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Митина Е.В., Кузнецов В.И., Стуров Н.В., Клименко А.С.

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Для оценки сердечно-сосудистого риска у пациентов в возрасте до 39 лет в рамках диспансеризации применяется шкала относительного риска смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в течение 10-летнего периода. У лиц старше 40 лет используется методология оценки риска SCORE2 и SCORE2-OP, позволяющая прогнозировать фатальные и нефатальные сердечно-сосудистые осложнения. Согласно рекомендациям, особое внимание уделяется лицам с отягощённым артериальной гипертензией (АГ) семейным анамнезом. Персонализированный подход учитывает индивидуальные, семейные и генетические факторы, что важно для раннего выявления рисков и профилактики ССЗ. Цель исследования. Оценить факторы риска развития ССЗ у пациентов до 39 лет из разных регионов мира с отягощённым АГ семейным анамнезом и выявить генетически обусловленные нарушения липидного обмена. Задачи исследования. Исследовать факторы риска ССЗ у молодых людей из разных регионов мира с отягощённым АГ семейным анамнезом, провести детальный анализ липидного профиля у людей в возрасте до 39 лет для выявления нарушений липидного обмена, включая генетически обусловленные изменения, и определить их взаимосвязь с основными факторами риска ССЗ.

Материал и методы:

Проведено анкетирование 791 студента 5 и 6 курсов Медицинского института РУДН. Проанализированы лабораторные показатели липидного профиля у 271 студента, 82 из которых с АГ в семейном анамнезе обследованы по факторам риска развития ССЗ. 8 студентам с выраженными гиперхолестеринемиями проведена ДНК-диагностика с помощью панели генов «Дислипидемии» в ФГБНУ МГНЦ им. академ. Н. П. Бочкова и системы Ion S5 (Thermo Fisher Scientific, Inc.).

Результаты:

Среди родителей выявлена высокая распространённость АГ, встречающаяся чаще у отцов (25%), чем у матерей (21%). Это свидетельствует о гендерных различиях в предрасположенности к АГ в среднем возрасте ($p=0.036$). Бабушки по материнской линии страдали АГ значительно чаще, чем бабушки по отцовской линии ($p=0.008$). Аналогичная тенденция наблюдалась при сравнении дедушек соответственно по материнской и отцовской линиям ($p=0.030$). Бабушки, в целом, страдали от АГ достоверно чаще, чем дедушки ($p<0.001$), что может свидетельствовать о более высокой склонности к развитию заболевания среди женщин старшего поколения. Уровень АД также продемонстрировал значительные различия между юношами и девушками ($p<0.001$): АГ была выявлена исключительно у парней (13%), что подчёркивает необходимость особого внимания к контролю факторов риска ССЗ в этой группе. В исследовании липидного профиля 271 студента установлено, что 19% участников имеют умеренный риск развития ССЗ, а 3,7% находятся в группе высокого риска. У 6 студентов из группы высокого риска уро-

вень общего холестерина (ОХС) превышал 6,65 ммоль/л, что может указывать на наличие наследственных форм дислипидемий. На основании концентрации липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), 43% студентов были отнесены к группе умеренного риска развития ССЗ, а 2,4% – к группе очень высокого риска. Также показатели липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) демонстрируют, что 30% студентов принадлежат к группе высокого риска ССЗ, а 13% – к группе очень высокого риска. Выявлена значительная связь между липидным профилем и индексом массы тела (ИМТ): уровни ЛПВП снижаются с увеличением ИМТ ($p=0.006$), тогда как концентрация триглицеридов имеет тенденцию к повышению при увеличении ИМТ ($p=0.064$), что требует более детального изучения. Регулярные физические нагрузки ассоциировались с тенденцией к увеличению уровня ЛПВП, тогда как показатели ЛПВП у курильщиков были несколько ниже, чем у некурящих. Также выявлено, что курение значимо связано с полом: чаще курильщиками являются мужчины ($p=0.043$). Регулярное употребление алкоголя сопровождалось повышением уровня триглицеридов ($p=0.055$), а также небольшим увеличением концентрации ОХС и ЛПНП. При проведении анализа методом массового параллельного секвенирования у двух из восьми студентов были обнаружены мутации в генах P-ЛПНП и CETP, которые ассоциированы с наследственной гиперхолестеринемией.

Заключение:

Мужчины чаще курят и имеют АГ. ИМТ связан со снижением ЛПВП и ростом триглицеридов. Физическая активность повышает ЛПВП, а курение снижает. Алкоголь увеличивает триглицериды. Генетический скрининг выявил наследственные дислипидемии у студентов с гиперхолестеринемией. Результаты подчеркивают важность персонализированного подхода к молодым пациентам.

ОЦЕНКА СУТОЧНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Алейникова Т.В.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Для эффективного лечения артериальной гипертензии (АГ) крайне важно учитывать, как меняется артериальное давление (АД) в течение суток. Особенно важно понимать разницу между средними значениями АД днем и ночью, отражающую двухфазный суточный ритм АД. В норме у здоровых людей ночное АД (как систолическое, так и диастолическое) снижается на 10-20% по сравнению с дневным. Самый простой и распространенный способ оценить суточный ритм АД – это рассчитать суточный индекс (СИ), который показывает степень ночного снижения АД. В зависимости от величины СИ пациентов разделяют на группы: «дипперы»: у них АД ночью снижается в пределах нормы (СИ = 10-20%), «нон-дипперы»: ночное снижение АД недостаточное (СИ = 0-10%), «овер-дипперы»: АД ночью снижается слишком сильно (СИ >20%), «найт-пикеры»: у них ночью АД выше, чем днем, что указывает на ночную гипертензию (СИ имеет отрицательное значение). Цель исследования: оценить особенности суточного ритма АД у пациентов с АГ.

Материал и методы:

В исследование было включено 46 пациентов с АГ I-II степени, прошедших суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Средний возраст пациентов составил 42,9±13,6 года. Из них 73,9% (34 пациента) – мужчины и 26,1% (12 пациентов) – женщины. Для статистического анализа данных использовалась программа «Statistica», 10.0. Достоверным считался уровень значимости $p<0,05$.

Результаты:

Проанализированы средние значения систолического (САД, мм рт. ст.) и диастолического (ДАД, мм рт. ст.) артериального давления за сутки (САД=150,4±19,02; ДАД=90,9±10,45), день (САД=153,3±18,02; ДАД=91,7±17,53) и ночь (САД=141,9±19,85; ДАД=84,2±12,6). По степени ночного снижения САД пациенты распределились следующим образом: «дипперы» – 21,7% (10 пациентов); «нон-дипперы» – 54,4% (25 пациентов), «овер-дипперы» – 2,2% (1 пациент), «найт-пикеры» – 21,7% (10 пациентов). По степени ночного снижения ДАД получены следующие результаты: «дипперы» – 28,3% (13 пациентов); «нон-дипперы» – 41,3%

(19 пациентов), «овер-дипперы» – 4,3% (2 пациента), «найт-пикеры» – 26,1% (12 пациентов). Исследование выявило статистически значимую связь между суточной вариабельностью систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления и суточным индексом (СИ), отражающим степень ночного снижения АД. В частности, обнаружена значимая положительная корреляция между вариабельностью САД и СИ ($r=0,379$; $p=0,009$) и сильная положительная корреляция между вариабельностью ДАД и СИ ($r=0,596$; $p=0,00001$). Оценка индекса времени гипертензии (ИВ) продемонстрировала, что значительную часть суток, дня и ночи пациенты находились в состоянии гипертензии, особенно в ночные часы. Средние значения ИВ САД и ДАД за сутки составили $69,9 \pm 24,3\%$ и $63,4 \pm 26,2\%$, соответственно. В дневные часы ИВ САД и ДАД снижались до $66,3 \pm 27,4\%$ и $56,8 \pm 28,6\%$, однако в ночные часы отмечалось их значительное повышение до $77,7 \pm 26,4\%$ и $74,4 \pm 30,3\%$. Выявлена статистически значимая отрицательная корреляция между степенью ночного снижения (СИ) и ночным ИВ для САД ($r=-0,497$; $p=0,0004$) и ДАД ($r=-0,604$; $p=0,00001$), что свидетельствует о взаимосвязи между недостаточным ночным снижением АД и увеличением продолжительности периодов ночной гипертензии. Кроме того, обнаружена умеренная, но статистически значимая положительная корреляция между степенью ночного снижения ДАД и скоростью его утреннего подъема ($r=0,44$; $p=0,002$).

Заключение:

Результаты исследования демонстрируют важную взаимосвязь между колебаниями артериального давления в течение суток и его снижением в ночное время. Выраженные суточные колебания как систолического, так и диастолического давления ассоциируются с недостаточным снижением давления ночью. У пациентов наблюдался высокий индекс времени гипертензии, особенно в ночные часы, что может указывать на повышенный риск сердечно-сосудистых осложнений. Недостаточное ночное снижение давления тесно связано с увеличением времени, в течение которого давление остается повышенным ночью, что подчеркивает важность контроля суточной вариабельности АД и достижения адекватного ночного снижения давления. Кроме того, выявленная связь между ночным снижением ДАД и скоростью его утреннего подъема может иметь значение для прогнозирования сердечно-сосудистых событий.

ОЦЕНКА ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ВЗАИМОСВЯЗИ СЕРДЦА И ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Доценко А.А.¹, Ардашев В.Н.², Масленникова О.М.¹

¹ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, г. Москва, Российская Федерация;

²ФГБУ «Клиническая больница №1» Управления делами Президента РФ, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Учитывая цереброваскулярную этиологию острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), необходима совместная и одновременная оценка нарушений сердечно-сосудистой и нервной систем для объективизации реабилитационного потенциала у больных в остром периоде инсульта. Цель работы: установить взаимосвязь между биоэлектрической активностью сердца и головного мозга у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения.

Материал и методы:

Обследовано 26 больных с ОНМК (14 мужчин, 12 женщин, средний возраст $63,0 \pm 14,7$ лет). Для одновременного исследования сердечной активности (дисперсионное картирование ЭКГ, анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР)) и функционального состояния головного мозга (электроэнцефалография) использовался анализатор-монитор биопотенциалов головного мозга «Нейровизор-БММ» (ООО «Медицинские компьютерные системы», Российская Федерация).

Результаты:

При сравнении основных характеристик альфа-ритма с классическими индексами данных ЭКГ высокого разрешения выявлены корреляционные связи средней и высокой силы между большим числом пока-

зателей ЭКГ высокого разрешения и характеристиками альфа-ритма (индекс ритм, Т-альтернация, показатель активности реактивных систем, мощность спектра низких частот) у пациентов с фибрилляцией предсердий. В то же время при синусовом ритме взаимосвязь между частотными характеристиками головного мозга и сердца была менее значимой. Из всех анализируемых параметров выявлена корреляция средней силы между максимальной частотой альфа-ритма и некоторыми показателями ВСР (индекс ритм, мощность спектра низких и очень низких частот). Пациенты, у которых по данным ВСР преобладали симпатические вегетативные влияния, имели меньше сопутствующих заболеваний, более «лёгкую» неврологическую симптоматику.

Заключение:

Электрофизиологическое состояние сердца было тесно связано с тяжестью клинической картины инсульта. Доказательство существования оси «мозг-сердце» открывает новые перспективы для изучения, прогнозирования и лечения заболеваний сердечно-сосудистой и нервной системы.

ПАЦИЕНТ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ: АЛГОРИТМ СНИЖЕНИЯ РИСКА КРОВОТЕЧЕНИЙ

Савченко А.В., Савченко М.А., Борис А.М.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», г. Минск, Республика Беларусь;

УО Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

В рутинной кардиологической практике в последние годы все чаще встречаются пациенты, имеющие коморбидную патологию. Особое значение имеют те сочетающиеся заболевания, которые не только тягостят течение патологических процессов, но и не позволяют применять современные схемы лечения каждого из них, внося коррективы не только в качество, но и в продолжительность жизни пациентов. Одним из сочетаний, вызывающих затруднения в выборе терапевтической тактики, является наличие у пациента синдрома портальной гипертензии (ПГ) как внутривенного, так и подпеченочного варианта, и различных патологических состояний, вызывающих поражения левых отделов сердца и развитие фибрилляции предсердий (ФП). Главный вопрос для подобных пациентов – риски и целесообразность назначения антикоагулянтной терапии, т.к. значительное число неблагоприятных исходов при ПГ связано с развитием кровотечений, а назначение антикоагулянтов – с высоким риском тромбоэмболических осложнений. Целью исследования явилось сформировать алгоритм определения необходимости/опасности назначения оральные антикоагулянты (ОАК) пациентам с сочетанием ПГ с варикозным расширением вен пищевода и/или желудка (ВРВПЖ) и ФП.

Материал и методы:

В исследование включены 141 пациент с синдромом ПГ и ВРВПЖ (84 мужского и 57 женского пола), 61 – с подпеченочной и 80 с внутривенной формой синдрома. У всех пациентов диагностирована ФП (пароксизмальная форма – у 72 – 51%; персистирующий вариант – у 12 – 8,5% и перманентная форма – у 57 пациентов – 40%). Все пациенты имели показания для длительной терапии ОАК, связанные с высоким тромбоэмболическим риском. Учитывая наличие описанных предикторов высокого риска кровотечений из ВРВПЖ («красные точки» и др.), выявляемых при эндоскопическом исследовании, перед назначением ОАК всем пациентам была выполнена фиброзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) и, при необходимости, выполнено эндоскопическое склерозирование/ лигирование потенциально угрожаемых расширенных вен пищевода и желудка. В дальнейшем ФЭГДС в плановом порядке выполнялось с периодичностью около 1 года, при необходимости с проведением повторных сеансов склеротерапии и/или лигирования. Формирование группы сравнения из пациентов с ВРВПЖ и ФП без выполнения ФЭГДС и применения методов коррекции варикоза не проводилось по этическим соображениям. Длительность наблюдения за пациентами составила от 2 до 11,5 лет. В указанный период из группы исследования были исключены 19

пациентов (в связи с прогрессированием цирроза печени и смертью, либо отсутствием комплаентности по прохождению обследования или приему препаратов).

Результаты:

За период наблюдения у 6 человек (4,2%) отмечены эпизоды кровотечений из ВРВПЖ (все пациенты с внутripеченочной формой портальной гипертензии), купированные с применением малоинвазивных эндоскопических методик, у 2 человек (1,4%) развились кардиоэмболические инсульты, что потребовало госпитализации и проведения специальной лечебно-реабилитационной программы. За период наблюдения пациентам группы исследования выполнено более 235 диагностических ФЭГДС. Число выполненных сеансов склерозирования/лигирования составило 69, от 1 до 4 одному пациенту. Клиническое ухудшение состояния наблюдалось только у пациентов с внутripеченочной ПГ и было связано с прогрессированием основного заболевания – цирроза печени. В процессе наблюдения оценивались также показатели сократимости миокарда и размеры левых отделов сердца. У 59 пациентов (41,8%) отмечено снижение фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) в среднем с 47% до 41%, увеличение КДО и размеров ЛЖ и ЛП. Неблагоприятный исход заболеваний у пациентов группы наблюдения отмечен в 12 случаях (8,5%) и не связан с эмболическими осложнениями, либо развитием кровотечений.

Заключение:

На основании полученных данных, сделаны следующие выводы: 1. Для определения риска кровотечений у пациентов с ПГ и ФП не достаточно применения шкал (HAS-BLED и др.), т.к. кроме стандартных факторов риска эти пациенты могут иметь потенциально угрожающий фактор в виде ВРВПЖ. 2. Перед назначением и в процессе применения ОАК у пациентов с ПГ целесообразно выполнять ФЭГДС не реже 1 раза в год с проведением плановых сеансов склерозирования/лигирования при необходимости, что значительно снижает риск развития кровотечений.

ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНОГО РУСЛА И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СТАРШЕГО ВОЗРАСТА С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Медведева Е.А., Гелис Л.Г., Колядко М.Г., Кузнецова Т.В., Шибек Н.А., Геворкян Т.Т., Полонецкий О.Л.

ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Пациенты с сердечно-сосудистыми катастрофами в молодом возрасте имеют другой профиль риска в сравнении с пациентами старшего возраста. Основопологающим фактором, вызывающим инфаркт миокарда (ИМ), является атеросклероз коронарных сосудов, причем у пациентов до 45 лет в большей мере связанный с наследственными нарушениями липидного обмена, что отражается в выраженности атеросклеротического поражения как коронарных, так и периферических артерий. Цель. Изучить степень поражения коронарного русла и периферических артерий у пациентов молодого и старшего возраста с инфарктом миокарда.

Материал и методы:

В исследование включен 221 пациент с инфарктом миокарда, которым проводилась эндоваскулярная реваскуляризация миокарда. ОГ составили 130 лиц молодого возраста (18-44 года), КГ представлена 91 пациентами старше 44 лет. Средний возраст в ОГ составил 38,9±10,4 лет, в КГ 57,8±9,5 лет. Всем пациентам проводились клинико-инструментальные и лабораторные обследования, включавшие в себя: общий анализ крови, биохимический анализ крови с определением высокочувствительного С-реактивного белка, NT фрагмента мозгового натрийуретического пептида, липидного спектра, уровня липопротеина (а) (Лп(а)). Для выявления пациентов с определенным и вероятным диагнозом семейной гиперхолестеринемии (СГХС) были применены критерии голландских липидных клиник. Концентрацию Лп(а) ≥30 мг/дл расценивали как гиперЛп(а). Всем пациентам выполнялась коронароангиография (КГР), эхокардиография, ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий (УЗИ БЦА) и артерий подвздошно-бедренного сегмента (ПБС).

Результаты:

ОГ характеризовалась достоверно большим числом пациентов с однососудистым поражением коронарного русла ($p = 0,014$), тогда как в КГ преобладали пациенты с многососудистым поражением ($p = 0,03$). Среднее количество имплантированных стентов в ОГ составило 1,5±0,1, в КГ – 1,7±0,1 на человека. Средняя длина стентированного участка коронарных артерий у пациентов ОГ 31,7±2,4 мм, в КГ – 41,1±2,9 мм на человека ($p=0,02$). Полнота реваскуляризации в ОГ составила 97,5% из-за преобладания однососудистого поражения коронарного русла, у пациентов КГ – 86% ($p = 0,048$), что можно объяснить поражением коронарных артерий в бассейне, не связанном с инфарктом миокарда и планированием отсроченной реваскуляризации. При анализе ангиографических данных у пациентов ОГ в зависимости от выявленных нарушений липидного обмена установлено, что наиболее выраженное поражение коронарного русла зарегистрировано у пациентов с СГХС в сочетании с гиперЛп(а). Исходный уровень липопротеинов низкой плотности у пациентов с СГХС составил 8,7 ммоль/л, уровень Лп(а) 93 мг/дл (максимальный уровень 346 мг/дл). Среднее количество пораженных коронарных артерий в этой группе пациентов составило 3,1±0,1 на человека, атеросклероз БЦА зарегистрирован у 80% пациентов, атеросклероз артерий подвздошно-бедренного сегмента выявлен у 40% человек. Сочетание СГХС с гиперЛп(а) привело к инфаркту миокарда в возрасте 28±7,2 лет. Изолированное увеличение уровня Лп(а) более 180 мг/дл зарегистрировано у 6% человек. Среднее количество пораженных атеросклерозом коронарных артерий в ОГ при уровне Лп(а) менее 30 мг/дл составляет 1,3±0,1 на пациента, а атеросклеротическое поражение в брахиоцефальных артериях зарегистрировано у 33% человек. При Лп(а) более 30 мг/дл среднее количество пораженных атеросклерозом коронарных артерий составило 2,4±0,1 на человека ($p=0,01$), а атеросклероз в брахиоцефальных артериях зарегистрирован у 62% пациентов. Таким образом, высокий уровень липопротеина (а) ассоциирован не только с более выраженным поражением коронарного русла, но и с атеросклеротическим поражением брахиоцефальных артерий ОР 1,857 [1,11- 3,71].

Заключение:

Пациенты молодого возраста с инфарктом миокарда характеризуются меньшей выраженностью коронарного и периферического атеросклероза в сравнении с пациентами старшей возрастной группы. Наиболее выраженное поражение коронарного русла среди лиц молодого возраста зарегистрировано у пациентов с СГХС в сочетании с гиперлипопротеидемией (а). Высокий уровень липопротеина (а) ассоциирован с атеросклеротическим поражением не только коронарных артерий, но и брахиоцефальных артерий ОР 1,857.

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Егорова И.С., Везикова Н.Н.

ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет»,

г. Петрозаводск, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Цель: оценить частоту и предикторы развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациентов, перенесших острый коронарный синдром, в отдаленном периоде (14-летнее наблюдение).

Материал и методы:

В исследование вошли 255 пациентов в возрасте до 66 лет, последовательно госпитализированных в Региональный сосудистый центр г. Петрозаводска по поводу ОКС в 2009-2010 гг. В 2023-2024 гг. выполнен ретроспективный анализ посредством телефонных контактов с пациентами и/или электронных медицинских карт. Проведена оценка частоты и предикторов развития ХСН в отдаленном периоде.

Результаты:

В исследование включены 255 пациентов, средний возраст 52,3±7,04 лет, преобладали мужчины (79,3%). В 2023 году получена информация о 212 больных. За время наблюдения 87 пациентов (37,2%) скончались, средний возраст умерших 60±8,2 лет. В течение 14 лет после перенесенного ОКС ХСН развилась у 49,7%. Проведен анализ влияния

на развитие ХСН следующих факторов: традиционные факторы риска (пол, возраст, отягощенная по ССЗ наследственность, артериальная гипертензия, дислипидемия, курение, сахарный диабет (СД), ожирение); тип ОКС (с подъемом/без подъема сегмента ST); перенесенные процедуры реваскуляризации (чрескожное коронарное вмешательство, коронарное шунтирование (КШ)); медикаментозная терапия после ОКС (прием аспирина, ингибитора P2Y12, статина, бета-блокатора, ингибитора АПФ/блокатора рецепторов к ангиотензину II); наличие стабильной стенокардии (СтСт), а также развитие повторного ОКС. Поиск предикторов ХСН проводился с использованием множественной логистической регрессии. Было установлено, что значимо повышается риск развития ХСН у пациентов с отягощенной по ССЗ наследственностью (ОШ 6,96, $p=0.011$), а также у перенесших операцию КШ (ОШ 4,81, $p=0,036$). Кроме того, отмечена тенденция по влиянию СтСт (ОШ 2,83, $p=0,112$) и СД (ОШ 2,92, $p=0,119$) на развитие ХСН. Прием аспирина, напротив, был ассоциирован с уменьшением частоты развития данного осложнения (ОШ 0,27, $p=0.090$), однако для достижения статистической достоверности, по-видимому, требуется увеличение выборки. Результаты множественной регрессии в дальнейшем были оптимизированы методом пошаговой логистической регрессии (направление backward) под контролем индекса Акаике ($\Delta AIC < 0,1$). На основании полученных результатов разработана формула, позволяющая оценить риск развития ХСН после перенесенного ОКС: $OШ(ХСН) = -0,21 + 1,94 * [наследственность] - 1,32 * [прием аспирина] + 1,57 * [КШ] + 1,04 * [СтСт] + 1,07 * [СД]$. Для полученной прогностической формулы были оценены точность (72,8%), чувствительность (81,9%) и специфичность (61,6%) в точке классификации (0,51), определенной с помощью анализа соответствующей ROC-кривой. Индекс AUC составил 0,777.

Заключение:

В работе представлены результаты оценки частоты и предикторов развития ХСН в отдаленном периоде после перенесенного ОКС (14-летнее наблюдение) в реальной клинической практике. Установлено, что отягощенная по ранним ССЗ наследственность, а также перенесенная операция КШ ассоциированы с повышенным риском развития ХСН. Кроме этого, отмечена тенденция по увеличению риска развития данного осложнения у пациентов с СД и СтСт и снижения его при приеме аспирина.

ПРЕДСТАДИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

Сайфиева Р.И., Лебедева Н.Б., Мандияков И.Ю., Кашталап В.В.
ФГБНУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ,
г. Кемерово, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Важными стратегическими шагами для предотвращения прогрессирования ХСН является своевременная диагностика предстadium сердечной недостаточности (пСН). Вместе с тем рекомендации по ее медикаментозному лечению отсутствуют. Ингибиторы натрий-глюкозного ко-транспортера 2 типа (ИНГТ2) доказали свою эффективность при сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса левого желудочка и могут рассматривать как потенциально эффективная группа при предстadium сердечной недостаточности (пСН). Цель исследования: оценить распространенность пСН в амбулаторной практике и динамику уровня Nt-proBNP на фоне применения ингибитора SGLT2 дапаглифлозина.

Материал и методы:

В исследование был включен 241 пациент без клинических проявлений сердечной недостаточности, находившийся на амбулаторном приеме у кардиолога. Оценивались результаты ЭХО-КГ и уровень Nt-proBNP при включении в исследование и через 6 месяцев, части пациентов с повышением Nt-proBNP при включении в исследование был назначен дапаглифлозин 10 мг.

Результаты:

Из 241 пациента у 100 (41,49%) пациентов была диагностирована пСН на основе наличия бессимптомной диастолической дисфункции ЛЖ

1 типа (ДДЛЖ) и/или повышения NtproBNP. Основной диагноз у всех пациентов – артериальная гипертензия (АГ), у 7 из них ИБС. Повышение NtproBNP выявлено у 76 (76%) пациентов, у 73 (73%) пациентов была выявлена ДДЛЖ. Пациенты с повышением NtproBNP были рандомизированы на 2 сопоставимые группы. Группу воздействия составили 38 пациентов, 35 женщин (92,1%) и 3 мужчины (7,9), возраст 65 лет (52;78), которым был назначен дапаглифлозин в дозе 10 мг. Группу контроля составили 38 пациентов, 36 женщин (94,73%) и 2 мужчины (5,27), возраст 61 год (48;74), которые дапаглифлозин не получали. Уровни Nt-proBNP при включении в исследование составили 563,07 (269,24;587,66) пг/мл в группе воздействия и 501,67 (241,12;562,23) пг/мл в группе контроля, $p=0,67$. Блокаторы РААС получали 36 (94,7%) группы 1 и 37 (97,3%) группы 2, бета-блокаторы 9 (23,4%) и 7 (18,4%), антагонисты минералокортикоидных рецепторов 3 (7,8%) и 3 (7,8%), антагонисты кальция 18(47,4%) и 20 (52%), тиазиды 23 (60,2%) и 26(68,4%) соответственно, $p > 0,05$ для всех показателей. Через 6 месяцев была проведена оценка уровня NtproBNP у всех пациентов. Медиана Nt-proBNP в группе воздействия составила 109,73 (68,25 219,47) пг/мл.; в группе контроля – 476,79 (218,67; 734,91) пг/мл, $p=0,028$.

Заключение:

В амбулаторной практике почти у половины пациентов, преимущественно женщин с артериальной гипертензией, встречается пСН. Дополнительное назначение дапаглифлозина приводит к снижению повышенных уровней Nt-proBNP.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА (TAVI-TRANSCATHETER AORTIC VALVE IMPLANTATION) В ТАДЖИКИСТАНЕ: ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ДАЛЬНЕЙШЕГО ВНЕДРЕНИЯ

Саломов А.А., Собиров С.И., Махмудов Х.Н.,
Эшонкулов Ш.А., Бокиев Ф.Ш., Райимбердиев Р.У.,
Валиев Ф.А., Джумаев М.У., Юлдашев А.А.
Согдийский областной центр кардиологии и сердечно-
сосудистой хирургии, г. Худжанд, Республика Таджикистан

Введение (цели/ задачи):

Стеноз аортального клапана (АК) является наиболее распространенным клапанным пороком и занимает одно из первых мест среди показаний к операциям на сердце. Несмотря на успехи, достигнутые в последние годы в лечении болезней системы кровообращения они до настоящего времени остаются основной причиной смертности населения. Транскатетерная имплантация аортального клапана (TAVI) – это минимально инвазивная процедура, суть которого заключается в имплантации аортального клапана, через прокол бедренной артерии без фактического удаления родного клапана. Протезирование АК является процедурой с хорошими непосредственными и отдаленными результатами. Однако на сегодняшний день увеличивается число пациентов пожилого и старческого возраста с наличием большого количества сопутствующих заболеваний, у которых применение вмешательства с искусственным кровообращением сопряжено с повышенным риском развития послеоперационных осложнений. Первая TAVI была выполнена 16 апреля 2002 года Аленом Крибье. В России развитие программы ТИАК берет начало с 2009 года. В Таджикистане впервые данная процедура была успешно выполнена в мае текущего года с хорошим результатом. TAVI стала эффективной и безопасной процедурой в лечении аортального стеноза у пациентов высокого хирургического риска и альтернативой открытым операциям в условиях искусственного кровообращения. Пациенты пожилого и старческого возраста с многочисленной сопутствующей патологией, требуют внимательной предоперационного обследования и подготовки. Цель: сообщить о первой успешной операции и применение технологии транскатетерной имплантации аортального клапана TAVI в Таджикистане: проблемы и возможности для дальнейшего внедрения. Оценить ближайшие результаты Транскатетерного имплантации аортального клапана (TAVI) выполненном в СОЦКССХ.

Материал и методы:

В апреле 2024 г. СОЦКССХ поступила пациентка Т.Т 1958 г.р., с клиникой стенокардии III-IV ФК по ССС, по ходу обследовании

по данным ЭХОКГ выявлен критический стеноз АК с градиентом 80 мм.рт.ст., фракция выброса ЛЖ составила 60%. По данным ангиографии гемодинамический значимый стеноз ПМЖВ и ПКА. Также у больной имело место ГБ 2 ст, риск 4, сопутствующее заболевание: сахарный диабет II тип, средней тяжести. Первым этапом после тщательного обследования и лечения выполнена БАП со стентированием ПМЖВ и ПКА, далее по протоколу выполнена подготовка к операции ТИАК. Вторым этапом через месяц успешно выполнена операция TAVI. Всего в Таджикистане за прошедший год (2024 г.) выполнена 5 успешных операции, 3 из них в РЦССХ и 1 операция в клинике «Дастиа Дил».

Результаты:

При контрольной ангиографии (в момент проведения операции TAVI, второй этап) установленные ранее стенты проходимы. После проведенной операции TAVI градиент на АК снизился до 10 мм рт. ст., регургитация на АК 0-1 ст., ФВ ЛЖ сохранена (63%). Артериальное давление в пределах целевых значений. Самочувствие пациентки удовлетворительное. Больная на 3-е сутки выписана домой.

Заключение:

Транскатетерная имплантация аортального клапана (TAVI) стала эффективной и безопасной процедурой в лечении аортального стеноза у пациентов высокого хирургического риска и альтернативой открытым операциям в условиях искусственного кровообращения с непосредственным хорошим результатом. Развитие новых технологий в современной сердечно-сосудистой хирургии открывают новые возможности в лечении тяжелых больных.

ПРОБЛЕМА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И ОСТРОГО МИОКАРДИТА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

САРАКУЦА А.В.¹, ГРЕЖДИЕРУ А.В.¹, ГРИБ Л.Ф.¹,
САМОХВАЛОВА Е.М.¹, ЛУПУ Д.О.², ФЕДОРОВА Н.А.²,
КАРАУШ В.И.¹, ГАЛАЦАН В.В.¹, КОЖОКАРУ Д.Г.¹

¹ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ ИМЕНИ
НИКОЛАЯ ТЕСТЕМИЦАНУ, г. Кишинев, Республика Молдова;

²ТРЕТЬЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА «СВЯТАЯ ТРОИЦА»,
г. Кишинев, Республика Молдова

Введение (цели/ задачи):

Острый миокардит является одной из причин острого ишемического повреждения миокарда, которое имитирует клиническую картину острого коронарного синдрома (ОКС). Заболевание обычно недооценивается из-за неспецифичности имеющихся симптомов, повышенного уровня тропонина и изменений на ЭКГ. Сравнение клинической картины острого миокардита с клинической картиной ОКС представляет собой важную клиническую задачу. Цель статьи: представление клинического случая молодого пациента, у которого развился острый миокардит.

Материал и методы:

Больной Б., 31 год, поступил в кардиологическое отделение Третьей городской больницы г. Кишинев «Святая Троица» с жалобами на одышку при умеренной физической нагрузке, учащенное сердцебиение, боли за грудиной. В анамнезе пациента нет упоминаний о сердечной патологии. Общее состояние больного ухудшилось в течение 6 дней: температура 39°C, озноб, потливость. В течение 2 дней наблюдались вышеуказанные признаки. Проведенные исследования: электрокардиограмма, эхокардиография, рентгенография грудной клетки, коронарография, общий анализ крови, биохимические анализы.

Результаты:

При клиническом осмотре при поступлении: положение пассивное, кожные покровы бледные, температура 36,7°C, ЧСС 96 уд/мин, АД 115/85 мм рт. ст., SpO₂ – 98%, FiO₂ – 0,9, ЧДД – 21/мин. ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 60 уд/мин, ЭОС нормальная, без признаков острой ишемии. Результаты лабораторных исследований: повышенные сердечные ферменты (тропонин >15,00 нг/л, КФК-МБ 260,6 ЕД/л, миоглобин 336,81 нг/мл), электролиты в пределах нормы (К 4,23 ммоль/л, Na 132,4 ммоль/л), нарушение функции печени (АЛПТ 57,5 ЕД/л, АСАТ 163 ЕД/л) и нормальная функция почек (креатинин 96,1 мкмоль/л, мочевины 5,48 ммоль/л), D-димеры

0,37 мг/л, МНО 1,10, протромбин 79,2%, фибриноген 8,31 г/л, признаки воспаления (лейкоциты 17,85, нейтрофилы 83,4%, Ц реактивный белок 230 мг/л, ЛДГ 357,7). На 2D ЭхоКГ: легкое, диффузное снижение сократимости ЛЖ, преимущественно нижеперегородочной и нижней стенки ЛЖ. ФВЛЖ – 51%. Рентгенография органов грудной клетки без особенностей. На 2-е сутки госпитализации общее состояние ухудшилось, появились выраженные загрудинные боли, на ЭКГ ишемическая динамика (инверсия зубца Т в I, AVL, V3-V6), в лабораторных анализах обнаружилось повышение маркера сердечной недостаточности (NT-pro-BNP 1494,67 пг/мл), сохранение высоких показателей сердечных ферментов (тропонин >15,00 нг/л, миоглобин 22,35 нг/мл). В динамике в течение 7 суток общее состояние улучшилось. На ЭКГ: диффузные нарушения реполяризации ЛЖ, более выраженные в боковых отделах (двухфазный зубец Т в V3-V6). Коронарография: поражения коронарных артерий нет, 2D ЭхоКГ нормальная сократимость ЛЖ, ФВ 60%. Посевы крови отрицательные, TnI отрицательный, ККМБ- 12,9 Ед/л,

Заключение:

Острый коронарный синдром развивается реже у молодых пациентов, но требует высокой настороженности при наличии болей в груди, ишемических изменений на ЭКГ и ЭхоКГ, повышенных уровнях сердечных тропонинов и маркеров сердечной недостаточности. Дифференциальная диагностика инфаркта миокарда и острого миокардита у молодых людей обязательна, при этом рекомендуется проведение коронарной ангиографии и/или компьютерной томографической ангиографии.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ КАТЕТЕРНОЙ АБЛЯЦИИ С УЧЕТОМ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПРОВОДИМОСТИ И ПАРАМЕТРОВ ДЕФОРМАЦИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ

ВАЙХАНСКАЯ Т.Г., КОПТЮХ Т.М., ГЕВОРКЯН Т.Т.,
ЦЫГАНОВ А.Д., КОЗЛОВ И.Д., ФРОЛОВ А.В.

ГУ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
«КАРДИОЛОГИЯ», г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Катетерная абляция (КА) с изоляцией легочных вен (ИЛВ) представляет собой эффективный метод лечения фибрилляции предсердий (ФП), однако значительная доля постпроцедурных рецидивов ФП после КА остается все еще серьезной проблемой в клинической практике. Цель: изучить взаимосвязи деформации левого предсердия (LAS) и далеко зашедшей межпредсердной блокады (дзМПБ) с рецидивами ФП у пациентов после катетерной процедуры ИЛВ.

Материал и методы:

В исследование включили 65 пациентов (ср. возраст 56±8,8 лет, 36 (55,4%) мужчин, фракция выброса левого желудочка 56±6,9%) с интервенционным лечением ФП и проспективным анализом возвратной ФП в период наблюдения 358 [300–387] дней после ИЛВ. Электрокардиографические (ЭКГ) и эхокардиографические (ЭхоКГ) исследования выполняли во время синусового ритма за сутки до проведения КА. Нарушения межпредсердной проводимости (МПП) и дзМПБ определяли на основе критериев Bayes de Luna 2017г. Оценку морфологии и амплитудно-временных параметров Р волны проводили с помощью 12-канальной цифровой компьютерной системы «Интекард-8.1» (BY) согласно алгоритмам автоматического ЭКГ анализа. По степени нарушения МПП сравнивали 2 группы пациентов: 1) с нормальной МПП и частичной МПБ (n=35) и 2) с дзМПБ (n=30, МПБ типичной и атипичной формы с бифазной морфологией зубца Р минимум в 2-х из трех нижних отведений ЭКГ – II, III, aVF). ЭхоКГ проводили со стандартной оценкой всех камер сердца, дополнительно анализировали пиковую глобальную продольную деформацию предсердий в фазах резервуара (LASr), проводника (LAScd) и сокращения (LASct). В качестве первичной конечной точки были приняты рецидивы ФП в период от 3 до 12 месяцев наблюдения.

Результаты:

Рецидивы ФП зарегистрированы у 26 (40%) пациентов в период от 119 до 369 дней (медиана 211 дней). Снижение деформации ЛП в резервуарной фазе (LASr: r=-0,78; p=0,0001), дисфунк-

ция ЛП в контрактильной фазе (LASct: $r=0,71$; $p=0,0001$) и дзМПБ ($r=0,47$; $p=0,001$) были ассоциированы с более высокой частотой возвратной ФП. Пороговые значения деформации ЛП согласно ROC анализу составили для LASr $\leq 21\%$ (AUC=0,870; 95% ДИ: 0,776-0,963; $p=0,000$) и для LASct $\geq -5,5\%$ (AUC=-0,803; 95% ДИ: -0,713-0,942; $p=0,001$). С-статистика для дзМПБ была несколько ниже (AUC=0,742; 95% ДИ: 0,613-0,872; $p=0,002$). В результате анализа постпроцедурных рецидивов ФП при оценке кумулятивных событийных кривых Каплана-Майера, исключая 3-месячный период выжидания, высокая предиктивная значимость подтверждена для дзМПБ, LASr и LASct (log-rank: $p<0,001$). Согласно однофакторной логистической регрессии были определены факторы риска, связанные с рецидивом ФП: возраст, индекс массы тела, шкала CHA2 DS2-VASc, диаметр и индекс объема ЛП, митральная регургитация (MP) ≥ 2 ст. В многофакторных регрессионных моделях (линейные, логистические) связь деформации ЛП с рецидивирующей ФП не зависела от возраста, геометрии и размеров ЛЖ и ЛП, MP, ФВЛЖ. Скорректированные согласно регрессионной многофакторной модели пропорциональных рисков Кокса отношения рисков (HR) рецидива ФП составили: HR 3,76 (95% ДИ 1,05-13,5; $p=0,042$) для далеко зашедшей МПБ; HR 7,63 (95% ДИ 1,37-42,4; $p=0,020$) для резервуарной дисфункции LASr; и HR 3,24 (95% ДИ 1,06-14,5; $p=0,044$) для контрактильной дисфункции LASct. Так, согласно данным многофакторной Кокс-регрессии, риск рецидива ФП при наличии исходной дзМПБ возрастал почти 4-кратно (HR 3,76), а дисфункция ЛП в фазу сокращения (LASct $\geq -5,5\%$) ассоциировалось с 3-кратным повышением риска раннего рецидива ФП (HR 3,24). При снижении деформации ЛП в резервуарную фазу (LASr $\leq 21\%$) риск рецидива возрастал в 7,6 раз (HR 7,63). Следовательно, при наличии дзМПБ снижение резервуарной функции LASr $\leq 21\%$ повышает вероятность более раннего рецидива ФП на 88%, а контрактильная дисфункция ЛП (LASct $\geq -5,5\%$) на 76% увеличивает шансы более раннего развития ФП у лиц с дзМПБ.

Заключение:

Показатели электромеханической дисфункции ЛП (дзМПБ, \downarrow LASr и \downarrow LASct) в представленном исследовании ассоциировались с повышенным риском возвратной ФП после процедуры ИЛВ. Параметры деформации ЛП в резервуарную и контрактильную фазы не зависели от клинических и популяционных факторов риска, что определяет их прогностический потенциал в оценке рецидивов ФП у пациентов после КА.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И НЕУСТОЙЧИВОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ

Матюкевич М.С., Снежицкий В.А.

УО Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь;

УО Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Оценка рисков неблагоприятных кардиоваскулярных событий у пациентов с сердечной недостаточностью (СН) в зависимости от наличия фибрилляции (ФП) предсердий и желудочковых аритмий позволит в дальнейшем выделить предикторы и маркеры, ассоциированные с неблагоприятным исходом в данной группе пациентов. Целью работы было оценить риск развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (ССС) и риск общей смертности у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), СН со сниженной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ $<50\%$), постоянной/длительно персистирующей формой ФП и эпизодами монорморфной неустойчивой желудочковой тахикардии (нужТ).

Материал и методы:

Проведено проспективное когортное исследование с участием 143 пациентов. В группу 1 вошли 48 пациентов с СН, ФП и нужТ. Группы сравнения составили: группа 2 – 44 пациента с СН, ФП без нужТ и группа 3 – 51 пациент с СН синусовым ритмом (СР) без ФП и без нужТ. На момент включения всем пациентам выполнено ЭхоКГ, ХМ ЭКГ, запись ЭКГ

при помощи «Интекард 7.3» и определение уровней N-терминального фрагмента мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP). Конечными точками в исследовании определены: госпитализация из-за ССС (прогрессирование СН, острое коронарное событие и острое нарушение мозгового кровообращения), общая смертность и комбинированная конечная точка, которая включала госпитализацию из-за ССС и смерть от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Результаты:

Средний период наблюдения составил 22,2 (от 18 до 24) месяца. В группе 1 неблагоприятное ССС развилось у 36 (75%) пациентов, всего умерли 7 (14%) пациентов. В группе 2 неблагоприятное ССС развилось у 16 (36,4%), умерли 2 (4,5%) пациента. В группе 3 неблагоприятное ССС развилось у 12 (23%), умерли 2 (4%) пациента. В группе 1 по сравнению с группой 3 отмечается тенденция к большему количеству случаев смерти от общих причин (7 (14%) случаев против 2 (4%), $p=0,066$). Пациенты с СН, ФП и нужТ имели более высокий риск наступления комбинированной конечной точки по сравнению с пациентами с ФП без нужТ (HR=1,92 [95% ДИ 1,241-3,088], $p=0,02$) и по сравнению с пациентами с СР (HR=2,83 [95% ДИ 1,661-4,832], $p<0,001$). При этом риск наступления комбинированной конечной точки между группами пациентов с ФП и СР был сопоставим (HR=1,45 [95% ДИ 0,762-2,756], $p=0,129$). Риск смерти от ССЗ в группе с СН, ФП и нужТ был сопоставим с таковым в группе с СН и ФП без нужТ (HR=2,39 [95% ДИ 1,091-11,74], $p=0,28$), отмечена тенденция к увеличению риска смерти от ССЗ в группе с СН, ФП и нужТ в сравнении с СН и СР (HR=5,31 [95% ДИ 1,01-43,84], $p=0,12$), не достигнув уровня статистической значимости. Вероятно, при продолжении наблюдения различия достигли бы уровня статистической значимости. Риск смерти от ССЗ между лицами с ФП и СР был сопоставим (HR=1,16 [95% ДИ 0,07-17,99], $p=0,92$). Пациенты в группе с СН, ФП и нужТ имели сопоставимый риск смерти от общих причин по сравнению с группой СН и ФП без нужТ (HR=3,35 [95% ДИ 0,073-15,3], $p=0,1$), отмечена тенденция к более высокому риску смерти от общих причин по сравнению с группой с СН и СР (HR=3,72 [95% ДИ 1,081-15,02], $p=0,09$), однако различия не достигли уровня статистической значимости. Вероятно, при продолжении наблюдения могли быть достигнуты значимые различия между группами. Риск смерти от общих причин между пациентами с ФП и СР был сопоставим (HR=1,2 [95% ДИ 0,17-7,9], $p=0,88$).

Заключение:

Пациенты с хронической ИБС, сниженной систолической функцией левого желудочка, постоянной/длительно персистирующей формой ФП и эпизодами нужТ имеют более высокий риск развития острого кардиоваскулярного события и/или смерти от ССЗ в сравнении с пациентами с СН, ФП без нужТ и в сравнении с пациентами с СН и СР.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ УРОВНЯ ЛИПОПРОТЕИНА (А) ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА С ПОМОЩЬЮ МЕТОДОВ МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ

Вареха Л.А.¹, Кокорин В.А.¹, Святов И.С.², Дорожкова В.С.², Гимадиев Р.Р.³, Щеголев О.Б.³, Вареха Н.В.¹, Губина Е.В.³

¹ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»,

г. Москва, Российская Федерация;

²ГБУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника №121 ДЗМ,

г. Москва, Российская Федерация;

³ООО «ЛАБХАБ», г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Липопротеин (а) (ЛП (а)) является независимым фактором риска атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний и неблагоприятных сердечно-сосудистых осложнений. В условиях ограниченной возможности диагностики и высокой вариабельности уровня ЛП (а), прогнозирование его концентрации на основе данных профилактических осмотров с использованием инструментов машинного обучения (МО) представляет практический интерес. Интеграция клинических, лабораторных и демографических данных в прогностические модели может обеспечить раннюю идентификацию лиц с повышенным уровнем ЛП (а), способствуя персонализированной профилактике и оптимизации стратегий лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Цель: создать модель МО для прогнозирования повышенного уровня ЛП (а)

с использованием данных профилактического осмотра (пол, возраст, показатели общего анализа крови (ОАК), общего холестерина (ОХС) и глюкозы) и определить её точность на тестовой выборке пациентов.

Материал и методы:

В рамках исследования ретроспективно проанализирован обезличенный массив данных медицинских лабораторий, включающий сведения о 13 504 пациентах с известными значениями анализируемых лабораторных параметров. Средний возраст обследуемых составил $39,9 \pm 18,4$ года, средний уровень ЛП (а) – $24,1 \pm 34,7$ мг/дл. Для разработки и проверки модели, данные были разделены на обучающую и тестовую выборки в пропорции 4:1. Для прогнозирования повышенного уровня ЛП (а) (>30 мг/дл) применяли бинарную классификацию с использованием логистической регрессии и градиентного бустинга деревьев решений на платформе LightAutoML.

Результаты:

Частота повышенного уровня ЛП (а) в исследуемой выборке составила 23,6%, что согласуется с данными литературы. Точность классификационной модели оценивалась с помощью ROC-анализа, площадь под кривой AUC в прогнозе повышенного уровня ЛП (а) составила 0,57.

Заключение:

Разработанная модель МО продемонстрировала низкую точность в прогнозе повышенного уровня ЛП (а) (AUC 0,57). Это указывает на недостаточную способность модели объяснять высокую вариабельность концентрации ЛП (а) на основе выбранных рутинных параметров (ОАК, ОХС, глюкоза, пол и возраст). Полученные результаты подчеркивают необходимость включения дополнительных входных параметров для повышения точности прогноза модели.

ПРОТЕОМНЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 60 ЛЕТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 2 СТЕПЕНИ

КАРТАШОВА Е.А., КАСТАНАЯ А.А., ЖЕЛЕЗНЯК Е.И.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России,

г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) занимает лидирующее положение среди смертности пациентов от сердечно – сосудистой патологии. Современные методы молекулярного анализа позволяют представить молекулярный фенотип пациента с АГ с целью назначения наиболее эффективного режима лечения у пациентов данной возрастной группы. Целью исследования являлась оценка протеомного профиля пациентов с АГ 2 степени, II стадии у лиц пожилого возраста (60-74 лет).

Материал и методы:

В исследование включено 100 человек с АГ в возрасте 60-74 года согласно критериям включения/не включения в исследование. Критериями включения в исследование являлись: больные старше 65-74 лет, страдающие ИСАГ не менее 5 лет, принимавшие антигипертензивные препараты; значение общего сердечно-сосудистого риска – от незначимого до высокого дополнительного риска. Критериями исключения из исследования являлись: острое нарушение мозгового кровообращения в момент госпитализации, бронхообструктивные заболевания легких, острый инфаркт миокарда, симптоматическая АГ, ХСН II-III стадии, тяжелые нарушения функций печени и почек, злокачественные новообразования, декомпенсированный сахарный диабет. Интенсивность экспрессии пептидов и белков в крови оценена методом MALDI-TOF-масс-спектрометрия, который выявил молекулярный паттерн плазмы крови пациентов с АГ 2 степени. Биоинформационный анализ взаимодействий и функциональных особенностей пептидов и белков выполнен с помощью программы STRING 10.0. Выполнялось генетическое фенотипирование (Complete GeneChip® Instrument System, Affymetrix, США).

Результаты:

Обнаружены полиморфизмы генов ACE (генотип DD- 22 человека, генотип ID – 12 человек), HIF1A (генотип C1772T: CT – 6 человек, CC – 7 человек, TT – 9 человек), PPARG (полиморфизм T294C: генотип CC – 7 человек, генотип TT – 10 человек, генотип CT 11 человек), CASNA1D (полиморфизм p.Gly403Arg c.1207G>C – 11 чел., p.Ile770Met c.2310C>G-5чел.), ассоциированные с риском возникновения АГ, а также вы-сокая экспрессия следующих пептидов и белков в крови: активатора морфо-

ге-неза 1, миозина X, неприлизина, АПФ, CASNA1D, карбоксиметил-лизина, эндотелина I, и сниженная экспрессия таких пептидов и белков, как ApoD, мозговой формы спектрина, метил-СrG-связывающего белка, белка 2, регулирующего ишемическое прекондиционирование, HIF1A, PPARG. Выявлена динамика абсолютного количества лиц с экспрессией белков-маркеров прогрессирования ишемических, метаболических, дистрофических и морфогенетических процессов в сердечно-сосудистой системе организма пациентов с АГ 2 степени. Выявленный протеомный профиль реализует основные пути влияния на структурную геометрию сердца и сосудов, липидный профиль, реологических свойств крови, эндотелиальную функцию сосудистой стенки, ангиогенез, ишемического прекондиционирования, окислительного стресса, метаболического обеспечения тканей, приводя к прогрессированию апоптоза в клетках. Перечисленные молекулярные пути являются ключевыми участниками процесса старения сердечно – сосудистой системы, одним из клинических проявлений которого является АГ.

Заключение:

Полученная динамика протеомного профиля пациентов с АГ 2 стадии, 2 степени у пациентов возрастной группы 60-74 года свидетельствует о необходимости влияния на основные молекулярные пути развития и прогрессирования АГ, воздействуя на функционирование вазомоторного контроля, реологические свойств крови, эндотелий-зависимые реакции сосудистой стенки, ангиогенез, ишемическое прекондиционирование, окислительный стресс, метаболическое обеспечение тканей, синтез и деградацию факторов свертывающей и противосвертывающей систем, апоптоз в клетках, тем самым замедляя процессы старения сердечно – сосудистой системы. Современные методы и технологии молекулярного анализа, включающие методы геномики, транскриптомики, протеомики, метаболомики, позволяют исследовать механизмы развития поражения органов-мишеней у лиц с АГ разных возрастных групп в популяционных исследованиях и представить молекулярный фенотип пациента с АГ определенного возрастного диапазона с разработкой наиболее эффективного персонализированного режима лечения.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С ФАКТОРАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Исрафилбекова Ф.Р., Джахангиров Т.Ш.,

Курбанова Дж.К., Гулиева Л.М., Мустафаева А.В.

Научно-исследовательский институт кардиологии Азербайджана

имени Дж. Абдуллаева, г. Баку, Республика Азербайджан

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) представляет собой один из важных компонентов метаболического синдрома (МС), который включает также такие факторы, как избыточная масса тела (ИМТ) и сахарный диабет (СД). У значительной части пациентов АГ сочетается с ИМТ и/или СД, что еще более усугубляет состояние сердечно-сосудистой системы. Цель исследования. Оценить структуру АГ с учетом факторов МС ИМТ и/или СД у научных сотрудников Академии наук (АН) Азербайджана.

Материал и методы:

Представлены результаты распространенности и структуры АГ в зависимости от возраста и наличия ИМТ и/или СД. Обследовано 530 сотрудников научно-исследовательских институтов геологии и химии АН в возрасте 30-70 лет (средний возраст $56 \pm 3,2$ г.). В программу обследования входило: измерение артериального давления (АД), пульса (Ps), антропометрических данных (измерение роста, массы тела, окружности талии и бедер), анализы крови и мочи, рассчитывался индекс Кетле, диагностировался СД у лиц с АГ. Изучалось состояние сердечно-сосудистой системы по данным электрокардиографии (ЭКГ) и эхокардиографии (ЭхоКГ), проводились консультации эндокринолога, в необходимых случаях выполнялись другие клинико-диагностические исследования.

Результаты:

Результаты исследования. Распространенность АГ среди научных сотрудников АН составила 28,7%, нарастала с возрастом от 11,2% в 30-35 лет до 62,3% в возрасте 65-70 лет. У 57,3% лиц с АГ наблюдалось ее сочетание с ИМТ и /или СД. Пациенты с ИМТ составили 32,5% от всех лиц с АГ и МС, а больные с СД-28,1%. Чаще встречались пациенты с на-

личием 2-х факторов МС (ИМТ и СД), что составило 41,5% от всех лиц с АГ в сочетании с МС. Абдоминальный тип ожирения отмечался у 28% лиц с АГ, индекс Кетле более 29 выявлен у 26,7% больных. Стойкая гипергликемия отмечалась у 18,6% пациентов с АГ. В возрастных группах 54-59 лет и 60-65 лет наблюдались более высокие показатели ИМТ и/или СД. По данному ЭхоКГ масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) среди лиц с АГ и факторами МС составила 67,6% и оказалось значительно выше, чем у других пациентов (61,5%). Лица с АГ и факторами МС (ИМТ и/или СД) являются группой высокого риска развития осложнений сердечно-сосудистой системы.

Заключение:

1. Пациенты с ИМТ и/или СД составили 57,3% от всех лиц с АГ, ИМТ выявлена у 32,5% из них, СД наблюдался у 28,1% пациента, а лица с сочетанием 2-х факторов МС (ИМТ и СД) составили 41,5%. 2. Показатель ММЛЖ оказался выше среди больных с АГ в сочетании с МС (ИМТ и/или СД) - 67,6%, чем у других пациентов - 61,5%.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА, СПРОВОЦИРОВАННЫХ ТАХИФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ СЛОЖНЫМИ УСТРОЙСТВАМИ

Барсукевич В.Ч., Часнойть А.Р., Плащинская Л.И., Завалей Е.А., Макаровец К.О., Гончарик Д.Б.

ГУ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Пациенты со структурными заболеваниями сердца, которым были имплантированы сложные устройства (ИКД/CRT-D), имеют высокий риск жизнеугрожающих аритмий, в том числе индуцированных фибрилляцией предсердий (ФП). Цель: оценить распространенность желудочковых нарушений ритма, индуцированных тахиформой ФП по данным имплантированных сложных устройств (ИКД/CRT-D).

Материал и методы:

В исследование включено 66 пациентов, имеющих показания для первичной (n=13, 20%) и вторичной профилактики ВСС (n=52, 80%). Пациенты разделены на 3 группы. В основную группу (группа 1) включены пациенты, которым выполнялась катетерная абляция (КА) устьев легочных вен (УЛВ) и/или каво-трикуспидального истмуса (КТИ) с последующей имплантацией ИКД/CRT-D (n=22, 33,3%). В контрольную группу (группа 2) включены пациенты с ФП и имплантированными ранее ИКД/CRT-D, которым катетерная абляция УЛВ/АВ-соединения выполнялась вторым этапом при наличии показаний (n=25, 37,9%). В группу наблюдения (группа 3) включены пациенты без пароксизмов ФП на момент имплантации ИКД/CRT-D (n=19, 28,8%). Все пациенты находились на оптимальной медикаментозной терапии. Большинство пациентов имело ишемический генез заболевания сердца – 62,1% (n=41). Среднее значение ФВ ЛЖ 42,77%±15,2. Срок наблюдения пациентов после абляции составил 6 месяцев.

Результаты:

У пациентов основной группы после выполнения катетерной абляции УЛВ в течение 6 месяцев наблюдения отсутствовали разряды ИКД/CRT-D на желудочковые нарушения ритма, индуцированные тахиформой. В контрольной группе (группа 2), до включения в исследование, у 11 пациентов (44%) зарегистрированы обоснованные разряды ИКД/CRT-D на ЖТ/ФЖ, индуцированные тахиформой ФП. При анализе форм ФП, индуцирующих ЖТ/ФЖ, выявлено, что 5 пациентов имели пароксизмальную форму ФП (45,4%), 3 пациента – персистирующую (27,3%), постоянная форма ФП зарегистрирована у 3 пациентов (27,3%). Обоснованные разряды ИКД/CRT-D на ЖТ/ФЖ, индуцированные ФП, явились показанием для интервенционных вмешательств: у 6 пациентов (54,5%) выполнена катетерная абляция УЛВ, у 4 пациентов выполнена катетерная абляция АВ соединения (36,4%). У одного пациента была проведена коррекция медикаментозной терапии без вмешательства (9,1%). В течение шести месяцев наблюдения после катетерной абляции у трех пациентов контрольной группы зарегистрированы эпизоды индукции ЖТ/ФЖ на фоне ФП (27,3%). У двух пациентов проведена повторная абляция УЛВ (18,2%). У одного паци-

ента наблюдалось однократное восстановление проведения по АВ узлу после абляции АВ соединения на фоне самостоятельной отмены медикаментозного лечения (проведена коррекция медикаментозной терапии). При анализе форм желудочковых нарушений ритма индуцированных тахиформой ФП, по данным программы, установлено, что быстрые ЖТ (с ЧСС более 188 в мин.) зарегистрированы у 7 пациентов (63,6%), медленные ЖТ (с ЧСС 188 в мин. и менее) зарегистрирована у 3 пациентов (27,3%), ФЖ (с ЧСС более 250 в мин.) зарегистрирована у одного пациента (9,1%). В группе наблюдения (группа 3) отсутствовали пароксизмы ЖТ, индуцированные ФП.

Заключение:

ФП у пациентов с имплантированными сложными устройствами (ИКД/CRT-D) вызывает индукцию ЖТ и повышает риск обоснованных разрядов. Пациенты с пароксизмальной формой ФП имеют высокие риски индукции быстрой ЖТ, ФЖ.

РЕЗУЛЬТАТЫ АМБУЛАТОРНОГО ПРИМЕНЕНИЯ КАЛЬКУЛЯТОРА РИСКА ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ НИЗКОЙ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Лебедева Н.Б., Никифорова Ю.Е., Сахарчук А.Ю., Аргунова Ю.А.
ФГБНУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний,
г. Кемерово, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Результаты регистровых исследований свидетельствуют, что основной причиной смерти у пациентов с сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса левого желудочка (СНнФВ ЛЖ) является острая декомпенсация сердечной недостаточности (ОДСН). Цели исследования: оценить результаты применения калькулятора риска ОДСН на амбулаторном этапе наблюдения пациентов с СНнФВ.

Материал и методы:

У 35 пациентов с СНнФВ, возраст 63,2 (52; 71) лет, 30 (85,7%) мужчин, ФВ ЛЖ 29,7 (24,3; 36,7)%, наблюдавшихся амбулаторно, ежемесячно проводился телефонный опрос по специальной анкете, направленной на выявление ранних симптомов задержки жидкости и острых сердечно-сосудистых событий. Результаты анкетирования заносились в запатентованную программу-калькулятор определения риска ОДСН. В зависимости от количества набранных баллов риск ОДСН оценивался как очень высокий, высокий, умеренно-повышенный и низкий, что предполагало определенные врачебные решения. Еще 30 пациентов с СНнФВ, возраст 65,1 (54; 73) лет, 19 (63,3%) мужчин, ФВ ЛЖ 33,1 (26,8; 39,1)%, наблюдались у кардиолога без прохождения телефонного анкетирования и составили группу сравнения. Сравнимые группы были сопоставимы по полу, возрасту, ФВ ЛЖ и проводимой терапии, p>0,05. Медикаментозное лечение согласно клиническим рекомендациям получали 32 (91,4%) и 26 (86,6%) пациентов соответственно, p=0,624. Для оценки результатов применения калькулятора проводился анализ частоты развития ОДСН, острого коронарного синдрома (ОКС), госпитализаций и смерти в сравниваемых группах в течение двух лет наблюдения.

Результаты:

В течение периода наблюдения в группе с применением калькулятора риска ОДСН случаи ОДСН развивались существенно реже, у 14 (40%) пациентов против 21 (70%) группы сравнения, p=0,031. Кроме того, отмечено значительно меньшее число случаев экстренных госпитализаций, как первичных, у 18 (51,4%) пациентов, так и повторных, у 6 (17,1%), по сравнению с 24 (80%) случаями (p=0,033 между группами) и 16 (46,7%), случаями (p=0,005 между группами) в группе сравнения. В группе анкетирования существенно реже регистрировались случаи развития ОКС, у 9 (25,7) пациентов по сравнению 16 (53,3%) в группе 2, p=0,043. Плановые госпитализации, напротив, чаще регистрировались в группе анкетирования, у 12 (34,3%) и у 5 (16,7%) пациентов соответственно, p=0,049.

Заключение:

Применение калькулятора риска ОДСН на амбулаторном этапе наблюдения пациентов с СНнФВ позволяет значительно снизить риск развития ОДСН, ОКС и частоту экстренных госпитализаций.

РЕЗУЛЬТАТЫ МИТРАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМ СТЕНОЗОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Кадыров Б.А.¹, Аннаниязова С.А.¹, Шыхназарова Б.А.¹, Базаров Б.Ч.¹, Гайыпжанов П.П.¹, Аллагулыев К.Б.¹, Аганиязов А.Ж.¹, Атажыков Б.С.²

¹Международный кардиологический центр, г.

Ашхабад, Республика Туркменистан;

²Международный научно-клинический центр физиологии,

г. Ашхабад, Республика Туркменистан

Введение (цели/ задачи):

Оценить клиническую эффективность и безопасность митральной баллонной вальвулопластики (МБВ) у пациентов с ревматическим стенозом митрального клапана.

Материал и методы:

Проведен анализ данных 82 пациентов с ревматическим стенозом митрального клапана, которым выполнена МБВ в период с 2019 по 2024 год. Средний возраст пациентов составил 43±11 лет, 69,5% – женщины. Критерии включения: площадь митрального клапана <1,5 см², благоприятный морфологический подтип по шкале Wilkins (≤8 баллов). Измерялись площадь митрального отверстия (ПМО), градиент давления и степень митральной регургитации до и после процедуры, а также в отдалённом периоде.

Результаты:

После процедуры у 94% пациентов отмечено увеличение ПМО до ≥ 1,8 см², средний градиент снизился с 15,2±4,1 мм рт. ст. до 6,3±2,9 мм рт. ст. (p<0,001). У 9 пациентов (11%) развилась лёгкая митральная регургитация, у 2 (2,4%) – умеренная, тяжёлых осложнений не зафиксировано. В течение 12 месяцев наблюдения сохранение улучшенной гемодинамики отмечено у 91% пациентов. Повторной госпитализации из-за клинической симптоматики потребовали 6 пациентов (7,3%).

Заключение:

МБВ является безопасным и эффективным методом лечения ревматического стеноза митрального клапана у отобранных пациентов, обеспечивая значимое улучшение гемодинамических параметров и качества жизни.

РЕЗУЛЬТАТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКРИНИНГА НА НАЛИЧИЕ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Андреевская М.В., Хватикова Е.Ю., Балахонова Т.В.

ФГБУ «НМИЦ Кардиологии имени академика Е.И. Чазова»

Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Для большинства аневризм брюшной аорты (АБА) характерно бессимптомное течение, но в случае их разрыва смертность достигает 81%. Ранняя диагностика АБА, способствующая своевременному лечению, в том числе и хирургическому, снижает смертность от разрыва АБА. При проведении скрининга АБА рекомендовано ультразвуковое исследование (УЗИ). В России отсутствует профилактический скрининг АБА, направленный на раннее выявление данной патологии. Цель: продемонстрировать необходимость ультразвукового скрининга аневризм брюшной аорты (АБА) в процессе выполнения планового УЗИ органов брюшной полости (ОБП) и забрюшинного пространства (ЗП) у пациентов кардиологического стационара

Материал и методы:

В течение 8 месяцев 2024 года в ФГБУ НМИЦ кардиологии им. ак. Е.И. Чазова было выполнено 760 плановых УЗИ ОБП и ЗП, при которых измерялся размер супра- и инфраренального отделов брюшной аорты. Возраст пациентов от 22 до 92 лет, 44% женщин, 56% мужчин.

Результаты:

У 47(5,9%) пациентов, 48-92года(68,8 ±9лет), 0,8% женщин, 5,1% мужчин, выявлены АБА: преданевризмы – до 29мм – у 25(3,2%); размером – 30-39мм – у 14(1,8%); 40-50мм – у 6(1%), 50-90мм – у 2(0,4%). Среди них: с локальной диссекцией интимы 5(0,7%), протяженной диссекцией – 1(0,1%), пенетрирующие атеросклеротические язвы – 4(0,6%), псевдоаневризмы АБА – 3(0,4%). АБА более 30 мм и

осложненные были подтверждены методом мультиспиральной компьютерной томографии. У 83% пациентов с АБА в анамнезе курение. В данном исследовании скрининг АБА проводился у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, изначально имеющими более высокий риск развития АБА. Наибольшее количество АБА составили преданевризмы и малые АБА (6%), требующие УЗИ наблюдения согласно проекту рекомендаций «Аневризмы брюшной аорты». 4 пациентам с впервые выявленными в результате ультразвукового скрининга АБА с потребовалось эндоваскулярное протезирование АБА в плановом порядке. У самого молодого пациента, 48 лет, была выявлена преданевризма. 8 пациентов мужского пола с выявленными аневризмами, в том числе с диссекцией, и псевдоаневризмой, были в возрасте до 65 лет

Заключение:

Проведение скрининга на наличие АБА у пациентов, направленных на УЗИ ОБП и ЗП, выявило патологию у более молодых пациентов, нежели предполагается в международных рекомендациях. Эти данные свидетельствуют о необходимости проведения дальнейших исследований по оптимизации протокола скрининга на наличие АБА.

РИСК РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Кошлатая О.В.¹, Суджаева О.А.¹, Попель О.Н.¹, Мещеряков Ю.В.², Карпова И.С.¹, Спирина О.В.¹

¹ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь;

²УО «Белорусский государственный медицинский университет», Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения, г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: оценить риск развития хронической болезни почек (ХБП) у пожилых пациентов с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС).

Материал и методы:

В исследование включено 100 пациентов возрасте от 65 до 75 лет (в среднем 70,2±4,06 лет) с ХИБС без установленного диагноза ХБП. Всем пациентам были выполнены: эхо-кардиографическое исследование (Эхо-КГ) с оценкой систолической и диастолической функций миокарда с определением конечно-систолического объема левого желудочка (КСО ЛЖ), индекса локальной сократимости (ИЛС), пиковой скорости позднего диастолического наполнения (А, м/с), времени замедления пика Е (DT), ультразвуковое исследование (УЗИ) почек и почечных сосудов с определением индексов резистентности сегментарных почечных артерий (RI) на аппарате экспертного класса GE Vivid E9. Биохимические исследования крови с определением креатинина, цистатина С, липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), липопротеина (а)-Lp(a), NT-proBNP проводились на автоматическом биохимическом анализаторе «Architect c 4000», биохимические анализы мочи с определением суточной протеинурии на аппарате Solar PV 1251С.

Результаты:

Все пациенты, включенные в исследование, были осмотрены врачом-нефрологом: через 3 месяца после первичного обследования у 45% процентов был выставлен диагноз ХБП – у 18% пациентов диагностирована ХБП С1 стадии, у 6% – С2, у 18% – С3А и у 3% – С3Б, что говорит о широкой распространенности, не диагностированной ХБП у пожилых пациентов с ХИБС. Для выявления факторов риска (ФР) развития ХБП был проведен линейный регрессионный анализ для количественных признаков. Выявлены ФР, оказавшие значимое (p<0,05) влияние на развитие ХБП, рассчитан доверительный интервал С1 95. В результате проведения регрессионного анализа получены следующие коэффициенты и уравнения регрессии для предсказания риска развития ХБП: $X=2,63+0,65 \times \text{суточный белок мочи} + 0,0004 \times \text{NT-proBNP} - 0,303 \times \text{цистатин C} - 0,002 \times \text{ЛПНП} - 0,0002 \times \text{Lp(a)} - 0,002 \times \text{КСО(В)} - 0,01 \times \text{A} - 0,026 \times \text{DT} - 0,03 \times \text{ИЛС} - 1,79 \times \text{RI}$ левой почечной артерии. В качестве функции активации был выбран сигмоид. В результате подстановки параметров каждого пациента в уравнение регрессии рассчитывались значение X и подставлялись в формулу сигмоида: $f(x) = 1 / (1 + e^{-x})$. Если значение $f(x) > 0,5$, то ХБП разовьется с вероятностью 95%.

Заключение:

Целесообразно своевременное выявление ФР и проведение оценки риска развития ХБП у пожилых пациентов с ХИБС.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА GLU429ALA ГЕНА MTHFR В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.

Мусашайхов У.Х., Арипов О.А., Максусудов О.М.

Андижанский государственный медицинский институт,

г. Андижан, Республика Узбекистан;

Центр профессиональной квалификации Развитие медицинских

работников, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Целью данного исследования была оценка значимости полиморфизма Glu429Ala гена MTHFR в развитии и прогрессировании хронической сердечной недостаточности.

Материал и методы:

Исследование проводилось на клинической базе кафедры пропедевтики внутренних болезней, в кардиологическом отделении №1 клиники АГМИ. Для исследования были отобраны 103 пациента с диагнозом хронической сердечной недостаточности. Пациенты были разделены на три подгруппы: в первую группу вошли 33 пациента с ХСН II функционального класса, средний возраст составил $60,2 \pm 1,8$ года; во вторую – 37 пациентов с ХСН III ФК, средний возраст – $64,3 \pm 1,4$ года; в третью – 33 пациента с ХСН IV ФК, средний возраст – $66,1 \pm 1,6$ года. Были проведены молекулярно-генетические исследования. Ассоциацию полиморфизмов генов оценивали с использованием модели «случай – контроль». Полимеразную цепную реакцию (ПЦР) проводили на амплификаторах GeneAmp PCR System 2720 (Applied Biosystems, США) и CG1-96 (Corbett Research QIAGEN, Германия). Для сравнения генотипов и аллелей использовался χ^2 -тест; статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$. Статистический анализ проводился с использованием программного обеспечения OpenEpi v.9.2.

Результаты:

Сравнительный анализ распространенности генотипов. В результате анализа параметров полиморфизма Glu429Ala гена MTHFR, полученных от групп больных хронической сердечной недостаточностью IV и II функциональных классов установлено, что мажорный аллель Glu, дикий гомозиготный генотип Glu/Glu и гетерозиготный генотип Glu/Ala изучаемого полиморфного локуса не оказывают значимой роли в патогенезе заболевания и клиническом течении ХСН. Однако у больных с минорным аллелем Ala и ассоциированным с ним мутантным генотипом Ala/Ala выявлен относительно повышенный риск развития ХСН IV ФК, то есть наблюдается индуцирующий эффект ($\chi^2=1,3$; OR=1,6 и $\chi^2=1,9$; OR=4,4). При выявлении вышеуказанных аллеля (Ala) и генотипа (Ala/Ala) полиморфизма Glu429Ala гена MTHFR риск развития тяжелой ХСН (IV ФК) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) увеличивается почти в 1,6 и 4,4 раза соответственно, по показателю отношения шансов (OR=1,6; 95%CI: 0,73–3,34 и OR=4,4; 95%CI: 0,47–41,80). Также частота встречаемости диких генотипов Glu и Glu/Glu и гетерозиготных генотипов Glu/Ala полиморфизма Glu429Ala гена MTHFR, а также отношение шансов, показали незначительные различия между группами больных с ХСН IV и III ФК ($\chi^2 > 3,84$; $p < 0,05$). Результаты сравнительного анализа выборок больных ХСН IV и III ФК показали, что у носителей минорного аллеля Ala и неблагоприятных генотипов Ala/Ala риск развития ХСН IV ФК повышен в 1,4 и 2,4 раза, при отношении шансов (ОШ=1,4 и ОШ=2,4) (33,0% против 27,0%; $\chi^2=0,7$; $p=0,4$; 95%ДИ: 0,65–2,79 и 12,1% против 5,4%; $\chi^2=1,0$; $p=0,3$; 95%ДИ: 0,41–14,13).

Заключение:

Таким образом, в группе больных ХСН IV ФК выявлено увеличение доли минорного аллеля Ala и неблагоприятного генотипа Ala/Ala по сравнению с группой больных ХСН II-III ФК и условно здоровыми донорами. Это, в свою очередь, свидетельствует о вероятности развития ХСН и более тяжелого течения заболевания при выявлении минорного аллеля Ala и неблагоприятного генотипа Ala/Ala гена MTHFR Glu429Ala у больных ишемической болезнью сердца.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА И ПРЕДИАБЕТ – ПРЕДИКТОРЫ ГОСПИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Безденежных Н.А.¹, Сумин А.Н.¹, Белик Е.В.¹,

Безденежных А.В.², Груздева О.В.¹, Барбараш О.Л.¹

¹ФГБНУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, г. Кемерово, Российская Федерация;

²ООО «Центр охраны здоровья семьи и репродукции Красная Горка»,

г. Кемерово, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Актуальность. Пациенты с ишемической болезнью сердца, подвергающиеся коронарному шунтированию (КШ), имеют высокую распространенность сахарного диабета 2 типа (СД 2) и предиабета. Нарушения углеводного обмена (НУО) часто протекают бессимптомно и остаются невыявленными, но без лечения оказывают свое неблагоприятное влияние. Цель заключалась в направленном выявлении сахарного диабета 2-го типа (СД 2) и предиабета до проведения коронарного шунтирования, а также в оценке их воздействия на частоту возникновения послеоперационных осложнений.

Материал и методы:

Исследовано состояние углеводного обмена у 1021 пациента, подвергшихся КШ с 01.05.2016 по 01.05.2018 гг. в НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний г. Кемерово. Всем пациентам определялся гликированный гемоглобин (HbA1c) и при отсутствии ранее установленного СД пациентам проводился пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ). Его результаты интерпретировались в соответствии с рекомендованными Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) диагностическими критериями СД и других нарушений гликемии. Проведение скрининга перед коронарным шунтированием увеличило число пациентов с установленным сахарным диабетом с 20,9% (n=213) до 27,8% (n=284), число лиц с предиабетом с 2,7% (n=28) до 31,7% (n=324). Для дальнейшего анализа 1021 пациента разделены на 3 группы по гликемическому статусу: Группа 1 – пациенты без нарушений углеводного обмена (n=413), Группа 2 – пациенты с предиабетом (n=324), Группа 3 – пациенты с СД 2 (n=284). Для сравнения групп применялся критерий Краскелла-Уоллеса, Манна-Уитни и χ^2 (хи-квадрат). С помощью логистической регрессии исследовалась связь НУО с частотой госпитальных осложнений КШ.

Результаты:

Около 80% пациентов группах 1 и 2 составили мужчины. В группе 3 (СД 2) мужчин было значительно меньше 63,7%, а женщин соответственно значительно больше, чем в других двух группах 36,3% ($p < 0,001$ при сравнении групп 1-3, 2-3, таблица 1). Пациенты с нормогликемией были значительно младше пациентов с предиабетом и СД ($p=0,003$ при сравнении групп 1-2, $p < 0,001$ при сравнении групп 1-3). ИМТ был наименьшим в группе нормогликемии в сравнении с другими 2-мя группами ($p < 0,001$ при сравнении групп 1-3, 2-3), также в этой группе значительно реже встречалось ожирение ($p < 0,001$ при сравнении групп 1-3, 0,001 при сравнении групп 1-2) и избыточная масса тела ($p < 0,001$ при сравнении групп 1-3, 2-3). При анализе госпитальных осложнений у пациентов с СД в сравнении с пациентами с нормогликемией значительно чаще развивалась сердечная недостаточность ($p=0,010$), полиорганная недостаточность ($p=0,002$) и проводилась экстракорпоральная коррекция гомеостаза ($p=0,011$), расхождение краев раны ($p=0,004$). Всего после КШ без выписки из стационара умерло 9 пациентов (0,9%), 90% умерших имели НУО (8 из 9 случаев). Послеоперационный ИМ стал причиной 4 смертей (44,4%), декомпенсация ХСН стал причиной 22,2% смертей (2 случая), гнойно-септические осложнения в сочетании с СПОН стали причиной 22,2% (2 случая). Все из описанных выше случаев смерти развились в группе СД или предиабета. Случае единственной смерти в группе нормогликемии стало массивное кровотечение из аорты с развившимся геморрагическим шоком (11,1% от всех смертей). По данным логистической регрессии СД2 повышал частоту сердечной недостаточности (ОШ 1,168; 95%ДИ 1,054-1,293; $p=0,003$), больших сердечно-сосудистых событий и/или сердечной недостаточности (ОШ 1,123; 95%ДИ 1,018-1,238; $p=0,020$), серьезных сердечно-сосудистых осложнений (ОШ 1,095; 95%ДИ 1,009-1,189; $p=0,028$). При наличии СД 2 в 1,7 раза увеличивалась частота полиорганной недостаточности (ОШ 1,656, 95%ДИ 1,092-2,375, $p=0,016$), в 1,8 раза

увеличивалась частота экстракорпоральной коррекции гемостаза (ОШ 1,821; 95%ДИ 1,070-3,102; $p=0,027$), в 1,3 – частота диастаза кожных краев раны (ОШ 1,266; 95%ДИ 1,073-1,493; $p=0,005$). При добавлении пола и возраста в модель регрессии влияние СД 2 на все описанные осложнения сохранялось. Предиабет повышал частоту всех значимых осложнений (ОШ 1,164; 95% ДИ 1,003-1,351; $p=0,044$), всех сердечно-сосудистых осложнений (ОШ 1,176; 95% ДИ 1,012-1,367; $p=0,035$), серьезных сердечно-сосудистых осложнений (ОШ 1,189; 95% ДИ 1,021-1,383; $p=0,025$). Наличие предиабета перед КШ в 2,3 раза повышало частоту синдрома полиорганной недостаточности (ОШ 2,281; 95% ДИ 1,046-4,973; $p=0,038$), в 2,8 раза – экстракорпоральной коррекции гемостаза (ОШ 2,788; 95% ДИ 1,001-7,069; $p=0,042$), в 2,5 раза – риск диастаза грудины (ОШ 2,541; 95% ДИ 1,002-5,466; $p=0,045$). Следует отметить, что при добавлении пола и возраста влияние предиабета уменьшалось и приобретало пограничную значимость, а основную предиктивную значимость в моделях по всем описанным осложнениям приобретал возраст.

Заключение:

Предоперационное обследование выявило исключительно высокую частоту встречаемости НУО среди пациентов с множественным поражением коронарных артерий (59,5%). Сахарный диабет второго типа и предиабет оказались важными факторами риска развития послеоперационных осложнений прямой реваскуляризации миокарда.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ДРУГИЕ ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕГУЛЯЦИЮ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Махмудова У.Р., Нуриддинова Н.Б., Шукурджанова С.М.

Ташкентская медицинская академия,

г. Ташкент, Республика Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Сочетание сахарного диабета (СД) и гипертонической болезни (ГБ) рассматривается как особо неблагоприятный фактор, значительно повышающий риск сердечно-сосудистых осложнений и осложнений со стороны почек. В условиях Узбекистана доля пациентов с СД и ГБ возрастает, особенно среди городского населения, что делает данную проблему приоритетной для системы здравоохранения. Цель и задачи: Определить, как наличие сахарного диабета 2-го типа влияет на показатели артериального давления, а также изучить связь сопутствующих метаболических нарушений (гиперхолестеринемия, ожирение) с риском неконтролируемой гипертензии.

Материал и методы:

В исследование включено 100 больных с ГБ, из них 50 – без СД (группа 1) и 50 – с СД (группа 2). Всем участникам проводились антропометрические измерения, оценка липидного профиля, а также контроль гликемии (уровни глюкозы и HbA1c).

Результаты:

В нашем исследовании распределение больных по возрастным подгруппам достоверно отличалось в зависимости от наличия СД. В группе 2 чаще встречались больные старшего возраста (63±9 лет против 56±8 лет), что может указывать на более длительное воздействие метаболических факторов риска. В группе 2 (ГБ + СД) гиперхолестеринемия выявлена у 68% больных, тогда как в группе 1 (только ГБ) – у 50% ($p=0,05$). Больные с СД имели более высокие показатели общего холестерина (6.2±0.9 ммоль/л против 5.7±0.8 ммоль/л) и триглицеридов (2.1±0.6 против 1.7±0.5 ммоль/л), а также более низкие уровни ЛПВП (1.1±0.2 ммоль/л против 1.3±0.2 ммоль/л, $p<0,05$), что в совокупности указывало на более выраженные атерогенные изменения липидного спектра. Средний индекс массы тела у больных с СД был достоверно выше (31,8±4,2 кг/м² против 29,5±3,7 кг/м²; $p=0,02$). Окружность талии в группе 2 также превышала показатель в группе 1 (99,6±9,1 см против 94,2±8,5 см; $p=0,03$), что свидетельствовало о большей выраженности абдоминального ожирения. У больных с СД 2-го типа закономерно выявлены более высокие показатели гликемии натощак (8.1±2 ммоль/л против 5.6±0.7 ммоль/л, $p<0,001$) и гликированного гемоглобина HbA1c (7.8±1.2 против 5.6±0.4%, $p<0,001$). У больных группы 2 средние уровни систолического и диастолического АД были выше (ср.АД 157/108 мм рт. ст.), чем в группе 1 (ср. АД 146/98 мм рт.

ст.), хотя конкретные цифровые различия варьировали в зависимости от возраста и сопутствующей патологии.

Заключение:

Наличие СД у больных ГБ существенно утяжеляет течение заболевания, повышая риск сердечно-сосудистых осложнений. Результаты подчеркивают необходимость комплексного подхода к лечению: оптимизации фармакотерапии, контроля гликемии и коррекции образа жизни с упором на снижение массы тела и нормализацию липидного профиля. Такой интегрированный подход позволит повысить эффективность контроля артериального давления и улучшить прогноз больных.

СВЯЗЬ ВЕКТОРОВ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА С ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА У БОЛЬНЫХ СД-2 С ИБС

Тригулова Р.Х.¹, Алимova Д.А.¹, Мухтарова Ш.Ш.², Ахмедова Д.Т.¹

¹Республиканский специализированный научно-практический

медицинский центр кардиологии, г. Ташкент, Республика Узбекистан;

²Ташкентский педиатрический медицинский институт,

г. Ташкент, Республика Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Поддержание стабильного уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) рассматривается как залог профилактики микро- и макроаскулярных осложнений. Цель: анализ взаимосвязей клинико-анамнестических параметров в результате вариантов чередования HbA1c у больных ИБС и СД-2.

Материал и методы:

В исследование включено 130 больных с ИБС (ЕОК) и СД-2 (ВОЗ, 1999) в возрасте 63,9±8,8 лет, стаж ИБС и СД-2 составил 9,69±0,49 и 7,3±3,89 года соответственно. Проанализированы демографические параметры: возраст, ОИМ, ОНМК/ТИА, COVID в анамнезе, стаж СД 2, ФП (пароксизм), ЧКВ, КШ, КЭ, БА в анамнезе. Базисная терапия: антикоагулянты, антиагреганты, нитраты, блокаторы бета-адренорецепторы, блокаторы РААС, статины, антигипергликемические препараты, ингибиторы ДПП-4, агонисты ГПП. Больные распределены на группы до: HbA1c <7,0 (n=27, 20,7%; группа А); 7,0<HbA1c <8,0 (n=25, 19,2%; группа Б); HbA1c >8,0 (n=78, 60%; группа С). Длительность наблюдения 2 года.

Результаты:

Определены варианты чередования HbA1c с последующей трансформацией в динамике наблюдения: А n-41; В n-34; С n-55. При этом в группе А (n=23) сохранили HbA1c<7, с переходом из групп В и С (n-10 и n-8) соответственно. Из группы А перешли в группы В и С (n-3 и n-1) соответственно. В группе В осталось 11, а (n-10 и n-4) перешли в группы А и С соответственно. В группе С уровень HbA1c>8,1 (n=50), и в нее добавились пациенты из А (n-1) и В (n-4) соответственно, а n-8 и n-20 распределились в подгруппы А и Б соответственно. Определены пациенты у которых поддерживался стабильно HbA1c>8,1 (С, n=50) и HbA1c<8 (А+В, n=47) и группы чередования HbA1c>8,1 (С', n=5) и был HbA1c>8,1, стал <8 (С-(А+В), n=28). Частота встречаемости ОИМ, ЧКВ, КШ не имеет прямой связи с уровнем HbA1c. Частота возникновения пароксизмов ФП и ОНМК (ТИА) возрастает при снижении HbA1c. Число больных перенесших COVID выше при HbA1c<8, и в 2,2 раза чаще нестабильном его уровне. В группе (С) отмечена при исходном САД – 149,1 [120,00-157,50] и ДАД – 89,1 [80,00-90,00] наибольшая эффективность снижения 115,1 [120,00-140,00] ($p=0,0357$); и 78,4 [80,00-80,00] ($p=0,0003$) соответственно.

Заключение:

Двухлетняя оценка динамики HbA1c показала, что в 75% случаев наблюдается стабильное поддержание его уровня с различным его целевым значением, в частности в 38,4% случаев >8,1% и 36,15% – <8%. Число пациентов перенесших COVID выше в группе с HbA1c<8 и 2,2 раза чаще при «переходах» пациентов. Частота возникновения пароксизмов ФП и ОНМК (ТИА) возрастает при снижении HbA1c, но при ФП зависит от переходов HbA1c, а при ОНМК нет. Частота встречаемости ОИМ, ЧКВ, КШ не имеет прямой связи с уровнем HbA1c.

СВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА C677T И A1298C ГЕНА MTHFR С ПОКАЗАТЕЛЯМИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Карпович Ю.Л., Пронько Т.П.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Предыдущие исследования взаимосвязи полиморфизма гена метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR) с артериальной жесткостью и дисфункцией эндотелия показали противоречивые результаты, отличаются в этнических и возрастных группах, требуют дальнейшего изучения. Цель. Изучить распределение частот генотипов и аллелей полиморфного локуса A1298C гена MTHFR и оценить взаимосвязь полиморфизмов изучаемого гена с показателями ремоделирования сосудистой стенки у практически здоровых лиц молодого возраста.

Материал и методы:

Группу практически здоровых лиц составили 57 человек (49 женщин и 8 мужчин) в возрасте от 20 до 28 лет (средний возраст 22 [21; 23] года), не имеющих острых и хронических заболеваний; нарушений функций отдельных органов и систем; состояний и привычек, влияющих на исследование. Всем обследуемым были проведены: – определение полиморфных вариантов C677T, A1298C гена MTHFR методом полимеразной цепной реакции с применением наборов реагентов производства «Синтол», Российская Федерация; – сфигмометрия на аппарате VaSera VS-1500N с оценкой сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (СЛСИ), лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ), индекса аугментации (ИА); – реовазография на компьютерном реографе «Импекард» с определением показателя вазомоторной функции эндотелия – изменение максимальной скорости кровенаполнения $\Delta dz/dt$ и скорости распространения пульсовой волны на каротидно-радиальном сегменте (СРПВкр). Рекомендованные референсные значения для данной возрастной категории: СРПВкр – до 6,8–7,0 м/с; СЛСИ – мужчины менее 6,8, женщины менее 6,6, ЛПИ – более 1, ИА – <1, $\Delta dt/dz, \%$ – <12%. Статистический анализ полученных данных проводили с использованием Statistica 10. Статистически значимыми различия в группах были приняты на уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты:

Распределение генотипов полиморфных локусов C677T и A1298C гена MTHFR соответствовали ожидаемому равновесию Харди-Вайнберга ($\chi^2=0,15$, $p=0,69$; $\chi^2=1,9$, $p=0,16$ соответственно). Частота встречаемости мутаций гена MTHFR составила: 33,3% – аллель 677T; 42,1% – генотип 677CT, 12,3% – генотип 677TT, 31,6% – аллель 1298C, 52,6% – генотип 1298AC, 17,1% – генотип 1298CC. Значение СЛСИ составило 5,9 [5,6; 6,3]; ЛПИ – 1,08 [1,03; 1,13]; ИА – 0,77 [0,73; 0,82]; СРПВкр, м/с – 4,3 [3,9; 6,9]; $\Delta dz/dt, \%$ – 24,8 [12,0; 36,7]. При этом патологические значения СЛСИ определено у 4 (7,0%); ЛПИ – у 7 (12,2%); ИА – у 1 (1,7%); СРПВкр – у 14 (24,5%); $\Delta dz/dt$ – у 13 (22,8%) лиц. Далее группу разделили на три независимые группы, сформированные в зависимости от полиморфизма A1298C гена MTHFR (группы AA/AC/CC) и C677T гена MTHFR (группы CC/CT/TT) и сравнили на наличие различий по параметрам сосудистого ремоделирования (с помощью критерия Краскела-Уоллиса). По двум полиморфизмам достоверных различий между группами не установлено. При делении группы на подгруппы согласно доминантной модели – для полиморфизма A1298C (AA (n=24) против AC+CC (n=33)) определили: СЛСИ – 5,9 [5,4; 6,3] против 5,9 [5,7; 6,2] ($p=0,79$), ЛПИ – 1,05 [0,99; 1,09] против 1,01 [0,98; 1,07] ($p=0,14$), ИА – 0,77 [0,71; 0,82] против 0,76 [0,72; 0,79] ($p=0,46$), СРПВкр – 4,2 [3,3; 6,8] против 4,3 [3,0; 6,8] ($p=0,95$), $\Delta dt/dz$ – 26,9 [12,8; 37,2] против 21,8 [12,1; 36,7] ($p=0,64$); для полиморфизма C677T (CC (n=26) против CT+TT (n=31)) определили: СЛСИ – 5,9 [5,2; 6,2] против 5,9 [5,5; 6,3] ($p=0,61$), ЛПИ – 1,04 [1,00; 1,10] против 1,02 [0,98; 1,08] ($p=0,29$), ИА – 0,78 [0,75; 0,82] против 0,75 [0,70; 0,80] ($p=0,13$), СРПВкр – 4,0 [2,9; 6,8] против 4,3 [3,6; 7,1] ($p=0,35$), $\Delta dt/dz$ – 21,3 [9,4; 36,7] против 27,0 [13,6; 38,6] ($p=0,23$). При сравнении частот патологических значений параметров ремоделирования сосудистой стенки между группами по доминантной модели (для полиморфизма A1298C: СЛСИ – 2 против 2; ЛПИ – 3 против 4; ИА – 0 против 1; СРПВкр – 7 против 7; $\Delta dz/dt$ – 5 против 8; для полиморфизма C677T: СЛСИ – 1 против 3; ЛПИ – 2 против 5; ИА – 0

против 1; СРПВкр – 6 против 8; $\Delta dz/dt$ – 7 против 6) различий между группами не выявлено ($p > 0,05$).

Заключение:

У практически здоровых лиц в возрасте 20-28 лет определяются нарушения эластичности сосудов и вазомоторной функции эндотелия, что требует воздействия на «таргетные» факторы. Не выявлено связи между полиморфизмом A1298C и C677T гена MTHFR и параметрами сосудистого ремоделирования у практически здоровых лиц молодого возраста.

СВЯЗЬ ПОЛИМОРФНОГО ВАРИАНТА RS989692 ГЕНА НЕПРИЛИЗИНА (ММЕ) С РИСКОМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА

Матюкевич М. Ч.

УО Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Установлено, что уровни натрийуретических пептидов в крови являются наследуемыми, а генетическая изменчивость в системе, вероятно, влияет на ее активность. Для определения клинического значения генетического полиморфного варианта rs989692 гена неприлизицина (ММЕ) у лиц с сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса левого желудочка (СНнФВ ЛЖ), постоянной формой фибрилляции предсердий (ФП) и мономорфной неустойчивой желудочковой тахикардии (нуЖТ) необходимо оценить его связь с риском развития неблагоприятных кардиоваскулярных событий (КВС) и риском общей смертности в данной группе пациентов.

Материал и методы:

Проведено проспективное наблюдательное исследование с участием 48 пациентов с СНнФВ ЛЖ, ФП и нуЖТ. На момент включения всем пациентам выполнено ЭхоКГ, ХМ ЭКГ, запись ЭКГ при помощи «Интекард 7.3», определение уровней N-терминального фрагмента мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP), предсердного натрийуретического пептида (ANP), уровня циркулирующего неприлизицина, а также определены полиморфный вариант rs989692 гена неприлизицина (ММЕ). Конечными точками в исследовании приняты комбинированная конечная точка и общая смертность. Комбинированная конечная точка в исследовании включала: госпитализацию из-за прогрессирования СН, развитие острого коронарного события и/или острого нарушения мозгового кровообращения, а также смерть от сердечно-сосудистого заболевания (ССЗ).

Результаты:

Средний период наблюдения составил 22,2 (от 18 до 24) месяца. В группу 1 вошли 32 (66,7%) пациента у которых наступила комбинированная конечная точка, от ССЗ умерли 5 (10,4%) человек, общая смертность составила 7 (14%) человек. В группу 2 вошли 16 (33,3%). В обеих группах преобладали лица мужского пола (28 (87,5%) против 15 (94%), $p=0,734$). Средний возраст пациентов в обеих группах был сопоставим: 60 [53; 65] и 61 [54; 64,5] лет, $p=0,799$. Группа 1 и группа 2 также были сопоставимы по показателям: индекса массы тела (31,7 [28,4; 33,3] против 29,4 [26,2; 34,6] кг/м², $p=0,615$), скорости клубочковой фильтрации (58 [45,5; 69,5] против 61,5 [49; 68] мл/мин/1,73м², $p=0,457$), по передне-заднему размеру левого предсердия (49 [43; 52] против 47,5 [45; 50] мм, $p=0,231$), ФВ ЛЖ (40 [37,5; 43,5] против 41,5 [39; 45]%, $p=0,207$), по показателю средней частоты сердечных сокращений в сутки (89 [83; 98] против 87 [75; 103] уд/мин, $p=0,311$). Уровень циркулирующего неприлизицина между группой 1 и 2 был сопоставим и составил 33,6 [0,83; 53,7] против 1,7 [0,33; 7,33] пг/мл, $p=0,818$. В группе 1 выявлено больше носителей полиморфного варианта TT rs989692 гена ММЕ (14 (43,8) против 2 (12,5), точный критерий Фишера (F)=0,03). Лица, страдающие СНнФВ ЛЖ, постоянной формой ФП и мономорфной нуЖТ, носители генотипа TT rs989692 ММЕ, имеют более высокий риск наступления комбинированной конечной точки по сравнению с носителями других генотипов (HR=1,15 [95% ДИ 1,08-2,22], $p=0,015$).

Заключение:

У пациентов со сниженной систолической функцией левого желудочка, постоянной/длительно персистирующей формой ФП и эпизодами

нуЖТ носительство генотипа TT rs989692 гена непротирина (ММЕ) ассоциировано с повышенным риском развития неблагоприятных КВС. Уровень циркулирующего непротирина не связан с риском неблагоприятного КВС в данной когорте пациентов. Вероятно, генетическая детерминированность более выражена для активности тканевой формы непротирина, но не для циркулирующей.

СВЯЗЬ ТРИГЛИЦЕРИДОВ С РАЗВИТИЕМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЕЙ

Гурциев Т.М., Тюрина А.В., Ежов М.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова»

Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Многочисленные исследования убедительно доказали, что повышенный уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) является ключевым фактором развития атеросклероза и ишемической болезни сердца (ИБС). В то же время роль триглицеридов (ТГ) в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний остается спорной. До сих пор остается неясным, является ли гипертриглицеридемия независимым фактором развития ИБС или эта связь опосредована через инсулинорезистентность и другие метаболические нарушения. Цель: оценить связь между уровнем триглицеридов и риском развития ИБС у пациентов с экстремальной гипертриглицеридемией.

Материал и методы:

В исследование включили 132 пациента с экстремальной гипертриглицеридемией (уровень ТГ >10 ммоль/л), с ИБС (n=67, 65,7% мужчин, медиана возраста 53 года) и без ИБС (n=65, 58,5% мужчин, медиана возраста 44 года). Для каждого участника собрали данные о факторах риска атеросклероза, наличии ИБС, а также показатели липидного профиля до начала гиполлипидемической терапии (исходные значения) и на фоне проводимого лечения.

Результаты:

Пациенты с ИБС были старше (53,0 [48,5; 62,0] против 44,0 [41,0; 54,0] $p<0,001$) и чаще страдали ожирением (67,2% против 47,7%, $p=0,02$) и сахарным диабетом 2 типа (55,2% против 32,3%, $p<0,01$). У пациентов с ИБС исходный уровень общего холестерина (ОХС) и холестерина, не связанного с липопротеидами высокой плотности (ХС нЛВП) был достоверно выше, чем у пациентов без ИБС ($p<0,01$). Уровень ТГ не показал значимой разницы между группами с ИБС и без ИБС как до начала терапии, так и на фоне лечения. На фоне гиполлипидемической терапии у пациентов с ИБС сохранялся более высокий уровень ОХС и ХС нЛВП ($p=0,01$), в то время как различия по ТГ оставались незначимыми. Другие факторы риска, такие как курение, артериальная гипертензия и отягощенный семейный анамнез, не показали значимых различий между группами. При проведении логистического регрессионного анализа, в модели, включающей пол, классические факторы риска атеросклероза и исходный уровень ХС ЛНП, только возраст (ОШ 1,07; 1,02-1,11, $p<0,01$) и уровень ТГ (ОШ 1,03; 1,01-1,07, $p=0,03$) ассоциировались с развитием ИБС. Каждый 1 ммоль/л ТГ ассоциирован с увеличением риска ИБС на 3%.

Заключение:

У пациентов с экстремальной гипертриглицеридемией уровень триглицеридов сохраняет значимую ассоциацию с наличием ИБС, что подчеркивает важность контроля ТГ в данной группе пациентов. При прямом сравнении групп с ИБС и без ИБС различия по уровню ТГ не достигали статистической значимости, тогда как в многомерном анализе с поправкой на пол, классические факторы риска атеросклероза и исходный уровень ХС ЛНП, выявлялась достоверная ассоциация ТГ с наличием ИБС. Это можно объяснить маскирующим влиянием других факторов риска (возраст, ожирение, сахарный диабет), которые нивелировали различия при простом сравнении групп, а также нелинейным характером взаимосвязи ТГ и ИБС.

СВЯЗЬ УРОВНЯ АСИММЕТРИЧНОГО ДИМЕТИЛАРГИНИНА С КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС И МАЖБП

Махамова М.М.

Ташкентская медицинская академия, г.

Ташкент, Республика Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Оценить связь уровня асимметричного диметиларгинина (АДМА) с частотой метаболических нарушений у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от наличия или отсутствия метаболически ассоциированной жировой болезни печени (МАЗБП).

Материал и методы:

В исследование включены 67 пациентов с диагнозом ИБС, разделённые на две группы: 32 пациента с МАЗБП и 35 без неё. Диагноз ИБС подтверждён на основании клинических данных, ЭКГ и коронарографии. МАЗБП диагностирована с использованием ультразвукового исследования печени. Уровень АДМА измерен методом иммуноферментного анализа (ELISA). Оценивались основные клинико-метаболические показатели: индекс массы тела (ИМТ), уровень артериального давления, липидный профиль, гликемические параметры (глюкоза, инсулин, индекс НОМА-IR), а также наличие сопутствующих заболеваний, таких как артериальная гипертензия (АГ) и сахарный диабет 2 типа (СД2).

Результаты:

Средний возраст пациентов составил $55,2\pm 6,4$ лет, различия между группами были статистически незначимы ($p=0,68$). В группе с МАЗБП ИМТ был достоверно выше ($32,9\pm 3,8$ кг/м²) по сравнению с группой без МАЗБП ($27,3\pm 3,2$ кг/м², $p<0,01$). Артериальная гипертензия была выявлена у 84% пациентов с МАЗБП и у 51% пациентов без неё ($p<0,05$). Сахарный диабет 2 типа диагностирован у 56% пациентов с МАЗБП и у 24% пациентов без неё ($p<0,05$). Липидный профиль показал более высокий уровень общего холестерина ($6,1\pm 1,2$ vs $5,2\pm 1,1$ ммоль/л, $p<0,01$) и липопротеинов низкой плотности ($4,8\pm 0,9$ vs $3,3\pm 0,8$ ммоль/л, $p<0,01$) у пациентов с МАЗБП. Уровень глюкозы натощак был выше в группе с МАЗБП ($6,5\pm 1,1$ ммоль/л) по сравнению с пациентами без неё ($5,4\pm 0,9$ ммоль/л, $p<0,01$). Средний уровень АДМА в группе с МАЗБП составил $174,6\pm 23,9$ нг/мл, что значительно выше, чем у пациентов без неё ($137,3\pm 19,8$ нг/мл, $p<0,001$). Частота встречаемости трёх и более метаболических нарушений (например, ожирение, гипертензия, диабет) составила 83% в группе с МАЗБП и 39% в группе без неё. У пациентов с тремя и более метаболическими нарушениями уровень АДМА достигал $198,2\pm 19,3$ нг/мл, что свидетельствует о его возможной роли в развитии эндотелиальной дисфункции.

Заключение:

У пациентов с ИБС и МАЗБП отмечаются более выраженные метаболические нарушения, включая ожирение, артериальную гипертензию, дислипидемию и сахарный диабет 2 типа, что сопровождается повышением уровня АДМА. Обнаружена положительная корреляция между количеством метаболических нарушений и уровнем АДМА, что свидетельствует о его возможной роли в патогенезе эндотелиальной дисфункции и развитии сердечно-сосудистых осложнений. Полученные данные подчёркивают необходимость персонализированного подхода к диагностике и лечению данной категории пациентов, а также перспективность использования уровня АДМА в качестве биомаркера кардиоваскулярного риска.

СКОРОСТЬ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Шарафетдинов Х.Х., Плотникова О.А.,

Пилипенко В.В., Алексеева Р.И.

ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии»,

г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время важная роль в контроле сахарного диабета 2 типа (СД2) отводится достижению не только целевых значений гликемии, но и обеспечению эффективного контроля других факторов риска, включая развитие хронической болезни почек (ХБП). Сердечно-сосу-

дистые заболевания при СД2 тесно связаны с развитием и прогрессированием почечной патологии. В тоже время раннее выявление ХБП на ранней стадии у пациентов с СД2 позволяет своевременно назначить терапию нефропротективной направленности, что способствует предотвращению терминальной стадии заболевания. Цель исследования: изучить взаимосвязь между скоростью пульсовой волны (СПВ) и скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) у больных СД2.

Материал и методы:

В исследование включено 150 пациентов СД2. Индекс массы тела (ИМТ) в среднем по группе – $42,0 \pm 0,89$ кг/м². Средний возраст пациентов составил $56,3 \pm 0,8$ года, продолжительность СД2 – $8,5 \pm 0,9$ лет. Все пациенты по показаниям получали пероральную сахароснижающую и гиполипидемическую терапию. Проведено исследование глюкозы крови, гликированного гемоглобина (HbA1c). СКФ (мл/мин/1,73 м²) определяли расчетным методом по формуле CKD-EPI. СПВ измеряли всем пациентам при помощи аппарата boso ABI-SYSTEM.

Результаты:

Средний уровень базальной гликемии у обследованных пациентов составил $6,58 \pm 0,08$ ммоль/л, HbA1c – $6,36 \pm 0,08\%$. СПВ в среднем по группе составила $8,45 \pm 1,14$, СКФ – $77,12 \pm 1,35$ мл/мин/1,73 м². Выявлена значимая положительная корреляция между СПВ и возрастом пациентов ($r=0,53$, $p<0,01$), СПВ и уровнем базальной гликемии ($r=0,34$, $p<0,01$), СПВ и уровнем HbA1c ($r=0,29$, $p<0,01$). В исследовании выявлена отрицательная корреляция между СПВ и СКФ ($r=-0,26$, $p<0,01$).

Заключение:

Проведенном исследовании выявлена отрицательная корреляционная зависимость между уровнем СПВ и СКФ у пациентов с СД2. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о целесообразности измерения СПВ всем пациентам СД2, не только с целью прогнозирования сердечно-сосудистых заболеваний, но и почечных повреждений.

СКРИНИНГ ДЕФИЦИТА МАГНИЯ В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ И СОЧЕТАННОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Третьяков С.В.¹, Попова А.А.¹, Шуркевич А.А.²

¹Новосибирский государственный медицинский университет,

г. Новосибирск, Российская Федерация;

²Городская поликлиника №1,

г. Новосибирск, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: выявить высокую вероятность наличия дефицита магния у лиц пожилого и старческого возраста с сочетанной сердечно-сосудистой патологией (гипертонической болезнью (ГБ) и ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от степени выраженности старческой астении.

Материал и методы:

На амбулаторно-поликлиническом этапе обследованы 37 человек пожилого и старческого возраста. У всех лиц осуществлялась диагностика старческой астении. В зависимости от полученных результатов были выделены четыре группы лиц. Первая представлена больными без старческой астении (10 человек, средний возраст $70,7 \pm 4,2$), вторая – со старческой астенией умеренной степени (17 человек, средний возраст $75,5 \pm 3,2$), третья – со старческой астенией выраженной (10 человек, средний возраст $79,2 \pm 5,3$). Все обследованные страдали артериальной гипертензией 2-3 степени и ИБС, стенокардией напряжения, ФК2. Из сопутствующих заболеваний отмечалась дислипидемия 2а, сахарный диабет 2 типа, деформирующий остеоартрит. Определялся индекс старческой астении (ИСА), использовался опросник «Возраст не помеха», краткая батарея тестов физической активности, определялся уровень базовой функциональной активности (индекс Бартела), тест рисования часов, тест Мини-Ког, гериатрическая шкала депрессии (Geriatric Depression Scale, GDS-15), опросник для выявления дефицита магния – MDQ-23.

Результаты:

Результаты исследования. В целом, у исследованных вероятность дефицита магния выявлена у 54%. В первой группе – у 60%, во второй – у 70,6%, в третьей – у 87,5%. При этом средний балл по опроснику MDQ-

23 в группе лиц с выраженной астенией был на 18,1% выше, чем в группе лиц с астенией умеренной. Не выявлено взаимосвязи наличия высокой вероятности дефицита магния с наличием когнитивных нарушений, но имеется зависимость с наличием вероятности наличия депрессии. Так, во второй группе, лиц с наличием депрессии было 41,2%, в третьей группе – 60%. При этом балл по депрессии в третьей группе, был выше, чем во второй на 27,8%. 80% лиц с астенией имели легкую и умеренную зависимость от окружающих. В старшей возрастной группе (от 75 до 90 лет) у лиц с умеренной астенией дефицит магния выявляется у 84,6%. При этом вероятность наличия депрессии отмечается у 53,8%, а зависимость у 92% (у 54% – легкая, у 38% – умеренная). Наибольший балл по опроснику MDQ-23 был у лиц с коморбидным сахарным диабетом и фибрилляцией предсердий.

Заключение:

Таким образом, в группе лиц пожилого и старческого возраста с сочетанной сердечно-сосудистой патологией отмечается наличие высокой вероятности дефицита магния, которая увеличивается при усилении астении, повышении возраста. Выявляется взаимосвязь изучаемого феномена с наличием депрессии, и снижением базовой функциональной активности. Полученные данные необходимо учитывать при курации данной категории лиц, в том числе в рамках проведения диспансеризации.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ДАННЫМ ПОВТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ РАБОТНИКОВ УМСТВЕННОГО ТРУДА.

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

Научно-исследовательский институт кардиологии

Министерства здравоохранения Азербайджанской

Республики, г. Баку, Республика Азербайджан

Введение (цели/ задачи):

Несмотря на значительные достижения в области медицины, распространённость сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) остаётся высокой. Ключевым направлением развития профилактики ССЗ является изучение новых подходов к контролю факторов риска (ФР), изменению образа жизни и улучшению доступности медицинских услуг. Цель: изучение динамики распространённости основных ФР ССЗ в популяции работников умственного труда спустя 15 лет после первичного исследования.

Материал и методы:

Проведено повторное обследование сотрудников одного из научно-исследовательских институтов г. Баку. В исследовании добровольно приняли участие 136 человек: 92 женщины (средний возраст – $50 \pm 1,4$ лет) и 44 мужчины (средний возраст – $62,8 \pm 2,2$ года). Распределение мужчин и женщин по возрастам в обследованных группах пропорционально отражало распределение возрастов в общем списке сотрудников исследуемого учреждения. Обследование проводили с помощью набора стандартных методов эпидемиологического обследования в кардиологии.

Результаты:

При сравнительном изучении результатов повторного и первичного исследования отмечены следующие изменения в частоте встречаемости основных ФР ССЗ: Среди женщин увеличилась частота встречаемости избыточной массы тела (56,5% и 48,6%), в том числе ожирения (25% и 19,8%), а также увеличилось количество больных артериальной гипертензией (АГ) (35,9% и 26,1%) и сахарным диабетом (СД) (9,8% и 4,5%). Среди мужчин также при повторном исследовании отмечено увеличение процентной доли лиц с АГ (47,7% и 36,9%) и СД (13,6% и 8,4%). В то же время повторное исследование показало, что среди мужчин уменьшилось количество лиц с избыточной массой тела (56,8% и 63,1%), достоверно реже встречались лица с низкой физической активностью (11,4% и 38,1%) ($p<0,01$), курением (13,6% и 41,7%) ($p<0,01$), избыточным употреблением поваренной соли (4,5% и 16,7%). При повторном исследовании не было выявлено ни одного случая с избыточным употреблением алкоголя. Следует также отметить, что среди мужчин при повторном исследовании процентная доля

лиц без ФР оказалась более чем в 2 раза больше по сравнению с первичным обследованием (11,4% и 4,8%, соответственно).

Заключение:

Сравнительные данные двух исследований свидетельствуют о наметившейся положительной динамике распространенности модифицируемых ФР в организованной популяции работников умственного труда (в основном среди лиц мужского пола), что в определенной степени может быть связано с широкой популяризацией знаний по здоровому образу жизни в доступных средствах массовой информации. В то же время увеличение показателей заболеваемости АГ и СД при повторном исследовании, возможно отчасти является результатом растущей психоэмоциональной нагрузки в связи с ускоренными темпами научно-технического прогресса.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРИМЕНЕНИЮ АНТИАНГИНАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Бегдамирлова А.А., Рзаева Р.А., Новрузова М.С., Мамедова Р.М.

Азербайджанский медицинский университет,

г. Баку, Республика Азербайджан

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время в развитых странах мира наблюдается рост числа пациентов с проявлениями хронического коронарного синдрома (ХКС), что ассоциируется с высокими глобальными медико-социальными рисками. Непривычный для врача термин «хронический коронарный синдром» вместо привычного «ишемическая болезнь сердца» (ИБС) еще в предыдущей версии клинических рекомендаций (КР) (2019) ввели эксперты Европейского кардиологического общества. Индивидуальный подход к оптимальной схеме лечения декларируются как актуальная проблема здравоохранения в наше время. Цель: выявление роли сочетанного применения нового антиангинального препарата – ингибитора натриевых каналов ранолозина у больных артериальной гипертензией (АГ) с хроническим коронарным синдромом (ХКС).

Материал и методы:

В исследование были включены 40 больных АГ II ст с ХКС-м, возрасте 60-75 лет. Длительность АГ 6-10 лет. Было проведено следующее обследование: определены уровень глюкозы, креатинина, мочевой кислоты, липидов, печеночных ферментов в образцах плазмы венозной крови, а также коагулограммы крови и микроскопическое исследование мочи, ЭКГ, Эхо КГ, осмотр глазного дна, а также суточное мониторирование ЭКГ и артериального давления (АД). А также отношение обхвата талии к обхвату бедер (ОТ/ОБ) наличие абдоминального ожирения (АО), индекс массы тела (ИМТ). Группу контроля составили 20 практически здоровых лиц. Статистическая обработка проводилась в среде автоматизированного банка данных с использованием методов вариационной статистики. Всем больным был назначен ранолозин в дозе 1000 мг два раза в день, а гипотензивное лечение проводилось с назначением валсартан/сакубитрила в дозе 50-100 мг в день.

Результаты:

У всех пациентов наблюдалось повышенное содержание мочевой кислоты в сыворотке крови ($0,609 \pm 0,05$ ммоль/л), что сочеталось с достоверно более высокими показателями содержания общего холестерина ($6,900 \pm 0,015$ ммоль/л), триглицеридов ($2,7 \pm 0,1$ ммоль/л $P < 0,05$), и достоверно низкая уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП) ($0,90-1,0$ ммоль/л, $P < 0,001$). В группе больных выявлена прямая зависимость уровня ТГ-ов ($r = 0,4$; $P < 0,05$) и мочевой кислоты ($r = 0,4$, $P < 0,001$) от показателя ОТ/ОБ; а также обратная зависимость уровня ХС-ЛПВП от ИМТ ($r = 0,4$ $P < 0,005$). Средний коэффициент атерогенности в исследуемой группе в 2 раза превышал рекомендуемые значения составил $6,1 \pm 1,01$ ед ($P < 0,05$). Лечение контролировалось по следующим параметрам: частота приступов стенокардии, наличие и частота мерцательной аритмии и экстрасистолии, а также признаки ишемии (динамика зубца Т в ЭКГ), ЧСС, АД и с уровнем кардиомаркеров в плазме крови. Во время обследования были обнаружены следующие изменения у больных АГ с ХКС: с добавлением ранолозина в дозе 1000 мг два раза в день снизило интенсивность приступов стенокардии, в том числе встречалось эффективное снижение АД у 85% пациентов. В результате лечения было выявлено, что добавление изучаемых препа-

ратов приводит к более быстрой клинической динамике и улучшению выбранных показателей по сравнению с контрольной группой. При холтеровском мониторировании в первые 10 дней лечения не было выявлено увеличения частоты тахикардий и брадикардий.

Заключение:

Таким образом, положительные результаты исследований могут свидетельствовать об улучшении утилизации кислорода в миокарде и уменьшении гипоксии тканей на уровне микроциркуляции под влиянием комплексной терапии ранолозина и юперии в дозе 1000 мг и 100 мг. Проводимое лечение предотвращает перегрузку кардиомиоцитов ионами натрия, тем самым блокирует обратный натриево-кальциевый обмен, соответственно, накопление ионов кальция в клетке. Это способствует улучшению механической и электрической функции миокарда путем усиления диастолического расслабления и коронарного кровотока без влияния на параметры гемодинамики.

СОПОСТАВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА НА ВДОХЕ С ДАННЫМИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ И ЧРЕЗВЕНОЗНОЙ КАТЕТЕРИЗАЦИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПРЕКАПИЛЛЯРНОЙ ЛЕГочНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Блинова Е.В., Сахнова Т.А., Мартынюк Т.В.,

Данилов Н.М., Саидова М.А., Дроздов Д.В.

ФГБУ «НМИЦ Кардиологии имени академика Е.И. Чазова»

Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Глубокий вдох приводит к ряду физиологических изменений, которые могут влиять на электрокардиограмму. Изменения электрокардиограммы на вдохе у больных легочной гипертензией (ЛГ) пока недостаточно изучены. Цель исследования – сопоставить изменения электрической оси сердца (ЭОС) во время глубокого вдоха по сравнению со спокойным дыханием у больных прекапиллярной ЛГ с данными эхокардиографии и чрезвенозной катетеризации сердца (ЧВКС).

Материал и методы:

Эхокардиография с оценкой размеров камер сердца, систолической и диастолической функции правого и левого желудочков была проведена на 80 больным идиопатической легочной гипертензией и хронической тромбоэмболической легочной гипертензией (ХТЭЛГ): 60 женщин и 20 мужчин в возрасте 45 ± 12 лет. Кроме того, в исследование были включены 80 пациентов с доказанной ХТЭЛГ или подозрением на ХТЭЛГ, которым по клиническим показаниям выполнялась ЧВКС: 25 мужчин и 55 женщин в возрасте 52 ± 13 лет. Положение ЭОС оценивалось при регистрации электрокардиограммы при спокойном дыхании и на выдохе глубокого вдоха.

Результаты:

При ЧВКС ХТЭЛГ (со средним давлением в легочной артерии > 20 мм рт. ст. по данным ЧВКС) была подтверждена у 69 пациентов. В группе без ЛГ на вдохе во всех случаях происходило отклонение ЭОС правее исходного положения. В группе с ЛГ в 33 (48%) случаев на вдохе ЭОС смещалась правее исходного положения, а в 36 (52%) случаев – левее. Разница значений ЭОС на свободном дыхании и на вдохе имела достоверные прямые корреляционные связи умеренной силы с систолическим, диастолическим и средним давлением в легочной артерии, систолическим давлением в правом желудочке и легочным сосудистым сопротивлением ($r = 0,6-0,7$; $p < 0,0001$), а также достоверные обратные корреляционные связи с ударным объемом и сердечным выбросом ($r = -0,3$; $-0,4$; $p < 0,01$). Среди пациентов, которым проводилась эхокардиография, у 30 (37,5%) пациентов на вдохе происходило смещение ЭОС вправо от исходной, а у 50 (62,5%) пациентов – влево от исходной. У больных со смещением ЭОС влево от исходной были значимо меньше конечный диастолический размер левого желудочка, конечный диастолический и конечный систолический объемы левого желудочка, ударный объем и сердечный выброс и значимо больше индекс эксцентricности. По данным ROC-анализа как значения ЭОС на свободном дыхании (пороговое значение $> 92^\circ$), так и ее изменения на вдохе (пороговое значение $> -6^\circ$) позволяли с чувствительностью 62-65% и специфичностью 100% разделить подгруппы с наличием и отсутствием ЛГ (площадь под ROC кривой \pm стандартная ошибка $0,88 \pm 0,04$).

Заключение:

У больных прекапиллярной ЛГ выявлено два варианта изменений ЭОС во время глубокого вдоха: смещение вправо от исходной и влево от исходной. Больные со смещением ЭОС влево от исходной характеризовались снижением объемов левого желудочка, ударного объема и сердечного выброса. Разница значений ЭОС на свободном дыхании и на вдохе имела достоверные прямые корреляционные связи умеренной силы с систолическим, диастолическим и средним давлением в легочной артерии, систолическим давлением в правом желудочке и легочным сосудистым сопротивлением. Как значения ЭОС на свободном дыхании, так и ее изменения на вдохе позволяли с чувствительностью 62-65% и специфичностью 100% разделить подгруппы с наличием и отсутствием ЛГ.

СОСТОЯНИЕ ДИАГНОСТИКИ ОБСТРУКТИВНОЙ ИБС В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Щеглова А.В.¹, Щеглова А.В.¹, Сумин А.Н.¹,
Горбунова Е.В.¹, Старовойтова А.В.²

¹ФГБНУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, г. Кемерово, Российская Федерация;

²ГБУЗ «Кемеровский областной клинический кардиологический диспансер им. академика Л.С. Барбараша»,

г. Кемерово, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

В диагностике ИБС (ишемическая болезнь сердца) при стремлении достигнуть раннего выявления обструктивных поражений коронарных артерий у больных с подозрением на ИБС при коронароангиографии (КАГ) частота выявления таких поражений остается невысокой. Цель: оценить состояние диагностики обструктивной ИБС в реальной клинической практике.

Материал и методы:

В исследование включены 139 пациентов, у которых определяли предтестовую вероятность (ПТВ) обструктивной ИБС, при ПТВ 5-15% оценивали клиническую вероятность на основе факторов риска ИБС. По результатам КАГ были выделены: группа I – обструктивное поражение коронарных артерий ($\geq 70\%$) (n=50); группа II – неструктивное поражение коронарных артерий ($< 70\%$) (n=32), группа III – интактные коронарные артерии (n=40).

Результаты:

Частота выявления обструктивных поражений коронарных артерий составила 42%. Перед проведением КАГ неинвазивные тесты выполнены в 2,5% случаев. Болевой синдром в грудной клетке был представлен типичной стенокардией у 74% больных, не различаясь по частоте во всех группах. Значения ПТВ были достоверно выше в группе обструктивной ИБС (медиана – 32%), однако и в двух других группах значения ПТВ соответствовали высокому риску наличия обструктивной ИБС (медиана 27% и 21%, соответственно). ПТВ была независимым предиктором обструктивной ИБС и последующей реваскуляризации миокарда.

Заключение:

Частота выявления обструктивных поражений коронарных артерий при КАГ остается невысокой, что сочетается с эпизодическим проведением неинвазивных тестов и невысокой диагностической значимостью оценки ПТВ. Для увеличения частоты выявления обструктивной ИБС следует придерживаться диагностических алгоритмов, шире использовать неинвазивные визуализирующие тесты, а также оценку кальциевого индекса и КТ-ангиографию коронарных артерий.

СОСУДИСТЫЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЙ ФАКТОР РОСТА И МАТРИКСНАЯ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗА 1 У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Калинина М.И., Юсупова А.О., Слепова О.А.,
Пахтусов Н.Н., Беленков Ю.Н.

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)
Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Сердечно-сосудистые заболевания по-прежнему являются основной

причиной смертности во всем мире, причем на долю ишемической болезни сердца (ИБС) приходится более 50% всех смертей. Представляется актуальным поиск и изучение маркеров, ассоциированных с ИБС, для разработки программ ранней диагностики и лечения различных фенотипов ИБС. В литературе имеются данные о повышении уровней сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF) и матриксной металлопротеиназы 1 (ММП-1) у больных ИБС, однако большинство исследований посвящены ИБС с обструктивным атеросклеротическим поражением коронарных артерий (КА). Целью данной работы являлась оценка уровней VEGF и ММП-1 у больных стабильной ИБС и их взаимосвязи со структурно-функциональными показателями состояния макро- и микроциркуляторного сосудистого русла в зависимости от варианта поражения КА при сравнении с группой контроля.

Материал и методы:

В исследование включены 40 больных ИБС, которых по результатам коронароангиографии/компьютерной томографии КА разделили на 2 группы: с неструктивным (I группа, n=20; из них 6 мужчин (30%); средний возраст 63,65±6,75 лет) и обструктивным (II группа, n=20; из них 14 мужчин (70%); средний возраст 64,75±6,51 лет) поражением КА. Группу контроля составили здоровые добровольцы (n=10; из них 4 мужчины (40%); средний возраст 33,79±6,90 лет). Уровни VEGF и ММП-1 в плазме крови определяли с помощью иммуноферментного анализа на анализаторе Adaltis Personal Lab (Италия) с использованием наборов Cloud-Clone Corp. (США). Для определения нарушений макро- и микроциркуляции выполнены фотоплетизмография (ФПГ) с окклюзионной пробой и компьютерная видеокапилляроскопия (КВК) околоногтевого ложа. Оценивались функция эндотелия мелких (индекс окклюзии, IO) и крупных сосудов (сдвиг фаз, SF); структурное состояние крупных артерий (индекс жесткости и альтернативный индекс жесткости, SI и aSI) и мелких резистивных артерий (индекс отражения, RI).

Результаты:

Наибольший уровень VEGF был выявлен в I группе (38,80 пг/мл [30,76;46,20]) по сравнению со II (11,52 пг/мл [5,84;23,81]) и группой контроля (8,20 пг/мл [4,11;10,44]) (p<0,001). Уровень ММП-1 достоверно не различался в группах пациентов с ИБС, однако при сравнении уровня ММП-1 в I группе (0,24 пг/мл [0,23;0,26]) с группой контроля (0,20 пг/мл [0,18;0,21]) выявлены достоверные различия (p=0,026). По результатам ФПГ уровень RI был значимо выше в I группе по сравнению с контролем (34,20% [29,93;48,88]) и 22,90% [14,67;24,82]) соответственно (p=0,031). Уровень aSI у всех пациентов с ИБС был выше нормы (I группа – 8,15 м/с [6,60;9,90]; II группа – 8,85 м/с [7,88;10,38]). Во всех исследуемых группах выявлено снижение IO (I группа – 1,40 [1,10;1,65]; II группа – 1,40 [1,20;1,65]; группа контроля – 1,60 [1,50;2,50]) и SF (I группа – -2,10 мс [-7,17;0,00]; II группа – -5,55 мс [-12,12;-2,15]; группа контроля – -4,50 мс [-9,40;-3,10]). В I группе обнаружена корреляция умеренной силы между VEGF и ММП-1 (p=0,496; r=0,026).

Заключение:

У больных неструктивной ИБС уровень VEGF был самым высоким, что может обуславливать отсутствие стенозирующего поражения КА. Уровень ММП-1 также был выше у больных с неструктивным поражением КА по сравнению с группой контроля, что может быть связано с вкладом процессов воспаления и фиброза в развитие микроциркуляторной дисфункции у больных неструктивной ИБС. У всех больных ИБС отмечалось ремоделирование крупных и мелких резистивных артерий по сравнению с группой контроля, однако функциональные изменения эндотелия крупных и мелких сосудов встречались как в группе ИБС, так и в группе контроля. Наличие прямой корреляционной связи между уровнем VEGF и ММП-1 у больных неструктивной ИБС может служить подтверждением активации процессов неангиогенеза, фиброза и воспаления у данной группы больных.

СРАВНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН, ИНДУЦИРОВАННЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫМИ АРИТМОЛОГИЧЕСКИМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ

Абишев А.М., Шлевков Н.Б., Трипотень М.И., Мионов Н.Ю., Новиков П.С., Погорелова О.А., Балахонова Т.В. ФГБУ «НМИЦ Кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Примерно у 15% пациентов выявляется бессимптомный тромбоз глубоких вен (ТГВ) после малоинвазивных аритмологических вмешательств – электрофизиологических исследований и радиочастотных катетерных аблаций (ЭФИ/РЧА). Эффективность различных методов профилактики и лечения данного вида ТГВ до настоящего времени мало исследованы. Целью исследования явилось сравнение эффективности различных методов профилактики и лечения ТГВ нижних конечностей у больных после ЭФИ/РЧА аритмий.

Материал и методы:

У 688 последовательных больных (возраст: 49±16 лет, 336 муж./352 жен.) проводилось УЗИ сосудов нижних конечностей до и в первые сутки после ЭФИ/РЧА. У больных с наличием (n=113) и отсутствием (n=575) ТГВ нижних конечностей проводилось сравнение эффективности 1-го, 2-х и 3-х методов профилактики данного осложнения: 1) эластичное бинтование нижних конечностей на время иммобилизации, 2) в/в введение гепарина во время ЭФИ/РЧА, 3) применение эноксапарина натрия в профилактической дозе в первые сутки после ЭФИ/РЧА. У 113 (16,4%) больных с выявленным ТГВ проводилось сравнение 4-х стратегий ведения: 1) динамическое наблюдение за тромбом без терапии в течение 3-х суток (n=22), 2) применения эноксапарина натрия п/к в профилактической дозе (n=20), 3) применение эноксапарина натрия п/к в терапевтической дозе (n=44), 4) применение пероральных антикоагулянтов (n=27).

Результаты:

Пациенты с наличием ТГВ отличались большим временем нахождения венозных интродьюсеров (145±77 мин. и 121±57 мин., p<0,05), а также более частым наличием выраженной имбиции мягких тканей по данным УЗИ: у 56 (50%) и 82 (14,2%) больных, p<0,001. Одновременное применение всех трёх методов профилактики ТГВ сопровождалось меньшей частотой развития ТГВ, чем применение ≤2-х стратегий, p<0,01. В группе динамического наблюдения в течение 3-х суток спонтанное рассасывание тромба наблюдалось у 6/22 (27%) пациентов. Полное исчезновение или существенное уменьшение ТГВ отмечалось у 15/20 (75%) больных на фоне применения эноксапарина натрия в профилактической дозе и у 40/44 (90%) – в лечебной дозе, а также у 23/27 (85%) на терапии оральными антикоагулянтами. У 13/17 (76%) на терапии отмечалось исчезновение признаков флотации тромба. Еще 2-м больным требовалась хирургическая тромбэктомия, 1 – имплантация кава-фильтра. Не фатальная тромбоземболия лёгочной артерии с тромбозом имела место у 1 пациентки (в 0,1% случаев).

Заключение:

1) Снижение травматичности пункции вен нижних конечностей (в т.ч. посредством пункции под контролем УЗИ) может снижать риск развития ТГВ после ЭФИ/РЧА. 2) Комбинированное применение эластичного бинтования нижних конечностей, введение гепарина во время ЭФИ/РЧА и эноксапарина натрия в первые сутки после вмешательства позволяет предупреждать возникновение ТГВ. 3) Наибольшая эффективность лечения ТГВ отмечена при применении эноксапарина в лечебной дозе и оральных антикоагулянтов. 4) Принимая во внимание высокую эффективность терапии ТГВ антикоагулянтами, всем больным, перенесшим ЭФИ/РЧА, целесообразно проведение УЗИ для раннего выявления ТГВ.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТАХИ-ИНДУЦИРОВАННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТРАТЕГИИ ВЕДЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Бубешко Д.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

На протяжении длительного времени считалось, тактика контроля ритма не имеет преимуществ у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП). Однако результаты недавних исследований демонстрируют обратное, особенно если речь идет о пациентах со снижением систолической функции левого желудочка (ЛЖ). Цель: оценить частоту возникновения неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов у пациентов с тахи-индуцированной кардиомиопатией (ТикМП) в зависимости от стратегии ведения ФП

Материал и методы:

Изучены данные 87 пациентов с персистирующей ФП и сниженной фракцией выброса (ФВ) ЛЖ. По результатам обследований был исключен ишемический генез систолической дисфункции и единственной вероятной причиной снижения ФВ ЛЖ явилась тахисистолическая форма ФП. Диагноз ТикМП был подтвержден ретроспективно у 62 (71,3%) из 87 пациентов после нормализации ФВ ЛЖ ≥50% (у 34 (54,8%) из 62 пациентов) или улучшения ФВ ЛЖ по сравнению с исходной (у 28 (45,2%) из 62 пациентов) после устранения тахикардии. Среди пациентов с положительной динамикой по ФВ ЛЖ у 38 (61,3%) была избрана тактика контроля ритма (электрическая кардиоверсия + поддерживающая антиаритмическая терапия), у 24 (38,7%) – тактика контроля частоты сердечных сокращений (ЧСС).

Результаты:

При проспективном наблюдении с медианой 24 (18; 25) месяцев пациентов с ТикМП оценивались неблагоприятные сердечно-сосудистые исходы такие как: смерть, инфаркт миокарда, прогрессирующая стенокардия, тромбоземболия легочной артерии, острая декомпенсация сердечной недостаточности (СН), инсульт, транзиторная ишемическая атака (ТИА). За время наблюдения зарегистрировано 24 неблагоприятных исхода (27,5%). Наиболее частой причиной госпитализации являлась острая декомпенсация СН (10 из 24 пациентов (41,7%)), второй по частоте – нестабильная стенокардия (5 из 24 пациентов (20,8%)), затем нарушение мозгового кровообращения (ТИА у 4 пациентов (16,7%), геморрагический инсульт – у 3 пациентов (12,5%), у 2 пациентов (8,3%) развился острый инфаркт миокарда 2-го типа. Из-за острой сердечно-сосудистой патологии 3 (12,5%) пациента умерли. По стратегии лечения среди пациентов с неблагоприятным кардиоваскулярным событием тактика контроля ЧСС – у 20 (83,3%). При избрании тактики контроля ЧСС, придерживались стратегии «жесткого контроля ЧСС», однако не у всех пациентов это было достижимо. Средняя ЧСС на фоне проводимого лечения составляла 89 (72; 104) уд/мин. Все пациенты принимали антикоагулянтную терапию (в 96% случаев – ривароксабан в дозе с учетом клиренса креатинина). При сравнительной характеристике исходных клинико-анамнестических, лабораторных и инструментальных данных между пациентами межгрупповые различия получены в значении ЧСС (106 (99; 114) против 95 (72; 100) уд/мин), дисперсии QRS (30 (23; 35) против 22 (15; 24) мсек), наличие желудочковых нарушений ритма (19 (79,1%) и 20 (31%), величине среднего давления в легочной артерии (49 (41; 57) против 34 (23; 40) мм рт. ст.), уровне NT-proBNP (1401 (600; 1770) против 663 (320; 1011) пг/мл), в группах с и без госпитализации по причине неблагоприятного кардиоваскулярного события соответственно (p<0,05). Давность существования ФП составляла 8,4 (2; 10) и 6,8 (1; 9) месяцев, в обеих группах преобладали лица с длительностью СН <6 месяцев (18 (75%) и 47 (74,6%). В группе с наличием кардиоваскулярного события преобладал функциональный класс (ФК) 3 СН (18 (75%) пациентов, а в группе сравнения – ФК 2 (50 (79,4%) пациентов. в группах с и без прогрессирования СН соответственно.

Заключение:

У пациентов с ТикМП избрание тактики контроля ритма ассоциирована с меньшей частотой развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий, и связанных с этим госпитализаций по сравнению с тактикой контроля ЧСС.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАППАКОНИТИНА И ПРОПАФЕНОНА В «СЛЕПОМ ПЕРИОДЕ» И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ГОДОВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Уралов Х.И., Закиров Н.У., Амиркулов Б.Дж.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Катетерная абляция устьев лёгочных вен (КАЛВ) рассматривается как радикальный метод лечения пароксизмальной (Пар) и персистирующей (Пер) форм фибрилляции предсердий (ФП). Тем не менее, в раннем («слепой период»; 90 суток после вмешательства) и позднем постабляционном периодах может сохраняться необходимость выбора эффективного и безопасного антиаритмического препарата (ААП). Цель: изучить сравнительную эффективность лаппаконитина и пропafenона в раннюю и позднюю фазы после КАЛВ.

Материал и методы:

В исследование были включены 54 пациента без органических заболеваний сердца с частыми и/или симптомными рецидивами ФП, которым была выполнена радиочастотная КАЛВ (без использования системы навигационного картирования) в РЦНПМЦК. Из них у 38 пациентов была Пар ФП, у 16 – Пер ФП. Средний возраст пациентов составил $52,8 \pm 11,7$ лет; мужчин – 70,4%. Всем пациентам в течение трёх месяцев после КАЛВ назначались ААП класса Ic: лаппаконитин (28 пациентов) или пропafenон (26 пациентов) в дозах 75-100 мг/сут и 450-600 мг/сут соответственно. Клиническое обследование с выполнением ЭКГ, холтеровского мониторирования и эхокардиографии проводилось через 3, 6 и 12 месяцев после процедуры. Основными критериями оценки были длительность сохранения синусового ритма, рецидивы аритмий (эпизоды ФП или трепетания предсердий (ТП) продолжительностью более 30 секунд), а также побочные эффекты, включая расширение комплекса QRS. Статистический анализ выполнялся с использованием программы SPSS версии 27.0; уровень значимости считался достоверным при $p < 0,05$.

Результаты:

Между двумя группами не выявлено значимых различий по исходным характеристикам – возрасту, полу и сопутствующим заболеваниям. В целом, в течение «слепого периода» выявлен рецидив ФП у 48% пациентов ($n=26$; средний возраст $58,8 \pm 8,7$ лет; мужчин – 61,5%). Успех контроля ритма составил 50% в группе лаппаконитина и 53,8% в группе пропafenона ($p=0,83$) в данном периоде. Через 6 месяцев синусовый ритм сохранялся у 64,3% пациентов в группе лаппаконитина и у 61,5% в группе пропafenона. В группе лаппаконитина половина рецидивов проявлялась в виде ТП, тогда как в группе пропafenона ТП встречалось лишь в 14,2% случаев, а ФП – в 85,8% ($p=0,044$). Через 12 месяцев эффективность РЧАЛВ сохранялась у 56% пациентов ($n=30$), при этом синусовый ритм поддерживался у 57,1% получавших лаппаконитин и у 53,8% принимавших пропafenон. Годичная эффективность лаппаконитина при исходной Пар и Пер ФП составила 56% и 60% соответственно, тогда как эффективность пропafenона составила 60% и 34%. Общая частота рецидивов в течение года составила 44% ($n=24$), при этом у 8 (33,3%) пациентов была проведена повторная абляция. У 16 пациентов потребовалось назначение амиодарона вследствие неэффективности препаратов класса Ic. Среди пациентов с рецидивом в «слепом периоде» у 84,6% случаев наблюдались последующие рецидивы в течение 12 месяцев, по сравнению с 7,1% у пациентов без раннего рецидива ($p=0,002$, $\chi^2=10,683$). Ни в одной из групп не зафиксировано расширения комплекса QRS более чем на 20%.

Заключение:

Профилактическое назначение лаппаконитина и пропafenона после РЧА показало сопоставимую эффективность как в ранние (50% vs 53,8%), так и в поздние (57% vs 53,8%) периоды годичного наблюдения. В группе лаппаконитина рецидивы достоверно чаще проявлялись ТП (50% vs 14,2%). Следует отметить, что ТП считается более контролируемой формой аритмии и легче поддаётся повторной КА. Важно отметить, что рецидив в течение слепого периода был тесно связан с долгосрочным рецидивом (84,6%), что подчеркивает его прогностическую ценность для результата абляции. Лаппаконитин, назначенный в «слепом периоде» после РЧА, продемонстрировал более высокую

эффективность по сохранению ритма при исходно Пер ФП по сравнению с пропafenоном (60% против 34%), однако из-за небольшого количества пациентов статистически значимого различия не выявлено. В обеих группах не наблюдалось нежелательных эффектов антиаритмических препаратов, требующих их отмены. Наши результаты свидетельствуют о необходимости проведения более масштабных исследований.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ И НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Девятьрова Е.А., Чесникова А.И.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Легочная гипертензия (ЛГ) может встречаться при различных сердечно-сосудистых заболеваниях, характеризуется повышением давления в легочной артерии. Достаточно часто ЛГ развивается на фоне патологии левых отделов сердца, что обусловлено прогрессированием сердечной недостаточности. Идиопатическая легочная артериальная гипертензия (ИЛАГ) относится к орфанным заболеваниям. Цель: Выявить особенности клинического течения, структурно-функционального ремоделирования сердца и гемодинамики малого круга кровообращения (МКК) у пациентов с идиопатической легочной артериальной гипертензией (ИЛАГ) и легочной гипертензией (ЛГ) на фоне хронической сердечной недостаточности (ХСН) ишемического генеза. Задачи: Провести сравнительный анализ и выявить характерные особенности клинических проявлений и структурно-функционального ремоделирования сердца у пациентов с легочной гипертензией идиопатической и на хронической сердечной недостаточности

Материал и методы:

В исследование включены взрослые пациенты (старше 18 лет) с диагнозом ИЛАГ ($n=30$) и пациенты с ЛГ на фоне ХСН ишемического генеза ($n=31$). Проанализированы данные истории болезни и амбулаторных карт пациентов, включенных в исследование, ретроспективно проведен анализ динамики клинических проявлений, переносимости физической нагрузки, а также частоты обращений к врачу, частоты госпитализаций, вызова скорой медицинской помощи и летальных исходов. При одномоментном исследовании использовали следующие методы: электрокардиографию (ЭКГ), эхокардиографию (ЭхоКГ), рентгенографию органов грудной клетки, холтеровское мониторирование ЭКГ, лабораторные исследования, тест шестиминутной ходьбы с целью оценки толерантности к физической нагрузке, а также оценивали эффективность скринингового опросника для ранней диагностики ЛГ. Окончательную верификацию диагноза проводили с помощью чрезвенной катетеризации сердца.

Результаты:

Для пациентов с ИЛАГ установлены следующие особенности: более молодой возраст, преобладание женщин, более частая встречаемость таких клинических симптомов, как синкопальные состояния, цианоз, расширение шейных вен, отеки нижних конечностей, в том числе анасарка. Перечисленные симптомы чаще появлялись после перенесенного стресса и на фоне приема гормональных контрацептивов, из сопутствующей патологии чаще выявлялся гипотиреоз. По данным ЭхоКГ выявлена тяжелая ЛГ (СДЛА $82,5$ мм рт. ст. [$63,5$; $96,0$]) значительная перегрузка правых отделов сердца при сохраненной функции левого желудочка. В то же время, у пациентов с ЛГ на фоне ХСН в анамнезе преобладали нарушения ритма сердца, дислипидемия, перенесенный инфаркт миокарда, наблюдались выраженные изменения в левых отделах сердца, включая увеличение размеров и объема левого желудочка, низкую фракцию выброса и диастолическую дисфункцию, что сопровождалось умеренной легочной гипертензией и высоким давлением заклинивания легочной артерии. При анализе клинико-анамнестических данных с помощью скринингового опросника ЛГ более высокий балл определялся у пациентов с ИЛАГ, чем у пациентов с ХСН ишемического генеза. ИЛАГ-специфическая терапия использовалась только у пациентов с ИЛАГ. У пациентов с ЛГ на фоне

ХСН ишемического генеза вектор лечения был направлен на коррекцию и оптимизацию терапии хронической сердечной недостаточности.

Заключение:

Выявлены значимые различия при оценке клинических, анамнестических данных, структурно-функциональных показателей левых и правых отделов сердца, а также подходов к лечению у пациентов с различными формами ЛГ. Эти различия подчеркивают необходимость дифференцированного подхода к диагностике и лечению легочной гипертензии, что может существенно улучшить прогноз и качество жизни пациентов.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ОПТИМАЛЬНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Кадыров Б.А.

Международный кардиологический центр,

г. Ашхабад, Республика Туркменистан

Введение (цели/ задачи):

Оценить эффективность чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) по сравнению с оптимальной медикаментозной терапией (ОМТ) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и сниженной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка.

Материал и методы:

Проведен ретроспективный анализ данных 561 пациента с ИБС и ФВ ЛЖ <40%, пролеченных в период с 2014 по 2024 год. 281 пациенту выполнено ЧКВ (группа 1), 280 пациентов получали только ОМТ (группа 2). В оценку включены параметры: динамика ФВ ЛЖ, объем ЛЖ, степень митральной регургитации, показатели госпитализаций по поводу ХСН и общая выживаемость. Статистическая обработка проведена с использованием SPSS 26.0.

Результаты:

Через 12 месяцев наблюдения в группе ЧКВ отмечено достоверное увеличение средней ФВ ЛЖ (с $32\pm 6\%$ до $39\pm 7\%$, $p < 0,01$), тогда как в группе ОМТ – с $31\pm 7\%$ до $34\pm 6\%$ ($p = 0,04$). Уменьшение объема ЛЖ и степени митральной регургитации было выражено значительнее в группе ЧКВ. Частота госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН была ниже в группе ЧКВ (17,1% против 28,9%, $p < 0,05$). Общая 2-летняя выживаемость составила 83,6% в группе ЧКВ против 74,2% в группе ОМТ ($p = 0,03$).

Заключение:

ЧКВ обеспечивает лучшие клинико-функциональные результаты и повышает выживаемость у пациентов с ИБС и сниженной ФВ ЛЖ по сравнению с одной только медикаментозной терапией. Однако оптимальное сочетание вмешательства и ОМТ остаётся ключом к достижению наилучших исходов.

СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА МАТЕРИНСКИХ И НЕОНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Нарзуллаева А.Р., Насридинова Х.С.,

Мухамадиева С.М., Ходжаева С.

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере

здравоохранения Республики Таджикистан»,

г. Душанбе, Республика Таджикистан

Введение (цели/ задачи):

В настоящий период времени количество взрослых людей с врожденными пороками сердца с каждым годом становится все больше благодаря миниинвазивным технологиям и увеличением доступности, а также качества выполнения коррекции врожденных пороков сердца. Также возрастает количество женщин достигших репродуктивного возраста, которые также хотят познать счастье материнства, а следовательно попадающих в группу риска беременных, у которых высок риск материнских и неонатальных осложнений. Цель исследования: оценка риска материнских и неонатальных осложнений с использованием шкалы CARPEG в сопоставлении с гемодинамическими и функциональными нарушениями у беременных женщин с врожденными пороками сердца

Материал и методы:

Нами были обследованы 56 беременных женщин с различными пороками сердца в период 2023-2024 гг. Средний возраст обследованных женщин составил $27,4\pm 5,3$ лет. Были проведены общеклинические исследования, мониторингирование ЭКГ по Холтеру, ЭхоКГ и проведена стратификация риска по Канадской модели исследования CARPEG

Результаты:

Из общего количества обследованных активного репродуктивного возраста (РВ) (25-34 года) 30 (53,5%) женщин, раннего РВ (20-24 года) – 19 (33,9%) женщин, позднего РВ (35-44 лет) – 7 (12,5%) женщин. В структуре ВПС изолированные пороки сердца, такие как дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) и открытый аортальный проток (ОАП) и др. имели 41 (73,2%) женщин, комбинированные ВПС – 15 (26,8%). Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) была выявлена у 27 (48,2%) женщин, из них – у 9 (16,1%) ХСН 1 функционального класса (ФК), у 18 (32,1%) ХСН 2 ФК, а легочная гипертензия была обнаружена у 6 (10,7%) женщин. Дискинез был выявлен у 3 (5,4%) пациенток, гипокинез – у 1 (1,8%). Низкая фракция выброса была выявлена у 1 (1,8%) случаев также как и промежуточная ФВ, у остальных 54 пациенток наблюдалась сохранённая ФВ (96,4%). 4 (7,1%) женщинам ранее была проведена полная или частичная коррекция порока. В ходе электрокардиографического исследования нами были получены следующие данные: синусовый ритм (СР) встречался у всех больных, эктопические ритмы или фибрилляции предсердий выявлено не было даже во время мониторинга ЭКГ по Холтеру. Исследование направления ЭОС среди обследованных показало следующие результаты: нормальная ЭОС – 40 (71,4%), горизонтальная – 2 (3,6%), отклонение влево – 9 (16,1%), отклонение вправо – 5 (8,9%). Что касается изменений миокарда как следствие ремоделирования, то у 12 (21,4%) пациенток нами обнаружены вольтажные признаки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и у 2 (3,6%) пациенток – гипертрофии правого желудочка. Признаки перегрузки желудочков, а также изолированные подъём или элевация сегмента ST наблюдались у 3 пациенток (5,4%), отрицательный зубец Т наблюдался только у 6 пациенток (10,7%). Среди нарушений ритма выявлены: нефизиологическая синусовая тахикардия (СТ) – в 8 (14,3%), наджелудочковая экстрасистолия (НЖЭС) – в 5 (8,9%), желудочковая экстрасистолия (ЖЭС) – в 18 (32,1%), которая у 7 женщин носила неблагоприятный опасный характер по типу парных или политопных. Крайне низкие значения вариабельности сердечного ритма (BCP) менее 90 наблюдались у 3 (5,4%), низкие значения 150-90 у 7 (12,5%). Был также определён уровень ProBNP, анализ данных которого показал, что высокий уровень сопряжённый с тяжестью ХСН был выявлен у 15 больных (26,8%). Также проведена стратификация риска по шкале CARPEG, результаты чего продемонстрировали встречаемость высокого риска материнских (2 балла) и неонатальных осложнений у 21 больной (37,5%), умеренный риск (1 балл) у 29 (51,8%) у остальных риск осложнений был низким

Заключение:

Проведённое нами исследование продемонстрировало необходимость проведение стратификации риска материнских и неонатальных осложнений в сопоставлении с данными ProBNP, ЭхоКГ и данными ЭКГ исследований для полноценного оказания медицинской помощи и профилактики акушерских и кардиологических осложнений

СТРУКТУРА КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Кузнецова Т.В.¹, Медведева Е.А.¹, Хисамов С.А.², Биюмен Л.Н.³

¹ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь;

²Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь;

³УЗ «Кобринская центральная районная больница», г. Кобрин, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Изучить структуру факторов риска у пациентов молодого возраста с инфарктом миокарда.

Материал и методы:

В исследование включено 180 пациентов с инфарктом миокарда, из них ОГ – составили 130 (72%) пациентов молодого возраста, средний возраст которых $38,9 \pm 10,4$ лет. КГ представили 50 (28%) пациентов, средний возраст которых $57,8 \pm 9,50$ лет. Всем пациентам были выполнены биохимический анализ крови (СРБ, липидный спектр), тропонин, коагулограмма, общий анализ крови, ЭхоКГ, коронароангиография.

Результаты:

Традиционные факторы риска в исследуемых группах распределились следующим образом: артериальная гипертензия в ОГ выявлена у 46,7% человек, в КГ – 82% ($p=0,01$) случаев; сахарный диабет в ОГ – 16,7%, в КГ – 36% (0,023), отягощенная наследственность по ИБС в ОГ – 37,6%, в КГ – 24% ($p=0,02$), нарушение жирового обмена в ОГ – 20%, КТ – 40% ($p=0,006$), злоупотребление алкоголем ОГ – 10%, КГ – 26% ($p=0,007$) пациентов. Статус курильщика на момент включения в исследование был подтвержден в ОГ у 62 (47,7%) человек, в КГ у 31 (62%) пациента ($p=0,03$). Достоверные различия между группами зарегистрированы по семейному анамнезу ранних сердечно-сосудистых заболеваний ($p=0,02$). В группе пациентов молодого возраста (ОГ) ведущим фактором риска была дислипидемия (76,9%), без достоверной разницы с пациентами КГ ($p=0,23$). У пациентов ОГ с разными видами нарушений липидного обмена, наиболее выраженное поражение коронарного русла зарегистрировано у пациентов с семейной гиперхолестеринемией в сочетании с гиперлипипропротеидемией (а), среди которых двухсосудистое поражение выявлено у 12,5% лиц, многососудистое поражение в 87,5% случаях. Большинство ИМ у пациентов ОГ и КГ обусловлено наличием атеросклероза коронарных артерий с формированием тромботической окклюзии. Семейная гиперхолестеринемия, как причина раннего атеросклероза выявлена у 11 (8,5%) пациентов ОГ, а в КГ случаев СГХС не зарегистрировано. Среди пациентов ОГ количество пациентов, имеющих 1 фактор риска, составляет лишь 16%. В КГ не было пациентов, имеющих 1 фактор риска ($p=0,003$). Среди пациентов, имевших 2 фактора риска, преобладали пациенты ОГ (72,3%), против 4% КГ ($p=0,001$). Большинство (76%) пациентов КГ имели 3 фактора риска развития ССЗ ($p=0,001$). Наличие 4 –х и более факторов риска также было характерно для пациентов КГ ($p=0,002$). У пациентов ОГ зарегистрированы следующие заболевания крови: антифосфолипидный синдром, дефициты факторов свертывания у 8,5% лиц; ревматологические заболевания зарегистрированы в 5,4% случаях (васкулиты, системная красная волчанка и др), диссекция интимы коронарных артерий развились у 3% пациентов.

Заключение:

из традиционных факторов риска для пациентов молодого возраста характерны курение, отягощенная наследственность по ИБС, нарушение жирового обмена и выраженная дислипидемия. У пациентов КГ (старше 44 лет) преобладающим фактором риска была АГ, выявленная у 82% человек ($p=0,01$, хи-квадрат Пирсона=18,09), СД ($p=0,023$, хи-квадрат Пирсона=7,6). В КГ преобладали пациенты с 2 и более факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний.

ческими факторами сердечно-сосудистого риска. Цель исследования. Выявить особенности параметров суточного артериального давления (АД) и их взаимосвязь с индексом массы тела у исследуемых.

Материал и методы:

На базе стационара ККХ АГМА и поликлиники Санкт-Петербурга проведено обследование суточного мониторирования артериального давления 114 человек в возрасте 29–48 лет. Данные пациенты не имели признаков патологии сердечно-сосудистой системы, сахарного диабета. Данное исследование проводилось в течение 24 часов. По данным мониторирования, рассчитывался средний уровень систолического артериального (САД), диастолического артериального давления (ДАД) в дневное (с 7 до 23 ч) и ночное время (с 23 до 7 ч). Суточный ритм АД оценивался по величине ночного снижения (НС), которое показывает, на сколько процентов средний уровень соответствующего показателя ночью ниже, чем днем. Всех пациентов мы разделили на 4 группы в зависимости от индекса массы тела (ИМТ). В первую группу вошли 30 исследуемых с ИМТ $20,8 \pm 1,8$; вторую группу составили 29 человек с ИМТ $27,8 \pm 1,4$. В третьей группе у 39 человек выявлена 1 степень ожирения с ИМТ $32,7 \pm 1,3$; 2 – 3 степень ожирения диагностировали у 16 исследуемых с ИМТ $38,1 \pm 1,2$ в 4 группе. Всем исследуемым также было выполнено ЭхоКГ, где определялась толщина миокарда межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) на аппарате Phillips.

Результаты:

Полученные данные показали, что у 18,2% исследуемых, которые вошли в 4 группу, отмечались изменения биологического циркадного ритма по типу «non-dipper». Это пациенты с 2-3 степенью ожирения. В остальных группах, сохранен биологический циркадный ритм АД по типу «dipper», что составило 81,8%. Также мы отметили изменение вариабельности САД днем в 3 группе и показателей вариабельности САД и ДАД в течение суток у лиц 4 группы. При этом на ЭхоКГ отмечались изменения показателей ТМЖП и ТЗСЛЖ в сторону увеличения у исследуемых 3 и 4 групп, что не наблюдалось в 1 и 2 группе.

Заключение:

Ожирение и артериальная гипертензия имеют тесную патогенетическую связь, провоцируя развитие друг друга, усугубляя течение и потенцируя риск развития сердечно-сосудистых и метаболических осложнений. Полученные нами результаты СМАД у исследуемых, указывают, что с увеличением массы тела от нормальной к избыточной и ожирению, суточный профиль артериального давления характеризуется повышением систолического артериального давления и его вариабельности в дневное и ночное время. Данные изменения сочетаются с нарушением циркадного ритма артериального давления в виде недостаточного его снижения в ночные часы по типу «non-dipper». Высокая вариабельность АД, характерная для исследуемых 3 и 4 групп, ассоциировалась с поражением сердечной мышцы в виде увеличения толщины межжелудочковой перегородки и толщины задней стенки левого желудочка.

ТИМИКОЛИМФАТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ПРЕДИКТОР ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ

Цоколов А.В., Калёнов И.В., Юмаев Р.Х., Ильин И.Б., Хохряков А.В., Амелин В.В., Махно А.Д., Паньков М.Ю., Жуков Д.Е.

ФГБУ «1409 Военно-морской клинический госпиталь» Министерства Обороны Российской Федерации, г. Калининград, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Первые публикации о тимолимфатическом синдроме (ТЛС) как об одной из причин внезапной смерти (ВС) в молодом возрасте датируются 1909 годом. При этом проблема остается актуальной и в настоящее время как в России, так и во всем мире, с учетом последних публикаций Китайских исследователей (2017 г.). Цель настоящего исследования – определить возможные пути решения проблемы ВС у лиц с гиперплазией тимуса, с выделением диагностических подходов по прижизненной диагностике последней.

Материал и методы:

Три случая ВС молодых людей, на фоне диагностированного посмертно тимико-лимфатического статуса (СТЛ) (у двух – ВС после занятий спортом, у одного – предположительно внезапная остановка сердца в ночное время), и данные аутопсии, медицинская документация.

СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АД У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Уразова Г. Е.¹, Данилова А.И.²

¹ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия»

Минздрава России, г. Благовещенск, Российская Федерация;

²ГБУЗ «Городская поликлиника №114»,

г. Санкт-Петербург, Российская Федерация.

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время ожирение часто ассоциируют с гипертензией в связи с многими связующими их потенциальными механизмами, одними из которых являются нарушение метаболизма, инсулинорезистентность, факторы питания, сосудистую и эндотелиальную дисфункцию. Это ведет к более высокому уровню заболеваемости и смертности, в связи с развитием сердечно-сосудистых заболеваний. Во многих исследованиях было показано, что больные с повышенным АД в большей степени подвержены набору веса, чем люди с нормальными показателями АД. Это еще раз доказывает, что ожирение и гипертензия патологически связаны между собой. Установлена тесная связь между активностью ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и метаболи-

Результаты:

Три случая ВС в одном регионе страны за относительно короткий период времени на фоне посмертно диагностированного СТЛ заставил взглянуть на проблему под несколько иным углом. Последовательность событий в виде «исходный набор изменений из перечисленных ниже: вегето-сосудистая дистония, ожирение или астеническое телосложение при высоком росте, миопия, сколиоз, деформация грудной клетки, эритроцитоз в 1 случае, стеноз аорты и ствола легочной артерии до 1.2 см – стрессовая ситуация/спортивные соревнования – ВС как таковая, либо как следствие фибрилляции предсердий и последовавшего острого инфаркта миокарда – наличие увеличенной вилочковой железы по данным аутопсии, гипоплазии коркового вещества надпочечников до 1 мм» оказалась стандартной во всех случаях. Хотя причинно-следственная связь этих поражений со смертью чаще остаются не установленными. Гиперплазия тимуса – это вершина айсберга, следствие другого патологического процесса, но именно она может быть выявлена в процессе углубленного обследования. Вот только отсутствие простой методики диагностики тимомегалии остается основной нерешенной проблемой в настоящее время. Из предлагаемых научно обоснованных методик диагностики следует обратить внимание на генотипирование по СК19 (цитокератин), определение мутации R420W в гене рецептора сердца для рианоидина hRyY2, который как-раз и может проявляться миопатией, катехоламинергической полиморфной гипертрофией лимфатических органов, с явлениями аритмогенной дисплазии правого желудочка, желудочковой тахикардией, поскольку ген RyR2 кодирует Са-каналы как миокарда, так и лимфатических органов, с накоплением аномальных лимфоцитов в тимусе за счет изменения их структуры.

Заключение:

Поскольку диагноз СТЛ в описанных случаях оказался посмертным, возникает разумный вопрос о возможностях прижизненной диагностики СТЛ. Возможные подходы нам видятся следующие: во-первых – осторожность в отношении «вероятностного» характера наличия данной патологии у лиц с признаками соединительно-тканной дисплазии и клиникой вегето-сосудистой дистонии; во-вторых – необходимость дообследования таких пациентов в случае выявления у них увеличенного тимуса; в-третьих – в сложных случаях при мозаичной клинической картине, однозначно не укладывающейся в то или иное заболевание, проводить генетическое типирование на СК19 и hRyY2. Ограничение режима двигательной активности (экстремальных физических нагрузок, кроссов, спортивных соревнований) рассматривается в качестве основного профилактического подхода ВС у лиц с гиперплазией тимуса, равно как и оценка функционального состояния надпочечников.

УРОВНИ ПРОВСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФЕНОТИПАМИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Колоцей Л.В., Матотаараччи Б.Р., Хебаге С.А.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Действующие рекомендации по диагностике и лечению сердечной недостаточности (СН) выделяют три её варианта в зависимости от фракции выброса: СН со сниженной фракцией выброса (<40%) (СНнФВ), СН с промежуточной фракцией выброса (40-49%) и СН с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ) (≥50%). Связь между СН и воспалением была впервые описана в 1990 году Levine и соавторами, которые сообщили о повышенных уровнях фактора некроза опухоли-альфа у пациентов с СНнФВ. На сегодняшний день подтверждено повышение уровней С-реактивного белка (СРБ), интерлейкина 6 и интерлейкина 1-бета (ИЛ-1) в плазме пациентов с СН. Наличие этих провоспалительных цитокинов и медиаторов было связано с худшим прогнозом течения СН. Текущие клинические испытания изучают эффективность блокады рецепторов ИЛ-1 для уменьшения воспаления, снижения ремоделирования желудочков и улучшения физической работоспособности у пациентов с СН. Целью исследования было оценить уровни воспалительных цитокинов (ИЛ-1 и СРБ) у пациентов с различными фенотипами хронической СН.

Материал и методы:

В исследование включено 76 пациентов с СН I-IV функциональных классов по NYHA. У 46 (61%) пациентов была сохранена ФВ ЛЖ (≥50%), у 30 (39%) – снижена ФВ ЛЖ (<50%). Критериями включения были пациенты с СН, диагностированной на основании рекомендаций ESC (2021), возраст >18 лет и согласие на участие в исследовании. Критериями исключения из исследования были: хроническая ревматическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, острый миокардит и эндокардит, протезированные клапаны сердца, онкологические заболевания и тяжелая сопутствующая экстракардиальная патология, сопровождающаяся системным воспалением. Всем пациентам проводились клинические, лабораторные и инструментальные исследования, в том числе определение уровня СРБ и ИЛ-1 в сыворотке венозной крови методом иммуноферментного анализа. Статистический анализ проводился с использованием программного обеспечения STATISTICA 12.0.

Результаты:

Пациенты с обеих групп были сопоставимы по возрасту (59,4 [51,3; 66,8] против 63,9 [58,5; 70,3] лет, $p>0,05$) и полу (мужской пол 61% против 63%, $p>0,05$). Также обе группы были сопоставимы по распространенности ожирения (37% против 37%, $p>0,05$), артериальной гипертензии (91% против 80%, $p>0,05$) и инфаркта миокарда в анамнезе (33% против 40%, $p>0,05$). Однако пациенты с СНнФВ чаще страдали фибрилляцией предсердий (53% против 24%, $p=0,028$), чем пациенты с СНсФВ. Также пациенты с СНнФВ характеризовались более высоким классом СН по NYHA (класс 3-4 у 19% группы 1 и 67% группы 2, $p=0,001$). В биохимическом анализе крови у пациентов не было выявлено значимых межгрупповых различий в значениях показателей функции почек, общего холестерина, триглицеридов, натрия и калия ($p>0,05$). Однако у пациентов с СНнФВ были достоверно выше уровни BNP (817 [812,5; 821,5] против 440,68 [164; 728] нг/мл, $p=0,04$) и NT-proBNP (4304 [1473; 5702] против 2640 [32; 2126] пг/мл, $p=0,02$). Размеры левого предсердия (ЛП) и левого желудочка (ЛЖ) были намного выше при СНнФВ в по сравнению с СНсФВ ($p<0,001$). Объемы ЛЖ в М-режиме и конечно-систолический объем ЛЖ в В-режиме также показали значительные различия ($p<0,001$) в исследуемых группах пациентов. Также у пациентов с СНсФВ наблюдались более высокие степени митральной и трикуспидальной регургитации ($p<0,05$). При проведении иммуноферментного анализа у пациентов группы СНнФВ уровень СРБ составил 3,95 [3,55; 4,41] мг/л, а у пациентов группы СНсФВ – 3,52 [2,87; 4,16] мг/л, эти различия статистически значимы ($p=0,011$). Однако межгрупповых различий по уровню ИЛ-1 не выявлено (8,20 [2,70; 12,75] против 7,09 [2,87; 9,16] пг/мл, $p=0,66$). При проведении корреляционного анализа была выявлена статистически значимая корреляция между уровнем СРБ и рядом эхокардиографических показателей. Положительные корреляции были установлены между уровнем СРБ и диаметром ЛП ($R=0,44$, $p<0,001$) и диаметром правого желудочка ($R=0,36$, $p=0,001$). Отрицательная корреляция была обнаружена между уровнем СРБ и ФВ ЛЖ ($R=-0,33$, $p<0,05$). Также наблюдалась положительная корреляция между уровнем ИЛ-1 и диаметром ЛП ($R=0,3$, $p=0,02$).

Заключение:

У пациентов с СНнФВ наблюдались более высокие значения СРБ ($p<0,05$) по сравнению с пациентами с СНсФВ. Однако межгрупповых различий по значениям ИЛ-1 не выявлено ($p>0,05$). Выявлены статистически значимые корреляции между уровнями провоспалительных цитокинов и эхокардиографическими параметрами. Однако, учитывая небольшой размер выборки исследования, возможность использования данных маркеров требует тестирования на большей группе пациентов с учетом проводимой фармакологической терапии и сопутствующих заболеваний.

ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Саидакбарова Ф.Т., Срождинова Н.З.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Оценить 4-летний риск крупных сердечно-сосудистых событий у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД).

Материал и методы:

В исследование включены 100 пациентов с СД 2 типа. Средний возраст пациентов составил $51,2 \pm 1,1$ лет, из которых 45% – мужчины и 55% – женщины. 4-летний риск крупных сердечно-сосудистых событий у пациентов рассчитывался с помощью калькулятора ADVANCE Risk Engine. Структурно-функциональное состояние миокарда и процесс ремоделирования оценивались с помощью доплер-эхокардиографии. Исследование проводилось трансторакальным методом в М- и В-режимах в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации эхокардиографии. Статистический анализ проводился с использованием программного пакета IBM SPSS 27.0.

Результаты:

Пациенты с СД 2 типа были разделены на 3 группы в соответствии с выявленным 4-летним риском: 1-группу составили больные с СД 2 типа и 4-летним риском до 5% ($n = 26$), 2-группу составили больные с СД 2 типа и 4-летним риском 5-10% ($n = 51$), а в 3: 1-группу составили больные с СД 2 типа и 4-летним риском более 10% ($n = 23$) (26% vs 51% vs 23% ; $\chi^2 = 21,2$, $p=0,001$). Средний показатель риска в группах составил: $2,97 \pm 0,9\%$ vs $7,29 \pm 1,5\%$ vs $13,15 \pm 2,71\%$, $p=0,000$. Проводилось сравнение брахиоцефальных сосудов между группами. При этом было установлено, что атеросклеротический процесс в сосудах статистически значимо более выражен по мере увеличения риска. У пациентов с уровнем риска более 10% объем атеросклеротических бляшек в сонной артерии был соответственно выше. Толщина комплекса интима-медиа правой общей сонной артерии составила – $0,9 \pm 0,13$ vs $0,9 \pm 0,42$ vs $1,06 \pm 0,05$, $p=0,026$; толщина комплекс интима-медиа левой общей сонной артерии составила – $0,97 \pm 0,13$ vs $0,9 \pm 0,42$ vs $1,1 \pm 0,05$, $p=0,026$; объем атеросклеротических бляшек в правой сонной артерии составил – $5,75 \pm 1,5\%$ vs $15,5 \pm 2,02$ vs $32,2 \pm 19,07$, $p=0,000$; объем атеросклеротических бляшек в левой сонной артерии составил $20,4 \pm 16,8\%$ vs $22,5 \pm 17,7$ vs $24,0 \pm 13,09$, $p=0,000$. При сравнении ММЛЖ и ИММЛЖ между группами были получены статистически значимо более высокие показатели в 3-й группе; ММЛЖ ($244,7 \pm 20,1$ г vs $250,05 \pm 85,7$ г vs $260,0 \pm 29,8$ г, $p=0,045$); ИММЛЖ ($159,1 \pm 34,3$ г vs $166,6 \pm 60,3$ г vs $183,4 \pm 26,7$ г, $p=0,03$). Отмечалось статистически значимое снижение фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) с увеличением 4-летнего риска – $60,2 \pm 4,4\%$ vs $62,0 \pm 3,4$ vs $54,6 \pm 4,1$, $p=0,001$.

Заключение:

Рекомендуется использовать калькулятор ADVANCE Risk Engine для определения риска ССЗ у пациентов с СД.

ФАКТОРЫ, НЕБЛАГОПРИЯТНО ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОГНОЗ, У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАННОЙ И УМЕРЕННО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ЗА ПЕРИОД 12-МЕСЯЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Алехина М.Н.

ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №8»,

г. Тюмень, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Оценить факторы, неблагоприятно влияющие на прогноз, у амбулаторных пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохранной и умеренно сниженной фракцией выброса левого желудочка за 12-месячный период наблюдения на амбулаторном этапе

Материал и методы:

В открытое проспективное контролируемое нерандомизированное исследование включены 292 пациентов, наблюдавшиеся в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №8» г. Тюмени в 2021-2024 гг. Всего оценивалось 89 параметров, характеризующих: сердечную недостаточность (выраженность структурных нарушений сердца, функциональные нарушения, ФВ ЛЖ, шестиминутный тест ходьбы, уровень NT-proBNP и их динамику); коморбидную патологию; лекарственную терапию; проведение вакцинации в период исследования; психоэмоциональные характеристики (оценка баллов по госпитальной шкале HADS, тест Мориски-Грин, тест на выявление психотипа (DS-14), оценка способности к самопомощи согласно опроснику EHFSBS-9, самооценка когнитивного расстройства по опроснику Макнера и Кана). В процессе наблюдения оценивались первичные конечные точки исследования:

сердечно-сосудистая смерть; госпитализация по причине экстренной декомпенсации ХСН; госпитализация по причине экстренной декомпенсации любого сердечно-сосудистого заболевания. Также оценивалась суммарная конечная точка.

Результаты:

Проведенный анализ позволил выделить факторы влияющие на конечные точки. В группе умерших были более высокий индекс массы тела, более высокое количество баллов по шкале коморбидности Charlson, более высокое количество баллов по шкале самопомощи и несколько меньший результат исходного БТХ в метрах. В группе с экстренной госпитализацией по причине декомпенсации ХСН были более низкий ИМТ, ниже ФВ ЛЖ через 12 месяцев наблюдения, выше прирост NT-proBNP за 12 месяцев, и, выше количество баллов по тесту приверженности изначально. Также наличие анемии, применения антиаритмических препаратов III класса, ФК 4 ХСН на начало исследования повышали шанс экстренной госпитализации по причине декомпенсации ХСН, в то время как, применение статинов, ожирение и вакцинация от Covid-19 снижало этот шанс. В группе с экстренной госпитализацией по причине других сердечно-сосудистых заболеваний, но не декомпенсации ХСН более часто встречались пациенты с ФП/ТП, и было большее количество лиц, перенесших ОИМ, реже встречались пациенты с СД 2, несколько чаще применялись ПОАК, в то время как применение iSCLT2 было достоверно реже, как и применение БКК. Чаще эти больные перенесли Covid-19 до включения в исследование, как и Covid-19 пневмонию. В группе пациентов, достигших суммарной конечной точки за 12 месяцев наблюдения, наличие ФП/ТП, применения антиаритмических препаратов III класса, ОНМК/ТИА в анамнезе, ПИКС, прием ПОАК, перенесенный Covid-19 до включения в исследование и Covid-19 пневмония повышали шанс достижения суммарной конечной точки. В то время как, наличие ожирения, СД 2 типа, ФВ ЛЖ более 49% на начало наблюдения снижало этот шанс. Для непрерывных переменных, выделенных в качестве факторов, проведен ROC анализ, выделивший в качестве прогностически неблагоприятного фактора возраст старше 73,5 лет, ИМТ менее $27,3$ кг/м² и баллы по шкале коморбидности Charlson 4 и более. При анализе факторов, влияющих на конечные точки за время наблюдения, разработаны прогностические модели бинарной логистической регрессии.

Заключение:

Суммируя полученные данные, обращаем внимание на выделение нескольких групп пациентов с повышенным шансом достижения неблагоприятных конечных точек за годичный период наблюдения: 1. Пациенты старше 73,5 лет, с психотипом Д личности и баллами по шкале коморбидности 4 и более; 2. Пациенты с ФП/ТП применяющим антиаритмические препараты и ПОАК; 3. Пациенты с ИБС, не применяющие статины; 4. Пациенты с СД 2 типа, не применяющие iSCLT2; 5. Пациенты с анемией; 6. Пациенты перенесшие COVID-19 и COVID-19-пневмонию, но не вакцинированные от COVID-19; 7. Пациенты с ИМТ менее $27,3$ кг/м²; 8. Пациенты с 0-2 баллами по шкале Мориски-Грин.

ФЕНОТИПЫ ГИПЕРЛИПИДЕМИЙ И ДОЛГОЛЕТИЕ (ВОЗРАСТ 65+) ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ «ЛИПИД-ПРАКТИК»

Рожкова Т.А., Зубарева М.Ю., Амелюшкина В.А.

ФГБУ «НМИЦ Кардиологии имени академика Е.И. Чазова»

Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Диагностика атерогенных гиперлипидемий (ГЛП) имеет большое значение в профилактике и терапии ССЗ. Характеристика типов нарушений липидного обмена в старшей возрастной группе населения позволяет выявить проблемы и определить подходы к их эффективному контролю. Цель: определить сравнительную частоту выявления и эффективность контроля разных фенотипов ГЛП у пациентов в возрастной группе от 65 лет и старше в рамках амбулаторных консультаций липидолога по обращаемости.

Материал и методы:

Данные клинико-биохимического обследования пациентов с ГЛП, проведенного при медико-генетических консультациях по обращаемости, были оценены в течение десятилетнего периода (лаборатория клинической липидологии ФГБУ НМИЦК им. Е.И. Чазова (регистр «ЛИПИД-

ПРАКТИК»)). Показатели пациентов в возрасте 65 лет и старше были оценены по сравнению с аналогичными значениями у пациентов в возрастной группе от 45 до 65 лет. Проведены фенотипирование ГЛП по Фредриксону и диагностика СГХС по критериям С. Бруна и DCLN, при баллах >8 «определенная». Из анамнеза были учтены наличие заболеваний: различных форм ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертензии (АГ), атеросклеротического поражения брахиоцефальных артерий (БЦА), сахарного диабета (СД), заболеваний щитовидной железы; и гипохолестеринемическая сопутствующая терапия. Количественные значения, в зависимости от распределения данных, были представлены средним со стандартным отклонением (M(s)) или медианой с нижним и верхним квартилями (Me(lq;hq)).

Результаты:

Количество пациентов с ГЛП в возрасте 65+ со средним возрастом 74,5 (13,4) лет (n=160) было меньше, чем численность больных в возрастной группе от 45 до 65 лет – средний возраст 55,1 (5,4) (n=660). В группе 65+ было достоверно не значимо меньше мужчин – 27,5%. Средний возраст выявления ГЛП в старшей возрастной группе был 47,1 (12,2) лет (у 31% пациентов до 40 лет) и значимо не отличался от данных группы среднего возраста 45-65 лет. При этом в группе 65+ было меньше число пациентов, принимающих терапию статинами 40,6% (p<0,01). В возрастной группе 65+ количество курильщиков в настоящем и прошлом (34,4%) и лиц с СГХС (32,5%) достоверно не отличалось от группы среднего возраста 45-65 лет. Средние значения липидного профиля в старшей возрастной группе составили по уровню общего холестерина 8,5 (3,03) ммоль/л, триглицеридов 1,97 (1,17;3,6) ммоль/л, липопротеина (α) 17,3 (6,0;64,7) мг/дл, они были незначимо выше, чем в группе среднего возраста 45-65 лет. Однако, количество пациентов с уровнем липопротеина (α) более 50 мг/дл в старшей возрастной группе было достоверно меньше 19,4% (p=0,01). При распределении фенотипов ГЛП в группе 65+ фенотип 2а был установлен у 64,9% пациентов, 2б – у 30,1%, 3, 4 и 5 типы – у 5%, что статистически не различалось от определения в группе среднего возраста 45-65 лет. Следующие заболевания в группе ≥65 лет, по сравнению с группой 45-65 лет, встречались менее часто: ИБС была у 38,1% пациентов (нд), АГ – у 56,9% (p=0,03), атеросклеротические поражения БЦА – у 35,6% (p<0,001), СД – 10% (p=0,045), заболевания щитовидной железы – 29,4% (p=0,03).

Заключение:

Возрастная группа 65+ отражает общий профиль нарушений липидного обмена в популяции, с менее выраженными сопутствующими заболеваниями. Однако, по сравнению с другими возрастными группами, меньшее количество пациентов привержено к гипохолестеринемической терапии.

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО СНИЖЕННОЙ И СЛЕГКА СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА (РЕЗУЛЬТАТЫ 2-Х ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ)

Рахманов З.К., Бабаева Н.З., Гаджиев А.Б., Мамедова Г.И., Байрамова Г.Э.

Научно-исследовательский институт кардиологии Азербайджана имени Дж. Абдуллаева, г. Баку, Республика Азербайджан

Введение (цели/ задачи):

Сердечная недостаточность (СН) в структуре сердечно-сосудистой патологии является ведущей причиной смертности в различных возрастных группах населения. В определении тактики лечения пациентов с СН важную роль играют показатели фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ). Целью данного исследования явилось определение клинических особенностей госпитализированных пациентов с СН со сниженной ФВЛЖ ≤40% (ХСНФВ) и с умеренно сниженной ФВЛЖ 41-49% (СНусФВ).

Материал и методы:

Данные пациентов с СН, находившихся на стационарном лечении в НИИ кардиологии в период с сентября 2022 по сентябрь 2024 года, получены ретроспективно из архива института.

Результаты:

Данные 1123 пациентов, лечившихся в НИИ кардиологии с диагнозом СН, были разделены в соответствии с исходной фракцией выброса ле-

вого желудочка на 2 группы: 794 пациента с ХСНФВ и 329 больных СНусФВ. По сравнению с пациентами с СНусФВ больные с ХСНФВ чаще были мужского рода (85% против 82%) и более молодого возраста (по средним значениям 58 против 60 лет). Причиной СН у больных с ХСНФВ чаще была идиопатическая этиология (21% против 11%) и реже ишемическая и гипертоническая этиология (75% против 85% и 2,6% против 4,2%, соответственно, p<0,001). У пациентов с ХСНФВ по сравнению с пациентами с СНусФВ реже в анамнезе выявлялись инфаркт миокарда (61% против 72%), артериальная гипертензия (54% против 66%), а также инвазивные вмешательства: аортокоронарное шунтирование (14% против 24%, p<0,001), но чаще чрескожное коронарное вмешательство (14% против 24%, p<0,05). Напротив, чаще выявлялись эпизоды лёгочной гипертензии (17% против 15%, p>0,05). Кроме того у больных с ХСНФВ реже диагностировался сахарный диабет, фибрилляция предсердий, дисфункция почек и анемия (p>0,05), сравнительно ниже были значения САД (на 8 мм рт. ст., p<0,001) и ДАД (на 3 мм рт. ст., p<0,01), выше показатели NT-proBNP (3822,8 пг/мл против 2973,7 пг/мл, p>0,05).

Заключение:

Таким образом, проведенное исследование позволило охарактеризовать пациентов с ХСНФВ и СНусФВ, показать различия этиологии, частоты осложнений и сопутствующих заболеваний. Вместе с тем, необходимы будущие исследования, чтобы не только лучше охарактеризовать пациентов этой категории, но и определить эффективные методы лечения для снижения высокой сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности у данной группы больных.

ЧАСТОТА ТРЕНИРОВОК ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НЕ ИЗМЕНЯЕТ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫЙ ЭФФЕКТ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Мештель А.В., Фролова А.С., Сидоренко М.А., Сабирова Р.И.

ФГБОУ ВО «Российский Университет Спорта «ГЦОЛФИК», г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия остается ключевым фактором риска сердечно-сосудистой смертности. Хотя аэробные тренировки признаны эффективным немедикаментозным методом контроля артериального давления, большинство реабилитационных программ фокусируются на упражнениях для нижних конечностей. В последние годы появляются данные о сопоставимой эффективности тренировок для верхних конечностей в снижении давления, однако оптимальная частота таких тренировок остается неопределенной. Данное пилотное исследование направлено на оценку влияния частоты тренировок верхних конечностей на их антигипертензивный эффект у мужчин с артериальной гипертензией. Мы предполагаем, что изменение частоты занятий не оказывает существенного влияния на гипотензивное действие тренировок, что может упростить разработку реабилитационных программ для данной категории пациентов. Цель исследования: оценить эффект частоты высокоинтенсивных интервальных тренировок для мышц рук на уровень артериального давления у взрослых мужчин с артериальной гипертензией.

Материал и методы:

Исследование проводилось на базе кафедры спортивной медицины Российского университета спорта «ГЦОЛФИК» (Москва). В исследование включили 17 мужчин с артериальной гипертензией (возраст 34-48 лет) с уровнем САД ≥140 мм рт. ст. и ДАД ≥90 мм рт. ст. Участники были рандомизированы в две группы: 1. Тренировки 2 раза в неделю (2Р, n=6) 2. Тренировки 3 раза в неделю (3Р, n=7) Все участники выполняли тренировки верхних конечностей на специализированном оборудовании в течение 8 недель под контролем исследователей. Протоколы тренировок представляли собой высокоинтенсивную интервальную тренировку большого объема (4 интервала по 4 минуты при интенсивности 80-90% от МПК, интервал отдыха – 3 минуты при 50-60% от МПК). Статистический анализ производился при помощи пакета STATISTICA 10 (StatSoft, США). Были использованы непараметрические критерии для зависимых и независимых выборок (W-критерий Уилкоксона, U-критерий Манна-Уитни), данные представлены в виде Медиана [Нижний квартиль; верхний квартиль].

Результаты:

По завершении 8-недельного тренировочного вмешательства в обеих исследуемых группах были зафиксированы статистически значимые положительные изменения ключевых кардиоваскулярных параметров. В группе 2P отмечалось достоверное снижение частоты сердечных сокращений на 1,5 [1; 4] уд/мин ($p < 0,05$), тогда как в группе 3P этот показатель уменьшился на 1,8 [1; 4] уд/мин ($p < 0,05$). Важно подчеркнуть, что межгрупповые различия по степени снижения ЧСС не достигли статистической значимости, что свидетельствует о сопоставимом влиянии обоих протоколов тренировок на данный параметр. Аналогичная динамика наблюдалась и в отношении показателей артериального давления. В группе 2P зарегистрировано снижение систолического артериального давления на 4 [1; 4] мм рт. ст., в то время как в группе 3P величина снижения САД составила 4 [2; 4] мм рт. ст. Диастолическое артериальное давление уменьшилось на одинаковую величину в обеих группах – 2 [2-3] мм рт. ст. ($p < 0,05$ для всех сравнений). При этом, как и в случае с ЧСС, статистически значимых различий между группами по степени снижения как систолического, так и диастолического давления выявлено не было. Полученные результаты имеют важное клиническое значение. Согласно данным современных мета-анализов, даже умеренное снижение артериального давления, подобное наблюдаемому в нашем исследовании, ассоциировано со значительным уменьшением сердечно-сосудистых рисков. В частности, доказано, что снижение ДАД всего на 5 мм рт. ст., поддерживаемое в течение 5 лет, приводит к уменьшению риска инсульта на 34% и вероятности развития ишемической болезни сердца на 21%. Еще более выраженное снижение артериального давления (в диапазоне 7,5-10 мм рт. ст.) может обеспечить снижение частоты cerebrovasкулярных осложнений на 46-56%, а заболеваемости ИБС – на 29-37%. Особый интерес представляет тот факт, что оба протокола тренировок продемонстрировали сопоставимую эффективность, несмотря на различия в частоте занятий. Это позволяет предположить, что ключевым фактором, определяющим антигипертензивный эффект, является сам факт регулярной физической активности, а не конкретная частота тренировочных сессий.

Заключение:

Проведенное исследование продемонстрировало, что 8-недельные тренировки верхних конечностей, независимо от выбранной частоты (2 раза в неделю или 3 раза в неделю), приводят к статистически значимому улучшению кардиоваскулярных показателей у пациентов с артериальной гипертензией. Оба режима тренировок показали сопоставимую эффективность в снижении частоты сердечных сокращений (на 1,5-1,8 уд/мин) и артериального давления (САД на 4 мм рт. ст., ДАД на 2 мм рт. ст.), при этом межгрупповые различия не достигли статистической значимости.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОНОКОРРЕКЦИЯ БЕВАЦИЗУМАБ-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

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

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Курск, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Кардиоонкология представляет собой актуальную проблему современной медицины. Большой объем исследований посвящен антрациклиновой и трастузумаб-индуцированной кардиотоксичности, в то время как проблема бевацизумаб-индуцированной кардиотоксичности не уделяется должного внимания. Бевацизумаб таргетно ингибирует vascular endothelial growth factor (VEGF), как следствие данного эффекта развивается артериальная гипертензия (АГ). Единое решение профилактики сердечно-сосудистых осложнений на фоне химиотерапии препаратами VEGF отсутствует. Цель: изучить эффективность моновариантов антигипертензивной терапии (АГТ) при развитии бевацизумаб-индуцированной артериальной гипертензии в эксперименте у нормотензивных крыс линии Wistar.

Материал и методы:

АГ у крыс линии Wistar смоделирована введением внутривенно бевацизумабом. Осуществлялась запись систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД) у крыс-самцов линии Wistar аппаратно-программным комплексом для электрофизиоло-

гических исследований MP150 производства («Biopac Systems, Inc.», США) с последующей обработкой данных программой «AcqKnowledge 4.4». 3 группы крыс (возраст – 8 месяцев, масса – 400 ± 40 г), по 20 крыс-самцов в каждой группе. Группа №1 – бевацизумаб 15 мг/кг в неделю в течение 4-х недель. Группа №2 – бевацизумаб 15 мг/кг в неделю + телмисартан в дозе 3,1 мг/кг/сутки. Группа №3 – бевацизумаб 15 мг/кг в неделю + амлодипин в дозе 0,4 мг/кг/сутки.

Результаты:

Гемодинамические показатели были измерены у крыс до начала введения бевацизумаба (САД и ДАД: группа №1 – $126,5 \pm 2,9$ и $84,1 \pm 1,8$ мм рт. ст.; №2 – $129,1 \pm 3,1$ и $81,0 \pm 2,3$ мм рт. ст.; №3 – $127,2 \pm 3,0$ и $84,0 \pm 1,9$ мм рт. ст.). Устойчивый гипертензивный эффект бевацизумаба проявился на 6 день после 2 инъекции (САД и ДАД: группа №1 – $165,8 \pm 5,2$ и $130,4 \pm 4,4$ мм рт. ст.; №2 – $157,4 \pm 4,4$ и $127,0 \pm 6,1$ мм рт. ст.; №3 – $166,1 \pm 5,9$ и $131,6 \pm 5,3$ мм рт. ст.) ($p < 0,01$). Коррекция бевацизумаб-индуцированной АГ нефиксированными комбинациями АГТ продемонстрировало эффективность к 20 дню их применения, при этом в контрольной группе АД осталось повышенным, а в группах, где проводилась коррекция АГ телмисартаном и амлодипином показатели АД не достигли нормальных величин (САД и ДАД: группа №1 – $168,2 \pm 6,4$ и $133,1 \pm 6,0$ мм рт. ст., ($p < 0,01$); №2 – $135,0 \pm 4,9$ и $94,1 \pm 4,5$ мм рт. ст.; №3 – $141,9 \pm 4,3$ и $100,2 \pm 4,6$ мм рт. ст. ($p < 0,05$)).

Заключение:

Инъекции бевацизумаба крысам в совокупной дозе 60 мг/кг приводят к стойкому повышению АД. Использование моновариантов АГТ на примерах телмисартана и амлодипина не позволили нормализовать АД до показателей нормальных значений. Применение монотерапии антигипертензивными препаратами (АГП) при бевацизумаб-индуцированной АГ является неадекватным, в связи с этим следует рассматривать возможность применения комбинированной терапии АГП с целью эффективной коррекции АГ, индуцированной введением препарата моноклональных антител.

ЭКСПРЕССИЯ МИКРОРНК-21 И БЕЛКА ЛРП6 У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ И НЕОБСТРУКТИВНОМ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Абидаев М.Ю., Юсупова А.О., Пахтусов Н.Н.,

Слепова О.А., Беленков Ю.Н.

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)

Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) сохраняет лидирующую позицию среди основных причин смертности во всем мире, в том числе и в России. У больных стабильной ИБС наряду с обструктивным поражением коронарных артерий (КА) могут быть и гемодинамически незначимые стенозы КА (менее 50%). Необструктивное поражение КА обнаруживается у женщин (50–70%) чаще, чем у мужчин (30–50%). Имеются неоднозначные сведения о роли микроРНК-21 в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). По данным Surina и др. микроРНК может защищать кардиомиоциты от апоптоза при инфаркте миокарда. Weibei Dai и соавт. пришли к выводу, что данная микроРНК способствует прогрессированию атеросклероза КА, дестабилизации бляшек в КА и может быть потенциальным биомаркером для диагностики и оценки прогноза у пациентов с ИБС. Gwang-woong Go и соавт. установили, что связанный с рецептором липопротеинов низкой плотности белок 6 (ЛРП6) является регулятором гомеостаза липидов. С. Mineo и др. предполагают, что возможно использование данного белка в качестве маркера диагностики необструктивного поражения КА у больных ИБС. Цель – оценить экспрессию микроРНК-21 и белка ЛРП6 у больных стабильной ИБС с обструктивным и необструктивным поражением КА.

Материал и методы:

В исследование включены 45 пациентов со стабильной ИБС, которых по результатам коронароангиографии разделили на 2 группы: I группа – 15 пациентов (из них – 11 мужчин (73,3%)), средний возраст $65,60 \pm 7,39$ лет, индекс массы тела (ИМТ) $26,44 \pm 3,72$ кг/м² с обструк-

тивным поражением КА (оИБС); II группа – 15 пациентов (4 мужчин (26,7%), средний возраст $66,87 \pm 6,36$ лет, ИМТ $26,17 \pm 3,28$ кг/м²) с необструктивным поражением КА (ноИБС). В группу контроля включили 15 здоровых добровольцев (6 мужчин (40%); средний возраст $32,87 \pm 7,05$ лет; ИМТ $23,69 \pm 3,62$ кг/м²). Экспрессию микроРНК-21 в плазме крови оценивали с помощью полимеразной цепной реакции в реальном времени, используя набор MiScript SYBR Green PCR Kit (Qiagen, Hilden, Germany; номер по каталогу: 218073). Оценку уровня экспрессии проводили в тройной повторности для анализируемой микроРНК. Концентрацию белка ЛРП6 определяли методом ИФА на ИФА-анализаторе Adaltis Personal Lab (Италия).

Результаты:

При сравнении групп пациентов с различными фенотипами ИБС были выявлены статистически значимые различия экспрессии микроРНК-21. Наиболее высокий уровень экспрессии наблюдался во II группе 0,10 REU [0,05-0,15], наименьший уровень экспрессии был в группе I группе 0,03 [0,02-0,08] ($p=0,014$). При сравнении экспрессии микроРНК-21 в группе контроля 0,08 REU [0,07-0,29] с группой пациентов оИБС также отмечались статистически значимые различия ($p=0,040$). У больных с необструктивным поражением КА отмечено максимальное повышение уровня ЛРП6 до 13,04 нг/мл [12,39-13,66] в сравнении с II группой – 10,50 [9,90-10,90] нг/мл ($p < 0,001$). Статистически значимые различия имелись между уровнем ЛРП6 в группе ноИБС ($p < 0,001$).

Заключение:

Можно предположить, что более высокая концентрация LRP-6 и повышенные уровни экспрессии микроРНК-21 могут быть ассоциированы с формированием необструктивной ИБС. Дальнейшие исследования позволят уточнить роль данной микроРНК и LRP-6 в патогенезе различных фенотипов поражения коронарного русла и изучить их потенциал в качестве диагностических биомаркеров ноИБС.

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТОВ

Фролов А.В., Вайханская Т.Г., Воробьев А.П., Мельникова О.П., Козлов И.Д., Апанасевич В.В.
ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Риск развития мозгового инсульта у пациентов с пароксизмальной или асимптомной формой фибрилляции предсердий (ФП) сопоставим с риском при персистирующей и перманентной формах заболевания. Случайный характер выявления скрытых форм ФП затрудняет диагностику и начало превентивного лечения пациентов с потенциально высоким риском инсульта. Существующие шкалы оценки риска ФП имеют популяционный характер, что ограничивает их персонализированное применение. Для повышения точности прогноза целесообразно использовать показатели, отражающие электромеханическую нестабильность предсердного цикла (Soliman E.J. et al., 2009; Skow M. et al., 2018; Nielson J. et al., 2019). Цель исследования: разработать метод оценки вероятности возникновения ФП и мозгового инсульта на основе ЭКГ высокого разрешения при синусовом ритме.

Материал и методы:

Обследовано 230 пациентов в возрасте 63 [52,72] года, страдающих стабильной АГ и/или ИБС, I–III функционального класса (ФК) по NYHA. Мужчины составили 66,1%. Первичными конечными точками были зарегистрированные пароксизмы ФП и инсульты, выявленные с помощью ХМ-ЭКГ, при интеррогировании имплантированных ЭКС или на основании данных истории болезней. Проводилась 2-5 мин. регистрация ЭКГ-12 при синусовом ритме с анализом прецизионных параметров Р-волны, отражающих электрическую нестабильность активации предсердий. Оценивались следующие показатели: низкоамплитудная Ра $< 0,10$ мВ во II отведении; длительность Pd > 120 мс; межпредсердная блокада (МПБ); аномальная терминальная фаза Р-волны (PTFV1); индекс «морфология-вольтаж-длительность» MVP > 3 баллов. Для анализа параметров Р-волны использовалась разработанная нами компьютерная программа «Интекард 8.1». Дополнительно выполнялась эхокардиография.

Результаты:

В течение периода наблюдения 38 [30, 56 месяцев] у 45 из 230 пациентов (19,6%) были зарегистрированы пароксизмы ФП. Среди них у 11 пациентов произошел инсульт, а у 7 – летальный исход. Пациенты с ФП и инсультами были значительно старше, чем пациенты с сохраненным синусовым ритмом: $65,3 \pm 12,2$ года против $58,9 \pm 14,1$ года ($p=0,005$). Многофакторный анализ Кокса позволил выделить ряд независимых факторов риска и сформировать уравнение прогностической модели: $\lambda(t/X) = \exp(2,08 \cdot АГ + 1,5 \cdot III NYHA + 7,37 \cdot МПБ + 1,10 \cdot PTFV1)$, где $\lambda(t/X)$ – функция риска в зависимости от времени t и набора предикторов X , АГ =1, при наличии артериальной гипертензии, в противном случае – 0; III NYHA=1, при ФК III по NYHA, в противном случае – 0; МПБ=1 при наличии межпредсердной блокады, в противном случае – 0; PTFV1=1 при < -4 мВ·мс, в противном случае – 0. Характеристики модели: $-2LL=39450$; $\chi^2=1012$; $p=0,0001$.

Заключение:

Разработанный метод оценки вероятности развития ФП или инсульта на основе данных ЭКГ при синусовом ритме позволяет индивидуализировать идентификацию пациентов с высоким риском мозговых и тромбоэмболических осложнений.

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ МЕТОДИКА БИОПСИИ МИОКАРДА В ДИАГНОСТИКЕ НЕКОРОНАРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЦА.

Иванов А.В., Алиярова С.Р., Алияров Р.А., Шаббаев Р.М.
ФГБУ «НМИЦ ВМТ – ЦВКГ им. А.А. Вишневского»
МО РФ, г. Красногорск, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Проанализировать результаты 27 эндомиокардиальных биопсий у пациентов с различными некоронарогенными заболеваниями миокарда.

Материал и методы:

В период 2021-2024 года в «Национальный медицинский исследовательский центр высоких медицинских технологий имени А.А. Вишневского» Минобороны России было выполнено 27 диагностических биопсий миокарда у пациентов с клиникой некоронарогенных заболеваний миокарда. Из них 22 пациента мужчины и 5 женщин. Возраст варьировал от 19 до 68 лет (средний возраст 44 года).

Результаты:

Среди 27 исследованных пациентов (100%) воспалительные заболевания миокарда выявлены в 16 (59,2%) случаях. Воспалительные заболевания перикарда в 4 (14,8%) наблюдениях. Воспалительных изменений не было выявлено у 7 (25,9%) пациентов. Из 16 (59,2%) воспалительных заболеваний миокарда: в 8 (50%) случаях иммуногистохимические признаки воспалительного заболевания миокарда выявились у больных с кардиомиопатиями (гипертрофической, аритмогенной). У 3 (18,7%) обнаружен миокардит с амилоидозом стенки. У 5 (31,2%) наблюдениях диагностирован миокардический кардиосклероз. Данные вирусологического исследования миокарда: вирусный геном выявлен в миокарде у 14 (51,8%) больных из 27: в 9 (64,2%) случаях это была моноинфекция парвовирусом В19, в 4 (28,5%) наблюдениях – его сочетание с вирусом герпеса 6 типа и еще у 1 (7,14%) пациента – моноинфекция SARS-CoV-2 (тяжелый острый респираторный коронавирусный синдром).

Заключение:

У всех 27 больных условием высокой информативности эндомиокардиальной биопсии является нозологический принцип отбора. Полученные данные подчеркивают необходимость проведения биопсии миокарда в тех случаях, когда клинические проявления заболевания нельзя объяснить основной патологией.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДВУХЭТАПНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ STEPS В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

НАРЗУЛЛАЕВА А.Р.¹, РАХИМОВ З.Я.¹, МУХСИНСОДА Г. М.², ТАБАРОВ А.И.^{1,3}, ЗОКИРОВ Б.Н.³

¹ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», г. Душанбе, Республика Таджикистан;

²Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ, г. Душанбе, Республика Таджикистан;

³ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии», г. Душанбе, Республика Таджикистан

Введение (цели/ задачи):

Сердечно-сосудистые заболевания как компонент основных неинфекционных заболеваний на протяжении более половины века занимают лидирующие позиции в качестве причин смертности как во всем мире, так и в Республике Таджикистан, в частности. Так доля смертности от неинфекционных заболеваний (НИЗ) в Республике Таджикистан (РТ) составляет 73,2%, тогда как от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) – 46,2%. Хотя в 2021 году рейтинг смертности от ССЗ в Восточно-Европейском регионе и Центральной Азии замыкает РТ 170,9 на 100 тыс. нас. и он близок по своей позиции к таким странам как Иран – 198,7, Швейцария – 227,5, Кыргызстан – 228,5 и к общемировым показателям – 246,0 на 100 тыс. населения, тогда как возглавляет в Российской Федерации, этот показатель составляет 648,4 на 100 тыс.нас., в РТ профилактика и контроль факторов риска ССЗ и НИЗ является приоритетным направлением здравоохранения и масштаб их распространённости позволит рассчитать объём и глубину профилактических вмешательств. Цель исследования. Оценить вклад поведенческих и биологических факторов риска в развитие сердечно-сосудистых заболеваний для последующей разработки популяционных вмешательств по результатам эпидемиологического исследования STEPS6 ВОЗ

Материал и методы:

Проведено двухэтапное эпидемиологическое исследование STEPS по методологии ВОЗ в 2016 и 2023 году с охватом 4 областей Республики Таджикистан. Исследование включало интервьюирование респондентов, антропометрические измерения и забор биологического материала для лабораторных исследований. Распространённость основных факторов риска НИЗ была оценена на репрезентативной выборке (многоступенчатая кластерная случайная выборка) взрослого населения в возрасте 18-69 лет (в 2016 году – 2718 человек, в 2023 году – 2551 человек). Исследование последовательно проведено в домохозяйствах обследование, состояло из трех этапов. Этап 1 включал оценку уровня распространённости поведенческих факторов риска (курение, употребление алкоголя, физическая активность, потребление фруктов и овощей) с использованием стандартного структурированного вопросника. Этап 2 включал физические измерения: вес, рост, окружность талии и бедер, измерения артериального давления и частоты сердечных сокращений. Этап 3 предусматривал проведение анализа крови на глюкозу и липиды

Результаты:

В Республики Таджикистан в 2016 и в 2023 году было проведено 3-х этапное эпидемиологическое исследование STEPS, которое отразило распространённость основных факторов риска НИЗ в РТ: наблюдается относительно небольшое снижение таких поведенческих факторов риска, таких как гиподинамия (с 28,3% до 24,7% (P<0,001)), низкое употребление фруктов (с 62,7% до 52,2% (P<0,001)), употребление соли (с 31,2 до 21,6% (P<0,001)), употребление табака (с 13,5% до 13,1% (P=0,63)), злоупотребление алкоголем (с 5,0% до 1,9% (P<0,001)). Исследование продемонстрировало рост избыточной массы тела и ожирения, так доля лиц, имеющих ожирение в 2016 года составила 13,5%, в 2023 году увеличилась до 16,9% (P<0,001), немного увеличилось количество лиц с избыточной массой тела с 33,2% до 33,9% (P=0,60), и в целом общий показатель ожирения и избыточной массы тела вырос с 46,7% до 50,8% (P=0,33), соответственно. При этом объём талии 94 см и выше, что является критерием абдоминального ожирения – у мужчин встречается 13,8%, соответственно у женщин 80 см и выше – в 82,5%,

показатели индекса объёма талии к объёму бедер выше 0,9 у мужчин составили 22,3% и более 0,85 у женщин составил 74,2%. Наблюдается небольшое снижение распространённости АГ на 1,7%: с 32,2% до 30,5%. Увеличилось количество лиц, у которых при исследовании АД не было выявлено АГ: с 51,2% до 56,5%. Уменьшилась доля лиц, которым никогда не измерялось АД: с 34,9% до 27,2%, и доля лиц с выявленной АГ: с 13,9% до 11,6%. Более чем в 2 раза увеличилась доля принимающих антигипертензивную терапию (АГТ) с 13,0% до 26,9%, однако при увеличении показателя контролируемого АД с 4,0% до 11,4%, параллельно увеличился показатель неконтролируемого АД у принимающих АГТ с 9,0% до 15,5%. Также исследование STEPS свидетельствует об относительно высокой распространённости нарушенной гликемии натощак – 6,5% и повышенном уровне глюкозы натощак – 4,5% в 2016 году, которые в 2023 года значительно выросли до 10,2% и 6,9% соответственно (P<0,001). Увеличилась распространённость гиперхолестеринемии с 10,4% до 13,5% (P<0,001). Улучшились такие показатели профилактики сердечно-сосудистых осложнений, как приём аспирина с 2,0% до 3,2% и статинов с 0,5% до 1,9%.

Заключение:

Несмотря на выявленную положительную динамику в снижении прироста распространённости АГ как индикатора Национальной стратегии профилактики и контроля НИЗ с 2013-2023 гг. и результатов внедрения клинических протоколов, основанных на инструментах PEN и HEARTS, ВОЗ, а также улучшение показателей выявления и контроля не только АГ, но и ССЗ, 15,5% больных нуждаются в улучшении медикаментозной терапии и доступа к ней, а показатели приёма аспирина и статинов все еще очень низкие, что требует дальнейших совместных действий в этом направлении. Кроме того, учитывая рост гипергликемии и ожирения необходимо также уделить внимание не только профилактическим мероприятиям, но как в случае с антигипертензивной терапией увеличить доступ и улучшить качество медикаментозной коррекции этих метаболических нарушений путём усиления программ обучения медицинского персонала профилактики и контролю НИЗ.

ЭТИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГРАМПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ В ИНФЕКЦИИ КРОВОТОКА У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Литвинова Т.И.¹, Глуткина Н.В.², Пашковский А.Р.³, Янович Р.В.¹, Чернова Н.Н.¹, Белявский Н.В.²

¹Учреждение здравоохранения «Гродненская университетская клиника», г. Гродно, Республика Беларусь;

²УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь;

³УЗ «Гродненский областной клинический кардиологический центр», г. Гродно, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Распространение в медицинских стационарах штаммов устойчивых микроорганизмов существенно снижает эффективность антибактериальной терапии. Без сомнений, целенаправленная оценка устойчивости возбудителей инфекций к антибактериальным препаратам представляет собой один из эффективных путей к профилактике антибиотикорезистентности и рациональному назначению антибактериальных препаратов. Целью данного исследования явилось изучение роли грамположительных возбудителей в развитии инфекций кровотока у кардиохирургических пациентов и уровня их резистентности для оптимизации антибактериальной терапии.

Материал и методы:

Объектом исследования явился клинический материал пациентов кардиохирургического профиля из различных локусов, в т.ч. кровь. Предметом изучения явились чистые культуры аэробных и факультативно-анаэробных бактерий, полученные из клинического материала пациентов за 2023 и 2024 годы. Тестирование чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам проводилось на автоматическом анализаторе Vitek 2 compact, обработка данных выполнялась с помощью компьютерной программы WHONET 5.6. Для характеристики резистентности использовались два термина – «чувствительные (S)» и «устойчивые (R)».

Результаты:

Оценка распространенности ключевых возбудителей инфекций, уровень и динамика их резистентности проведена с использованием международных рекомендаций критериев оценки и интерпретации результатов. Всего из клинического материала пациентов было выделено 388 штаммов, из них из крови 74, что составило 19,1% от всех штаммов. Среди штаммов, выделенных из посевов крови преобладали грамположительные возбудители – 56 (75,7%), из них стафилококки – 73,2% и энтерококки – 19,6%, прочие грамположительные штаммы – 7,2%. Структура штаммов стафилококка распределилась следующим образом: *Staphylococcus epidermidis* – 39%, *Staphylococcus aureus* – 24,4%, *Staphylococcus hominis* – 21,9%, *Staphylococcus hemolyticus* – 9,8%, прочие стафилококки – 4,9%. Удельный вес грамотрицательных возбудителей составил 24,3%, среди которых преобладают грамотрицательные бактерии составили – 16,7% преимущественно за счет штаммов *Acinetobacter baumannii* и *Pseudomonas aeruginosa*. В структуре прочих грамотрицательных штаммов выделены представители семейства *Enterobacteriaceae*, что составило 83,3% в основном за счет штаммов *Klebsiella* и *Escherichia coli*. При анализе уровня резистентности ведущих грамположительных возбудителей получены следующие Штаммы *Staphylococcus epidermidis* к оксациллину резистентны в 57,1% случаев, к ванкомицину, тейкопланину, линезолиду, фосфомицину изоляты *Staphylococcus epidermidis* проявили 100% чувствительность. Штаммы *Enterococcus faecalis*, выделенные из крови пациентов кардиохирургического профиля проявляют хорошую чувствительность к тестируемым антибиотикам: моксифлоксацин S=100%, ванкомицин S=100%, ампициллин S=100%, полная резистентность отмечается к триметоприму/сульфаметаксазолу R=100%. Среди *Staphylococcus aureus* MRSA – штаммы не получены, что демонстрирует широкую возможность выбора среди антимикробных препаратов в отношении данного возбудителя.

Заключение:

По результатам проведенной оценки распространенности возбудителей инфекций кровотока у пациентов кардиохирургического профиля следует, что преобладают грамположительные возбудители, среди которых ведущая роль сохраняется у штаммов семейства стафилококка и энтерококка, что позволяет отнести данные возбудители к этиологически значимым. Следует отметить, что среди штаммов семейства стафилококка отмечается устойчивое сохранение в качестве этиологического возбудителя бактериемии *Staphylococcus epidermidis*, а резистентность *Staphylococcus epidermidis* к оксациллину составила 57,1%. Полученные данные являются крайне важными для понимания приоритетной роли грамположительных возбудителей в развитии инфекций кровотока у кардиохирургических пациентов, а выявленные особенности этиологии и антибиотикорезистентности указанных патогенов составляют основу выбора антимикробного препарата для эмпирической и этиотропной терапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЛОКАТОРОВ F-КАНАЛОВ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Бегдамирова А.А.

Азербайджанский медицинский университет,
г. Баку, Республика Азербайджан

Введение (цели/ задачи):

Антиаритмическое и антиангинальное терапия у пожилых больных при артериальной гипертензии позволяет свести риски к минимуму, способствуют снятию гемодинамической нагрузки и регуляции частоты сердечных сокращений. Целью исследования является изучение применения ивабрадин комплексном лечении у пожилых больных при артериальной гипертензии (АГ) с нарушением ритма сердца.

Материал и методы:

В данном исследовании оценивали эффективность терапии результатами клинических и инструментальных исследований. Всем больным было проведено клинические инструментально-лабораторные исследования. Лечение было начато с назначения антиаритмических препаратов: ивабрадина в дозе 5 мг, с дальнейшим повышением до 15 мг. Клиническое исследование проводилось на группе из 55 больных в возрасте от 65-75 лет. Лечение контролировалось по следующим па-

раметрам: частота приступов аритмии, наличие и частота мерцательной U и экстрасистолии, ЭКГ-признаки ишемии (динамика зубца T), ЧСС, АД и с уровнем кардиомаркеров в плазме крови. В результате лечения было выявлено, что добавление изучаемых препаратов приводит к более быстрой клинической динамике и улучшению выбранных показателей по сравнению с контрольной группой.

Результаты:

Результаты этого клинического исследования показали высокую эффективность блокатора f-каналов – ивабрадина – у пациентов диагнозом АГ с нарушением ритма сердца. Выраженный положительный эффект был получен во всех случаях лечения. Объективные и субъективные результаты по следующим параметрам: снижение частота приступов стенокардии, наличие и частота мерцательной аритмии и экстрасистолии, ЭКГ-признаки ишемии (динамика зубца T), ЧСС, АД и другие.

Заключение:

В заключение было показано, что добавление изучаемого препарата приводит к более быстрой клинической динамике и улучшению выбранных показателей

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ МОНАКОЛИНА К В СРАВНЕНИИ СО СТАТИНАМИ ПРИ КОРРЕКЦИИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ С ЛЕГКОЙ И УМЕРЕННОЙ ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Мамедова Г. Г., Кахраманова С.М., Азизов В.А.

Азербайджанский медицинский университет,
г. Баку, Республика Азербайджан

Введение (цели/ задачи):

Дислипидемия является одним из ключевых факторов риска развития атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). В последние годы растет интерес к нутрицевтикам, обладающим гиполипидемическим эффектом. Одним из наиболее изученных нутрицевтиков является монаколин К – биоактивное вещество, содержащееся в красном дрожжевом рисе (КДР). Цель исследования: Оценка эффективности и безопасности применения монаколина К в сравнении с низкодозовыми статинами при коррекции липидного профиля у пациентов с легкой и умеренной дислипидемией. Задачи: Изучить влияние монаколина К в высокой дозе на показание липидного спектра крови, на фоне изменения образа жизни и диетотерапии, у пациентов с легкой и умеренной дислипидемией, с низким и пограничным сердечно-сосудистым риском (ССР).

Материал и методы:

В исследование были включены 50 пациентов (мужчины и женщины в возрасте 40–65 лет) с дислипидемией легкой и умеренной степени, у которых уровень липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) находился в диапазоне 100–130 мг/дл. Пациенты были распределены на три группы. Первая группа (20 человек) получала высокую дозу монаколина К (6,9 мг/сут) в сочетании с диетой. Вторая группа (15 человек) придерживалась только диетических рекомендаций без медикаментозной терапии. Третья группа (15 человек) получала розувастатин в стандартной дозировке (31,5 мг/сут) в сочетании с диетой. Длительность исследования составила 12 недель. До начала терапии и после её завершения у всех пациентов определяли уровень общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и триглицеридов (ТГ).

Результаты:

После 12-недельного курса терапии было зафиксировано снижение уровня липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) во всех трех группах. В группе, получавшей высокие дозы монаколина К, снижение составило в среднем – 14,2% ($p < 0,01$), что было сопоставимо с динамикой в группе розувастатина – 16,8% ($p < 0,01$). У пациентов, придерживавшихся только диеты, наблюдалось менее выраженное снижение показателя – 5,4%. Изменения уровня триглицеридов были менее выраженными. В группе монаколина К снижение составило 7,8%, в группе розувастатина – 9,2% ($p < 0,01$), а в группе диетотерапии – 3,5%.

Заключение:

Результаты исследования показали, что применение высоких доз монаколина К приводит к значительному снижению уровня холестерина липопротеинов низкой плотности и триглицеридов, сопоставимому с терапией розувастатином, но при этом лучше переносится пациентами.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТИМУЛЯЦИИ ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА В СРАВНЕНИИ СО СТИМУЛЯЦИЕЙ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Плащинская Л.И., Часнойть А.Р., Гончарик Д.Б., Барсукевич В.Ч., Анасович Д.В., Савченко А.А., Савенко С.С., Макаровец К.О.

ГУ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Сравнить эффективность стимуляции проводящей системы сердца (Гис-стимуляция и стимуляция области левой ножки пучка Гиса (ЛНПГ)) со стимуляцией правого желудочка (ПЖ) при показаниях к электрокардиостимуляции (ЭКС) с потенциально высоким процентом желудочковой стимуляции у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и сохранной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ).

Материал и методы:

В исследуемую группу были включены 16 пациентов с сохранной ФВ ЛЖ, которые были разделены методом рандомизации с помощью конвертов на две подгруппы: имплантация ЭКС со стимуляцией ПЖ – 6 человек (37,5%) и имплантация в систему Гиса – 10 человек (62,5%). Средняя ширина комплекса QRS до имплантации ЭКС в обеих группах была сопоставима и составила в группе ЭКС в ПЖ $113,0 \pm 20,5$ мсек, а в группе Гис – $115,0 \pm 30,8$ мсек ($p = 0,9$), ФВ ЛЖ в группе ЭКС в ПЖ – $50,0 \pm 6,0\%$ и в группе Гис – $50,4 \pm 8,4\%$ ($p = 0,2$). Постоянную тахисистолическую форму фибрилляции предсердий имели более 60% пациентов, которым в последующем была выполнена катетерная абляция атриовентрикулярного узла.

Результаты:

Сравнивая динамику повышения ФВ ЛЖ через 6 месяцев после имплантации ЭКС в 2-х подгруппах с сохранной ФВ ЛЖ, несмотря на то, что ФВ ЛЖ в подгруппе ПЖ-стимуляции уменьшилась незначительно, разница в динамике среди двух подгрупп получилась достоверной в 6,6% ($p=0,01$). Динамика повышения ФВ ЛЖ за 6 месяцев при стимуляции проводящей системы сердца составила 5,8% (95% ДИ 3,9-11,2), ФВ у пациентов с ПЖ-стимуляцией уменьшилась на 0,8% (95% ДИ 0,5-6,4). Достоверной динамики в оценке показателей Эхо-диссинхронии у лиц с сохранной ФВ ЛЖ, независимо от вида кардиостимуляции, мы не получили. Динамика уменьшения ширины комплекса QRS в группе с Гис-стимуляцией составила $15,6 \pm 8,8$ мсек (95% ДИ 6,1-16,1), при ПЖ-стимуляции увеличилась на $11,3 \pm 4,2$ мсек (95% ДИ 10,8-20,9), составив достоверную разницу в 26,9 мсек ($p=0,001$). Также были выявлены статистически значимые корреляции в группе Гис-стимуляции: отрицательная взаимосвязь между Δ ФВ ЛЖ и исходным конечным диастолическим объемом (КДО) ЛЖ (коэффициент корреляции Спирмена $r = -0,7$, $p \leq 0,05$) и отрицательная взаимосвязь между возрастом и динамикой уменьшения комплекса QRS (коэффициент корреляции Спирмена $r = -0,6$, $p \leq 0,05$).

Заключение:

У пациентов с ХСН с сохранной ФВ ЛЖ с высоким процентом кардиостимуляции через 6 месяцев после имплантации ЭКС в проводящую систему сердца отмечается достоверная положительная динамика в пользу увеличения ФВ ЛЖ и уменьшения ширины комплекса QRS в сравнении с правожелудочковой стимуляцией. Чем больше исходно КДО ЛЖ, чем меньше преимуществ в увеличении ФВ ЛЖ у пациентов с Гис-стимуляцией, а также чем моложе возраст пациентов с Гис-стимуляцией, чем более значимо уменьшается ширина комплекса QRS.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УДАЛЕННОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЯ LADA-ДИАБЕТА

Чумалева Ш.Р., Беленков Ю.Н., Кожевникова М.В., Зекцер В.Ю., Панова А.Л.

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

LADA-диабет – редкое заболевание, которое требует динамического

наблюдения в связи с необходимостью назначения инсулинотерапии. LADA определяется как сахарный диабет, который проявляется у людей во взрослом возрасте, проявляя клинические характеристики, напоминающие сахарный диабет 2 типа, в отношении возраста начала и метаболического профиля на момент постановки диагноза, а также выявляя наличие аутоантител ассоциированных с сахарным диабетом 1 типа. Пациенты, имеющие в анамнезе LADA-диабет, чаще всего оказываются людьми трудоспособного возраста, которым необходима активная продолжительность жизни.

Материал и методы:

Пациент 66 лет с LADA-диабетом и Гипертонической болезнью в анамнезе поступил в кардиологическое отделение с неконтролируемыми уровнями гликемии и цифрами артериального давления: гликемия до 23 ммоль/л в течение дня, цифры АД до 170/90 мм рт. ст. Была скорректирована антигипертензивная терапия в виде подобранной комбинации Амлодипина 10 мг и Телмисартана 80 мг, терапия дислипидемии – Аторвастатин 40 мг. Также в клинике проводилась коррекция инсулинотерапии с последующим наблюдением: аналог человеческого инсулина длительного действия Левемир 12 ЕД в 08:00, 10 ЕД в 22:00; и аналог человеческого инсулина ультракороткого действия Хумалог из расчета 1ХЕ : 1,5ЕД п/з., 1ХЕ : 1ЕД п/о., п/у. На фоне подобранной инсулинотерапии отмечались эпизоды гипогликемии, в связи с чем, учитывая вариабельность гликемии в течение дня и с целью упрощения сахароснижающей терапии, была проведена замена базального инсулина Левемира на аналог человеческого инсулина сверхдлительного действия Тресибя 16 ЕД с титрацией дозы до 18 ЕД. Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии под удаленное наблюдение чат-бота в мессенджере Telegram со специально разработанными алгоритмами опроса, в связи с эпизодами гипогликемии и нестабильностью цифр АД. На фоне удаленного наблюдения были выявлены эпизоды гипогликемии и повышения цифр АД, что потребовало коррекции АГТ и инсулинотерапии.

Результаты:

Спустя месяц удаленного наблюдения отмечается положительная динамика в виде достижения целевых уровней гликемии (гликемия натощак 6,0-6,5 ммоль/л) и цифр АД (>130/80 мм рт. ст.).

Заключение:

Использование удаленного наблюдения коморбидного пациента с АГ и СД может помочь достичь целевых показателей контроля над заболеваниями и снизить риск осложнений, что может иметь важное практическое значение для телемедицины и дистанционного мониторинга пациентов с компонентами метаболического синдрома. С использованием дистанционного наблюдения врачи могут отслеживать показатели пациентов в режиме реального времени. Это позволит быстро реагировать на изменения в состоянии здоровья и корректировать лечение в соответствии с актуальными данными, а не на основе периодических осмотров.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ БИСПРОЛОЛА С АМЛОДИПИНОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Торопчин В.И., Чуменко О.Г.

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки» Минздрава России, г. Луганск, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Лечение больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и мягкой и умеренной артериальной гипертензией (АГ) предполагает прием многих лекарственных препаратов, что существенно уменьшает приверженность к лечению. Поэтому при лечении данных больных является актуальным назначение фиксированных комбинаций препаратов, которые снижают артериальное давление (АД), чистоту сердечных сокращений (ЧСС), уменьшают симптомы ИБС и обеспечивают надежную кардиоваскулярную защиту. Цель: оценить эффективность фиксированной комбинации бета-блокатора (биспролол 5 мг) с антагонистом кальция (амлодипин 5 мг) у больных со стабильной стенокардией II- III ФК и артериальной гипертензией, касательно снижения артериального давления и ЧСС на протяжении стационарного этапа лечения.

Материал и методы:

В исследования включено 15 больных (9 мужчин, 6 женщин), возрастом от 44 до 73 лет (средний возраст – (54,7 + 3,5) года) с мягкой и умеренной артериальной гипертензией и стабильной стенокардией II-III ФК. Все больные принимали бисопролол 5 мг и амлодипин 5 мг в сутки. Наблюдение проводилось на протяжении 14 дней во время нахождения в стационаре. Анализ гемодинамических показателей и эффективности гипотензивной терапии проводился с помощью трехразового измерения АД и определения ЧСС (пульсоксиметр ChoiceMMedMD 300).

Результаты:

Анализ динамики АД свидетельствует о существенном снижении показателей у больных во время двухнедельного лечения в терапевтическом отделении. Систолическое артериальное давление (САД) снизилось с (177,74±4,8) до (125,66±3,75) мм ртутного столба (на 29%, $p<0,05$). Диастолическое артериальное давление (ДАД) – с (92,67±2,81) до (63,58±9,4) мм ртутного столба (на 31%, $p<0,05$). Эффективность назначенной комбинации определялась на 3 сутки лечения, понизив САД до (140,42±3,23) мм ртутного столба (на 20%, $p<0,05$). Также у этих больных наблюдалось достоверное снижение ЧСС с (96,42±3,44) до (66,75±1,85) ударов/мин (на 30,7%, $p<0,05$).

Заключение:

Назначенная фиксированная комбинация бисопролола и амлодипина у больных со стабильной стенокардией II-III ФК в сочетании с мягкой и умеренной артериальной гипертензией позволяет эффективно решить практические задачи, с которыми встречается врач в своей повседневной практике, а именно: нормализовать уровень АД и ЧСС и снизить частоту, интенсивность и продолжительность приступов стенокардии.

ЭФФЕКТЫ РЕ-ОКСИ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

САХАРЧУК А.Ю.¹, ЕГЛЕ А.П.², ЧЕРЕНЕВА Л.А.¹,
ЛЕБЕДЕВА Н.Б.¹, АРГУНОВА Ю.А.¹

¹ФГБНУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний,
г. Кемерово, Российская Федерация;

²ГБУЗ «Кузбасский клинический кардиологический диспансер имени академика Л.С. Барбараша», г. Кемерово, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Использование умеренной дозируемой гипоксии в режиме повторных кратковременных эпизодов является патогенетически обоснованным и клинически перспективным в качестве метода реабилитации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Вместе с тем, ее безопасность и эффективность у пациентов, перенесших коронарное шунтирование (КШ) не изучены. Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность интервальной гипоксии (ре-окси терапии) на стационарном этапе реабилитации пациентов, перенесших КШ.

Материал и методы:

В исследование включено 32 пациента, переведенных на стационарный этап реабилитации на 7-10 сутки КШ. Все пациенты получали физические тренировки (ФТ) и были рандомизированы на две группы. Пациенты группы 1 в дополнение к ФТ получили 10-14 ежедневных курсов ре-окси терапии по 40 минут. Пациенты группы 2 составили группу сравнения. На этапе рандомизации группы были сопоставимы по возрасту (65,5 (52,1;75,3) и 64 (49,6; 72,4) лет соответственно, $p=0,25$), полу (5 (31,2%) и 7(43,7%) мужчин, $p=0,34$), интраоперационным характеристикам и медикаментозной терапии. До начала реабилитации (7-10 сутки после КШ) и при выписке на амбулаторный этап (на 20-24 сутки после КШ) у всех пациентов проводились тест шестиминутной ходьбы (ТШХ), велоэргометрия (ВЭМ) и эхокардиография.

Результаты:

До начала реабилитационных мероприятий в группах 1 и 2 соответственно дистанция ТШХ составила 364,7±28,75 м и 363,0±69,50 метров ($p=0,11$), фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) по Симпсону 62,5±5,99% и 65,0±6,46% ($p=0,87$), толерантности к физической нагрузке (ТФН) по ВЭМ 58,8±15,48 Вт и 50,0±12,91 Вт ($p=0,43$). При выписке в группе 1 дистанция ТШХ составила 416,8±50,74 м и увеличи-

лась по сравнению с исходным значением на 14,3% ($p=0,002$). В группе 2 дистанция ТШХ значимо не изменилась и составила 391,0±84,86 м ($p=0,08$ по сравнению с исходным). Толерантность к физической нагрузке увеличилась в обеих группах, но в группе ре-окси терапии более значительно: 70,0±18,15 и 62±16,68 соответственно, $p=0,045$. Фракция выброса ЛЖ в группе 1 увеличилась на 6,2%, в контрольной – на 1,5% ($p=0,03$). Ни у кого из пациентов не было зарегистрировано никаких нежелательных явлений или отказа от ре-окси терапии.

Заключение:

Проведение ре-окси терапии на стационарном этапе реабилитации в дополнение к ФТ у пациентов, перенесших КШ, безопасно и позволяет более эффективно повысить толерантность к физическим нагрузкам.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

А

АБДУКАДИРОВА Н.М.	23, 29
АБДУРАХМАНОВА И.З.	21
АБИДАЕВ М.Ю.	60
АБИЕВА Э.М.	50
АБИШЕВ А.М.	5, 53
АГАНИЯЗОВ А.Ж.	45
АГИЕНКО А.С.	17
АЗАРОВ А.В.	29
АЗИЗОВ В.А.	21, 63
АЙБАЗОВА Ф.У.	32
АЙРАПЕТЯН А.В.	23
АКЕНТЬЕВА Н.П.	17
АЛЕЙНИКОВА Т.В.	37
АЛЕКСЕЕВА Р.И.	12, 21, 49
АЛЁХИНА М.Н.	58
АЛИМОВА Д.А.	47
АЛИЯРОВА С.Р.	61
АЛИЯРОВ Р.А.	61
АЛЛАГУЛЫЕВ К.Б.	45
Аль Ахдал М.Х.	7
АМАНАТОВА В.А.	27
АМЕЛИН В.В.	56
АМЕЛЮШКИНА В.А.	19, 58
АМИРКУЛОВ Б.Дж.	54
АНАСОВИЧ Д.В.	64
АНДРЕЕВА А.В.	25
АНДРЕЕВА Е.В.	33
АНДРЕЕВА Ю.А.	25
АНДРЕЕВСКАЯ М.В.	45
АНДРУСЯК А.Ю.	16
АНИКИН В.В.	33
АННАНИЯЗОВА С.А.	45
АНТОНОВ Ю.А.	17
АПАНАСЕВИЧ В.В.	61
АРГУНОВА Ю.А.	44, 65
АРДАШЕВ В.Н.	26, 27, 38
АРДУС Д.Ф.	27
АРИПОВ О.А.	46
АРОНОВ Д.М.	13
АРТАМОНОВА Г.В.	17
АРТЮШКОВА Е.Б.	60
АРХИПОВ О.Г.	14
АТАЖЫКОВ Б.С.	45
АХМЕДОВА Д.Т.	47
АХМЕДОВА Т.А.	50
АЧИЛОВ Ф.К.	29

Б

БАБАЕВА Н.З.	59
БАГРИЙ А.Э.	16
БАЗАРОВ Б.Ч.	45
БАЗДЫРЕВ Е.Д.	4
БАЙРАМОВА Г.Э.	59
БАЛАХОНОВА Т.В.	5, 7, 45, 53
БАРБАРАШ О.Л.	4, 22, 46

БАРСУКЕВИЧ В.Ч.	44, 64
БАРСУКОВ А.В.	23
БЕГДАМИРОВА А.А.	51, 63
БЕДЖАНЯН А.Л.	12
БЕЗДЕНЕЖНЫХ А.В.	22, 46
БЕЗДЕНЕЖНЫХ Н.А.	22, 46
БЕЙЛИНА Н.И.	20
БЕЛЕНКОВ Ю.Н.	7, 22, 34, 35, 52, 60, 64
БЕЛИК Е.В.	22, 46
БЕЛОВ А.К.	25
БЕЛЯВСКИЙ Н.В.	62
БЕХБУДОВА Д.А.	50
БИЮМЕН Л.Н.	55
Благов С.В.	33
БЛИНОВА Е.В.	35, 51
БЛУДОВА Н.Г.	24
БОБОДЖОНОВ Н.Н.	4
БОГДАНОВ М.М.	6
БОКАРЕВА А.Р.	25
БОКИЕВ Ф.Ш.	40
БОРИС А.М.	38
БОРИСОВА Е.В.	23
БРОДСКАЯ Т.А.	14, 36
БУБЕШКО Д.А.	36, 53
БУБНОВА М.Г.	13
БУГАЕВА Е.О.	25

В

ВАЙХАНСКАЯ Т.Г.	28, 41, 61
ВАЛИЕВ Ф.А.	40
ВАНИНА Д.Д.	11
ВАРЕХА Л.А.	42
ВАРЕХА Н.В.	42
ВАСИЛЬЕВ Ю.Л.	11
ВЕЗИКОВА Н.Н.	39
ВОЛЧКОВ И.И.	25
ВОРОБЬЕВ А.П.	61

Г

ГАДАЕВ А.Г.	10
ГАДЖИЕВ А.Б.	59
ГАИБОВ А.Дж.	31
ГАЙШУН Е.И.	20
ГАЙЫПЖАНОВ П.П.	45
ГАЛАЦАН В.В.	41
ГЕВОРКЯН Т.Т.	28, 39, 41
ГЕЛИС Л.Г.	39
ГЕЛЬЦЕР Б.И.	14, 36
ГИЗАТУЛЛИН А.Р.	17
ГИМАДИЕВ Р.Р.	42
ГЛЕБОВА С.А.	23
ГЛУТКИНА Н.В.	62
ГОИБОВА З.В.	31
ГОЛУБ А.	27
ГОМОЗОВА Н.С.	14
ГОНЧАРИК Д.Б.	44, 64

ГОРБУНОВА Е.В.	52
ГОРДИЕНКО А.В.	33
ГРЕБЕНЮК И.А.	19
ГРЕЖДИЕРУ А.В.	27, 32, 41
ГРИБ Л.Ф.	27, 32, 41
ГРУЗДЕВА О.В.	22, 46
ГРЭЖДИЕРУ Р.Г.	32
ГУБИНА Е.В.	42
ГУЛИЕВА Л.М.	43
ГУРЦИЕВ Т.М.	49
ГЫРБУ Л.В.	32

Д

ДАДАШОВА Г.М.	50
ДАДАШОВА Н.Ф.	6
ДАНИЛЕНКО Н.Г.	28
ДАНИЛОВА А.И.	56
ДАНИЛОВ Н.М.	51
ДЕВЕТЬЯРОВА Е.А.	54
ДЕМИНА М.В.	18
ДЕНИСЕВИЧ Т.Л.	9, 19
ДЕРИШЕВА Д.А.	31
ДЖАНИБЕКОВА А.Р.	32
ДЖАНИБЕКОВА Л.Р.	32
ДЖАХАНГИРОВ Т.Ш.	43
ДЖУМАЕВ М.У.	40
ДОРОЖКОВА В.С.	42
ДОРОЩУК Н.А.	5
ДОЦЕНКО А.А.	26, 27, 38
ДРАГОМИРЕЦКАЯ Н.А.	24, 25
ДРОЗДОВ Д.В.	35, 51
ДУБОВИК Т.А.	19
ДЫЛЕВА Ю.А.	22
ДЫМОВА О.В.	12

Е

ЕГЛЕ А.П.	65
ЕГОРОВА И.С.	39
ЕЖОВ М.В.	49

Ё

ЁРОВ Дж.Э.	4
------------	---

Ж

ЖАЖИЕВА А.А.	6
ЖАЛЕВИЧ Е.В.	6
ЖЕЛЕЗНЯК Е.И.	43
ЖИДИЛЯЕВ А.В.	6
ЖУКОВ Д.Е.	56

З

ЗАВАЛЕЙ Е.А.	44
ЗАИРОВА А.Р.	7
ЗАКИРОВ Н.У.	54

ЗАРАДЕЙ И.И.	20
ЗАТОЛОКА Н.В.	9
ЗАЯЦ А.Н.	8
ЗЕКЦЕР В.Ю.	64
ЗОКИРОВ Б.Н.	62
ЗУБАРЕВА М.Ю.	19, 58

И

ИБАТОВ А.Д.	30
ИВАНОВ А.В.	61
ИВАНОВА Ю.И.	10
ИЛЬГИСОНИС И.С.	22
ИЛЬИН И.Б.	56
ИСАЕВА Т.В.	26, 27
ИСРАФИЛБЕКОВА Ф.Р.	43

К

КАДЫРОВ Б.А.	45, 55
КАЗАРИНА А.А.	29
КАЛЁНОВ И.В.	56
КАЛИНИНА М.И.	52
КАПЛУНОВА В.Ю.	34
КАПРАНОВ М.С.	29
КАРАУШ В.И.	41
КАРДАШЕВСКАЯ Л.И.	16
КАРЕЕВА А.И.	4
КАРЕТНИКОВА В.Н.	4
КАРПОВА И.С.	9, 45
КАРПОВИЧ Ю.Л.	48
КАРТАШОВА Е.А.	43
КАСТАНАЯН А.А.	43
КАХРАМАНОВА С.М.	21, 63
КАШТАЛАП В.В.	40
КИНТЮХИНА Н.П.	35
КИРА Е.Е.	24
КИРА Е.Ф.	24
КЛИМЕНКО А.С.	37
КЛЮЕВА А.А.	15
КОВАЛКИНА Е.Е.	9
КОВАЛЬЧУК Л.С.	4
КОВАЛЬЧУК П.Н.	4
КОДИРОВА Д.М.	23
КОЖЕВНИКОВА М.В.	64
КОЖОКАРУ Д.Г.	41
КОЗЛОВ И.Д.	41, 61
КОКОВ А.Н.	4
КОКОРИН В.А.	42
КОЛОЦЕЙ Л.В.	9, 57
КОЛЯДКО М.Г.	9, 19, 39
КОМЛЕВ А.Е.	35
КОНЧЕНКО Е.Р.	16
КОПТЮХ Т.М.	28, 41
КОРОТЕЕВА Ю.В.	25
КОТЕШОВА Г.В.	28
КОШЛАТАЯ О.В.	45
КОШУРНИКОВА М.В.	7
КРИВОШАПОВА К.Е.	4
КУЗНЕЦОВ А.А.	30
КУЗНЕЦОВА Т.В.	39, 55
КУЗНЕЦОВ В.И.	37

КУЛЕШОВА М.В.	27
КУРБАНОВА ДЖ.К.	43
КУРЛЯНСКАЯ Е.К.	19
КУРНОСОВА А.А.	6
КУРНОСОВ С.А.	29
КУЦАКИНА Д.А.	22

Л

ЛЕБЕДЕВА Н.Б.	40, 44, 65
ЛИСКОВИЧ Т.Г.	36
ЛИТВИНОВА Т.И.	62
ЛУПУ Д.О.	41

М

МАЗУР-НИКОРИЧ Л.М.	32
МАКАРОВЕЦ К.О.	44, 64
МАКССУДОВ О.М.	46
МАЛЬ Г.С.	30, 60
МАМАЕВА М.М.	6
МАМАРАДЖАПОВА Д.А.	15, 34
МАМЕДОВА Г.Г.	63
МАМЕДОВА Г.И.	59
МАМЕДОВА Р.М.	51
МАНДИЯКОВ И.Ю.	40
МАРТЫНЮК Т.В.	35, 51
МАСЛЕННИКОВА О.М.	26, 27, 38
МАТОТААРАЧЧИ Б.Р.	57
МАТЮКЕВИЧ М.Ч.	42, 48
МАХИНОВА М.М.	13
МАХКАМОВА М.М.	8, 49
МАХМУДОВА У.Р.	30, 47
МАХМУДОВ Х.Н.	40
МАХНО А.Д.	56
МЕДВЕДЕВА Е.А.	39, 55
МЕЛЬНИКОВА О.П.	61
МЕНЬШИКОВА А.Н.	33
МЕРЦАЛОВА Л.В.	25
МЕШТЕЛЬ А.В.	59
МЕЩЕРЯКОВ Ю.В.	45
МИНГАЗОВА Э.Р.	33
МИРОНОВ Н.Ю.	5, 53
МИТИНА Е.В.	37
МИТЬКОВСКАЯ Н.П.	9
МИХАЙЛИЧЕНКО Е.С.	16
МОХАМЕД Н.М.	9
МОХАММЕД Д.А.	18
МУСАШАЙХОВ У.Х.	46
МУСТАФАЕВА А.В.	43
МУХАМАДИЕВА С.М.	55
МУХАНОВА С.Э.	16
МУХСИНСОДА Г.М.	62
МУХТАРОВА Ш.Ш.	47

Н

НАБЕРАЕВА Н.Б.	20
НАРЗУЛЛАЕВА А.Р.	31, 55, 62
НАСРИДИНОВА Х.С.	55
НЕЕШПАПА А.Г.	4
НЕЪМАТЗОДА О.	31

НИКИФОРОВА Ю.Е.	44
НИКИШИНА Н.С.	17
НИКОЛАЕВА Т.О.	33
НИКОЛАЕВ К.Ю.	6
НОВИКОВ П.С.	5, 53
НОВРУЗОВА М.С.	51
НОСОВИЧ Д.В.	33
НУРИЛЛАЕВА Н.М.	8, 30
НУРИТДИНОВА Н.Б.	47

О

ОВЧИННИКОВ А.Г.	7
ОДИНАЕВ Ш.Ф.	20
ОКИШЕВА Е.А.	6
ОТЛИВАНЧИК Н.И.	8

П

ПАНАБАЕВА Н.М.	10
ПАНОВА А.Л.	64
ПАНФИЛЕ Е.М.	32
ПАНЬКОВ М.Ю.	56
ПАХТУСОВ Н.Н.	7, 35, 52, 60
ПАШКОВСКИЙ А.Р.	62
ПЕТРЕНКО К.Н.	12
ПИЛИПЕНКО В.В.	12, 21, 49
ПЛАЩИНСКАЯ Л.И.	44, 64
ПЛОТНИКОВА О.А.	12, 21, 49
ПОГОРЕЛОВА О.А.	5, 7, 53
ПОДДУБНЯК А.О.	15
ПОДЗОЛКОВ В.И.	11, 16
ПОКРОВСКАЯ А.Е.	11
ПОЛОЗКОВА И.Г.	12
ПОЛОНЕЦКИЙ О.Л.	39
ПОПЕЛЬ О.Н.	45
ПОПОВА А.А.	50
ПРИВАЛОВА Е.В.	34
ПРОНЬКО Т.П.	48
ПУЛАТОВА З.А.	15
ПУРТЯНУ Л.	27

Р

РАЗИН В.А.	18
РАЙИМБЕРДИЕВ Р.У.	40
РАЙХАНОВ М.А.	13
РАХИМОВА М.Э.	10
РАХИМОВ З.Я.	62
РАХМАНОВ З.К.	59
РЗАЕВА Р.А.	51
РОЖКОВА Т.А.	19, 58
РЯЗАНОВА Л.Н.	25

С

САБИРОВА Р.И.	59
САВЕНКО С.С.	64
САВЧЕНКО А.А.	64
САВЧЕНКО А.В.	38
САВЧЕНКО М.А.	38
САГАТОВА Х.М.	23, 29

Саенко В.	27
Саидакбарова Ф.Т.	57
Саидова М.А.	35, 51
Саипов А.М.	25
Сайфиева Р.И.	40
Саломов А.А.	40
Самаракун С.Т.	9
Самохвалова Е.М.	32, 41
Санина Н.А.	17
Сапельников О.В.	27
Саракуца А.В.	41
Саталкина Т.С.	14, 36
Сафонова Т.Н.	35
Сафронова Т.А.	16
Сахарчук А.Ю.	44, 65
Сахнова Т.А.	35, 51
Свирида О.Н.	7
Святлов И.С.	42
Сидоренко М.А.	59
Сидорова Ю.Ю.	18
Синицкая А.В.	15
Синицкий М.Ю.	15
Сиплиный В.И.	35
Скибицкий В.В.	18
Слепова О.А.	7, 35, 52, 60
Сметанин С.М.	6
Смирнова М.П.	10
Снежицкий В.А.	42
Собиров С.И.	40
Соболевская М.С.	7
Совпель Я.А.	16
Соловей С.П.	9
Соломатова А.Р.	11
Солонина А.Д.	6
Сотников А.В.	33
Спирина О.В.	45
Срождинова Н.З.	57
Старовойтова А.В.	52
Строкольская И.Л.	17
Стуров Н.В.	37
Суджаева О.А.	45
Сумин А.Н.	14, 22, 46, 52

Т

Табаров А.И.	62
Талипова Ю.Ш.	23, 29
Тарасова Е.А.	8
Тасьбаев Б.Б.	33
Татарин А.В.	33
Ташина Е.И.	34
Тимофеева О.В.	18
Ткачук А.В.	32
Торопчин В.И.	64
Третьяков С.В.	15, 50
Тригулова Р.Х.	47
Трипотень М.И.	5, 7, 53
Трошина А.М.	19
Трушина О.Ю.	11
Тулабоева Г.М.	23, 29
Тюрина А.В.	49
Тюрина Е.А.	12

У

Узденов А.М.	32
Узденов М.Б.	32
Уразова Г.Е.	56
Уралов Х.И.	54
Ускач Т.М.	27
Ушанова А.М.	11

Ф

Федорова Н.А.	41
Фендрикова А.В.	18
Филатова А.Ю.	7
Филимон А.	27
Филимон С.С.	27, 32
Фролова А.С.	59
Фролов А.В.	41, 61
Фролова Ю.В.	12

Х

Хабарова Н.В.	22
Хашимов А.А.	29
Хватикова Е.Ю.	45
Хеваге С.А.	57
Хисамо С.А.	55
Хлямов С.В.	60
Ходжаева С.	55
Ходжаев И.А.	4
Хохряков А.В.	56
Хочиев Т.А.	4
Хрячкова О.Н.	15
Хуторная М.В.	15
Хыбыртова М.Р.	32

Ц

Цацурова С.А.	12
Цоколов А.В.	56
Цыганкова Д.П.	4, 17
Цыганов А.Д.	41

Ч

Часнойть А.Р.	44, 64
Часова И.Д.	6
Черенева Л.А.	65
Чернова Н.Н.	62
Чернова П.С.	16
Чесникова А.И.	54
Чижов П.А.	10
Чумалаева Ш.Р.	64
Чуменко О.Г.	64

Ш

Шаббаев Р.М.	61
Шакарьянц Г.А.	34
Шамкенов Е.А.	13
Шарафетдинов Х.Х.	12, 21, 49
Шатова О.Г.	19
Шахлан А.В.	4
Шибекко Н.А.	39

Широканова Н.И.	20
Шлепков Н.Б.	5, 53
Шукурджанова С.М.	47
Шуркевич А.А.	50
Шыхназарова Б.А.	45

Щ

Щеглова А.В.	14, 52
Щеголев О.Б.	42

Э

Энхтайван Б.	35
Эшонкулов Ш.А.	4, 40

Ю

Юлдашев А.А.	40
Юмаев Р.Х.	56
Юсупова А.О.	7, 35, 52, 60

Я

Якубцевич А.Р.	6
Янович Р.В.	62
Яхонтов Д.А.	31



ЕВРАЗИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
КАРДИОЛОГОВ

VI ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ



**КАРДИО
НЕФРОЛОГИЯ
2025**

**18 ноября
2025**
онлайн-
трансляция

WWW.CARDIO-EUR.ASIA



ЕВРАЗИЙСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ
КАРДИОЛОГОВ

МЕЖДУНАРОДНАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ

СПОРНЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ
ВОПРОСЫ
КАРДИОЛОГИИ
2025

онлайн-трансляция

15-16 октября 2025 года

WWW.CARDIO-EUR.ASIA