



ЕВРАЗИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ КАРДИОЛОГОВ
РОССИЙСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО
ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ
ПЕРВЫЙ МГМУ ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА
ОБЩЕСТВО ВРАЧЕЙ РОССИИ

**МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
СПОРНЫЕ И
НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ
КАРДИОЛОГИИ 2019
ТЕЗИСЫ**

ISBN 978-5-9909887-7-4



9 785990 988774

МОСКВА, РОССИЯ
16 – 17 ОКТЯБРЯ 2019 ГОДА

Первый и единственный пероральный селективный агонист IP-рецепторов простациклина¹

БУДЬ ВПЕРЕДИ

На **64%** снижает риск прогрессирования заболевания/смерти у пациентов с ЛАГ на ранней стадии в тройной комбинированной терапии³

На **40%** снижает риск прогрессирования заболевания/смерти у всех пациентов с ЛАГ независимо от линии терапии²

Апбрави
селексипаг

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ АПБРАВИ⁴

Регистрационный номер: ЛП-005577. Торговое наименование: Апбрави. Международное непатентованное наименование: селексипаг. Лекарственная форма: таблетки, покрытые плёночной оболочкой. Показания: Апбрави показан для длительного лечения лёгочной артериальной гипертензии у взрослых пациентов (ЛАГ, группа I по классификации ВОЗ) IIV ФК по классификации ВОЗ, с целью предотвращения прогрессирования заболевания. Апбрави эффективен в комбинации с АРЭ и/или иФДЭ-5, или в составе тройной терапии с АРЭ и иФДЭ-5, или в монотерапии. Эффективность Апбрави доказана в отношении идиопатической и наследственной ЛАГ, ЛАГ, ассоциированной с заболеваниями соединительной ткани, ЛАГ, ассоциированной с компенсированным простым врождённым пороком сердца. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к действующему и вспомогательным веществам; тяжёлая ишемическая болезнь сердца или нестабильная стенокардия; инфаркт миокарда, перенесённый в течение предшествующих 6 месяцев; декомпенсированная сердечная недостаточность при отсутствии пристального наблюдения врача; тяжёлые нарушения сердечного ритма; цереброваскулярные заболевания (например, преходящее нарушение мозгового кровообращения, инсульт), перенесённые в течение предшествующих 3 месяцев; врождённые или приобретённые пороки сердца с клинически значимыми нарушениями функции миокарда, не связанными с ЛАГ; совместное применение с мощными ингибиторами СYP2C8 (например, гемфиброзилом); беременность и период грудного вскармливания; детский возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не изучены). **С осторожностью:** у пациентов с артериальной гипотензией, у пациентов с веноокклюзионной болезнью лёгких, при совместном применении с умеренными ингибиторами изофермента СYP2C8 (например, клопидогрелем, деферазироком, терифлуномидом), у пациентов старше 75 лет (ограниченный опыт применения), у пациентов с нарушением функции печени тяжёлой степени (класс С по классификации Чайлд-Пью), у пациентов с нарушением функции почек тяжёлой степени (рСКФ < 30 мл/мин/1,73 м²), у пациентов с гипертиреозом и у женщин детородного возраста. **Способ применения и дозы:** Апбрави применяют внутрь 2 раза в сутки (утром и вечером), запивая необходимым количеством воды. **Титрование дозы.** Для каждого пациента с помощью титрования дозы должна быть подобрана индивидуальная максимальная переносимая доза, в диапазоне от 200 мкг 2 раза в день до 1600 мкг 2 раза в день (индивидуальная поддерживающая доза). Рекомендуемая начальная доза – 200 мкг 2 раза в день с интервалом примерно 12 ч между приёмами. Дозу увеличивают с шагом 200 мкг 2 раза в день, обычно с периодичностью 1 раз в неделю. В начале терапии и в начале каждого этапа повышения дозы рекомендуется принимать первую дозу вечером. **Побочное действие:** наиболее часто отмечавшимися нежелательными реакциями являются головная боль, диарея, тошнота, рвота, боль в челюсти, боль в конечностях, артралгия, приливы крови к лицу и верхней половине тела. Данные реакции наиболее часто наблюдаются во время титрования дозы.

ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА.

Сокращения: АРЭ – антагонисты рецепторов эндотелина, ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения, иФДЭ-5 – ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа, ЛАГ – лёгочная артериальная гипертензия, ФК – функциональный класс.

Литература: 1. Noel ZR et al. Selexipag for the treatment of pulmonary arterial hypertension. *Am J Health-Syst Pharm.* 2017; 74:1135-41. 2. Sitbon O, Channick R, Chin KM, et al; for the GRIPHON Investigators. Selexipag for the treatment of pulmonary arterial hypertension. *N Eng J Med.* 2015;373(26):2522-2533. 3. Coghlan JG, Channick R, Chin K, et al. Targeting the prostacyclin pathway with selexipag in patients with pulmonary arterial hypertension receiving double combination therapy: insights from the randomized controlled GRIPHON study. *Am J Cardiovasc Drugs.* 2018;18(1):37-47. 4. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Апбрави. Регистрационный номер ЛП-005577.

**ЕВРАЗИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ КАРДИОЛОГОВ
РОССИЙСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ
ПЕРВЫЙ МГМУ ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА
ОБЩЕСТВО ВРАЧЕЙ РОССИИ**

**Международная конференция
«СПОРНЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ
ВОПРОСЫ КАРДИОЛОГИИ 2019»**

**16 – 17 октября 2019 г.,
г. Москва**

НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ

ПОЧЕТНЫЙ ПРЕДСЕДАТЕЛЬ:

Чазов Е.И. Академик РАН, почетный директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России

СОПРЕДСЕДАТЕЛИ:

Чазова И.Е. Президент Евразийской ассоциации кардиологов, академик РАН, профессор, заместитель генерального директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России, директор института клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России

Мрочек А. Г. Академик НАН РБ, профессор, д.м.н., директор Республиканского научно-практического центра «Кардиология», главный кардиолог МЗ РБ, сопредседатель Евразийской ассоциации кардиологов

Свистунов А.А. Первый проректор Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН

ЗАМЕСТИТЕЛИ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ:

Наконечников С. Н. Д.м.н., профессор, генеральный директор Евразийской ассоциации кардиологов

Шек А. Б. Профессор, д.м.н., заместитель генерального директора Республиканского специализированного кардиологического центра МЗ Руз, руководитель лаборатории ишемической болезни сердца РСЦК МЗ РУз

ОТВЕТСТВЕННЫЕ СЕКРЕТАРИ:

Гончарова Е. А. Руководитель информационного отдела Евразийской ассоциации кардиологов

Юрасова Е. С. К.м.н., секретарь Евразийской ассоциации кардиологов

ЧЛЕНЫ НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННОГО КОМИТЕТА:

Адамян К.Г. (Ереван, Армения)

Азизов В.А. (Баку, Азербайджан)

Аляви А.Л. (Ташкент, Узбекистан)

Аннаниязова С.А. (Ашхабад, Туркмения)

Байгенжин А.Б. (Астана, Казахстан)

Бахшалиев А.Б. (Баку, Азербайджан)

Бекбосынова М.С. (Астана, Казахстан)

Блинова Н.В. (Москва, Россия)

Булгак А.Г. (Минск, Беларусь)

Демидов А.А. (Астрахань, Россия)

Джишамбаев Э.Д. (Бишкек, Кыргызстан)

Джумагулова А.С. (Бишкек, Кыргызстан)

Зелвеян П.А. (Ереван, Армения)

Карпов Ю.А. (Москва, Россия)

Кисляк О.А. (Москва, Россия)

Курбанов Р.Д. (Ташкент, Узбекистан)

Кухарчук В.В. (Москва, Россия)

Литвин А.Ю. (Москва, Россия)

Мартынов А.И. (Москва, Россия)

Мартынюк Т.В. (Москва, Россия)

Медведева И.В. (Тюмень, Россия)

Небиеридзе Д.В. (Москва, Россия)

Недогода С.В. (Волгоград, Россия)

Николаева И.Е. (Уфа, Россия)

Огарков М.Ю. (Кемерово, Россия)

Островский Ю.П. (Беларусь, Минск)

Ощепкова Е.В. (Москва, Россия)

Перепеч Н.Б. (С.-Петербург, Россия)

Подзолков В.И. (Москва, Россия)

Попович М.И. (Кишинев, Молдова)

Рахимов З.Я. (Душанбе, Таджикистан)

Рогоза А.Н. (Москва, Россия)

Сарыбаев А.Ш. (Бишкек, Кыргызстан)

Секачева М.И. (Москва, Россия)

Скибицкий В.В. (Краснодар, Россия)

Терещенко С.Н. (Москва, Россия)

Фомин В.В. (Москва, Россия)

Ходжакулиев Б.Г. (Ашхабад, Туркмения)

Чихладзе Н.М. (Москва, Россия)

Шалаев С.В. (Тюмень, Россия)

Шевченко А.О. (Москва, Россия)

Яхонтов Д.А. (Новосибирск, Россия)

ПАРТНЁРЫ КОНФЕРЕНЦИИ

Генеральный партнер:

MERCK

Главные партнеры :



**БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ**



ASTEION

A JANSSEN PHARMACEUTICAL COMPANY
OF Johnson & Johnson

Участники выставки:

ЗАО «Фармфирма «Сотекс»
КРКА
ООО «ЭГИС-РУС»
Ново Нордиск
ООО «Гедеон Рихтер Фарма»
АО «Сервье»
«Импульс»

Информационные партнёры:

Журнал РМЖ, Да Сигна
Сообщество «Врачи РФ»
Журнал РМЖ, Да Сигна
Медицинский Алфавит
ООО «ММА МедиаМедика»
Поликлиника
ИД «Бионика Медиа»

ANTIHYPERTENSIVE EFFICACY OF ZOFENOPRIL WITH ACCOUNT OF TASTLY THRESHOLD OF SALT-SENSITIVITY IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

ABDULLAEVA G.ZH.¹, TURSUNOVA N.B.¹, KHAMIDULLAEVA G.A.¹,
 ABDULLAEV A.A.², KARIMOV A.M.¹,
 MASHARIPOV S.M.¹, SHUKUROVA D.U.¹

¹REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC-PRACTICAL MEDICAL CENTER
 OF CARDIOLOGY, TASHKENT, REPUBLIC OF UZBEKISTAN,

²CENTER FOR ADVANCED TECHNOLOGIES,
 TASHKENT, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Objective:

The aim was to study the antihypertensive efficacy of zofenopril taking into account the taste sensitivity to salt in patients with arterial hypertension (AH).

Methods:

52 patients with I – II stage of hypertension (ESH / ESC 2013) of both sexes were examined. The average age of patients was 45.2 ± 9.8 years, the average duration of hypertension - 4.1 ± 3.9 years. All patients at the pre-treatment stage and 12-week therapy were given daily blood pressure monitoring (DBPM) ("Registrar BR-102 plus" (SCHILLER, Switzerland)). In order to identify the threshold of taste sensitivity to salt (TTSS), all patients were tested by the method of R.Henkin by applying sodium chloride solution in increasing concentration on the anterior-lateral surface of the tongue. Therapy with Zofenopril (Zokardis, «Berlin-Chemie») in average dose of 32.7 ± 18.1 mg. lasted for 12-week. The results are presented as $M \pm SD$.

Results:

After testing for TTSS, patients were divided into 2 groups: low + medium TTSS (n = 16) and high TTSS (n = 36). The high antihypertensive efficacy of zofenopril was shown in the whole group of patients, and more pronounced in patients with low + average TTSS compared to high TTSS according to the degree of systolic blood pressure (SBP) reduction: $-20.99 \pm 5.9\%$ versus $-17.17 \pm 5.65\%$, respectively, with $p < 0.05$. Target levels of BP in SBP were achieved in general in 90.4% of cases, in patients with high TTSS - in 88.9%, with medium and low TTSS - 93.75%, and there was no significant difference in the subgroups. In relation to diastolic BP (DBP), these values were: 86.5%, 83.3%, 93.75% of cases, respectively. The simultaneous achievement of the target values of SBP and DBP was observed in 84.6% of patients in the group as a whole; in patients with high TTSS - in 80.6% of patients, with medium and low TTSS in 93.75% of patients, while there was also no significant difference in the subgroups of patients. However, it should be noted that in patients with low + medium TTSS, the percentage of achievement of the target SBP was higher by 4.85%, the target DBP by - 10.45%, while the achievement of the target SBP and DBP by 13.15%. The analysis of the dynamics of the parameters of the daily BP profile (DBPP) showed that, in the whole group the average daily SBP significantly decreased (before treatment - 131.6 ± 12.4 mm Hg and after treatment - 126.5 ± 12.0 mm Hg, $p < 0.05$); average day SBP (before treatment - 133.6 ± 12.5 mm Hg and after treatment - 128.7 ± 12.0 mm Hg, $p < 0.05$); and the SBP load index decreased significantly during the day (before treatment - $32.7 \pm 26.3\%$ and after treatment - $22.2 \pm 25.5\%$, $p < 0.05$). It should be noted that only in patients with low + medium TTSS the degree of nocturnal reduction in BP has reached standard values: before treatment - $7.58 \pm 6.7\%$ and after treatment - $10.1 \pm 6.9\%$.

Conclusion:

Thus, the 12-week monotherapy with zofenopril in patients with

AH provides a high antihypertensive effect, whereas improving the performance of DBPP. Taking into account salt sensitivity, the advantages of zofenopril efficacy in the group of patients with low + medium TTSS compared to high TTSS by degree of nocturnal reduction in BP were revealed.

CARDIOPROTECTIVE EFFICACY OF INDAPAMIDE WITH ACCOUNT OF TASTLY THRESHOLD OF SALT-SENSITIVITY IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

ABDULLAEVA G.J.¹, TURSUNOVA N.B.¹, KURBANOV R.D.¹,
 ABDULLAEV A.A.², KARIMOV A.M.¹,
 MASHARIPOV S.M.¹, SHUKUROVA D.U.¹

¹REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC-PRACTICAL MEDICAL CENTER
 OF CARDIOLOGY, TASHKENT, REPUBLIC OF UZBEKISTAN,

²CENTER FOR ADVANCED TECHNOLOGIES,
 TASHKENT, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Objective:

The aim was to study the cardioprotective efficacy of indapamide taking into account the taste sensitivity to salt in patients with arterial hypertension (AH).

Methods:

56 patients with I to II stage of arterial hypertension (ESH / ESC 2013) of both sexes were examined. The average age of patients was 44.09 ± 10.05 years, the average duration of hypertension was 5.09 ± 4.5 years. Echocardiographic (EchoCG) study was conducted in accordance with the recommendations of the American Association of EchoCG in M- and B-modes. In order to identify the threshold of taste sensitivity to salt (TTSS), all patients tested by the method of R. Henkin by applying sodium chloride solution in increasing concentration on the anterior-lateral surface of the tongue. Indapamide therapy (Indap, Pro.Med.CS, Czech Republic) at a daily dose of 2.5 mg. lasted for three months. The results are presented as $M \pm SD$.

Results:

After testing for taste sensitivity to salt, patients were divided into 2 groups: with low + medium TTSS (n = 21) and high TTSS (n = 35). The treatment showed high antihypertensive efficacy of indapamide in the whole group of patients independently from taste sensitivity. Studying the dynamics of the morph functional parameters of the left ventricle against the background of therapy with indapamide, taking into account threshold of taste, showed that, in general, the group showed positive dynamics in reducing the wall thickness of a hypertrophied LV, largely due to the decrease in the thickness of the interventricular septum. The results above were accompanied by decrease in the mass of myocardium of the hypertrophied left ventricle (LV), while the degree of decrease in LV myocardial mass index was $10 \pm 9.48\%$ in the subgroup of patients with low and medium TTSS and $9.4 \pm 11.4\%$ in the subgroup patients with high TTSS, with no statistically significant differences ($p > 0.05$). In both subgroups, there was a significant decrease in the LVMI: before treatment - 124.5 ± 19.9 g / m², after treatment - 111.3 ± 17.1 g / m² ($p < 0.05$) in the subgroup with high TTSS; 121.9 ± 23.8 g / m² and 109.7 ± 26.8 g / m², respectively, in the subgroup with medium and low TTSS ($p < 0.05$). It should be noted that only in patients with high TTSS had a significant decrease in TDM: before treatment - 1.04 ± 0.15 cm, after treatment - 0.97 ± 0.13 g/m² ($p < 0.05$). A significant decrease in LVM in patients with high TTSS during the course of therapy with indapamide was associated with a reduction in the degree of the concentric LVH, so a significant increase in the

end-diastolic volum/left ventricular mass ratio was showed: before treatment - 0.63 ± 0.10 ml/g, after treatment - 0.68 ± 0.10 ml/g ($p < 0.05$) and an improvement in the diastolic function of the heart, as indicated by the significant positive dynamics of the isovolumic relaxation phase: before treatment - 0.115 ± 0.02 sec, after treatment - 0.102 ± 0.02 sec ($p < 0.02$), as well as the phase of isometric filling: before treatment - 0.099 ± 0.02 sec, after treatment - 0.091 ± 0.02 sec ($p < 0.05$).

Conclusion:

Thus, the analysis in subgroups with different TTSS revealed the advantages of the antiremodelling efficacy of indapamide in patients with high TTSS.

EVALUATE EFFECTIVENESS REHABILITATION SCHOOL PATIENT'S MYOCARDIAL INFARCTION WITH PATHOLOGICAL Q WAVE REDUCING DEPRESSION AND ANXIETY

TURSUNOV E.YA.¹, ZAKIROV N.U.¹,
KEVORKOV A.G.¹, YUNUSOVA SH.SH.²

¹REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC-PRACTICAL
MEDICAL CENTER OF CARDIOLOGY, TASHKENT

²MEDICAL ACADEMY, TASHKENT, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Objective:

An acute myocardial infarction (MI) is the main cause of premature death and substantially accounts for morbidity especially in the developed world. After acute MI cardiac rehabilitation (CR) consider important as medical treatment. CR has strong-based evidence in reducing morbidity and mortality rate. However, the form of rehabilitation must be comprehensive enough so as to achieve its purpose. The effect of rehabilitation after acute infarction cannot be over emphasized because of its far reaching benefits in terms of improve physical, social, emotional and the totality of life in general. In hospital period approximately 82% patients who suffered myocardial infarction feel depression and anxiety. Rehabilitation school helps to reduce this symptoms. The purpose of study: evaluate effectiveness rehabilitation school in patient's myocardial infarction with pathological Q wave reducing depression and anxiety.

Methods:

For study was selected 79 patients with MIPQW 48 men and 31 women aged 56.6 ± 7.8 years enrolled in therapeutic departments Cardioreanimation, Cardiology in the 1st clinic for TMA and 16-familiar polyclinic of city of Tashkent. For investigation were taken first time patients with ST elevation myocardial infarction. Diagnosis was demonstrated with laboratorial and instrumental methods. All the patients were treated recommended medical therapy. Patients have been observed inpatient and outpatient periods during 6 month. All were divided 2 groups: I group 42 patients are mainly group that strictly followed RP. II group 32 patients are control group that low compliance to RP. Patient's condition were observed hospital and polyclinic condition. During in hospital period main group patients were taught rehabilitation lessons based rehabilitation school program. Lessons consist of 10 lecture include explanation disease, risk factors, patients condition, phase of rehabilitation program, drugs that intake after hospital period, motivational lessons. Depression and anxiety condition was estimated 1 and last day hospital periods based on HADS scale. Collected results were compared each other.

Results:

Results showed that 1 day of hospital period main group patients based on HADS scale was determined 35% patients were abnormal,

52% patients were borderline abnormal, only 13% patients were normal. In control group 14% patients was normal result, 56% patients was borderline abnormal and 30% patients were determined abnormal. Results showed that both group 1 day of myocardial infarction depression and anxiety a little differentiated. Last day of hospital period results showed that in main patients after was taught rehabilitation school was determined 33% patients were normal, 61% patients were borderline abnormal and 6% patients were abnormal. In control group 21% patients were normal, 60% patients were borderline abnormal and 19% patients were abnormal.

Conclusion:

Results shows that teaching rehabilitation school is effective inpatient stage in patients' myocardial infarction with pathological Q wave to reduce depression and anxiety. Especially motivational lessons are important to reduce depression without antidepressant therapy. Also physical activity helps to reduce anxiety and increases self confidence. Therefore teaching rehabilitation school is significant for patients who survived acute myocardial infarction in hospital period.

FEATURES OF COMORBID STATUS OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE

POLOZOVA E.I., LESHANKINA N.Y.,
SESKINA A.A., PUZANOVA E.V.,
NARVATKINA M.A., AZIZOVA E.Z., RADAYKINA E.V.
NATIONAL RESEARCH OGAREV MORDOVIA STATE UNIVERSITY

Objective:

One of the relevant features of medicine in the modern world is the fact that states that many diseases lose their monosociological character and acquire the status of comorbidity. From domestic sources of literature it follows that the frequency of polymorbidity reaches 94,2%. The highest frequency of comorbid pathology is represented by a combination of two to three nosologies, but in isolated cases in one patient up to 6–8 diseases can be combined simultaneously. Comorbid pathology certainly aggravates the course of the underlying disease, leads to a change in the typical clinical picture, causes fatal complications and is an independent risk factor for death. Currently, one of the frequent comorbid conditions in the clinic of internal diseases is arterial hypertension (AH) and chronic obstructive pulmonary disease (COPD), which are associated with a high level of disability and death. The increase in the number of patients with a combination of hypertension and bronchial obstructive diseases is due to both an increase in the incidence of hypertension and COPD, and an increase in the geriatric population of patients. The aim of the work was to study the characteristics of the comorbid status of patients with hypertension and COPD.

Methods:

The basis of the work was the clinical studies of 127 patients aged 48 to 73 years who were treated at the Republican Clinical Hospital № 5 in Saransk in 2016–2019, which were divided into two groups: a comparison group ($n = 62$) - patients with hypertension without bronchopulmonary pathology, the main group ($n = 65$) - patients with hypertension and COPD II and III. Patient groups were comparable in age. All examined patients had stage 2 hypertension. The obtained digital data was processed by the method of variation statistics, using the Student t criterion.

Results:

Studies have shown that concomitant pathology occurred in

patients of both analyzed groups. In the main group, 78,5% of patients revealed 3 or more pathologies. Mostly, cardiovascular diseases were recorded (90,8%, coronary heart disease (CHD) predominated), diseases of the gastrointestinal tract (GIT) (87,7%, in most cases inflammatory diseases of the stomach and duodenum were found, less often cholecystitis), diseases joints (81,5% - polyosteoarthritis). Inflammatory diseases of the urinary tract (38,5%), endocrine pathology (32,3%) were less common. In the comparison group, 3 or more pathologies were detected in 48,3% of patients, which was significantly less compared to patients in the main group. Cardiovascular diseases (IHD - 68,3%), gastrointestinal diseases (48,3%), endocrine pathology (38,3%), and joint diseases (35,0%) predominated in the structure of concomitant pathology. In order to quantify the comorbid pathology in the analyzed groups, an average indicator of the number of concomitant diseases was used; to assess the prognosis of mortality, the Charlson comorbidity index was analyzed. The average number of concomitant diseases in patients of the main group ($4,3 \pm 0,13$) was greater than in the comparison group ($2,7 \pm 0,19$; $p < 0,05$). These data were confirmed when assessing the Charlson comorbidity index, which was significantly higher in the main group, amounting to $5,6 \pm 0,09$, in the comparison group - $4,3 \pm 0,10$ ($p < 0,05$). A scoring of determining the prognosis of mortality of patients (10-year survival) showed that in the examined patients of both analyzed groups, the score was higher than 5, which indicates a 10-year survival rate of 21% or less.

Conclusion:

The study showed that the clinical course is characteristic of the comorbid course of diseases. Concomitant pathology, acting as one of the components of the polymorbide complex, demonstrates, on the one hand, the pathogenetic relationship of COPD and hypertension, and on the other, it has an intertwining effect. The high incidence of concomitant diseases in patients of both groups, in addition to the general tendency toward polymorbidity, can be explained by the systemic effects of COPD and AH on the body, the duration of basic therapy, and the age-related characteristics of patients. Thus, in the comorbid course of COPD and AH, it is necessary not only to predict the possibility of a large number of concomitant diseases in patients, but also to take into account the comorbidity index in assessing the general prognosis and prognosis of mortality.

PERSONALITY FEATURES OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION BY AGE AND SEX

ZINNATULLINA D.S., SADREEVA S.K.

FEDERAL STATE BUDGETARY EDUCATIONAL INSTITUTION OF HIGHER EDUCATION «SAMARA STATE MEDICAL UNIVERSITY» OF THE MINISTRY OF HEALTHCARE OF THE RUSSIAN FEDERATION

Objective:

The purpose of the study is to build effective interaction between the doctor and the patient during treatment, to study the personal characteristics of patients with arterial hypertension (AH) by age and sex.

Methods:

The study included 224 patients, employees of the Kuibyshev railway, who were on inpatient treatment, who were diagnosed with hypertension. Of these, 60.7 per cent are men and 39.3 per cent are women between the ages of 24 and 68. The average age of $45,2 \pm 10,0$ years in men to $43,8 \pm 10,4$ in women - $46,9 \pm 9,3$; mean duration of hypertension of $6,0 \pm 4,1$ year, men was $5,7 \pm 3,4$,

women and $6,5 \pm 4,5$. Level SAD-155,9 \pm 14,9 mm Hg.art., men 151,8 \pm 12,4, women-162,3 \pm 16,1; level dad-95,6 \pm 6,1 mm Hg.Art., in men 94,7 \pm 4,2, in women 97,0 \pm 8,1. Higher education was 46.4 percent, higher - 44.6% of patients, with GB I stage was 40.6 %, with II - 51.8% III - 7.6% of patients. Determination of personal qualities, anxiety level and emotional state of patients was carried out on the scale of personal anxiety (LT) and reactive anxiety (RT) by C. D. Spielberg.

Results:

The study showed that the level of LT in the group of all studied amounted to an average of $36,2 \pm 10,6$ points, RT $34,3 \pm 11,1$ points. The level of LT is the most resistant trait of one's personality. Among men, the level of LT is higher than in women, which indicates a higher sensitivity and a high predisposition to perceive the situation as threatening. This is especially noted in the relevant age groups (rank) 31-40 years - $39,87 \pm 9,43$; 41-50 years - $38,07 \pm 10,14$; 51-60 years - $37,75 \pm 8,95$ points. RT indicators are quite dynamic, they are most convenient for assessing the changes in the psycho-emotional state and the effectiveness of treatment. RT is more pronounced in women - $35,63 \pm 10,32$ score than men $33,85 \pm 11,76$ points, she appears a bright, emotive, with a strong psycho-emotional stress, anxiety and concern. The highest rates of RT in women in the age groups 61-70 years and up to 30 years.

Conclusion:

Comparing the levels of LT and RT in the study groups, we noted that in men with AH, it is higher than in women and is most pronounced in the age group 31-40 years, which suggests more attention in the construction of effective communication with the patient from the doctor. Women have a higher RT, the picture of psycho-emotional tension is brighter, the selection of antihypertensive drugs, by studying their psycho-emotional state it is possible to optimize the work with them, reaching effective treatment.

SERUM ALDOSTERONE LEVEL DYNAMICS AND CARDIAC REMODELING IN MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS WITH UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA TREATED WITH SELECTIVE ALDOSTERONE RECEPTOR BLOCKER

MIROSHNICHENKO E.P., DRANENKO N.YU., KORYTKO I.N.,

KORNIENKO N.V., KUZNETSOV E.S., REZANOVA N.V.

CRIMEAN FEDERAL UNIVERSITY NAMED AFTER V.I.

VERNADSKY», MEDICAL ACADEMY NAMED AFTER S.I.

ST. GEORGE, DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE NO.

1 WITH A COURSE OF CLINICAL PHARMACOLOGY

Aim.

To study serum aldosterone level dynamics and cardiac remodeling characteristics in myocardial infarction (MI) patients with undifferentiated connective tissue dysplasia (UCTD) treated with selective aldosterone receptors antagonist eplerenone.

Study population and methods.

A total of 110 MI patients with and without UCTD and 32 healthy controls without cardiovascular pathology and without signs of UCTD were enrolled in the study. Clinical examination, phenotyping, echocardiography and serum aldosterone levels evaluation were performed. MI patients were divided into 3 groups: I (n=20) - patients with UCTD who was treated by eplerenone additionally to basic therapy of MI; II (n=60) - patients without UCTD treated by basic therapy of MI; III (n=30) - patients with UCTD treated by basic therapy of MI only.

Results.

All MI patients regardless of UCTD presence had significant increased serum aldosterone in the first day of MI (group I - 154.78 ± 16.95 pg/mL; group II - 157.09 ± 10.74 pg/mL; group III - 151.26 ± 6.05 pg/mL; control group - 135.08 ± 2.49 pg/mL; $p > 0,05$). In 28 days after the onset of MI serum aldosterone level in group I (143.72 ± 30.72 pg/mL) was significantly higher compared to groups II, III and control (138.36 ± 4.95 pg/mL; 131.98 ± 4.08 pg/mL; 135.08 ± 2.49 pg/mL respectively; $p > 0,05$). Analysis of structural and functional characteristics of the heart in MI patients in a 6 month after MI had shown more significant left ventricle enlargement and decrease of cardiac pump function in group III compared to group I.

Conclusion:

Presence of UCTD in MI patients does not affect serum aldosterone levels dynamics. Inclusion of eplerenone in the treatment of MI patients with UCTD during 6 months inhibits left ventricular dilatation and attenuates reduction of its ejection fraction.

T323C POLYMORPHISM OF EDNRA GENE AND ASSOCIATION WITH HEART REMODELING IN ARTERIAL HYPERTENSION

ABDULLAIEVA G.J.¹, ABDULLAIEV A.A.², KURBANOV R.D.¹

¹REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC-PRACTICAL MEDICAL CENTER OF CARDIOLOGY, TASHKENT, REPUBLIC OF UZBEKISTAN,

²CENTER FOR ADVANCED TECHNOLOGIES, TASHKENT, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Aim:

To study association between T323C polymorphism of EDNRA gene and heart remodeling markers in Uzbek hypertensive patients.

Methods:

We have examined 94 ethnic Uzbek men and women with stage I-III AH (ESH/ESC 2013) with an average age of 53.01 ± 10.67 years. Blood pressure was measured with sphygmomanometer by Korotkov method. Genomic DNA was extracted from peripheral blood using Diatom TM DNA Prep 200 Kit according to the manufacturer's protocol. Genotyping of T323C polymorphism of EDNRA gene was determined by allele-specific oligonucleotide hybridization after PCR amplification and restriction digestion. Left ventricular mass (LVM) was measured by echocardiographic method and diastolic function of left ventricular (DFLV) was assessed by the following Doppler-echocardiographic method. Results were expressed as mean \pm SD.

Results.

After genotyping patients were divided in to two groups: T allele carriers – 169 (89.9%) and C allele carriers – 19(10.1%) of T323C polymorphism of EDNRA gene. A significant differences in structural parameters of left ventricular were found in patients depending on T323C polymorphism of EDNRA gene. Thus, the interventricular septal thickness was 11.4 ± 0.08 mm in T allele carriers versus 10.5 ± 0.16 mm in C allele carriers ($p < 0,05$); the posterior wall thickness was 9.6 ± 0.16 mm and 9.0 ± 0.10 mm respectively ($p > 0,05$). The significant trend to high value of left ventricular mass index (LVMI) was found in account with T323C polymorphism of EDNRA gene. LVMI was following: 140.54 ± 36.85 g/m² in T allele carriers versus 113.52 ± 22.48 g/m² in C allele carriers ($p = 0,002$). The correlation of PE/PA was decreased in T allele carriers: 0.81 ± 0.24 versus 1.07 ± 0.24 in C allele carriers ($p = 0,000$).

Conclusion:

Thus, the carriage of T allele of T323C polymorphism of EDNRA gene was associated with severity of LVH degree and significant disorders of diastolic function of LV in Uzbek hypertensive patients.

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

БЕСЛАНЕЕВ И.А., Курданова М.Х.,

БАТЫРБЕКОВА Л.М., Курданов Х.А.

ЦЕНТР МЕДИКО-ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

– ФИЛИАЛ ФГБУН – ГНЦ РФ – ИНСТИТУТА

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ РАН

Введение (цели/ задачи):

АГ остаются важнейшей медико-социальной проблемой во всем мире. В развитии и течении АГ задействованы многоуровневые нарушения механизмов регуляции центральной (ЦНС) и вегетативной (ВНС) нервной системы, развитие дисфункции эндотелия (ДЭ) со снижением продукции вазодилатора оксида азота – (NO), ключевых факторов определяющих течение АГ и развитие ее осложнений. До настоящего времени многие положения о влиянии NO на показатели variability ритма сердца (ВРС) и гемодинамику остаются не однозначными. Цель: Изучить взаимосвязи между показателями ВРС, гемодинамики и стабильными метаболитами NO – нитритами и нитратами у больных артериальной гипертонией.

Материал и методы:

В клинических условиях обследовано: 75 больных АГ 2 степени (38 мужчин и 37 женщин), возраст $54,2 \pm 2,7$ года и 80 здоровых лиц (37 мужчин и 43 женщин), возраст $47,8 \pm 3,5$ лет, сопоставимых по полу, возрасту и индексу массы тела. Всем пациентам проведено общее клиническое, инструментальное и лабораторное обследование включающее: проведение и оценку ВРС, записанную на носимые портативные мониторы ЭКГ и АД – МЭКГ – ПН – МС «ДМС - Передовые технологии», (Россия). Рассчитывали показатели временной и частотной области, индексы ВРС, скорость распространения пульсовой волны (PWV, м/сек), линейную скорость кровотока (LV, см/сек), ударный объем (УО, мл), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС, дина*с/см²). Стабильные метаболиты NO – нитриты – (NO₂) и нитраты – (NO₃) определяли в фильтрах плазмы крови и эритроцитов спектрофотометрическим методом (СФ-6-А, Россия). Полученные данные обработаны в пакете программы «Statistica v. 10.0.1» StatSoft. Inc. При помощи уравнений множественной регрессии получены зависимости абсолютных и относительных значений показателей, индексов ВРС и показателей гемодинамики от концентрации NO в крови.

Результаты:

У больных АГ выявлено снижение показателей общей ВРС (на 18–37%). В частотной области выявлено достоверное снижение мощности спектра – TP, (на 27%, $p < 0,01$) и высокочастотного диапазона – HF (на 20%, $p < 0,01$). Увеличение индекса вагосимпатического баланса LF/HF (на 70%), показателя относительной симпатической активности ПОСА=SDNN/RMSSD, мс (на 32%, $p < 0,01$) и системной динамической реакции – (SDR=САД+ДАД*АМО/ЧСС) ед. (на 68%). У больных АГ выявлено статистически значимое увеличение ОПСС (на 39%) и PWV (на 35%). Эти изменения сопровождалось снижением концентрации NO в крови у больных АГ (на 80%). Между концентрацией NO и ОПСС, SDR, САД у больных АГ установлены обратные взаимосвязи ($r = -0,585$ – $r = -0,629$; $p < 0,01$). Прямые взаимосвязи установлены между САД, SDR, ПОСА, АМО и индексом LF/HF ($r = 0,475$ – $0,618$; $p < 0,01$), слабые в группе здоровых лиц. Между NO и SDR, ПОСА установлены обратные взаимосвязи ($r = -0,397$ – $r = -0,432$; $p < 0,01$). Между концентрацией NO и TP, HF выявлены слабые прямые взаимосвязи ($r = 0,368$ – $0,417$; $p < 0,05$) и

обратные взаимосвязи между уровнем САД и TP, HF ($r=-0,537 - r=-0,726$; $p<0,01$). Между показателями временной области BPC – SDNN, RMSSD и LV, PWV достоверные взаимосвязи не выявлены.

Заключение:

Между показателями временной области, спектральной BPC и концентрацией NO в крови у больных АГ присутствуют разнонаправленные взаимосвязи. Между индексами BPC – LF/HF, SDR, ПОСА и концентрацией NO в крови у больных АГ присутствуют обратные взаимосвязи. Между показателями временной области BPC, диапазоном HF и САД преобладают обратные взаимосвязи. Между ОПСС, PWV и содержанием NO в крови у больных АГ выявлены обратные взаимосвязи.

АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ БОЛЬНЫХ С РЕСТЕНОЗОМ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КРАТНОСТИ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ИНФАРКТОВ МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ

Жалилов А.О., Юлдошев Н.П., Нагаева Г.А.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ

Введение (цели/ задачи):

Цель: Провести сравнительный анализ ангиографических данных у больных с рестенозом в зависимости от количества перенесенных инфарктов миокарда (ПИМ) в анамнезе.

Материал и методы:

Были обследованы 31 пациент, у которых развился рестеноз после чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) на коронарных артериях (КА). Средний возраст обследуемых составил $60,3 \pm 9,5$ лет. Соотношение мужчин и женщин было 27 / 4. Всем включенным в исследование проводились общеклинические и лабораторные исследования, сбор анамнестических данных (наличие и количество ПИМ, сопутствующий сахарный диабет – СД), а также коронароангиография (КАГ) с оценкой процента рестеноза в основных бассейнах КА: ствол левой коронарной артерии – СЛКА, передняя межжелудочковая артерия – ПМЖА, огибающая артерия – ОА, ветвь тупого края – ВТК, промежуточная артерия – ПрА, правая коронарная артерия – ПКА, задняя межжелудочковая – ЗМЖВ, левая желудочковая – ЛЖВ. Также по данным КАГ вычислялось среднее количество пораженных КА на 1 больного – Σ КА и характер сосудистых поражений (1-, 2х- и многососудистые). В зависимости от количества ПИМ были выделены 2 группы: 1гр. – 15 больных с однократным ПИМ и 2гр. – 8 больных с двукратным ПИМ в анамнезе.

Результаты:

В ходе исследования было установлено следующее: средний возраст пациентов 1гр. составил $58,8 \pm 10,6$ лет, что на 5,6 лет было меньше, чем во 2гр. ($p>0,05$), т.е. пациенты с однократным ПИМ в анамнезе были на 5,6 лет моложе, чем респонденты с двукратным ПИМ. Период с момента стентирования до развития рестеноза в 1гр. составил $2,5 \pm 1,7$ года, а во 2гр. – $4,4 \pm 2,6$ года ($p=0,046$), т.е. у пациентов с однократным ПИМ в анамнезе данный временной интервал оказался меньше, чем в группе сравнения. Σ КА на 1 больного в 1гр. составило $1,6 \pm 0,9$ ед. и во 2гр. – $2,2 \pm 0,9$ ед. ($p=0,143$), т.е. у пациентов с однократным ПИМ в анамнезе в патологический процесс вовлекалось меньшее количество КА. В 1гр. число больных с 1-сосудистыми поражениями было 53,3%, с 2-сосудистыми – 26,7% и с многососудистыми поражениями – 20,0%. Во 2гр. аналогичные показатели составили – 12,5%, 62,5% и 25,0%, соответственно 1-,

2х- и многососудистые поражения (все $p>0,05$), т.е. у пациентов с двукратным ПИМ в анамнезе чаще регистрировались 2х – и многососудистые поражения. Углубленный анализ данных КАГ выявил, что поражения СЛКА регистрировались у 6,67% в 1гр. и у 37,5% – во 2гр.; поражения ПНА – у 73,3% и 87,5%, соответственно в 1й и 2й группах; поражения ОА – у 33,3% и 37,5% пациентов; поражения ВТК – у 6,7% и 0,0%; поражения ПКА – у 33,3% и 87,5% и поражения ЗМЖВ – у 13,3% и 12,5%, соответственно, в 1й и 2й группах. Поражения ПрА и ЛЖВ у пациентов анализируемой нами выборки не наблюдалось.

Заключение:

Рестеноз, у пациентов с однократным ПИМ в анамнезе, характеризуется развитием в сравнительно молодом возрасте и за относительно меньший период времени с вовлечением в патологический процесс меньшего количества венечных артерий. Напротив, у пациентов с многократным ПИМ в анамнезе, рестеноз развивается в более позднем возрасте и через больший промежуток времени с вовлечением в патологический процесс большего количества коронарных артерий. По КАГ-данным пациенты с рестенозом и однократным ПИМ в анамнезе характеризуются преимущественным поражением бассейнов ПНА, в то время, как у пациентов с рестенозом и двукратным ПИМ в анамнезе регистрируются поражения не только бассейнов ПНА и ПКА, но и СЛКА.

АРИТМИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Изварина О.А., Аникин В.В.,

Николаева Т.О., Беганская Н.С.

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

В перименопаузальном периоде у женщин инволютивная гипозестрогения способствует становлению и прогрессированию артериальной гипертензии (АГ). Наряду с нейровегетативными расстройствами, нарушениями жирового и углеводного обмена женщин в климактерическом периоде часто беспокоят кардиальные жалобы. Однако, как показывает практика, регистрация стандартной ЭКГ в 12 отведениях не всегда позволяет выявить сердечные дизритмии и оценить их характер.

Материал и методы:

В связи с этим были обследованы 154 женщины, 118 из которых (средний возраст $49,4 \pm 5,2$ года) имели подтвержденную суточным мониторингом АГ 1-3 степени, а у 36 климакс протекал без АГ ($48,1 \pm 2,6$ года). Кроме углубленного клинического обследования, всем женщинам проводилось суточное мониторирование ЭКГ (аппарат Кардиотехника-04-АД фирмы «Инкарт», Санкт-Петербург).

Результаты:

Аритмический синдром наблюдался у 48,28% женщин без АГ в пременопаузе (1 группа), 56,67% лиц без АГ в постменопаузе (2 группа), 94,74% – с АГ в пременопаузе и 76,47% – с АГ в постменопаузе (3 и 4 группы соответственно). При этом выявлено, что субъективные ощущения аритмии описывались как «замирание» или «остановка сердца» (84,2% лиц) и приступы сердцебиений (37,4%). Однако на стандартной ЭКГ только у 3,7% всех обследованных была выявлена одиночная наджелудочковая экстрасистолия. Суточное мониторирование ЭКГ показало, что в 1 группе одиночная желудочковая экстрасистолия (ОдЖ Э/С) отмечалась у 85,7% лиц, групповая желудочковая экстра-

систолия (ГрЖ Э/С) – у 19,6%, а пароксизмальная желудочковая тахикардия (ПЖТ) – у 14,3% лиц. Наступление менопаузы характеризовалось увеличением распространенности нарушений сердечного ритма. При этом групповая наджелудочковая экстрасистолия (ГрН Э/С) встречалась у женщин с АГ в постменопаузе в 1,4 раза чаще, чем в пременопаузе (у 65,5% и 48,2% лиц соответственно, $p < 0,05$), а пароксизмы наджелудочковой тахикардии (ПНТ) выявлялись в 36,2% случаев в постменопаузе и 17,9% – в пременопаузе ($p < 0,05$). Обращало на себя внимание трехкратное увеличение распространенности у женщин с АГ ГрЖ Э/С при переходе к постменопаузе (с 19,6% до 62,1%, $p < 0,05$) и почти четырехкратное – ПЖТ (с 14,3% в пременопаузе до 56,9% в постменопаузе, $p < 0,05$). У женщин без АГ нарушения сердечного ритма по результатам суточного мониторирования ЭКГ оказались менее распространенными. Так, в 3 группе ГрН Э/С встречалась в 2,3 раза реже, чем в 1 группе (21,1% и 48,2% соответственно, $p < 0,05$). С наступлением постменопаузы у женщин без АГ ГрН Э/С наблюдалась в 1,5 раза реже, чем во 2 группе (41,2 и 65,5%), но в 1,9 раза чаще, чем в 3 группе (41,2% и 21,1%). Аналогичная тенденция выявлялась также в отношении ГрЖ Э/С, которая у женщин без АГ в постменопаузе отмечалась в 1,3 раза реже, чем у лиц 2 группы (47,1% и 62,1% соответственно), и в 1,5 раз чаще, чем в 3 группе (47,1% и 31,6% соответственно). Обращало на себя внимание, что у женщин 4 группы распространенность ПНТ (35,3%) и ОдЖ Э/С (82,4%) была не только выше, чем в 3 группе (15,8% и 78,9%), но и сопоставима с частотой их встречаемости у лиц с АГ в постменопаузе (36,2% и 96,6% соответственно). Выявленные закономерности указывают на более низкую частоту встречаемости сердечных дисритмий у женщин в постменопаузе без АГ по сравнению с лицами с АГ, но более высокую – по сравнению с обследованными без АГ до наступления менопаузы (3 группа).

Заключение:

Таким образом, наиболее часто нарушения сердечного ритма встречались у женщин с АГ в постменопаузе. Учитывая то, что субъективное ощущение сердцебиений и перебоев в работе сердца чаще встречались у женщин без АГ, а суточное мониторирование ЭКГ выявило преобладание аритмий у лиц с АГ, можно сделать вывод, что при наличии АГ нарушения ритма сердца нередко протекают бессимптомно или манифестируются небольшими субъективными проявлениями. При этом своевременно диагностировать наличие, разновидность и выраженность аритмического синдрома можно только при проведении суточного мониторирования ЭКГ.

БИОМАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ, ПОВРЕЖДЕНИЯ И ДИСФУНКЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ

Бугров А.В.¹, Беганская Л.А.¹, Долгов В.В.¹, Федорова Т.А.², Ройтман А.П.¹

¹ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,

²ФГАУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет).

Введение (цели/ задачи):

Инфекционный эндокардит (ИЭ) – опасное для жизни заболевание, патогенез которого, характеризуется широким диапазоном основных кардиальных патологических проявлений, реакцией иммунной системы, а также инициирующими заболевание

микроорганизмами. В настоящее время, клиническое течение и исход ИЭ определяются комплексом патологических проявлений, состоящим из выраженности системной воспалительной реакции, частотой септических осложнений, развитием сердечной и полиорганной недостаточности, а также выраженности и направленности иммунных реакций организма больного. Результаты лабораторного выявления биомаркеров воспаления, повреждения и дисфункции миокарда, системной бактериальной инфекции у больных ИЭ, на сегодняшний день, активно изучаются в качестве универсальных показателей стратификации риска, определяющих стратегию и эффективность лечения, и прогнозирования исходов заболевания. Цель. Изучить динамику биомаркеров в крови: прокальцитонина (PCT), С-реактивного белка (CRP), сердечного тропонина I (TnI) и N-терминального про-B-типа натрийуретического пептида (NT-proBNP) у больных с ИЭ при поступлении в стационар и в первые 2 недели терапии.

Материал и методы:

Исследованы образцы 71 (24 женщины и 47 мужчин) пациента ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ с ИЭ (возраст 22-88 лет). Диагноз устанавливался на основании модифицированных критериев DUKЕ. Образцы исследовались при поступлении в стационар и в первые 2 недели терапии. За время наблюдения 15 пациентов умерли в течение двух недель. В контрольную группу вошли 30 здоровых доноров в возрасте от 21 до 52 лет. Уровни TnI и PCT в сыворотке измеряли с помощью Иммуноферментного анализа (Вектор-Бест, Россия), уровни CRP и NT-proBNP – с применением технологии иммунохемилюминесцентного анализа, Immulite 2000 XP (Siemens Healthcare Diagnostics Inc.).

Результаты:

В ходе исследования установлено, что уровни CRP, PCT, TnI и NT-proBNP (приведены Me [25%, 75%]) у пациентов с ИЭ при поступлении в стационар: CRP мг/л-91,7 [43,5, 162,6], PCT нг/мл,-0,72 [0,16, 3,2], TnI, нг/мл-0,007 [0,001, 0,25]; NT-proBNP пг/мл-1651 [504, 8713] статистически ($p < 0,05$) значимо отличаются от значений контрольной группы: CRP мг/л-1,0 [0,5, 1,7], PCT нг/мл,-0,02 [0,0, 0,05], TnI, нг/мл 0,001 [0,001, 0,002]; NT-proBNP пг/мл-22,0 [14,0, 46,0], соответственно. Анализ изучаемых биомаркеров внутри группы больных ИЭ показал, что больные ИЭ с клиническим ухудшением и умершие ($n=15$) в ходе наблюдения имели достоверно ($p < 0,05$) более высокие уровни: CRP мг/л-132,2 [93,1, 180,1], PCT нг/мл,- 1,18 [0,5, 11,13]; TnI нг/мл -0,02 [0,001, 1,24], NT-proBNP пг/мл -12746 [1662, 16032]; по сравнению с пациентами ($n=56$), выписанными из стационара с клиническим улучшением: CRP мг/л-77,6 [40,2, 159,4], PCT нг/мл,- 0,48 [0,13, 2,98]; TnI нг/мл -0,001 [0,001, 0,09], NT-proBNP пг/мл -1203 [478, 5395]. Установлено, что уровни изучаемых маркеров у больных ИЭ при поступлении: СРБ ≥ 93 мг / л (отношение шансов [OR] = 4,2; 95% доверительный интервал [ДИ]: 1,6-13,7), TnI $\geq 0,1$ нг / мл (отношение шансов [OR] = 2,7; доверительный интервал 95% [ДИ]: 1,2-6,4), PCT $\geq 1,1$ нг / мл (отношение шансов [OR] = 2,7; доверительный интервал 95% [ДИ]: 1,3-7,0), NT-proBNP ≥ 410 пг / мл (отношение шансов [OR] = 2,8; доверительный интервал 95% [ДИ]: 1,4-25,2), были связаны с неблагоприятными исходами заболевания (клиническое ухудшение) и/или смерть в течении периода наблюдения.

Заключение:

Оценка уровней биомаркеров: прокальцитонина (PCT), С-реактивного белка (CRP), сердечного тропонина I (TnI) и N-терминального про-B-типа натрийуретического пептида (NT-proBNP) у больных ИЭ имеет клиническое значение для диагностики, мониторинга эффективности лечения и прогнозирования течения инфекционного эндокардита.

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРЕДНИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST С УЧЕТОМ ЭКГ И АНГИОГРАФИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕПЕРFUЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

ГАЗАРЯН Г.Г.¹, СТРЮК Р.И.²,
ТЮРИНА Л.Г.¹, НЕФЕДОВА Г.А.¹

¹ГБУ здравоохранения г. Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы»,
²ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Целью работы являлось оценить ближайший и отдаленный эффект лечения больных первичным передним ИМпST с подъемом сегмента ST (ИМпST) в зависимости от наличия или отсутствия электрокардиографических (ЭКГ) наряду с ангиографическими признаками реперфузии после выполнения первичных чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ).

Материал и методы:

Проведен ретроспективный анализ 192 больных ИМпST передней локализации, госпитализированных в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с 2008 по 2011г. без тромболитической терапии. Сформировано 2 группы – в I группу вошли 113 больных, которым были выполнены ЧКВ в первые 12 час., II группу составили 79 пациентов, получавших только медикаментозную терапию. Успех ЧКВ оценивали на основании ЭКГ-ангиографического сопоставления по завершению процедуры. В 131 наблюдении оценивали общую летальность и летальность от сердечно-сосудистых событий в течение 1 года и 5 лет после выписки.

Результаты:

Из 113 больных с ранними ЧКВ кровотоки TIMI 0-2 по завершению процедуры был констатирован у 13 (11,5%) пациентов: TIMI 2, 1 и 0 - у 7 (6,2%), 1 (0,9%) и 5 (4,4%) пациентов соответственно. ЭКГ-признаки реперфузии после ранних ЧКВ в виде редукции сегмента ST более 50% выявлялись у 53 (46,9%) больных, у 16 (14,1%) имела место редукция более 30% и у 44 (38,9%) пациентов результаты ЧКВ были расценены как без ЭКГ-признаков реперфузии. Из 13 больных без достижения кровотока TIMI 3 в ходе коронарного вмешательства редукция сегмента ST 50-70% с финальным кровотоком TIMI 2 имела место у 2 пациентов, у пациентов с кровотоком TIMI 0-1 выявлялась редукция сегмента ST менее 30% или же отсутствие динамики ЭКГ. Из 192 больных передним ИМпST в госпитальном периоде у 16 (8,3%) развился летальный исход (ЛИ) – у 3 (2,7%) – в I группе и у 13 (16,4%) – во II группе. Анализ частоты ЛИ у больных ИМпST передней локализации в госпитальном и отдаленном периодах в зависимости от степени достижения кровотока после ЧКВ показал, что из 44 больных без ЭКГ-признаков реперфузии ЛИ наступил у 10 (22,7%) больных, из них у 2 - вследствие разрыва стенки левого желудочка и фибрилляции предсердий в госпитальном периоде, у 6 - в течение 1 года, и у 2 больных - в течение 5 лет, в 9 случаях ЛИ был обусловлен сердечно-сосудистыми событиями (ССС) и у 1 больного он не был связан с СССР. Из 63 больных ИМпST передней локализации с ЭКГ-признаками реперфузии и с достижением кровотока TIMI 3, ЛИ был констатирован у 12 (19,0%) пациентов, из которых 1 больной умер в госпитальном периоде вследствие кардиогенного шока, 3 - в течение 1 года, и 8 больных в течение 5 лет после выписки. Летальный исход

вследствие СССР имел место у 9 из 12 больных и у 3 ЛИ не был обусловлен СССР. У больных II группы без ЧКВ показатели общей и сердечно-сосудистой летальности через 5 лет после выписки составили 37,9% и 41,3% соответственно и были сопоставимы с таковыми у больных с ЧКВ без достижения кровотока TIMI 3.

Заключение:

Отсутствие ЭКГ-признаков реперфузии после первичных ЧКВ может быть использовано с целью уточнения ангиографического успеха. Успех ЧКВ определяется восстановлением кровотока TIMI 3 в инфаркт-связанной коронарной артерии в сочетании с ЭКГ-признаками миокардиальной реперфузии.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ «TTR» И ПОЛИМОРФИЗМАМИ ГЕНОВ CYP2C9 И VKORC1 НА ФОНЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ У ЛИЦ УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Ирисов Д.Б., Закиров Н.У., Курбанов Р.Д.
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ,
ТАШКЕНТ, РЕСПУБЛИКА УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/ задачи):

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи уровня TTR (% времени нахождения МНО в терапевтическом диапазоне) с носительством полиморфизмов CYP2C9*2 и CYP2C9*3 гена CYP2C9 и полиморфного маркера G(-1639)A гена VKORC1, на фоне терапии варфарином (Вф) у больных с фибрилляцией предсердий (ФП) узбекской национальности.

Материал и методы:

В исследование включено 172 пациента узбекской национальности обоего пола (52,3% мужчин) в возрасте от 38 до 75 лет (средний возраст 60,5±9,6 лет) с персистирующей (n=66) и постоянной ФП (n=106), как клапанной (n=56), так и не клапанной (n=116) этиологии. Всем больным была назначена базисная медикаментозная терапия основного заболевания в соответствии с рекомендациями ESC. Вф назначался под контролем международного нормализованного отношения (МНО), дополнительно к базисной медикаментозной терапии основного заболевания. Чрезмерную гипокоагуляцию (ЧГ) констатировали при МНО более 3,0. Определение аллельных вариантов гена проводили методом полимеразной цепной реакции с последующим изучением полиморфизма длин рестрикционных фрагментов. Оценка TTR – проводилось расчетом процентного значения МНО в пределах целевого диапазона, за анализируемый период (условно 5-10 измерений) после того как установлено поддерживающая доза Вф.

Результаты:

По результатам исследования установлено, что уровень TTR в общей группе больных варьировал от 20% до 85%. Учитывая то, что примерно 30-40% случаев вариабельности поддерживающей дозы Вф связано с генетическими особенностями пациентов, нами были проанализированы взаимосвязь уровня TTR с носительством полиморфизмов CYP2C9*2/*3, G(-1639)A генов CYP2C9 и VKORC1. Анализ взаимосвязи сочетаний различных генотипов с TTR показал, что наибольший средне групповой показатель - TTRcp 60,1±27,6% имели пациенты (n=35) с сочетанным носительством «диких» генотипов GG полиморфного маркера G(-1639)A гена VKORC1 и *1/*1 генотипа полиморфизмов CYP2C9*2/*3 гена CYP2C9. В группе лиц с сочетанным носительством *1/*1-генотипа полиморфизмов CYP2C9*2/*3 с AG

($n=57$) и AA ($n=36$) генотипами полиморфного маркера G(-1639) A гена VKORC1 средние значения TTR_{ср} составили $43,1 \pm 28,3\%$ и $43,2 \pm 19,5\%$, соответственно. Интересно отметить, что у 40% лиц с сочетанным носительством «диких» генотипов GG полиморфного маркера G(-1639)A гена VKORC1 и *1/*1 полиморфизмов CYP2C9*2/*3 гена CYP2C9 TTR составил более 70%, что свидетельствует о максимально возможной защите от ТЭО именно в этой группе. В группе лиц с носительством *1/*1-генотипа полиморфизмов CYP2C9*2/*3 с AA-генотипом полиморфного маркера G(-1639)A гена VKORC1 показатель TTR ≥ 70 наблюдался достоверно меньше - в 8,3% случаях ($p < 0,05$), чем в группах с сочетанным носительством *1/*1-генотипа полиморфизмов CYP2C9*2/*3 гена CYP2C9 и GG генотипами полиморфного маркера G(-1639)A гена VKORC1. Промежуточное положение заняли пациенты ($n=57$) с носительством *1/*1-генотипа полиморфизмов CYP2C9*2/*3 и AG-генотипом полиморфного маркера G(-1639)A гена VKORC1. В этой группе больных, о возможной максимальной защите от ТЭО можно говорить у 17,5%, у которых TTR составил $\geq 70\%$. В целом можно отметить, что в других анализируемых группах пациентов с различными сочетаниями генотипов полиморфизмов генов CYP2C9 и VKORC1 средний показатель TTR $\geq 70\%$ составил 20%.

Заключение:

1. Наибольшие значения TTR (ср 60%) обеспечивающие максимальную защиту от тромбоемболических осложнений выявлены в группе больных с носительством сочетаний (комбинаций) диких генотипов полиморфизмов генов CYP2C9 и VKORC1, при этом у 40% больных этой группы индивидуальные показатели TTR $\geq 70\%$. 2. По мере увеличения вариантных форм полиморфизмов G(-1639)A и CYP2C9*2/*3 генов VKORC1 и CYP2C9 отмечается снижение средних значений TTR 17,5% и 8,3%, соответственно.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОКРИННОЙ И ПРОСТАГЛАНДИНОВОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСФУНКЦИИ ПО ГИПОТЕНЗИВНОМУ ТИПУ У ДЕТЕЙ

Буряк В.Н.¹, Махмутов Р.Ф.², Шабан Н.И.²

¹ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург,

²ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького», г. Донецк

Введение (цели/ задачи):

Целью данной работы было выявление и изучение взаимосвязей показателей активности тиреоидной системы, надпочечников, системы простагландинов с последующим выяснением роли этих взаимосвязей в генезе вегетососудистой дисфункции по гипотензивному типу у детей (ВСД).

Материал и методы:

Обследовано 254 ребёнка в возрасте от 11 до 14 лет. У 185 из них диагностирована ВСД. У 97 детей с ВСД отмечали гиперплазию щитовидной железы (ВСДЩЖ), у 88 – при ВСД в анамнезе имелись указания на перинатальное поражение ЦНС. 69 обследованных были практически здоровы и составили контрольную группу. У всех пациентов изучалось содержание ТТГ, Т3, Т4, кортизола (Кр), простагландинов E2 (ПГЕ2), F2 α (ПГФ), простаглицлина (Пц) и тромбосана (Тх). Содержание гормонов определяли радиоиммунологическим методом с помощью реактивов фирмы «Immunotech». Определение ПГЕ2 проводили

радиоиммунологическим методом с применением наборов фирмы «Amersham».

Результаты:

Выявлен ряд взаимосвязей концентраций гормонов и простаноидов, отмечавшийся в контрольной группе и в группах детей с ВСД. У детей контрольной группы прослеживалась положительная связь между уровнями Кр и Т3 ($r=+0,49$). У лиц с ВСДЩЖ указанная взаимосвязь приобретала инвертированный вид ($r=-0,68$), в группе больных с ВСДПП – не прослеживалась ($r=+0,44$). В контрольной группе концентрация Кр значимо коррелировала с соотношением ПГЕ/ПГФ ($r=-0,48$) и с уровнем Пц ($r=+0,64$), с которым также было связано содержание Т3 ($r=+0,70$), что обуславливало корреляцию между Т3 и соотношением Пц/Тх ($r=+0,48$). Ни при ВСДЩЖ, ни при ВСДПП корреляций указанной направленности не наблюдалось. У обследованных контрольной группы отмечалась достаточно высокая и статистически значимая положительная корреляционная связь между концентрацией Пц и Тх ($r=+0,62$). У больных с ВСД между уровнями Пц и Тх отмечалась корреляция высокой степени, которая имела при этом отрицательное значение как в группе пациентов с ВСДЩЖ ($r=-0,71$), так и с ВСДПП ($r=-0,62$). Кроме того, у лиц с ВСД обнаружены высокие положительные корреляционные связи между концентрацией в крови ПГФ и соотношением Пц/Тх ($r=+0,79$) у больных с ВСДЩЖ и $r=+0,62$ у пациентов с ВСДПП, отсутствовавшие у детей группы контроля.

Заключение:

1. Особенности взаимосвязей показателей тиреоидной и кортикоستيероидной активности у детей с ВСД свидетельствуют о снижении у них адаптационных резервов организма при значительном снижении последних у лиц с ВСДЩЖ. 2. У детей с ВСД наблюдается разобщенность функционирования эндокринной и простаноидной систем, указывающая на относительную автономность участия данных систем в регуляции центральной гемодинамики. 3. При ВСД у детей наблюдается разнонаправленность корреляций в системе простаноидов по сравнению со здоровыми сверстниками, свидетельствующая о нарушении местных механизмов саморегуляции кровообращения, приводящем к вазодилатационной гипотензии.

ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТАЮЩИХ КОНЦЕНТРАЦИЙ СЕРТОНИНА И АДРЕНАЛИНА НА ИНОТРОПНУЮ ФУНКЦИЮ СЕРДЦА КРЫС

Ахметова М.Ж.¹, Тыкежанова Г.М.¹,

Нигматуллина Р.Р.²

¹КАРАГАНДИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

ИМЕНИ АКАДЕМИКА Е. А. БУКЕТОВА,

²КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/ задачи):

Серотонин является важным моноамином и оказывает влияние на многие функции организма. У людей аномальная серотонинергическая система может привести к проблемам со здоровьем, таким как депрессия и обсессивно-компульсивные расстройства, для которых были разработаны лекарства, включая селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Широко обсуждают роль серотониновой системы как звена в патогенезе атеросклероза, артериальной гипертензии. Серотонин и адреналин представляют собой гуморальную систему регуляторов и модуляторов физиологических процессов. Поскольку серотониновая система оказывает большое влияние на здоровье человека, понимание ее функционирования пред-

ставляет большой интерес для исследователей. Цель и задачи. Изучить влияние возрастающих концентраций серотонина и адреналина на инотропную функцию сердца крыс в остром эксперименте.

Материал и методы:

Исследования проведены в научной лаборатории кафедры нормальной физиологии Казанского государственного медицинского университета. В эксперименте использовали самцов белых лабораторных крыс линии Wistar. С помощью установки PowerLab и датчика силы MLT 050/D (ADInstruments, Австралия) определяли реакцию силы сокращения миокарда правого желудочка в ответ на возрастающие концентрации 0,1, 1,0 и 10,0 мкмоль/л серотонина и адреналина (Sigma).

Результаты:

Серотонин оказывал дозозависимое положительное инотропное действие, которое может быть реализовано активацией 5-HT₂ и 5-HT₄ рецепторов. Реакции миокарда правого желудочка на серотонин в физиологических концентрациях были ниже реакции на адреналин ($p < 0,05$). Однако, с увеличением концентраций адреналина положительный инотропный эффект ослабевал. На максимальную концентрацию адреналина 10 мкмоль/л, выявлено снижение реакции на 30%. Мы предполагаем, что это связано с большой нагрузкой на желудочки крыс и адреналин возможно начинает угнетать сократимость миокарда. Подобная реакция может быть вызвана активацией бета₂-адренорецепторов, которые частично реализуют свой эффект через ингибиторный G белок. Такой эффект наблюдается при сердечной недостаточности, когда сердце является не здоровым. Также полагают, что активация пресинаптических альфа₂-адренорецепторов уменьшают секрецию норадреналина в синапсы и тем самым снижает силу сердечных сокращений.

Заключение:

Эти результаты свидетельствуют о том, что при высоких концентрациях серотонина в крови, которые наблюдаются у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, серотонин способен увеличивать сократимость миокарда правого желудочка. Данное исследование показывает, что серотонин более выражено участвует в регуляции сокращения миокарда правого желудочка по сравнению с адреналином.

ВЛИЯНИЕ ГОРМОН-ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВОЗРАСТНОМ АНДРОГЕННОМ ДЕФИЦИТЕ НА ПРОЯВЛЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Гофман В.В.¹, Лебедева Н.Б.²

¹ФКУЗ «МСЧ МВД России по Кемеровской области», Кемерово, Россия,

²ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Кемерово, Россия

Введение (цели/ задачи):

Изучить влияние гормон-заместительной терапии (ГЗТ) на метаболический синдром (МС) и его составляющие в группе мужчин среднего возраста, страдающих возрастным андрогенным дефицитом (ВАД).

Материал и методы:

В исследование включено 109 мужчин в возрасте 44 - 55 лет, среднего возраста $46,36 \pm 2,04$ лет, проходивших плановую диспансеризацию в ФКУЗ «МСЧ МВД России по Кемеровской области». Помимо комплексного клинико-инструментального обследования, определялись уровни половых и гонадотропных

гормонов. По медицинским показаниям пациентам назначалась гормон заместительная терапия (ГЗТ) под амбулаторным наблюдением уролога. Результаты лечения оценивались через год, после повторного комплексного клинико-инструментального обследования, включающего в себя определение уровней мужских половых гормонов. Исключались пациенты с эндокринными, психическими, хроническими соматическими заболеваниями, заболеваниями яичек, гипоталамо-гипофизарной системы.

Результаты:

По результатам исследования половых гормонов выявили снижение уровня ТС у 46 (42%) мужчин, из них, по назначению уролога, 29 (26,6%) получали ГЗТ, у 63 (57,8%) мужчин показатели были в норме. После годового амбулаторного наблюдения, при сравнительном анализе распространенности МС, в группе мужчин, получающих ГЗТ, выявили достоверное ($p < 0,05$) снижение частоты выявления МС (на исходном этапе 20 (69,0%) случаев, ч/з 12 месяцев 11 (37,9%) случаев). Распространенность висцерального ожирения и уровень триглицеридов (ТГ) также достоверно ($p < 0,05$) снизились (ожирение с 21 (72,4%) до 11 (37,9%) случаев; ТГ с $1,95 \pm 1,10$ ммоль/л до $1,53 \pm 0,69$ ммоль/л). В группе мужчин со сниженным ТС, но не получающих ГЗТ, напротив отмечается достоверное ($p < 0,05$) повышение некоторых составляющих МС – уровня холестерина (ХС) ($5,53 \pm 1,16$ ммоль/л до $5,83 \pm 0,97$ ммоль/л) и уровня липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) ($3,50 \pm 1,24$ ммоль/л до $3,79 \pm 1,14$ ммоль/л). Среди мужчин с нормальным уровнем ТС выявленные изменения в распространенности МС и его компонентов не достоверны ($p > 0,05$).

Заключение:

У мужчин среднего возраста сниженный уровень ТС способствует развитию или усугублению дислипидемии, и напротив, ГЗТ у мужчин, страдающих ВАД, способствуют нормализации липидного профиля, а также снижению распространенности МС в целом.

ВЛИЯНИЕ ОСТРОГО ВВЕДЕНИЯ БЛОКАТОРА ТРИПТОФАНГИДРОКСИЛАЗЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ ИНОТРОПНОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА 14-ДНЕВНЫХ КРЫСЯТ

Недорезова Р.С.¹, Гарипов Т.В.¹, Нигматуллина Р.Р.²

¹Казанская государственная академия ветеринарной медицины, Казань, Россия,

²Казанский государственный медицинский университет Минздрава России, Казань, Россия

Введение (цели/ задачи):

Материнский 5-НТ необходим для нормального эмбрионального развития мыши (Côté et al., 2007). Интересно, что крысам, которым вводили пара-хлор-фенил-аланин для снижения периферического уровня 5-НТ, в том числе в яйцеводах и матке, не удалось произвести новорожденных, когда это воздействие осуществлялось на ранних стадиях беременности (0-5 дней после спаривания), тогда как более позднее введение РСРА приводило к нормальным пометам (Acharya et al., 1989). Это побудило авторов сделать вывод о том, что ранняя эмбриональная стадия, предшествовавшая имплантации, особенно чувствительна к депривации 5-НТ в репродуктивных тканях (Acharya et al., 1989). Несмотря на отсутствие специфичности воздействия, используемого для снижения общего уровня 5-НТ, это наблюдение может указывать на возможное объяснение дефектов

развития, предположительно при уменьшении уровня 5-HT в репродуктивных тканях. Целью нашего исследования явилось изучение острого влияния пара-хлор-фенил-аланина на сократимость миокарда у 14 дневных крысят.

Материал и методы:

Организация и методы исследования. На крысятах 14 дневного возраста проводили исследование инотропной функции миокарда. Оценивали реакции силы сокращения полосок миокарда крысы на РСРА (p-chlorophenylalanine; Sigma) в трех последовательно возрастающих концентрациях - 0,1 мМ, 1,0 мМ и 10,0 мМ.

Результаты:

Острое введение РСРА в концентрации 0,1 мМ, 1,0 мМ и 10,0 мМ вызывает достоверное снижение силы сокращения миокарда у 14-дневных крысят. С ростом концентрации РСРА реакция силы сокращения увеличивается. При концентрации 0,1 мМ достоверно увеличивается время сокращения миокарда по сравнению с исходными показателями. Время расслабления при первой концентрации РСРА несущественно увеличивается, однако при воздействии последующей концентрации происходит его укорочение во всех отделах сердца. Увеличивается общее время сокращения миокарда в левом желудочке на 0,13 сек, а правом на 0,1 сек по сравнению с исходными показателями. Однако при воздействии последующей концентрации РСРА не происходит значимого снижения общего времени сокращения, а также при максимальной концентрации наблюдается его увеличение.

Заключение:

Острое воздействие блокатора синтеза серотонина пара-хлор-фенил-аланина приводит к снижению сократительной функции миокарда.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ВНУТРЕННЮЮ КАРТИНУ БОЛЕЗНИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫМИ ТАХИКАРДИЯМИ

Шелуха П.А., Царегородцев Д.А., Ромасенко Л.В., Соколов А.В., Берая М.М.
ПМГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)

Введение (цели/ задачи):

Пароксизмальные суправентрикулярные тахикардии (СВТ) - распространенные нарушения ритма сердца, снижающие качество жизни (КЖ) пациентов. Данные аритмии нередко сочетаются с тревожными, депрессивными и ипохондрическими расстройствами, которые дополнительно ухудшают КЖ и могут сохраняться даже после устранения нарушений ритма с помощью радиочастотной абляции (РЧА). Цель исследования: оценить влияние соматических и психических факторов на внутреннюю картину болезни и качество жизни пациентов с СВТ.

Материал и методы:

В пилотную часть исследования были включены 34 пациента (14 мужчин, 20 женщин, средний возраст 50 [37;60] лет), не имеющие структурной патологии сердца и значимых сопутствующих заболеваний, госпитализированные в стационар для проведения РЧА по поводу СВТ. У 23 больных диагностирована пароксизмальная атриовентрикулярная узловатая реципрокная тахикардия, у 10 пациентов - ортодромная тахикардия, у 1 больной - предсердная пароксизмальная тахикардия. Всем пациентам проведено анкетирование для выявления ипохондрических (скрининг-опросник с оценкой индекса Уайтли), тревожных и депрессивных расстройств (госпитальная шкала тревоги и де-

прессии (HADS), шкала депрессии Гамильтона), а также оценка КЖ с помощью русской версии опросника SF-36 и внутренней картины болезни (ВКБ) по методике ТООБОЛ. Контрольную группу, сопоставимую по полу и возрасту, составили 34 здоровых добровольца (10 мужчин и 24 женщины, средний возраст 42 [35;50] лет, $p=0,1$).

Результаты:

По опроснику HADS в основной группе субклинические признаки тревоги и депрессии выявлены у 15% и 12% пациентов соответственно, клинически выраженная тревога - у 6% больных. По шкале Гамильтона, у одного пациента (3%) диагностирована депрессия легкой степени и еще у одного больного - депрессия средней степени тяжести. Признаки ипохондрии отмечены у 32% больных (11 человек). Пациенты были разделены на 2 подгруппы: в первую вошли 20 человек, у которых по результатам анкетирования имелись признаки ипохондрии, тревоги, депрессии или их сочетание, во вторую - 14 больных без подобных расстройств. При сравнении подгрупп не выявлено достоверных различий по давности аритмического анамнеза, частоте сердечных сокращений в момент пароксизма, частоте приступов, способу купирования аритмии, частоте госпитализаций по поводу СВТ. Вместе с тем, установлено значимое снижение как физических (по шкалам ролевая деятельность, $p=0,02$, общее здоровье, $p=0,036$, суммарный показатель физического здоровья, $p=0,036$), так и психических (по шкалам жизнеспособность, $p=0,018$, психическое здоровье, $p=0,002$, суммарный показатель психического здоровья, $p=0,023$) компонентов КЖ, а также среднего показателя КЖ (КЖср) ($p=0,005$) в группе пациентов с аффективными и ипохондрическими расстройствами по сравнению с больными без психических нарушений. Среди последних наиболее частыми типами ВКБ явились гармоничный (35,7%) и эйфорический (35,7%), тогда как у пациентов с психическими расстройствами гармоничный тип выявлен лишь в 5% случаев ($p=0,021$), эйфорический в изолированном виде не встречался, а преобладали стенический (45% по сравнению с 7,1% во второй подгруппе, $p=0,018$) и смешанные варианты из различных сочетаний стенического, эйфорического, тревожно-го, сенситивного, неврастенического, паранойяльного типов отношения к болезни (50% от числа подгруппы). При сравнении с группой контроля, КЖ пациентов с СВТ, имеющих психические расстройства, было достоверно снижено по всем показателям физического здоровья и большинству показателей психического здоровья, а также КЖср. Снижение физических компонентов КЖ у пациентов без аффективных и ипохондрических расстройств было не столь значимым, а психические компоненты сопоставимы с контрольной группой, в результате чего КЖср не отличалось от группы контроля ($p=0,518$).

Заключение:

Тревожно-депрессивные и ипохондрические расстройства в большей степени, чем особенности течения нарушения ритма у пациентов с СВТ влияют на формирование неблагоприятных типов ВКБ и снижение КЖ.

ВЛИЯНИЕ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ НА ОБМЕН ЛИПИДОВ И РЕГУЛЯЦИЮ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ЖИТЕЛЕЙ ВЫСОКОГОРЬЯ

БЕСЛАНЕЕВ И.А., Курданова М.Х.,
Батырбекова Л.М., Курданов Х.А.

ЦЕНТР МЕДИКО-ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
– ФГБУН – ГНЦ РФ – ИНСТИТУТА МЕДИКО-
БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК

Введение (цели/ задачи):

Оксид азота (NO) и тиреоидные гормоны (ТГ) - триодтиронин (Т3) и тироксин (Т4), существенно влияют на все фундаментальные физиологические процессы, обеспечивающие гомеостаз. Изменения концентрации NO и ТГ вызывают нарушение нарушения вазодилатации, структуры и функции клеточных мембран, активируют липоперекисный стресс, сопровождающий течение артериальной гипертензии (АГ) и играют важную роль в развитии нарушений липидного профиля и атеросклеротического поражения стенки сосудов. Цель: изучить особенности влияния тиреоидных гормонов, метаболитов NO на вариабельность ритма сердца и гемодинамики, обмен липидов и системные взаимосвязи между ними у больных АГ, жителей высокогорья.

Материал и методы:

В высокогорных районах Приэльбрусья (2200 - 3100 м. над уровнем моря), обследовано 135 коренных жителей, которые были разделены следующие группы: 65 больных АГ 2 степени, (32 мужчин и 33 женщин), возраст $54,4 \pm 2,8$ года; 70 здоровых лиц, (34 мужчин и 36 женщин), возраст $46,7 \pm 3,2$ лет, сопоставимых по возрасту, полу и индексу массы тела. Всем обследованным пациентам проведено клиническое, инструментальное и биохимическое обследование, включающее: проведение и оценку ВРС, записанную на носимые суточные мониторы ЭКГ и АД – МЭКГ - ПН - МС «ДМС - Передовые технологии», (Россия). Свободный трийодтиронин (f.Т3) и тироксин - (f.Т4) определяли анализаторе «Stat-Fax - 2100», Awareness Technology Inc, (США). Стабильные метаболиты оксида азота NO - нитриты - (NO-2) и нитраты - (NO-3) определяли в фильтратах плазмы крови и эритроцитов спектрофотометрическим методом (СФ-6-А, Россия). Концентрацию общего холестерина (ОХС), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ), липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) определяли фотометрическим методом на полуавтоматическом анализаторе «Prima» (Италия). Полученные данные систематизировались при помощи уравнений множественной регрессии и факторного анализа и в пакете программы «Statistica v. 10.0.1» StatSoft. Inc (США) в модулях «корреляция» и «ANOVA».

Результаты:

Показатели временной области ВРС были статистически значимо снижены у больных АГ (на 20-65%). В частотной области ВРС у больных АГ выявлено снижение общей мощности спектра (TP) и всех его диапазонов: сверхнизкочастотного (VLF), низкочастотного (LF) и высокочастотного (HF) и их соотношений. Увеличение индексов (LF/HF), централизации (на 50 - 90%). Увеличение показателя относительной симпатической активности $POCA = (SDNN/RMSSD, \text{мс})$ на 22% и системной динамической реакции $SDR = (САД + ДАД * АМО / ЧСС, \text{ед.})$ – в 3,5 раза, на фоне снижения концентрации f.Т3, f.Т4 (на 28- 40%) и снижения NO2 и NO3 в крови (на 62 - 73%). Концентрация ОХС, ЛПНП, ЛПОНП, ТГ у больных АГ увеличена (на 17 - 85%), концентрация ЛПВП

снижена (на 65%) по сравнению с группой здоровых лиц. Рассчитаны зависимости абсолютных и относительных значений показателей и индексов ВРС, липопротеидов от концентрации ТГ и NO в крови. Установлено, что у больных АГ на фоне снижения ТГ и NO изменяются показатели ВРС и липидный профиль. Анализ наиболее значимых признаков позволил показать вклад каждого фактора в вариацию результирующего признака у больных АГ и здоровых лиц. У больных АГ 2 ст. между NO в крови и f.Т3, f.Т4 выявлены прямые взаимосвязи ($r = 0,373 - 0,384$; $p < 0,05$) и обратные взаимосвязи между NO и SDR, ПОСА ($r = -0,422 - r = -0,711$; $p < 0,01$). Между NO в крови и ОХС, ЛПНП, ЛПОНП установлены обратные взаимосвязи ($r = -0,472 - r = -0,547$; $p < 0,01$) и прямые взаимосвязи между ЛПНП и SDR, LF/HF ($r = 0,343 - 0,427$; $p < 0,05$). Между f.Т3, f.Т4 и ОХС, ЛПНП выявлены обратные взаимосвязи ($r = -0,389 - 0,448$; $p < 0,01$).

Заключение:

Полученные данные свидетельствуют о низкой ВРС у больных АГ со снижением концентрации ТГ и NO в крови и увеличении ЛПНП, ТГ, ЛПОНП. Снижение ВРС взаимосвязано со снижением ТГ и NO и увеличением атерогенных липопротеидов. Снижение ВРС у больных АГ связано с большим напряжением регуляторных систем, нарушенным тиреоидным статусом, дисфункцией эндотелия, липидным профилем и их тесными взаимосвязями между собой.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Бейлина Н.И., Малышева Е.В.

КАЗАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
– филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава
России, поликлиника КГМА – филиал ФГБОУ
ДПО РМАНПО Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Медицинский осмотр – мало затратный метод скрининга сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и основных факторов риска (ФР) их развития. Цель: раннее выявление ССЗ и ФР их развития при проведении медицинского осмотра сотрудников Казанской медицинской академии

Материал и методы:

Проведен медицинский осмотр 345 человек, в том числе 84 мужчин. Оценивались индекс массы тела (ИМТ), артериальное давление (АД), уровень глюкозы, холестерина в крови. Статистическая обработка – критерии Пирсона, Стьюдента (достоверная разница при $p < 0,05$)

Результаты:

Выделена группа с впервые выявленными заболеваниями (1 группа) – 61 человек (17.7% от прошедших медицинский осмотр), в том числе 18 мужчин. Среди патологий ведущее место занимают гипертоническая болезнь (ГБ) – 55.7% и анемия – 36.1%, имеющие значение в формировании осложнений и смертности от ССЗ. ГБ впервые установлена у 13 мужчин (72%) и 21 женщины (48.8%), анемия – у 22 женщин (51.2%). Гендерных различий нет ($p > 0,05$). У 100 человек без ССЗ (29% от прошедших медицинский осмотр), в том числе 12 мужчин, определены ФР ССЗ (2 группа). Распределение ФР ССЗ по группам следующее: 1 ФР имелся у 43.3% пациентов 1 группы и 75% пациентов 2 группы ($p < 0,05$); 2 ФР – у 36.7% и 21% ($p > 0,05$); 3 ФР – у 20% и 4% ($p < 0,05$) соответственно. Основной ФР –

увеличение ИМТ – отмечен в 64.7% (1 группа) и 62% случаев (2 группа) – $p > 0.05$. В обеих группах преобладал избыток массы – 59.1% и 72.6% случаев ($p > 0.05$). Увеличение ИМТ сочеталось с гиперхолестеринемией в 63.6% (1 группа) и 32% случаев (2 группа) – $p < 0.05$. Увеличение ИМТ сочеталось с гипергликемией в 40.1% (1 группа) и 1.6% случаев (2 группа) – $p < 0.05$. Все три ФР имели 6.5% пациентов 2 группы.

Заключение:

Медицинский осмотр – эффективный метод раннего выявления ГБ, анемии и ФР ССЗ. Было впервые выявлено, что у 17.7% прошедших медицинский осмотр имеются хронические заболевания, в структуре которых ведущее место отводится ГБ (55.7%) и анемии (36.1%). А также определены ФР ССЗ без патологии у 29% прошедших медицинский осмотр. В группе пациентов с впервые выявленной патологией реже встречался 1 ФР, чаще 3 ФР. Основной ФР – увеличение ИМТ (чаще за счет избыточной массы) – выявлен в 64.7% (1 группа) и 62% (2 группа) случаев. Увеличение ИМТ сочеталось с нарушением углеводного и жирового обмена чаще в группе с впервые выявленными заболеваниями и составила 40.1% и 63.6% соответственно.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ НАРУШЕНИЙ ПЕРФУЗИИ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ С ДИПИРИДАМОЛОМ У ПОСТИНФАРКТНЫХ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Карпова И.С., Атрощенко Е.С., Русак Т.В.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
«Кардиология», РНПЦ «Кардиология»

Введение (цели/ задачи):

Магнитно-резонансная томография (МРТ) – высокоинформативная неинвазивная методика оценки состояния миокарда у постинфарктных пациентов после кардиохирургического лечения для оценки его эффективности. Критерием эффективности реvascularизации является уменьшение количества неперфузионных и гипоперфузионных сегментов в зонах постинфарктных рубцовых изменений и околорубцовых зонах миокарда. Метод МРТ позволяет определять структурные показатели сердца и оценивать данные внутрисердечной гемодинамики. МРТ также, наряду с определением стойких нарушений перфузии миокарда при постинфарктном кардиосклерозе, в сочетании с дипиридамоловой пробой позволяет оценивать преходящие нарушения перфузии. Целью работы явилось изучение частоты встречаемости и объемов стойких и преходящих нарушений перфузии миокарда у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом после реvascularизации миокарда с помощью МРТ диагностики.

Материал и методы:

В исследование включено 76 пациентов через 8 месяцев – 1 год после инфаркта миокарда и реvascularизации среднего возраста 64,3 (59,0; 67,0) лет (65 мужчин, 11 женщин) с хронической сердечной недостаточностью не выше ФК II по NYHA. Пациенты были распределены на 2 группы: группа А – после перенесенного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) (59 человека), группа В – после аорто-коронарного, маммарокоронарного шунтирования (АКШ, МКШ) (17 человек). Всем пациентам проводилась МРТ сердца на высокопольном магнитно-резонансном томографе Siemens Magnetom Aera с индукцией магнитного поля 1.5 Т, снабженном системой синхронизации сканирования с ЭКГ. В качестве контрастирующего агента применялся Gd-

содержащий контрастный препарат в дозе 0,2-0,3 ммоль/кг со скоростью потока 5 мл/с. Протокол сканирования включал импульсные последовательности: HASTE, Cine, отсроченное контрастное усиление. Фармакологическая нагрузка выполнялась с дипиридамолом в дозе 0,56 мкг/кг внутривенно в течение 4 минут. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью пакета программ STATISTICA 7.0.

Результаты:

По данным МРТ диагностики пациенты, перенесшие операцию АКШ-МКШ, характеризовались более значимыми систоло-диастолическими объемами левого желудочка и несколько меньшим сердечным индексом ЛЖ по сравнению с пациентами группы А. По данным МРТ диагностики дефекты перфузии миокарда в виде участков с гипоинтенсивным сигналом были выявлены у 81,4 % пациентов после ЧКВ и у 88,2 % лиц после АКШ-МКШ. Нарушения локальной сократимости в группе А наблюдались в 76,3 % случаев, в группе В – в 88,2 % случаев. Число сегментов с глубиной фиброза 50% и больше одинаково часто встречались в обеих группах пациентов. Однако сегменты с судэндокардиальными повреждениями достоверно чаще встречались у пациентов после ЧКВ (2,17 (0,0; 3,0)) в сравнении с лицами, перенесшими АКШ (МКШ) – 0,87 (0,0; 1,0) ($p = 0,0058$). Преходящие дефекты перфузии в миокарде провоцировались при дипиридамоловой пробе у 33,9 % пациентов после ЧКВ, у 47,1 % лиц после АКШ-МКШ, причем, в группе В чаще в 3 сегментах левого желудочка.

Заключение:

Таким образом, у 1/3 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом после ЧКВ и у половины после АКШ (МКШ) провоцируются дефекты перфузии в миокарде по данным дипиридамоловой пробы с МРТ визуализацией. МРТ диагностика у пациентов после реvascularизации информативна не только в выявлении дефектов перфузии, связанных с рубцовыми изменениями в миокарде, но в комбинации с дипиридамоловой пробой для оценки преходящих нарушений перфузии. Выявление ишемической реакции на дипиридамоловую пробу у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом после реvascularизации диктует добавления в комплексное лечение антиишемических препаратов или оценки состояния стентов и состоятельности шунтов.

ВЫРАЖЕННОСТЬ АСТЕНИИ, ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ДЕФИЦИТОМ ЖЕЛЕЗА

Смирнова М.П., Чижов П.А.

ФГБОУ ВО Ярославский ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/ задачи):

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является широко распространенным осложнением сердечно-сосудистых заболеваний. Большинство пациентов с ХСН являются коморбидными. Анемия и дефицит железа (ДЖ), по данным разных авторов, встречаются у 15-55% пациентов с ХСН. Частым осложнением многих хронических заболеваний, в том числе и ХСН, являются астенический синдром и тревожно-депрессивные расстройства. Клинические проявления данных состояний существенно снижают качество жизни пациентов с ХСН. Цель исследования: изучить выраженность астении (Ас), тревоги (Т) и депрессии (Д) у пациентов с ХСН и ДЖ.

Материал и методы:

Обследованы 235 больных с ХСН, средний возраст 71,29±8,06 года, 62 мужчины (М) и 173 женщины (Ж), находившихся в терапевтическом отделении ГБУЗ ЯО клинической больницы № 1 г. Ярославля. Всем пациентам проводили обследование с использованием шкалы MFI-20 для оценки астении и госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS, тест 6-минутной ходьбы для определения ФК ХСН, общий анализ крови с определением уровня гемоглобина (HGB) в г/л. Уровень железа (Fe) в мкмоль/л, ферритина (FER) в мкг/л, трансферрина в г/л в сыворотке крови определяли фотометрическим методом по конечной точке. Процент насыщения трансферрина железом (STRF) рассчитывали по формуле: $STRF = (Fe, \text{ мкмоль/л} \times 398) / \text{трансферрин, мг/дл}$. О наличии ДЖ судили в соответствии с рекомендациями Европейского Общества кардиологов (ESC) по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности, 2016, на основании снижения уровня FER менее 100 мкг/л или FER в диапазоне от 100 до 299 мкг/л и STRF менее 20%. Статистический анализ результатов проводился с помощью программы Statistica 10.0. За уровень значимости принят $p < 0,05$.

Результаты:

В соответствии с классификацией NYHA у 28,6% пациентов диагностирован II функциональный класс (ФК) ХСН, у 49,2% – III ФК, у 22% – IV ФК. Выраженность астении по опроснику MFI-20 по всем шкалам: общей астении (ОАс) пониженной активности (ПА), снижения мотивации (СМ), физической астении (ФАс) и психической астении (ПАс) достоверно увеличивалась с ростом ФК ХСН от II к IV. Показатели Т и Д также были достоверно выше у лиц с IV ФК по сравнению с II ФК и III ФК. Так, по показателю Т средний балл составил при II ФК 5,23±3,38, III ФК – 6,32±3,65, IV ФК – 9,09±3,29, по показателю депрессии – при II ФК 6,34±3,61, III ФК – 8,50±3,82, IV ФК – 13,31±3,93, соответственно. Достоверных отличий по шкалам MFI-20 и HADS между М и Ж не выявлено. ДЖ, согласно критериям ВОЗ, был установлен у 166 (70%) обследованных, 128 Ж и 38 М. Средний уровень HGB в этой группе составил 129,98±17,79 г/л, Fe – 14,66±6,76 мкг/л, FER 55,06±11,93 мкг/л. У пациентов с латентным ДЖ достоверно больше показатели ОАс и ПА, а также общий балл по шкале MFI-20 по сравнению с лицами без ДЖ. Клинически выраженная Т выявлена у 24%. Клинически выраженная Д у пациентов с ДЖ встречалась достоверно чаще по сравнению с лицами без ДЖ – 37% против 23%, соответственно. У пациентов с латентным ДЖ отмечается тенденция ($p = 0,078$) к увеличению выраженности Т в баллах по сравнению с лицами без ДЖ – 6,97±3,86 против 6,15±3,63, соответственно. У 54 (26%) обследованных диагностирован клинический ДЖ (уровень Fe < 12,5 мкмоль/л). У пациентов с клиническим ДЖ достоверно выше балл ОАс и итоговый балл Ас по сравнению с лицами без ДЖ. Клинически выраженная Т отмечалась у 18%, Д – у 28% пациентов с явным ДЖ. Анемия, согласно критериям ВОЗ, выявлена у 56 (24%) пациентов с ХСН, 33 Ж и 23 М. Средний уровень HGB в этой группе составил 108,80±11,84 г/л, Fe 12,33±6,35 мкмоль/л, FER 78,06±74,70 мкг/л. У пациентов с ХСН и анемией выявлено достоверное повышение показателей ОАс, ПА, СМ, ФАс, ПАс по сравнению с лицами без анемии и ДЖ. Клинически выраженная Т отмечалась у 35% пациентов с ХСН и анемией; клинически выраженная Д – у 48%, что достоверно чаще по сравнению с лицами без ДЖ и ДЖ. Выраженность Д в баллах у пациентов с ХСН и анемией достоверно выше по сравнению с лицами без ДЖ и с латентным ДЖ – 10,93±4,24 против 8,15±4,37 и 8,69±4,69, соответственно.

Заключение:

Дефицит железа встречается у 70%, а анемия – у 24% пациентов с ХСН. С ростом ФК ХСН достоверно увеличиваются проявления Ас, Т и Д. Наличие латентного и клинического ДЖ, а также анемии усугубляет имеющиеся проявления астенического синдрома и тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с ХСН.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НА ФОНЕ ПУЛЬМОНЭКТОМИИ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Надыров М.Т., Абылай Н.Б.

НАО КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. С.Д. АСФЕНДИЯРОВА

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время основными направлениями лечения послеоперационных нарушений после пульмонэктомии являются инфузионно-трансфузионное поддержание гемодинамики, антибактериальная химиопрофилактика инфекционных осложнений и периоперационная нутритивная поддержка. Анализ литературных данных показал, что тяжесть и оригинальность течения послеоперационного периода определяются гемодинамическими нарушениями и функцией жизненно важных органов, что определяет актуальность данной проблемы. Цель. В этом исследовании мы изучали показатели гемодинамического статуса с последующей пульмонэктомией у экспериментальных животных.

Материал и методы:

Исследование проведено на базе НИИ ФП им. Б.Атчабарова в Лаборатории экспериментальной медицины на 12 лабораторном животном (кроликах), возраст – 24–36 месяцев, массой 8–10 кг. Все манипуляции, проводимые на лабораторных животных, проведены с обязательным соблюдением Хельсинской декларации защиты позвоночных животных, используемых для экспериментов и других научных целей (от 1975 года и ее пересмотренного варианта 2008 г.). Для решения поставленных задач нами было проведено 2 серии экспериментов: 1 серия – контрольная торакотомия выполнена только слева; 2 серия – пульмонэктомия слева общим методом (без шунтирования), что способствовало удалению 42–43% массы ткани легкого. Радионуклидным методом изучали состояние легочной артерии, легочной ткани и портального кровотока с момента перевязки легочной артерии до одного месяца после пульмонэктомии. Гемодинамику оценивали через 1 и 3 часа, 1; 3 и 7 дней и месяц спустя.

Результаты:

После торакотомии давление в легочная артерия составляла 20 ± 1,0 мм рт. Ст., в левом предсердии – 10,0 ± 0,4 мм рт. Ст., в воротной вене – 9 ± 0,4 мм рт. Ст., А в бедренной артерии – 93 ± 2,2 мм рт. Легирование левой легочной артерии привело к значительному увеличению давления в легочном стволе на 60% ($p < 0,01$). В то же время давление в левом предсердии увеличилось на 15%, в воротной вене – на 2,2%, а давление в бедренной артерии несколько снизилось ($p > 0,05$). Лигирование левой легочной артерии приводит к значительному снижению легочного артериального кровотока на 24,2%, легочного тканевого кровотока на 7,1%, а портального кровотока находится на уровне исходных значений. При перевязке легочных вен отмечено уменьшение легочного артериального кровотока до 96 ± 3,6 мл / мин

/ 100 г ($p < 0,01$). Это, в свою очередь, приводит к снижению кровотока в легочной ткани на 10,7% ($p < 0,05$). Снижение портального кровотока было статистически ненадежным ($p > 0,05$).

Заключение:

Удаление одного легкого значительно нарушает гемодинамику оставшегося легкого, что происходит во время перевязки легочной артерии. Нарушение легочного кровотока в свою очередь приводит к нарушению портально-венозного кровотока, которое возникает во время мигания бронхов, а нарушение локального кровотока регистрируется через 3 часа после пульмонэктомии. В этом случае наиболее критическое снижение кровотока происходит в течение первых трех дней после операции. Следует отметить, что даже через месяц после операции пульмонэктомии полная компенсация легочного кровотока не происходит.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ ЭКСТРАКАРДИАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Хидирова Л.Д.¹, Яхонтов Д.А.¹, Максимов В.Н.²

¹НГМУ, ²ИЦИиГ

Введение (цели/ задачи):

Фибрилляция предсердий, как причина серьезных сердечно-сосудистых осложнений требует глубокого понимания патогенетических аспектов и всестороннего изучения проблемы с учетом сопутствующей коморбидной патологии для выявления предикторов развития и прогрессирования. Наследственные факторы в развитии фибрилляции предсердий и гипертонической болезни могут играть значительную роль, поэтому в мировой практике научных исследований по фундаментальной медицине большое внимание уделяют молекулярно-генетическим методам анализа. Цель. Изучить генетические детерминанты у больных с прогрессированием фибрилляции предсердий на фоне ГБ в сочетании с различной экстракардиальной коморбидной патологией

Материал и методы:

В проспективное когортное исследование включены 167 пациентов с пароксизмальной и персистирующей формой ФП и ГБ III стадии без ИБС. Средний возраст исследуемых пациентов составил 53,3±7,1 года. Выделение ДНК из лейкоцитов крови проводилась методом фенол-хлороформной экстракции. Тестирование полиморфизма rs1378942 в гене CSK, полиморфизма rs220073, полиморфизма -174G/C (rs1800795) гена IL6 выполнялось с помощью ПЦР с ПДРФ. Проверка статистических гипотез проводилась при критическом уровне значимости $p = 0,05$, т.е. различие считалось статистически значимым при $p < 0,05$. Нижняя граница доказательной мощности бралась равной 80%.

Результаты:

В настоящем исследовании показаны ассоциации полиморфизмов rs1378942 гена CSK, rs1800795 гена IL6 и rs220073 с прогрессированием фибрилляции предсердий на фоне сопутствующих заболеваний: гипертоническая болезнь, хроническая обструктивная болезнь лёгких, гипотиреоз, сахарный диабет 2-го типа, абдоминальное ожирение. Относительный риск прогрессирования ФП у носителей аллеля с в 1,94 раза выше, чем у носителей аллеля а (95 % ДИ 1,21-3,09). Носительство генотипа АА является протективным фактором в отношении прогрессирования ФП (ОР 0,41; 95 % ДИ 0,21-0,80; $p=0,010$). Обнаружены также ассоциации полиморфизмов rs1378942 и rs1800795 с прогрессированием фибрилляции предсердий на фоне от-

дельных сопутствующих заболеваний. Кроме того, выявлены ассоциации: rs1378942 с уровнями глюкозы, ХС ЛПВП, ТГ, СКФ, креатинина, систолического и диастолического АД, толщиной стенки левого предсердия; rs220073 с уровнями триглицеридов, индекса атерогенности, креатинина, фибриногена, с переходом пароксизмальной формы в персистирующую; rs1800795 с уровнями ХС ЛПВП, креатинина, диастолического АД, галектин-3.

Заключение:

Сложность этиопатогенеза заболевания ставит перед исследователями крайне непростую задачу по поиску факторов, играющих ведущую роль в развитии патологического процесса. В настоящее время проведены ассоциативные исследования фибрилляции предсердий с полиморфизмами более 260 генов, выполнены полногеномные ассоциативные исследования. Воспроизводимость результатов зависит от целого ряда факторов: возраст, пол, сопутствующие заболевания, этническая принадлежность, пенетрантность, экспрессивность, плейотропность, различные эпигенетические влияния и др. Тем не менее, каждое новое исследование вносит свой вклад в изучение такого сложного феномена, как вторичная форма фибрилляции предсердий, способствует накоплению знаний, приближая то время, когда терапевтические вмешательства будут индивидуализированными, основанными на понимании особенностей патологического процесса у каждого пациента. В связи с этим необходимы дальнейшие, более крупные исследования, с привлечением других учреждений и увеличением выборки пациентов, которые дадут возможность прогнозирования прогрессирования фибрилляции предсердий с определением дополнительных молекулярных критериев оценки эффективности патогенетической терапии и возможностей таргетного лечения.

ГЕОМЕТРИЯ МИОКАРДА И АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У СПОРТСМЕНОВ СИЛОВЫХ ВИДОВ СПОРТА ТЯЖЕЛЫХ ВЕСОВЫХ КАТЕГОРИЙ

Мирошников А.Б., Смоленский А.В.

Российский государственный университет физической культуры, спорта и туризма (РГУФКСМиТ)

Введение (цели/ задачи):

Пионерами наблюдения за сердечно-сосудистой системой спортсменов силовых видов спорта были Джон Лонгхерст и соавторы, которые одни из первых указали на повышенное артериальное давление и уязвимость сердечно-сосудистой системы атлетов силовых видов спорта, а немного позже уже другие исследователи стали отмечать, что высокий уровень артериального давления является наиболее распространенным аномальным диагнозом во время предварительного скрининга у таких спортсменов. Возможно, из-за большого статического компонента в тренировочной программе или высокого артериального давления в процессе выполнения упражнений, сердце подвергается дополнительной гемодинамической нагрузке. Цель исследования: Оценить артериальное давление и геометрию сердца у спортсменов тяжелых весовых категорий силовых видов спорта. Задачи исследования: 1) Исследовать артериальное давление у спортсменов тяжелых весовых категорий силовых видов спорта; 2) Изучить геометрию сердца у спортсменов тяжелых весовых категорий силовых видов спорта.

Материал и методы:

Исследование проходило на базе кафедры «Спортивная медицина» Российского государственного университета физической

культуры, спорта, молодежи и туризма (РГУФКСМиТ) с января 2017г по май 2019г. Были обследованы 645 представителей силовых видов спорта (тяжелая атлетика, пауэрлифтинг, бодибилдинг), имеющих спортивную квалификацию КМС, МС, МСМК со средней массой тела $102,7 \pm 6,4$ кг. Всем обследованным спортсменам наряду с осмотром проводилась стандартная электрокардиограмма покоя, двукратное измерение артериального давления, трансторакальная эхокардиография.

Результаты:

Обследование 645 спортсменов силовых видов спорта тяжелых весовых категорий показало, что 238 (37 %) атлетов имеют повышенное артериальное давление (систолическое артериальное давление – $157,4 \pm 5,6$, диастолическое артериальное давление – $91,2 \pm 5,3$) и нарушение геометрии левого желудочка. Достоверно у гипертензивных спортсменов, по сравнению с нормотензивными спортсменами, были увеличены следующие параметры сердца: толщина межжелудочковой перегородки на $0,1$ мм ($p < 0,01$), толщина задней стенки левого желудочка на $0,2$ мм ($p < 0,01$), диаметр правого желудочка на $4,2$ мм ($p < 0,01$), масса миокарда левого желудочка на $32,2$ г ($p < 0,01$), индекс миокарда левого желудочка на $17,8$ г/м² ($p < 0,01$), относительная толщина стенки левого желудочка на $0,08$ мм ($p < 0,01$). А также в группе гипертензивных спортсменов был достоверно меньшим конечный диастолический диаметр на $0,2$ мм ($p < 0,05$).

Заключение:

Обследование спортсменов силовых видов спорта (бодибилдинг, пауэрлифтинг, тяжелая атлетика) тяжелых весовых категорий выявило достаточно высокий процент (37 %) атлетов, имеющих повышенное артериальное давление. Учитывая, что в целом в Олимпийской популяции артериальная гипертензия достаточно редко встречается (3 %), стоит обратить пристальное внимание на эту когорту спортсменов. Также у гипертензивных спортсменов было выявлено нарушение геометрии левого желудочка, а наиболее распространенный паттерн геометрии соответствовал диагнозу концентрическая гипертрофия левого желудочка. Таким образом, закономерности, полученные в отношении ассоциаций артериального давления и нарушений геометрии сердца спортсменов силовых видов спорта, тяжелых весовых категорий, могут служить научной основой для формирования некоторых аспектов профилактической программы с приоритетной ориентацией на «рискогенные» группы мужчин.

ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ФОРМИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ

Иванова О.С., Майчук Е.Ю.,
Воеводина И.В., Передерко А.В.
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время большое значение придается специфическим для женщин факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), одним из которых признаются гипертензивные расстройства во время беременности (ГРБ). Недостаточно изученным остается влияние гипертензивных расстройств на формирование артериальной ригидности, как предиктора развития ССЗ. Цель: изучение взаимосвязи показателей артериальной ригидности, факторов риска и метаболических изменений с наличием или отсутствием ГРБ в анамнезе у женщин различных возрастных групп.

Материал и методы:

Обследовано 160 женщин медицинских работников различных возрастов. Значимые результаты получены у 53 человек в группе от 31 года до наступления менопаузы (средний возраст 40,9 лет), которая была подразделена на женщин с и без ГРБ в анамнезе. Проведено анкетирование, определение антропометрических параметров, исследование артериальной ригидности, суточное мониторирование артериального давления с определением динамики центрального аортального давления.

Результаты:

Женщины с и без ГРБ сопоставимы по возрасту. У женщин с ГРБ средняя масса тела выше на $10,6$ кг и ИМТ на $4,3$ кг/м² в сравнении с женщинами без ГРБ $p = 0,02$. Ожирение I степени у женщин с ГРБ встречается в 3 раза, а II степени в 2 раза чаще, чем у женщин без патологий беременности. Выявлено превышение среднего значения скорости пульсовой волны в аорте (PWV_{ao}) во 2 группе с ГРБ ($11,7$ м/с) на $0,8$ м/с в сравнении с женщинами без ГРБ (среднее значение $10,9$ м/с) $p = 0,02$. Среднее значение индекса аугментации (AI) $1,05$ выше у женщин с ГРБ в сравнении с женщинами без ГРБ (среднее значение $0,97$) $p = 0,01$.

Заключение:

Изменение таких показателей артериальной ригидности как индекс аугментации и среднесуточная скорость пульсовой волны в аорте, полученная в ходе суточного мониторирования артериального давления, является ранним маркером развития субклинического поражения органов мишеней у женщин репродуктивного возраста, имеющих в анамнезе ГРБ. Оценка данных показателей необходима для раннего прогнозирования и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у молодых женщин, относящихся к группе повышенного риска.

ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ И РАЗЛИЧНЫЕ ТИПЫ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Нагаев Ш.А.
Институт Иммунологии и геномики человека АН РУз

Введение (цели/ задачи):

Оценка взаимосвязи выраженности дислипидемии (ДЛП) и различных форм острого инфаркта миокарда (ОИМ).

Материал и методы:

Было обследовано 48 больных с ОИМ. В зависимости от формы ОИМ были выделены две группы пациентов: 1гр. – 32 человека, у которых был диагностирован ОИМ с зубцом Q и 2гр. – 16 больных с диагнозом ОИМ без зубца Q. Средний возраст обследуемых составил $59,4 \pm 11,6$ лет. Соотношение мужчин и женщин – 33 / 15. Всем проводились общеклинические и лабораторные исследования. ДЛП регистрировалась при наличии гиперхолестеринемии (ГХС, при которой значения общего холестерина крови (ОХ) были > 180 мг/дл) и гипертриглицеридемии (ГТГ, когда уровень триглицеридов (ТГ) крови был > 200 мг/дл).

Результаты:

Группы были сопоставимы по возрасту и полу: ср. возраст больных 1гр. – $59,4 \pm 10,4$ лет и во 2гр. – $59,6 \pm 14,1$ лет; соотношение мужчин и женщин в 1гр. составило 22 / 10 и во 2гр. – 11 / 5. Среди больных 1гр. наличие ГХС было установлено у 40,6% пациентов, а среди больных 2гр. – у 62,5% респондентов ($p = 0,261$ и $\chi^2 = 1,263$). Средние значения уровня ОХ в 1гр. составили $179,1 \pm 47,5$ мг/дл, при этом данный показатель непосредственно у больных с ГХС составил $219,8 \pm 34,2$ мг/дл. Аналогичные показатели во 2гр. составили $188,3 \pm 55,3$ мг/дл и $219,5 \pm 40,1$ мг/дл, соответственно (оба $p > 0,05$). Наличие ГТГ у больных 1гр. имело

место в 21,9%, а у больных 2гр. - в 56,2% случаев ($p=0,040$ и $\chi^2=4,230$). При этом средний уровень ТГ у пациентов 1гр. составил $205,7 \pm 172,7$ и во 2гр. - $250,4 \pm 175,4$ ($p>0,05$). Значения уровня ТГ крови непосредственно у больных с наличием ГТГ в 1гр. были $414,1 \pm 274,6$ мг/дл и во 2гр. - $358,0 \pm 161,5$ мг/дл ($p>0,05$)

Заключение:

Наличие ГХС у больных ОИМ без зубца Q было обусловлено большим количеством пациентов с ГХС, а не количественными значениями ОХ в крови. Несмотря на меньшее количество больных с наличием ГТГ, при ОИМ с зубцом Q данная липидная фракция в крови достигала более высоких значений, чем при ОИМ без зубца Q.

ДВУХЛЕТНЕЕ ПРОСПЕКТИВНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМИ, ПОЛУЧАВШИМИ ДАТ С ТИКАГРЕЛОРОМ ПО ПОВОДУ ОКС

Колосова Е.С.¹, Ощепкова Е.В.², Квасников Б.Б.¹

¹ООО АСТРАЗЕНЕКА ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ,

²ФГБУ НМИЦ КАРДИОЛОГИИ МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Целью данной работы был анализ клинических исходов у больных, перенесших острый коронарный синдром (ОКС), получавших двойную антиагрегантную терапию (ДАТ) с тикагрелором в течение 2 лет после выписки из стационара в условиях реальной клинической практики; оценка продолжительности и приверженности к ДАТ с тикагрелором в условиях реальной клинической практики.

Материал и методы:

Проспективная часть исследования STREAM (NCT02288260) представляла собой наблюдательное проспективное когортное исследование, в которое были включены больные старше 18 лет с различными вариантами ОКС, госпитализированные в первые 24 часа после появления симптомов и выписанные из стационара с рекомендациями, включающими в том числе прием ДАТ с тикагрелором в дозе 90 мг 2 раза в день в течение 12 месяцев. Наблюдение за пациентами осуществлялось посредством телефонных звонков 1 раз в 3 месяца. Для обработки данных использовались методы описательной статистики.

Результаты:

В проспективную часть исследования было включено 1013 больных, среднего возраста $58,9 \pm 11,0$ лет, большинство (75,2%) составили мужчины. У 653 (64,5%) больных диагностирован ИМпST, у 184 (18,2%) - нестабильная стенокардия, у 176 (17,4%) - ИМбпST. Среди пациентов с ИМпST первичное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) выполнено 586 (89,7%) больным, у 44 (6,7%) - применен фармакоинвазивный подход, 23 (3,5%) - проводилось консервативное лечение. Из 360 больных с ОКСбпST 300 (83,3%) проведено инвазивное лечение, 60 (16,7%) - консервативное лечение. На стационарном этапе среди больных, которым проведено инвазивное вмешательство, 614 (66,02%) получали ДАТ с тикагрелором, 245 (26,34%) больным проведена смена терапии с клопидогрела на тикагрелор в ДАТ, 71 (7,63%) - получали другие комбинации антиагрегантных препаратов. У больных, которым проводилось консервативное лечение, ДАТ с тикагрелором назначена 44 (53%), 36 (43,4%) больным проведена замена клопидогрела на тикагрелор в составе ДАТ, 3 (3,61%) - получили другие комбинации антиагрегантных препаратов. Данные амбулаторного

этапа наблюдения представлены для 961 больного, перенесшего ОКС. За 2 летний период наблюдения частота повторных госпитализаций по причине сердечно-сосудистых заболеваний составила 7,28% ($n=70$). Частота экстренных повторных реваскуляризаций миокарда и случаев повторного инфаркта миокарда (ИМ) была невысокой и составила 1,46% ($n=14$) и 1,14% ($n=11$), соответственно. Сердечно-сосудистая смерть развилась в 0,83% случаев ($n=8$), а смерть от не сердечно-сосудистых причин наблюдалась в 0,21% случаев ($n=2$). Важно отметить, что частота геморрагических осложнений у больных в данном исследовании оставалась низкой и составила 1,87% случаев ($n=18$). В общей сложности 852 (88,7%) пациента прекратили прием тикагрелора в течение 12 месяцев после начала терапии. Средняя продолжительность приема тикагрелора составила $271,4 \pm 175,5$ дней, медиана 362 (IQR 105; 377). В первые 3 месяца после выписки прием тикагрелора в составе ДАТ прекратил каждый пятый пациент ($n=200$; 20,8%), в подавляющем большинстве случаев из-за финансовых причин (77% $n=154$). За время наблюдения замена тикагрелора на клопидогрел в составе ДАТ произошла у 273 пациентов (28,41%). Наиболее частыми причинами этого явились финансовые проблемы с приобретением лекарства (76,9%). Развитие кровотечений крайне редко приводило к замене на клопидогрел (0,73%).

Заключение:

Результаты исследования демонстрируют, что тикагрелор в условиях реальной клинической практики преимущественно назначается больным с ИМпST, а также больным, которым проводилось инвазивное лечение. У каждого четвертого больного (26,34%), подвергнувшегося инвазивному лечению, и почти у каждого второго (43,4%) на консервативной терапии в стационаре выполнялась замена клопидогрела на тикагрелор в составе ДАТ. Частота повторных ишемических событий, а также госпитализаций по причине сердечно-сосудистых заболеваний за 2 летний период наблюдения составила 10,71%, в то время как геморрагические осложнения наблюдались значительно реже. После выписки из стационара каждый пятый больной прекращал прием тикагрелора в течение первых трех месяцев в связи с финансовыми причинами. За время исследования у трети больных проведена замена тикагрелора на клопидогрел в ДАТ в большинстве случаев по финансовым причинам.

ДВУХЭТАПНОЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Буданова В.А., Терентьева М.Г., Горбунов М.Г.,

Алексеева Е.М., Козьмин Д.Ю.

ФГБУ ФЦССХ МЗ РФ, г. АСТРАХАНЬ

Введение (цели/ задачи):

Представить клинический случай успешного двухэтапного кардиохирургического лечения врожденного порока сердца при беременности.

Материал и методы:

Пациентка 26 лет обратилась в ФЦССХ 27.12.2016 г. с жалобами на приступы потери сознания, головокружение, одышку при умеренной нагрузке. О ВПС узнала в 14 лет. Оперативное лечение не предлагалось. На момент обращения в ФЦССХ беременность 17-18 недель. Одышка и синкопальные состояния с момента текущей беременности. По данным ЭХО-КС - КДОлж - 62 мл; КСОлж - 27 мл; ФВ Simpson - 56%; Выраженный клапанный стеноз легочной артерии с dP макс. 106,0 мм рт.ст., dP средн. 62,0 мм рт.ст.

Постстенотическая дилатация ЛВЛА 3,1 см. Легочная регургитация 2 степени. Гипертрофия правого желудочка. Регургитация на митральном клапане 1 степени. Регургитация на трикуспидальном клапане 1 степени. Оценена функция правого желудочка по данным МРТ сердца. Сердце расположено обычно. Миокард правого желудочка гипертрофирован. Толщина миокарда передней стенки правого желудочка 0,75 см. Масса миокарда правого желудочка 79,5 гр (43,9 гр/м кв). КДО правого желудочка - 72,5 мл. КСО правого желудочка - 27,2 мл. УО правого желудочка - 45 мл. ФИ правого желудочка 62%. Зон нарушения локальной сократимости правого желудочка не выявлено. Ширина выводного отдела правого желудочка в диастолу 2,1 см, в систолу - 1,0-1,5 см. Створки клапана легочной артерии сросшиеся, деформированы. Стеноз клапана легочной артерии, площадь открытия клапана (планиметрически) 0,7 см кв. Ствол легочной артерии - 2,8 см. Правая ветвь легочной артерии - 1,7 см. Левая ветвь легочной артерии расширена до 3,2 см. Осмотрена консилиумом, принято решение о проведении баллонной вальвулопластики клапанного стеноза легочной артерии с сохранением беременности.

Результаты:

Выполнено вмешательство ТЛБВП при КСЛА. После операции ЭХО-КГ: КДОлж - 44 мл; ФВ Simpson - 66%; Максимальный градиент на клапане ЛА = 93мм.рт.ст. средний 52 мм.рт.ст. Пациентка после операции отметила уменьшение одышки. Рекомендовано продолжить вынашивание беременности с дальнейшим протезированием клапана легочной артерии после родоразрешения. В мае 2017г проведено родоразрешение путем кесарева сечения. 29.11.2017г поступила в ФЦССХ для протезирования клапана легочной артерии. На ЭХО-КГ: Выраженный клапанный стеноз легочной артерии с dPmax.109,0 мм рт.ст., dPсредн. 69,0 мм рт.ст. Легочная регургитация 2 степени. Градиент ВТПЖ 11 мм рт.ст. Гипертрофия правого желудочка. Проведено оперативное лечение: протезирование клапана легочной артерии гомографтом 27мм с ИК и КП. Ушивание ОО от 30.11.2017г. На контрольном осмотре через год после операции. Клинически одышка не беспокоит. ЭХО-КГ: протезирование клапана легочной артерии гомографтом 27 мм с ИК и КП, в проксимальном отделе dPmax. 5,0 мм рт.ст., dPсред. 3,0 мм рт.ст., в дистальном отделе dPmax. 3,0 мм рт.ст., dPсред. 1,0 мм. Регургитации нет. Градиент ВТПЖ 4 мм рт.ст. Регургитация на митральном клапане 1 степени. Регургитация на трикуспидальном клапане 1 степени.

Заключение:

Данная тактика ведения врожденного порока сердца описана в действующих рекомендациях ВНОК и ЕОК. ТЛБАП при КСЛА при беременности позволяет облегчить симптомы, выносить беременность и безопасно провести родоразрешение. Основной этап кардиохирургического лечения в виде протезирования КЛА выполнен после окончания грудного вскармливания. Двухэтапность в данном клиническом случае обеспечила максимальную безопасность беременности с последующей высокой клинической эффективностью.

ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ: АКТУАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ О ЗАБОЛЕВАНИИ

Есеева С.Е., Габинский Я.Л., Соколовская Г.И.
ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии»

Введение (цели/ задачи):

Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) — это заболевание миокарда, характеризующееся дилатацией и снижением сокра-

тимости левого желудочка (ЛЖ) при отсутствии заболеваний, приводящих к повышению нагрузки на миокард (гипертоническая болезнь, патология клапанов) и ишемической болезни сердца в достаточной степени, чтобы вызвать систолическую дисфункцию миокарда. ДКМП — одна из наиболее распространенных причин хронической сердечной недостаточности у пациентов молодого возраста, занимает второе место среди причин внезапной сердечной смерти (10-20% случаев) и наиболее часто встречающееся показание для трансплантации сердца. Четкие диагностические критерии ДКМП отсутствуют, что затрудняет оценку распространенности заболевания. По разным данным заболеваемость ДКМП составляет 5-10 человек на 100 тыс. населения в год, патология в 2-3 раза чаще встречается у мужчин 30-50 лет. Цель работы: изучить медицинскую документацию пациентов с ДКМП, находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии».

Материал и методы:

Нами проанализированы истории болезни 23 пациентов, находившихся на лечении с 2017 по 04.2019 г с диагнозом: ДКМП. Среди них было 7 женщин (30%) и 16 мужчин (70%). Средний возраст пациентов составил 55 лет.

Результаты:

При анализе причин заболевания оказалось, что у 18 человек (78%) этиологию ДКМП выяснить не удалось. Двое пациентов при сборе анамнеза указали на продолжительный контакт с неутонченными металлами на производстве, у одного больного была заподозрена ДКМП на фоне хронической алкогольной интоксикации, у еще одного пациента среди возможных причин ДКМП были выявлены употребление наркотических веществ, наличие ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита С. У одного пациента развитию ДКМП предшествовало проведение химиотерапии неутонченным препаратом по поводу Т-клеточной лимфомы. Скрининг родственников больных не проводился, поэтому уточнить количество «семейной» ДКМП не представляется возможным. В среднем, от манифестации клиники до постановки диагноза ДКМП проходило 2 года. Большая часть пациентов (n=17) описывали типичные и атипичные боли в грудной клетке и одышку, что было расценено как различные формы ишемической болезни сердца: перенесенный инфаркт миокарда с утерянным анамнезом — 9 человек, стенокардия — 8 человек, острый коронарный синдром — 3 человека. Двое больных направлены в стационар в связи с подозрением на ТЭЛА. Один пациент был госпитализирован с приема кардиолога в неотложном порядке с подозрением на инфекционный эндокардит. Один из пациентов был госпитализирован для обследования в связи с выявленной полной блокадой ЛНПГ. Пятерым больным диагноз ДКМП был установлен ранее. У всех пациентов при проведении эхокардиографии выявлена диффузная гипокинезия и дилатация камер сердца. Фракция выброса ЛЖ по Симпсону составила, в среднем, 32% (от 18 до 46%), КДР — 6,6 см в среднем (5,61-7,5 см), КСР — 5,41 см (4,76-5,85 см). Всем пациентам проводилась коронароангиография, не выявившая значимых стенозов коронарных артерий. По данным ЭКГ и холтеровского мониторирования ЭКГ преобладала полная блокада левой ножки пучка Гиса (39%, n=9) и фибрилляция предсердий (48%, n=11). У 7 пациентов (30,5%) зафиксированы отрицательные зубцы Т в отведениях I, II, III, aVL, aVF, V4-V6, которые были расценены как признаки перенесенного инфаркта миокарда. У одного пациента был обнаружен тромб в полости ЛЖ. У мужчины 42 лет, который наблюдается с ДКМП с 2000 года, зафиксировано множество тромботических событий в анамнезе: тромб в полости ЛЖ, тромбоэмболия легочной артерии,

тромбоэмболия в бассейн левой внутренней сонной артерии, тромбоэмболия в подвздошную и бедренную артерию. Среднее значение NT-proBNP при госпитализации составило 4979 пг/мл (от 278 до 21800 пг/мл). При выписке 8 пациентов (35%) направлены на отбор на трансплантацию сердца, трём больным (13%) рекомендована имплантация устройства для сердечной ресинхронизирующей терапии.

Заключение:

При изучении медицинской документации пациентов с ДКМП, лишь у 22% человек удалось выяснить причину заболевания, что соответствует данным литературы. Большинству пациентов требовалось проведение дифференциальной диагностики ДКМП с другими заболеваниями. Всем больным была назначена комплексная медикаментозная терапия сердечной недостаточности, а половина пациентов была направлена для проведения кардиохирургического вмешательства.

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ РЕЦИПИЕНТОВ ИСКУССТВЕННЫХ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

Теплова Ю.Е., Кондюкова Н.В.,

Роголина Н.В., Барбараш О.Л.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ

УЧРЕЖДЕНИЕ Научно-исследовательский институт

КОМПЛЕКСНЫХ ПРОБЛЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Введение (цели/ задачи):

Оценить динамику качества жизни реципиентов искусственных клапанов сердца после коррекции порока митрального клапана.

Материал и методы:

В исследование включены 70 пациентов в возрасте от 50 до 70 лет после протезирования митрального клапана (МК) с применением биологического (n=34) и механического (n=36) протеза клапана сердца. В выборке преобладали лица женского пола (n=46; 65,7 %). Основными причинами развития порока МК явились: ревматическая болезнь сердца (n=57; 81,4%), синдром соединительно-тканной дисплазии (n=8; 11,4%), первичный инфекционный эндокардит (n=2; 2,8%). По гемодинамическим характеристикам популяция выглядела следующим образом: 35 пациентов со стенозом МК (55%), 20 – с недостаточностью (37,0%), 15 – с комбинированным пороком (28%). Всем респондентам проведена оценка качества жизни с помощью опросника SF-36 до лечения, через 1 и 5 лет после коррекции приобретенного порока сердца (ППС).

Результаты:

До коррекции ППС пациенты отмечали снижение физической активности, включая самообслуживание (физическое функционирование, ФФ), ограничение социальных контактов из-за физического и эмоционального состояния (социальное функционирование, СФ) и значительные болевые ощущения (интенсивность боли, ИБ). Через 1 год после оперативного вмешательства достоверно повысился потенциал физической активности (ФФ, p=0,01), респонденты отметили снижение интенсивности болевого синдрома (ИБ, p=0,02) и уменьшение ограничения их повседневной деятельности, обусловленных проблемами со здоровьем (ролевое физическое функционирование, РФФ, p=0,01). Они большую часть времени ощущали себя бодрыми (жизненная активность, ЖА, p=0,05) и в хорошем настроении (психическое здоровье, ПЗ, p=0,02). Несмотря на повышение уровня физического функционирования в течение 5 лет наблюдения (p=0,01), остальные показатели

значительно не изменились. Кроме того, отмечена тенденция к возвращению ряда показателей к предоперационному состоянию. Независимо от этого, уровень ролевого эмоционального функционирования сохранялся по-прежнему высоким (РЭФ, p=0,02). В подгруппе пациентов после имплантации биологического протеза на годовом этапе выявлено повышение показателей общего здоровья (ОСЗ, p=0,05), объема физической нагрузки, не ограниченной состоянием здоровья (ФФ, p=0,03), ролевого физического (РФФ, p=0,01) и психического функционирования (ПЗ, p=0,01). При последующем наблюдении физический и психологический компоненты здоровья оставались на прежних высоких позициях. Иная картина наблюдалась среди реципиентов механических клапанов. Достоверно увеличились показатели только физического (ФФ, p=0,04), ролевого физического (РФФ, p=0,03) и эмоционального функционирования (РЭФ, p=0,01) по сравнению с дооперационными, без динамики на момент 5-летнего этапа наблюдения.

Заключение:

Таким образом, пациенты до коррекции приобретенного порока митрального клапана значительно ограничены в повседневной и социальной деятельности на фоне отрицательного эмоционального статуса. Напротив, после хирургического лечения реципиенты выше оценивают свои эмоциональные и физические возможности и возвращаются к полноценной жизни. Имплантация биологического протеза при митральном пороке в большей степени улучшает качество жизни.

ДИСЛИПИДЕМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

ТАТАРИНЦЕВА З.Г., КОСМАЧЕВА Е.Д.

ГБУЗ НИИ-ККБ№1 им. проф. С.В. Очаповского

г. КРАСНОДАРА

Введение (цели/ задачи):

Фибрилляция предсердий (ФП) связана с повышенным риском развития инсульта, смертности и затрат на здравоохранение во всем мире. Биомаркеры продемонстрировали большие перспективы в улучшении прогноза риска в отношении развития ФП. Ранее оценивалась прогностическая значимость таких биомаркеров как тропонин, натрийуретический пептид, маркер окислительного стресса и воспаления, фактор дифференциации роста 15 и другие. Однако прогностическая роль более традиционных биомаркеров, таких как дислипидемия, менее ясна. Целью данного ретроспективного исследования явилось изучение связи дислипидемии с развитием повторного инфаркта миокарда и/или летального исхода в зависимости от типа ФП на фоне острого коронарного синдрома (ОКС).

Материал и методы:

Это ретроспективное исследование включало 13 244 последовательно поступивших в ГБУЗ НИИ-ККБ№1 г. Краснодара пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) за период времени с 20 ноября 2015 года по 20 ноября 2017 года. Первичные конечные точки были определены как летальность от всех причин, так и летальность от сердечно-сосудистых причин. Вторичные конечные точки были определены как повторный ИМ. Период наблюдения составил 12 месяцев.

Результаты:

В исследуемую группу ОКС+ФП включено 201 пациент, среди них мужчин 144 (71,642%), женщин 57 (28,358%). Данная

группа пациентов была поделена на 3 подгруппы: пациенты с впервые развившимся эпизодом ФП на фоне ОКС, включившая в себя 52 человека (обозначена как группа 1), пациенты с постоянной формой ФП, включившая в себя 96 человек (обозначена как группа 2) и пациенты с пароксизмальной или персистирующей формой фибрилляции предсердий, задокументированной до эпизода ОКС, включившая в себя 53 человека (обозначена как группа 3). В группе 1 достоверно выше был уровень общего холестерина и липопротеинов низкой плотности (ЛПНП). Среди выживших пациентов и выписанных из стационара после эпизода ОКС, а таких составило в группе 1 - 45 человек, в группе 2 — 81 человек и в группе 3 — 47 человек, через 12 месяцев общая смертность была сопоставима, однако, частота развития как фатального, так и не фатального повторного инфаркта миокарда была достоверно выше в группе 1.

Заключение:

Более высокие исходные уровни общего холестерина и ЛПНП связаны с развитием повторного инфаркта миокарда, что не отражается на общей смертности. Однако эти данные получены на небольшой выборке пациентов и требуют дальнейшей валидации.

ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ СТРУКТУРНОЙ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА: ОТ РЕКОМЕНДАЦИЙ К РЕАЛЬНОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Соколов А.В.¹, Царегородцев Д.А.², Недоступ А.В.²

¹ГКБ им.В.М. Буянова,

²Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Введение (цели/ задачи):

Рекомендации Европейского Общества Кардиологов от 2015г. предполагают учитывать при определении тактики лечения желудочковых аритмий у пациентов без структурной патологии сердца: симптомность аритмии, локализацию эктопического фокуса, выбор пациента. Насколько реальная клиническая практика соответствует данным рекомендациям? Цель: оценить факторы, влияющие на выбор тактики лечения желудочковой аритмии (ЖА) у пациентов без структурной патологии сердца в повседневной клинической практике.

Материал и методы:

Проведено анкетирование 71 врача: 61 кардиолога и 11 клинических электрофизиологов со средним стажем работы 14±11 лет о предпочитаемой ими тактике лечения ЖА у лиц без структурной патологии сердца. Разрешалось выбрать один или несколько ответов, либо предложить свой вариант.

Результаты:

По результатам опроса врачей, ключевыми факторами для определения тактики лечения пациентов с частой желудочковой экстрасистолией (ЖЭ) без органической патологии сердца являются: влияние нарушений ритма на самочувствие (68%), общее количество ЖЭ за сутки (61%), наличие неустойчивой желудочковой тахикардии (ЖТ) (56%). Только 10% врачей определяют тактику лечения, учитывая предпочтения пациента. При бессимптомной ЖЭ большинство опрошенных (63%) отметило, что выбор тактики зависит от количества ЖЭС за сутки, 30% выбирают динамическое наблюдение, 13% - антиаритмическую терапию (ААТ), 10% врачей - радиочастотную абляцию (РЧА). Даже в случае отсутствия симптомов 49% врачей считают оправданным проведение РЧА при суточном

количестве ЖЭ более 10 000-15 000, 17% - более 30 000 ЖЭ, 3% - более 5 000. 34% опрошенных рекомендуют проведение РЧА лишь при неэффективности ААТ, и только 13% не считают необходимым выполнение РЧА при бессимптомной ЖЭ. Начало ААТ 34% врачей считают оправданным при суточном количестве более 10 000-15 000 бессимптомных ЖЭ, 25% врачей - более 5 000 ЖЭ, 7% врачей - более 30 000 бессимптомных ЖЭ в сутки. При этом 23% опрошенных никогда не назначают антиаритмические препараты в случае бессимптомной аритмии, 6% врачей рекомендуют начинать лекарственную терапию только при неэффективности РЧА. В качестве антиаритмического препарата первого выбора при частой ЖЭ у лиц без структурной патологии сердца большинство респондентов отметили бета-адреноблокаторы (46,5%), соталол -23%, амиодарон -14%, а из антиаритмических препаратов I C класса: диэтиламинопропионилэтоксикарбониламинофенотиазина гидрохлорид (этагизин) -17%, лаптаконитина гидробромид -15%, пропафенон -2,8%. Никогда не назначают ААТ при ЖЭ у лиц без структурной патологии сердца 14% врачей.

Заключение:

Тактика ведения пациентов в повседневной клинической практике отличается от подходов, предложенных действующими рекомендациями. Кроме симптомности аритмии для врачей большое значение имеют частота ЖЭ и наличие неустойчивой ЖТ. Большинство врачей рекомендуют начало лечения при суточном количестве ЖЭ более 10 000 - 15 000. При частой ЖЭ только 10% врачей считают необходимым учитывать предпочтения пациента при выборе между ААТ, РЧА или тактикой динамического наблюдения. В качестве препаратов первой линии наиболее часто используются бета-блокаторы (46,5%), препараты I C класса (35%), однако 14% опрошенных считают оправданным начало лечения с назначения амиодарона.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МИОКАРДИТАМИ И ЕЁ ДИНАМИКА У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС, РАБОТНИКОВ АТОМНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ РОССИИ

Туков А.Р., Бирюков А.П., Прохорова О.Н., Орлов Ю.В., Калинина М.В., Александрова И.В. ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Введение (цели/ задачи):

Миокардит – воспалительное поражение миокарда, вызываемое инфекционными, токсическими или аллергическими воздействиями. На его долю приходится 7-9% всех заболеваний сердечно-сосудистой системы. Учёт заболеваемости миокардитом затруднён для учёта, так как «золотой стандарт» в диагностике миокардита – эндомикардиальная биопсия (ЭМБ) – используется редко. При вскрытии молодых людей, внезапно умерших от различных причин, признаки миокардита выявлялись до 42% случаев. По результатам специальных исследований с использованием различных диагностических критериев заболевания частота фатального исхода от миокардита варьировала от 0,15 до 0,46 на 100 000 человеко-лет наблюдений. До 12% случаев внезапной смерти обусловлено имеющимся у больного миокардитом, у 24–33% больных заболевание может протекать бессимптомно. Различные авторы сообщают, что этому заболеванию подвержены чаще женщины. Прогноз при миокардите во многом зависит от причины его возникновения. Большинство пациентов с острой и молниеносной формой ми-

окардита выздоравливают. У части больных воспалительный процесс субклинически прогрессирует и приводит к дилатационной кардиомиопатии. Цель работы: оценка заболеваемости миокардитами (МКБ-10: I40 - I41.8) ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, работников предприятий и организаций Госкорпорации «Росатом» за период 1988 – 2017 гг.

Материал и методы:

В работе использована информационная база Отраслевого регистра лиц, подвергшихся воздействию радиации в результате аварии на Чернобыльской АЭС (ОРЧ). Исследование охватывает период с 1988 по 2017 гг. В регистре за период наблюдения накоплено 355984 человеко/лет наблюдения (мужчин – 304023, женщин – 51961). Большую часть регистра составляют мужчины: в 1986 г. они составляли 84,7% ликвидаторов, женщины – 15,3%. Соотношение мужчин и женщин за это время практически не изменилось. Средний возраст мужчин – ликвидаторов на момент посещения 30-километровой зоны составлял $36,0 \pm 0,1$ лет, женщин – $39,0 \pm 0,2$ лет. К 2017 г. произошло постарение контингента, средний возраст мужчин составил $63,4 \pm 0,1$ года, женщин – $66,7 \pm 0,3$ лет. Необходимо принять во внимание, что на работу в 30-км зону Чернобыльской АЭС направлялись, в основном, практически здоровые лица. В связи с тем, что миокардиты достаточно редкое заболевание, для повышения достоверности результатов, исследование проводилось по пяти циклам. Расчёт заболеваемости проведён на 1000 человеко/лет наблюдения.

Результаты:

За весь период наблюдения в базе ОРЧ зарегистрировано 23 человека (мужчин - 16, женщин - 7) с впервые выявленным диагнозом миокардита (МКБ-10: I40 - I41.8), из них острые миокардиты (МКБ-10: I40 - I40.8) – 22 диагноза. Заболеваемость миокардитами (МКБ-10: I40 - I41.8) ликвидаторов мужчин и женщин за весь период наблюдения составила $0,06 \pm 0,01$ на 1000 человек. При этом уровень заболеваемости ликвидаторов мужчин ($0,05 \pm 0,01$) был ниже заболеваемости ликвидаторов женщин ($0,13 \pm 0,05$), то есть в 2,2 раза. Заболеваемость ликвидаторов миокардитами постепенно возрастает от момента начала исследования $0,03 \pm 0,02$ (1988-1990 гг.), достигая своего максимума в цикле исследования 1998-2002 гг. – $0,12 \pm 0,05$. В цикле исследования 2013-2017 гг., то есть при постарении когорты, миокардиты не были зарегистрированы. Динамика заболеваемости миокардитами (МКБ-10: I40 - I41.8) ликвидаторов мужчин и женщин, характеризуется ростом по всему циклу исследования. Темп роста за весь период наблюдения составил 107,46% при среднегодовом темпе прироста 7,46%. У мужчин эти показатели несколько выше: темп роста за весь период наблюдения составил 113,62% при среднегодовом темпе прироста 13,62%. Эти показатели у женщин не рассчитывали из-за неустойчивого показателя заболеваемости.

Заключение:

Таким образом, результаты исследования показали, что заболеваемость миокардитами (МКБ-10: I40 - I41.8) ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС - работников предприятий и организаций Госкорпорации «Росатом» за период 1988 – 2017 гг. имеет постоянный положительный тренд. Хотя заболеваемость этой нозологией достаточно низкая, её постоянный рост настораживает и требует дальнейшего наблюдения этой когорты лиц.

ЗАГАДОЧНЫЙ ФЕНОМЕН МАГНИТНОЙ БУРИ И МЕТЕОАНОМАЛИЙ. ИХ ВЛИЯНИЕ НА ССС И МОЗГ. МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ И ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

Грицук С.Ф.

ЦНИИС и ЧЛХ

Введение (цели/ задачи):

Отрицательное влияние воздействия магнитных бурь распространены по различным данным от 50% до 70% населения Земли (ВОЗ, 2004). Проявления метеочувствительности у каждого сугубо индивидуальны и зависят от общего здоровья человека, его возраста, характера, микроклимата в котором он живёт, степени акклиматизации к нему. Это стихийно возникающее явление, как автомобильные пробки, ураганы, сама жизнь, случаи непредсказуемого поведения. Цель: Определить степень влияния магнитной бури и солнечного ветра на мозг и ССС у пациентов с артериальной гипертонией (ГБ) и здоровых людей.

Материал и методы:

Исследовались показатели функционирования организма, а именно: температура тела, артериальная гемодинамика, состояние вегетативной нервной системы, лейкоцитарная формула, число дыханий. Все эти показатели сопоставлялись с изменениями геомагнитного поля. Исследования проводилось под патронажем Института клинической и экспериментальной медицины СО АМН (г.Новосибирск) как в спокойных условиях (при отсутствии солнечных магнитных бурь), в условиях максимума солнечной активности – сентябрь 2017 г.- и спустя 3-4 дня после них.

Результаты:

Мы не контролируем нейронные системы, поддерживающие в равновесии функции организма (содержание глюкозы в крови, артериальное давление и др). В результате стресса («солнечный ветер») нейроны меняют свое функциональное состояние, воздействуя на сосуды, приводя к ишемии и гипоксии мозга. Микроваскулярные и метаболические изменения приводят к структурной дегенерации и гибели части нейронов. На клеточном уровне выводятся из строя энергогенерирующие органеллы – митохондрии. Предполагают, что для сердечно сосудистой системы биотропным агентом солнечной активности, скорее всего, может быть корпускулярное, а не волновое излучение Солнца. По-видимому, воздействие геомагнитной бури связано с нарушением окислительно-восстановительных процессов в био-логических мембранах и в результате чего вовлекаются нейроэндокринные механизмы.

Заключение:

Геомагнитные возмущения организм человека воспринимает как стресс. Меняется гормональный фон в организме, нарушается работа сосудистой системы, в том числе и в сосудах головного мозга. Доказано, что практически здоровый и больной организмы по-разному реагируют на солнечные и геомагнитные бури. Воздействие геомагнитной бури связано с нарушением окислительно-восстановительных процессов в био-логических мембранах, в результате чего вовлекаются нейроэндокринные механизмы. Солнечное излучение действует на активность коры головного мозга, а также коллоидные системы организма человека. Систематическое лечение АГ является не только снижение АД, но самое главное – предотвращение сердечно-сосудистых осложнений, поражения органов- мишеней и, следовательно, поддержание достаточно высокого качества жизни.

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА У БОЛЬНЫХ ИБС

Котова Ю.А., Зуйкова А.А.,
Страхова Н.В., Красноручкая О.Н.
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

Введение (цели/ задачи):

Одним из факторов, вызывающих эндотелиальную дисфункцию, является гомоцистеин. Гомоцистеин оказывает прямое повреждающее действие на эндотелий сосудов, что приводит к развитию эндотелиальной дисфункции, стимулирует тромбообразование, а также повышает митотическую активность гладкомышечных клеток. В связи с этим, становится актуальным рассмотрение эндотелиальной дисфункции в качестве маркера атеросклеротических изменений. Цель исследования. Определить уровень гомоцистеина у пациентов с ИБС для подтверждения его роли в формировании коронарного атеросклероза.

Материал и методы:

Материалом для исследования стало обследование 354 пациентов с диагнозом ишемическая болезнь сердца, верифицированной стандартизированными валидизированными критериями и клинико-функциональными методами, в том числе 175 женщин и 179 мужчин в возрасте от 47 до 75 лет, средний возраст $61,8 \pm 8,1$ лет, находившихся на лечении в кардиологическом отделении № 2 БУЗ ВО ВГКБСМП № 1. Наличие коронарного атеросклероза у пациентов подтверждалось проведением коронароангиографии по методике Judkins (1967 г.). Исследование проводилось при помощи ангиографической системы «General Electric Innova 3100» (GE Healthcare, USA). Для определения уровня гомоцистеина использовали тест-систему для количественного определения общего L-гомоцистеина в человеческой сыворотке или плазме (фирма производитель «Axis-Shield», фирма поставщик – «БиоХимМак», Россия).

Результаты:

При сравнении больных в зависимости от выраженности коронарного атеросклероза выявлены достоверные различия по уровню гомоцистеина ($p=0,000$): в первой группе уровень гомоцистеина составил 9,87 [8,47;9,88] ммоль/л, во второй группе - 10,36 [9,51; 10,28] ммоль/л, в третьей группе - 11,98 [11,34; 12,23] ммоль/л. Далее оценивались корреляционные связи между уровнем гомоцистеина и выраженностью окислительного стресса. Выявлены следующие корреляции: между гомоцистеином и супероксиддисмутазой ($r= -0,426$, $p=0,000$), между гомоцистеином и альдегиддинитрофенилгидразоном нейтрального характера ($r=0,426$, $p=0,000$), между гомоцистеином и альдегиддинитрофенилгидразоном основного характера ($r=-0,276$, $p=0,000$).

Заключение:

У пациентов с различной выраженностью коронарного атеросклероза выявлены достоверные различия в уровне гомоцистеина. У пациентов с ИБС выявлены значимые корреляции между показателями гомоцистеина и окислительного стресса. Научная работа выполнена на средства гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых - кандидатов наук, № гранта МК-552.2018.7

ИЗУЧЕНИЕ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЕЗОНОВ ГОДА И ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Аминов А.А.
Республиканский Специализированный
Научно-Практический Центр Кардиологии
Республики, Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Широкое применение тромболитической терапии (ТЛТ) при остром коронарном синдроме (ОКС) и остром инфаркте миокарда (ОИМ) в нашей Республике требует оценки её эффективности и влияния на летальность больных с ОКС/ОИМ. Изучение взаимосвязи ТЛТ и сезонов года на стационарную летальность от ОКС/ОИМ среди больных, госпитализированных в некоторые стационары г.Ташкент.

Материал и методы:

Материалом для исследования явились ежемесячные оперативные отчеты городских ЛПУ по мониторингу выполнения Пр.№106 МЗ РУз от 17.03.14 г. Анализировались отчетные данные 4 республиканских стационаров и 4 городских клинических больниц (ГКБ). Использованы популяционно-профилактические, статистические, математические методы с расчетом среднеарифметического значения.

Результаты:

Помесячный анализ показал, что показатели летальности от ОКС/ОИМ колебались в пределах 15,4 %-34,2 % в течение года. При этом наблюдались повышенные показатели летальности в зимне-весенний период (28,0 %), чем летне-осенний период (25,4 %), разница недостоверно. Частота использования ТЛТ изучалась по показателю - охвата больных (в %), нуждающихся в данной терапии. При наибольшем охвате (76 %) больных ТЛТ летальность от ОКС/ОИМ составила 15,4 %, а меньший охват ТЛТ сопровождался высокой летальностью, когда данный показатель равнялся к 34,2 ($p>0,001$). Если показатель летальности, равный 15,4 % наблюдался в осенний сезон (октябрь), а высокий его показатель – 34,2 % в весенний месяц (март), можно говорить о благоприятном влиянии осеннего сезона года и высокого охвата ТЛТ на снижение стационарной летальности от ОКС/ОИМ.

Заключение:

Относительно высокие показатели летальности от острой коронарной патологии чаще встречалась в зимне-весенний период года, чем в летне-осенний. Широкое использование ТЛТ, которое совпало с осенним периодом, тоже имело свое значение в достоверном снижении летальности от острой коронарной патологии.

ИЗУЧЕНИЕ ОБЪЕМА И ХАРАКТЕРА ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПАХ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА)

Нагаева Г.А., Аминов А.А., Мамутов Р.Ш.
Республиканский Специализированный
Научно-Практический Центр Кардиологии
Республики, Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Оценка лечебно-диагностических мероприятий на догоспитальном и стационарном этапах исследования в зависимости от формы острого инфаркта миокарда (ОИМ) (данные регистра).

Материал и методы:

Материалом исследования явилась созданная и обработанная, в соответствии с разработанным протоколом регистра, база анкетных данных пациентов, госпитализированных с диагнозом ОИМ за 1 календарный (2018) год. Диагноз ОИМ выставлялся на основании общепринятых критериев (клиническая характеристика; ЭКГ-диагностика и динамика маркеров повреждения миокарда). В данном фрагменте представлены результаты анализа 467 больных с диагнозом ОИМ, пролеченных в условиях центра кардиологии (РСНПМЦК), из которых у 302 больных имелся ОИМ с зубцом Q (ОИМсQ) – 1 группа и у 165 больных – ОИМ без зубца Q (ОИМбезQ) – 2 группа.

Результаты:

В ходе исследования из анамнестических данных было установлено, что на момент госпитализации количество не принимавших никакие лекарственные препараты (ЛП) пациентов составило 27,1%, при этом среди больных ОИМ с зубцом Q данный показатель был равен 25,0%, а среди лиц ОИМ без зубца Q – 37,5% ($p=0,431$ и $\chi^2=0,620$). Пациенты 2й группы, оказались более приверженными к приему нитратов, β -адреноблокаторов, антагонистов кальция ($p<0,05$), антиаритмических препаратов ($p<0,05$) и диуретиков ($p<0,05$). Лечение аспирином-содержащими препаратами, ингибиторами РААС/САС и гипогликемическими медикаментами в анализируемых группах пациентов было сопоставимо. Статины чаще использовались пациентами 1й группы ($p>0,05$). В общей сложности, количество лиц, принимавших те или иные ЛП на догоспитальном этапе, составило среди больных ОИМ с зубцом Q – 65,6% и среди больных ОИМ без зубца Q – 62,5%. Сумма принимаемых в сутки ЛП в среднем у больных ОИМ с Q составила $3,38\pm 1,56$ на 1 больного, а у пациентов ОИМ без Q – $4,10\pm 1,60$ на 1 больного ($p=0,142$). Распределение пациентов по количеству принимаемых в сутки ЛП в зависимости от формы ОИМ установило, что в 1й группе наибольшее количество случаев составили лица не принимавшие никаких ЛП – 25,0%, и пациенты, принимавшие 4 ЛП – 25,0% случаев. Во 2й группе наибольшее количество случаев пришлось на больных не принимавших никаких ЛП – 37,5%, при этом 25,0% и 18,7% случаев составили пациенты принимавшие по 4 и более ЛП в сутки. В условиях клиники РСНПМЦК анализ лечебно-диагностических мероприятий установил следующее. Среднее количество ЛП в сутки у больных ОИМ с зубцом Q составило $6,97\pm 1,18$ на 1 больного, что оказалось в 2 раза больше, чем на догоспитальном этапе, а у пациентов ОИМ без Q – $6,94\pm 1,29$ на 1 больного, что в 1,7 раза оказалось больше, чем на догоспитальном этапе (оба $p<0,0001$). Коронароангиографическое (КАГ) исследование показало, что у 2,1% пациентов ОИМ диагностически-значимых стенотических сужений венечных артерий выявлено не было и, соответственно, не было необходимости в проведении реканализации. Данной категории пациентов было проведено лишь консервативное лечение. В 83,3% случаев было проведено ЧКВ со стентированием; у 4,2% пациентов была проведена реканализация баллонированием и в 6,2% случаев было проведено АКШ. Последний проводился лишь у больных ОИМ с зубцом Q. Также было выявлено, что 4,2% больных с наличием ангиографических поражений отказались от предложенных малоинвазивных вмешательств. Эти респонденты также имели диагноз ОИМ с зубцом Q.

Заключение:

Пациенты ОИМ без зубца Q, несмотря на большую численность лиц не принимавших никаких ЛП (37,5%), оказались более приверженными к терапии, принимая по 3 и более ЛП в сутки, однако разница не достигала уровня достоверности. На догоспиталь-

ном этапе приверженность больных к медикаментозной терапии по всем основным группам ЛП не превышала 50%. Лечение данной категории пациентов в условиях клиники РСНПМЦК характеризовалось соблюдением основных стандартов не только консервативными методами, но и хирургическими.

ИНТЕРВАЛ ФОРМИРОВАНИЯ РЕСТЕНОЗОВ ПОСЛЕ ЧКВ И КЛИНИКО-АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Жалилов А.О.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ

Введение (цели/ задачи):

Цель: Сравнительная оценка клинико-ангиографических характеристик рестенозов в зависимости от времени их формирования.

Материал и методы:

Были обследованы 31 пациент, у которых развился рестеноз после чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) на коронарных артериях (КА). Средний возраст обследуемых составил $60,3\pm 9,5$ лет. Соотношение мужчин и женщин было 27 / 4. Всем включенным в исследование проводились общеклинические и лабораторные исследования, сбор анамнестических данных (наличие и количество перенесенных инфарктов миокарда – ПИМ, сопутствующий сахарный диабет – СД), а также коронароангиография (КАГ) с оценкой процента рестеноза в основных бассейнах КА: ствол левой коронарной артерии – СЛКА, передняя межжелудочковая артерия – ПМЖА, огибающая артерия – ОА, ветвь тупого края – ВТК, промежуточная артерия – ПРА, правая коронарная артерия – ПКА, задняя межжелудочковая – ЗМЖВ, левая желудочковая – ЛЖВ. Также по данным КАГ вычислялось среднее количество пораженных КА на 1 больного – Σ КА и средняя общая длина всех сосудистых поражений на 1 больного – L в мм. В зависимости от времени формирования рестенозов были выделены две группы: 1гр. – 11 больных, у которых рестеноз развился в течение 1 года после ЧКВ и 2гр. – 20 больных, у которых рестеноз сформировался более чем через 1 год после ЧКВ (в среднем через $4,1\pm 1,9$ лет).

Результаты:

Средний возраст больных 1гр. составил $59,4\pm 9,8$ лет и во 2гр. – $60,7\pm 9,5$ лет ($p>0,05$). В 1гр. Сравнительный анализ показал, что в 1гр. количество женщин было больше, чем во 2гр.: 18,2% vs 10,0% ($p=0,154$ и $\chi^2=2,035$). Количество лиц с наличием избыточного веса и ожирения оказалось во 2гр. больше, чем в 1гр. (90,0% и 54,5%, соответственно, $p=0,000$ и $\chi^2=28,991$) однако средняя степень ожирения была выше у больных 1гр., составив $1,7\pm 0,9$ кг/м², что на 0,4 ед. превышало аналогичный показатель группы сравнения ($p>0,05$). Количество больных с ПИМ в анамнезе в 1гр. составило 63,6% и во 2гр. – 80,0% ($p=0,018$ и $\chi^2=5,580$); с наличием СД в 1гр. – 54,5% и во 2гр. – 25,0% ($p=0,000$ и $\chi^2=17,521$). По данным КАГ было выявлено, что поражения СЛКА отмечались у больных 2гр, в 20,0% случаев, в то время как у больных 1гр. поражения СЛКА не были выявлены. Поражения ПНА в 1гр. имелось в 63,6% и во 2гр. – в 85,0% случаев ($p=0,007$ и $\chi^2=10,528$); поражения ОА – в 36,4% и в 30,0% случаях ($p=0,452$ и $\chi^2=0,565$); поражения ВТК – в 9,1% и 5,0% случаях ($p=0,406$ и $\chi^2=0,691$); поражения ПКА – в 36,4% и 55,0% случаях ($p=0,011$ и $\chi^2=6,533$); поражения ЗМЖВ в 27,3% и 5,0% случаях ($p=0,000$ и $\chi^2=16,406$), соответственно в 1й и 2й группах. Σ КА у больных 1гр. составило $1,7\pm 1,1$ на 1 больного и во

2гр. – $1,8 \pm 0,8$ на 1 больного ($p > 0,05$). Вычисление L установило, что у больных 1гр. данный показатель составил $32,2 \pm 12,6$ мм и во 2гр. – $27,7 \pm 18,9$ мм ($p > 0,05$).

Заключение:

Развитие рестеноза в течение 1 года после ЧКВ чаще ассоциируется с женским полом, наличием более выраженной степени ожирения, сахарным диабетом и большей длиной сосудистых поражений (L). По данным КАГ развитие рестеноза в течение 1 года после ЧКВ характеризуется поражениями бассейнов ПМЖА, ОА, ВТК, ПКА и ЗМЖВ, при этом поражения ПМЖА являются превалирующими.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОЙНОЙ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ АНГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Хамидуллаева Г.А., Машарипов Ш.М., Абдуллаева Г.Ж., Хафизова Л.Ш., Шукурова Д.Ю., Машкурова З.Т.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
КАРДИОЛОГИИ, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Изучить антигипертензивную, кардио и ренопротективную эффективность периндоприла, индапамида и амлодипина в фиксированной тройной комбинации у больных эссенциальной гипертонией (ЭГ).

Материал и методы:

В исследование включены 46 больных ЭГ с 2-3 степенью артериальной гипертензии (АГ) в среднем возрасте $53,6 \pm 11,9$ лет, 25 мужчин и 21 женщина. Все пациенты были резистентными к предыдущей двойной и/или тройной свободной комбинированной терапии. Офисное артериальное давление (АД) измерялось по методу Короткова. Проводилась эхокардиография сердца согласно Penn Convention Method. Оценивали уровень креатинина сыворотки крови, микроальбуминурию, рассчитывали скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по СКД-EPI. Все исследования проводились до лечения и на фоне 24-недельной терапии периндоприлом, индапамидом и амлодипином в начальной фиксированной дозировке 5/1.25/5 мг соответственно.

Результаты:

Исходно до лечения систолическое и диастолическое АД соответствовало $168,11 \pm 15,27$ мм рт.ст. и $100,77 \pm 9,34$ мм рт.ст. На фоне 24 недельной терапии отмечено достоверное снижение систолического и диастолического АД до $123,0 \pm 5,71$ мм рт.ст. и $77,8 \pm 5,94$ мм рт.ст. ($p < 0,0001$). При этом все пациенты (100%) достигли первичного целевого уровня систолического АД < 140 мм рт.ст., целевой уровень диастолического АД достигнут в 96% случаях. Кардиопротективная эффективность тройной фиксированной комбинации выражалась в достоверном снижении индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) на 12,9%, ИММЛЖ в динамике снизился с $148,51 \pm 30,3$ г/м² до $126,2 \pm 21,7$ г/м² ($p = 0,0001$). Ренопротекция выражалась в снижении уровня МАУ (от $29,2 \pm 23,8$ мг/24 до $11,5 \pm 10,8$ мг/24, $p = 0,002$) и повышении СКФ (от $64,72 \pm 17,85$ мл/мин/1,73м² до $73,04 \pm 12,94$ мл/мин/1,73м², $p = 0,047$). Все пациенты завершили 24-недельное наблюдение, с хорошей переносимостью терапии.

Заключение:

24-недельное лечение больных ЭГ фиксированной комбинацией периндоприла, индапамида и амлодипина показала

высокую антигипертензивную и органопротективную эффективность при хорошей переносимости препарата. Данная фиксированная комбинация характеризуется высокой клинической эффективностью при лечении гипертоников, резистентных к двойной и тройной свободной комбинации антигипертензивных препаратов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

БАТРАК Г.А.

ФГБОУ ВО ИВАНОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/ задачи):

Сахарный диабет (СД) 2 типа представляет одну из наиболее серьезных медико-социальных проблем. В мире наблюдаются высокие темпы роста заболеваемости СД 2 типа и сердечно-сосудистой патологии. Распространенность ишемической болезни сердца (ИБС) у больных СД 2 типа встречается в 2–4 раза чаще, чем в общей популяции, что связано с бурным прогрессированием и агрессивным течением атеросклероза при СД. Ранняя инвалидизация и высокая летальность от сердечно-сосудистых заболеваний продолжают оставаться при СД 2 типа на лидирующих позициях. Цель работы. Определить особенности сердечно-сосудистых заболеваний у больных СД 2 типа в сочетании с артериальной гипертонией.

Материал и методы:

Обследовали 45 пациентов (20 мужчин и 25 женщин) с СД 2 типа и артериальной гипертонией (АГ), ранее перенесших инфаркт миокарда (ИМ) и/или острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). Возраст пациентов 61–70 лет, в среднем $65 \pm 5,3$ года, АГ 1–3 степени (100%), из них (53%) АГ 2 степени, средние значения артериального давления (АД) $150/80$ мм рт. ст., ожирение (73%), дислипидемия (67%), курение (43%), низкая физическая активность (93%), наследственность по СД 2 типа и АГ (40%). Оценивали индекс массы тела (ИМТ), отношение объема талии (ОТ) к объему бедер (ОБ), уровень АД, наличие одышки и периферических отеков. Изучали гликемический профиль, уровень гликированного гемоглобина (HbA1c), холестерина, триглицеридов, в суточном анализе мочи анализировали значения микроальбуминурии, протеинурии, глюкозурии. Оценивали скорость клубочковой фильтрации по формуле Кокрофта-Голта, структурно-функциональное состояние сердца по данным ЭКГ и ЭхоКГ. При лечении у 50% больных применяли только сахароснижающие препараты: метформин (90%), препараты сульфонилмочевины (60%), ингибиторы ДПП-4 (30%), инсулинотерапия в виде монотерапии и в комбинации с сахароснижающими препаратами (70%). В 100% случаев применяли иАПФ или сартаны (58% и 42%, соответственно), селективные бета-адреноблокаторы (67%), статины (87%), антиагреганты (93%), антиоксиданты и ноотропные препараты (32%) и (46%), соответственно.

Результаты:

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и атеросклероз сосудов головного мозга отмечаются у большинства (60%) пациентов с СД 2 типа в сочетании с АГ. Выявлены перенесенные сердечно-сосудистые события: острый ИМ (57%) и ОНМК (63%). У 93% больных, перенесших острый ИМ развилась хроническая ишемия миокарда, у 90% сформировалась гипертрофия левого желудочка, у 80% наблюдалась диастолическая дисфункция

левого желудочка, у 63% - хроническая сердечная недостаточность. Характерно, что 46% больных перенесли сердечно-сосудистые события более, чем через 10 лет сочетания СД 2 типа и АГ, 37% больных - через 7 - 9 лет и 17% пациентов - через 3 года. Выявлена корреляционная взаимосвязь между временем возникновения острых сердечно-сосудистых событий и длительностью СД 2 типа ($r=0,4$), а также длительностью АГ ($r=0,4$).

Заключение:

У больных СД 2 типа и АГ сердечно-сосудистые и цереброваскулярные события чаще возникают при длительности сочетания данных заболеваний более 10 лет. Перенесенные острые сердечно-сосудистые события у большинства больных СД 2 типа в сочетании с АГ характеризуются формированием тяжелых хронических сосудистых поражений сердца и мозга. Для снижения риска развития острых сердечнососудистых событий при СД 2 типа в сочетании с АГ рекомендуется комплексная терапия с достижением целевых значений гликемии, липидных показателей и уровня АД.

КОАГУЛЯЦИОННЫЕ СВОЙСТВА КРОВИ И СТЕПЕНЬ СТЕНОТИЧЕСКИХ СУЖЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С РЕСТЕНОЗОМ

Жалилов А.О.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ

Введение (цели/ задачи):

Цель: Проведения оценки взаимозависимости коагуляционных свойств крови со степенью стенотических сужений у больных с рестенозом.

Материал и методы:

Было обследовано 122 больных, из которых 60 человек были без рестеноза (1 группа) и 62 больных, у которых развился рестеноз коронарных артерий после проведенного ЧКВ со стентированием (2 группа). Всем включенным в исследование проводились: физикальный осмотр, общеклинические обследования, функциональные и лабораторные исследования. Для проведения непосредственной оценки взаимозависимости коагуляционных свойств крови со степенью стенотических сужений, у 68 пациентов (33 больных – из 1 группы и 35 больных – из 2 группы) дополнительно был проведен анализ агрегационной способности тромбоцитов (АСТ).

Результаты:

В данном аспекте было выявлено, что показатели АСТ у больных с рестенозом значительно различались по сравнению с респондентами без рестеноза. А именно, значения спонтанной агрегации у больных 2 группы составили $1,66 \pm 0,42$, что на 0,38ед. превышало аналогичный показатель пациентов без рестеноза ($p < 0,0001$). Степень агрегации у больных 2 группы была $5,17 \pm 2,38$, что \approx в 2 раза было больше, чем у больных без рестеноза. Скорость агрегации также оказались выше у больных 1 группы, составив $3,57 \pm 1,09$ vs $2,90 \pm 1,85$ – у больных 1 группы ($p > 0,05$). У пациентов с субтотальными и тотальными окклюзиями показатели АСТ значительно превышали аналогичные показатели больных со стенозом $< 95\%$, при этом по показателям спонтанная агрегация, степень агрегации и все её составляющие различия носила достоверный характер.

Заключение:

Агрегационная способность тромбоцитов играет важную роль в развитии рестенозов, т.е. у больных ИБС после перенесенного ЧКВ, чем выше уровень показателей АСТ, тем вероятнее раз-

витие рестеноза, при этом субтотальные и тотальные окклюзии характеризуются наивысшими значениями АСТ.

КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОРТОСТАТИЧЕСКИМИ ГИПОТЕНЗИВНЫМИ РЕАКЦИЯМИ

Атюнина И.В., Ощепкова Е.В., Рогоза А.Н.

ФГБУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ» Минздрава России, Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Изучить когнитивные функции (КФ) у больных артериальной гипертонией (АГ) пожилого и старческого возраста с ортостатическими гипотензивными реакциями (ОГР), выявленными с использованием активной (АОП) и пассивной ортостатических проб (ПОП).

Материал и методы:

Обследовано 75 больных АГ I-III ст. пожилого и старческого возраста (73% – женщины). Возраст обследованных больных составил от 60 до 82 лет (67 ± 5 лет). Длительность АГ (по анамнезу) была от 2 до 43 лет (16 ± 11 лет). Все больные в момент обследования находились на антигипертензивной терапии, в большинстве случаев (85%) – комбинированной из 2-3 препаратов. Суточный профиль АД оценивался методом суточного мониторирования АД (СМАД) с интервалом между измерениями в 30 мин днем и в 60 мин ночью (“BPLab”, Россия). Исследование ОГР проводилось с использованием 5-минутных АОП и ПОП с ежеминутным измерением АД на плече осциллометрическим методом и непрерывным неинвазивным измерением систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) в пальцевой артерии фотокомпенсационным методом (“TaskForceMonitor”, “CNSystems” Австрия). Признаки классической ортостатической гипотензии (КОГ) и начальной ортостатической гипотензии (НОГ) определялись согласно общепринятым критериям (ESC, 2018). Изучение КФ проводилось с помощью краткого исследования психического состояния (Mini-Mental State Examination – MMSE), теста рисования часов и теста Мюнстерберга. Статистический анализ выполнен непараметрическим методом Манн-Уитни с использованием Statistica 6.0.

Результаты:

У 23 (31%) больных выявлены различные ОГР, из них у 9 (12%) – изолированная НОГ, у 14 (19%) – КОГ, среди которых у 7 больных имело место сочетание КОГ+НОГ. Выявленная КОГ имела нейрогенный характер (при проведении ПОП прирост ЧСС составил < 10 уд. в мин.) По данным СМАД у больных с ОГР по сравнению с больными без ОГР существенных различий суточного уровня АД не отмечалось (САД (мм рт.ст.) $132,8 \pm 14,6$ vs $130,7 \pm 14,7$, $p > 0,05$; ДАД $76,9 \pm 12,4$ vs $75,3 \pm 8,3$, $p > 0,05$). Результат теста рисования часов у больных с ОГР был достоверно хуже по сравнению с больными без ОГР ($7,5 \pm 1,5$ vs $8,4 \pm 0,8$, $p < 0,05$, N-10 баллов). При выполнении теста Мюнстерберга у больных с ОГР отмечено снижение внимания ($21,4 \pm 2,2$ vs $22,5 \pm 1,2$, $p < 0,05$). Тест MMSE не выявил значимых отличий у лиц с ОГР ($26,1 \pm 2,28$ vs $27,8 \pm 0,8$ баллов, $p > 0,05$). Когнитивные тесты у больных с КОГ продемонстрировали худший результат по сравнению с больными без ОГР: тест рисования часов ($7,3 \pm 1,5$ vs $8,4 \pm 0,8$, $p < 0,05$) и тест Мюнстерберга ($21,2 \pm 2,6$ vs $22,5 \pm 1,2$, $p < 0,05$). У больных с НОГ результаты когнитивных тестов достоверно не отличались от больных без ОГР: тест рисования часов ($7,7 \pm 1,7$ vs $8,4 \pm 0,8$, $p < 0,05$) и тест Мюнстерберга ($21,9 \pm 1,27$ vs $22,5 \pm 1,2$, $p < 0,05$).

Заключение:

У больных АГ старших возрастных групп с ОГР в сравнении с той же категорией больных без ОГР по данным объективного тестирования выявляются когнитивные нарушения в виде снижения памяти и внимания. Наиболее выраженное снижение когнитивных функций отмечено у больных АГ с КОГ, а не с НОГ.

КОМОРБИДНАЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ В ТЕЧЕНИИ И ИСХОДАХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Савш П.А.^{1,2}, Арямкина О.Л.²

¹БУ Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутская окружная клиническая больница»,

²БУ ВО Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет»

Введение (цели/ задачи):

Внебольничная пневмония – серьезная проблема клинической медицины в связи с высокими показателями заболеваемости и смертности в мире. Коморбидность в клинике внутренних болезней влияет на течение и исходы заболеваний, что требует ее оценки, коррекции ведения и лечения больного с основной патологией. Цель исследования: изучить вклад сердечно-сосудистых заболеваний на неблагоприятные исходы внебольничной пневмонии (ВП).

Материал и методы:

Тип исследования – проспективный анализ, проведенный методом сплошной выборки. За 2016-2018 годы изучены варианты исходов ВП обследованы 1109 госпитальных больных БУ «Сургутская окружная клиническая больница» возрасте $47,1 \pm 0,52$ (95 % ДИ 46,1 – 48,2) лет без гендерных различий – соотношение мужчин/женщин составило 1,14 : 1. Диагноз ВП установлен на основе стандартов диагностики и Национальных клинических рекомендаций [2015 г., 2018 г.] с применением необходимого комплекса исследований. У больных ВП изучены частота встречаемости иной патологии, рассчитан индекса коморбидности Чарлсон (ИКЧ). Оценен вклад сопутствующей сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в течении и в исходах ВП. Правила включения: все госпитальные случаи ВП. Правила исключения: пневмонии иных этиологических групп. Параметрические и непараметрические методы анализа оценены пакетом Statistica 10.0, рассчитаны отношения шансов (ОШ) и диагностический коэффициент (ДК).

Результаты:

Больные разделены по исходам ВП на выживших и умерших. Сравнивая две группы с применением критерия Манна-Уитни получены различия в возрасте ($p=0,000000$), клиническим признакам – выраженности одышки ($p=0,000012$), тахипноэ ($p=0,000078$), тахикардии ($p=0,000012$), гипотонии ($p=0,000032$), цианозу ($p=0,000000$), свидетельствующих о степени интоксикации, а также лабораторных результатов – изменению содержания прокальцитонина ($p=0,000024$), пресепсина ($p=0,000000$), лактата ($p=0,000642$), $Рo_2$ ($p=0,000011$), pH ($p=0,000127$). При летальном исходе установлен более старший возраст – $63,4 \pm 2,2$ (95 % ДИ 62–70,9) лет против возраста выживших – $46,3 \pm 0,52$ (95 % ДИ 45,2–47,3) лет ($p=0,0000$), большую долю лиц пенсионного возраста 56,3 % против 23,9 % ($p=0,0000$), более высокий ИКЧ – $4,65 \pm 0,31$ (95 % ДИ 4,03–5,27) против $3,27 \pm 0,08$ (95 % ДИ 3,12–3,42) ($p=0,0000$). А вот у больных с летальным исходом, по сравнению с выжившими пациентами более короткий срок пребывания в стационаре ИКЧ – $7,64 \pm 0,92$ (95 % ДИ 5,78–9,49)

против $16,2 \pm 0,28$ (95 % ДИ 15,7–16,8) ($p=0,0000$). У всех оценено наличие коморбидности, которая в целом встречается у 77,8 % больных и чаще при неблагоприятном исходе – у 79,2% против 62,9% у выздоровевших ($p=0,0108$). В структуре коморбидности ССЗ на фоне ВП диагностированы в каждом втором-третьем случае – у 37,2% больных. Это были артериальная гипертензия, ИБС и ХСН. Сердечно-сосудистые заболевания в двух группах встретились с одинаковой частотой – в 65,8% у умерших и в 58,2% у выздоровевших ($\chi^2 2 \times 2 1,96$; $p=0,161$). Однако, установлено, что ССЗ (Артериальная гипертензия, ИБС) являются значимым фактором для умерших от ВП с ОШ $1,89 \pm 0,3$ (95 % ДИ 1,06–3,37), с ДК 10,7 (J 66,1) и не относятся к прогностически неблагоприятным факторам течения пневмонии с исходом в выздоровление.

Заключение:

Внебольничная пневмония протекает в коморбидности в 2/3 случаев, преимущественно с неблагоприятным течением у лиц старших возрастных групп без гендерных различий, среди которой лидирует патология сердечно-сосудистой системы, определяющая высокий ИКЧ $4,65 \pm 0,31$ (95 % ДИ 4,03 – 5,27), являющаяся предиктором неблагоприятного исхода заболевания (ОШ $1,89 \pm 0,3$ (95 % ДИ 1,06 – 3,37), ДК 10,7), что требует дальнейшего тщательного анализа с целью своевременного принятия лечебных и реабилитационных воздействий при тяжелом течении.

КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Биек А.Ю.^{1,2}, Арямкина О.Л.²

¹БУ Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутская окружная клиническая больница»,

²БУ ВО Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет»

Введение (цели/ задачи):

НАЖБП в структуре хронических диффузных заболеваний печени с начала века выходит на лидирующие позиции, уступая по распространенности хроническому гепатиту В и С. Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) при прогрессирующих темпах роста заболеваемости и распространенности, формируясь на фоне инсулинорезистентности, сахарного диабета 2 типа, ожирения сочетается с атеросклерозом и с сердечно-сосудистой патологией, что представляет собой еще одну важнейшую проблему клинической медицины – коморбидность. Цель исследования: изучить частоту сочетаний НАЖБП с сердечно-сосудистыми заболеваниями с целью определения частоты и структуры болезней сердца и сосудов.

Материал и методы:

Проведен ретроспективный одномоментный анализ методом сплошной выборки за 2-х летний период (2017-2018 годы) с обследованием 876 больных косвенными признаками поражения печени (100%), полученных при применении медицинских калькуляторов NAFLD Fibrosis Score и APRI TEST, у 311 (35,5%) из которых по стандартным клинико-лабораторным критериям диагностирована НАЖБП. Все они имели абдоминальное ожирение, сахарный диабет 2-го типа (СД). Группу сравнения составили 1052 больных с абдоминальным ожирением и СД 2-го типа без НАЖБП. Исключены больные с хроническим гепатитом иной этиологии. Диагнозы НАЖБП и всех болезней установлены на основании клинических рекомендаций по данным клини-

ко-лабораторных и инструментальных исследований. Модели скрининга НАЖБП включали лабораторные и УЗИ-параметры, а 311 больным проведено фибросканирование. Рассчитаны индекс коморбидности Чарлсон (ИКЧ). Статистическая обработка проведена при помощи пакета Statistica 10.0, рассчитан диагностический коэффициент (ДК).

Результаты:

Возраст всех больных составил $60,7 \pm 0,22$ (95% ДИ 60,3–61,2) лет, а соотношение мужчин/женщин соответствует 1:2,22. У всех 1928 больных НАЖБП протекает в рамках МС в 100% случаев с преобладанием атерогенной дислипидемия IIb типа. У больных 2-х групп в 84,4% случаев имеет место избыточная масса тела (16,9%) и ожирение I-II-III степени (67,5%). У всех больных НАЖБП сочеталась с ожирением, тогда как во второй группе ожирение встречается в трети (32,7%) случаев ($\chi^2 2 \times 2 = 327,6$; $p=0,0000$), избыточная масса тела - в четверти (25%) случаев, а у 42,3 % была нормальной масса тела. У всех больных - 1-й (n=876) и 2-й (n=1302) групп НАЖБП развилась на фоне СД 2-го типа. НАЖБП у 311 больных, протекающая коморбидно, представлена стеатозом печени (47,3%), стеатогепатитом (46,5%) и циррозом печени (6,5%). Диагностированы стеатоз печени, гепатомегалия, активность с цитолизом 1,7-2,3 N АЛТ, АСТ, холестаза с активностью. ГГТП, незначительная паренхиматозная желтуха, при циррозе печени портальная гипертензия III степени F2 стадии. Методом фибросканирования определены F2-F4 стадии фиброза печени. По данным NAFLD Fibrosis Score (45,2%) определены F1-F2 (31,2%) и F3-F4 (68,8%), а по APRI TEST (41,6 %) - (F3) степени и в (12,5%) F4, соответствующий циррозу печени. Результаты трех методов соответствовали друг другу. При коморбидном течении получен ИКЧ - $5,1 \pm 0,13$ (95% ДИ 4,5-5,7) баллам. Сердечно-сосудистая патология при НАЖБП коморбидного течения представлена артериальной гипертензией (АГ), хроническими формами ИБС, ХСН, атеросклерозом иных локализаций. При НАЖБП, протекающей коморбидно, сердечно-сосудистые заболевания с 99% вероятностью встречаются чаще - АГ - 100% против 59, % ($\chi^2 2 \times 2 = 61$; $p=0,0000$), ИБС - 59,4% против 6,22% ($\chi^2 2 \times 2 = 402$; $p=0,0000$), атеросклероз иных локализаций - 20,7% против 3,15% ($\chi^2 2 \times 2 = 137,8$; $p=0,0000$). Атеросклероз вносит вклад в неблагоприятное течение НАЖБП коморбидного варианта - при ее сочетании с атеросклерозом коронарных сосудов ДК 9,72 (J 6,41) и при ее сочетании с атеросклерозом иных локализаций ДК 3,37 (J 1,13).

Заключение:

При НАЖБП возрастные - лица 60 лет и старше, гендерные особенности - мужской пол, атерогенная дислипидемия с гипертриглицеридемией, СД 2-го типа относятся к немодифицированным и модифицированным факторам риска развития сердечно-сосудистой патологии, которая определяет неблагоприятный прогноз для больного за счет высоких параметров коморбидности - ИКЧ варьирует в диапазоне 4,5-5,7 баллов.

КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ И РАЗЛИЧНЫЕ ТИПЫ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА

НАГАЕВА Г.А.

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

Введение (цели/ задачи):

Оценка частоты коморбидных состояний при различных формах острого инфаркта миокарда (ОИМ) по данным регистра.

Материал и методы:

Материалом исследования явились созданная и обработанная, в соответствии с разработанным протоколом регистра, база анкетных данных пациентов, госпитализированных с диагнозом ОИМ за 1 календарный (2018) год. Диагноз ОИМ выставлялся на основании общепринятых критериев (Клиническая характеристика; ЭКГ-диагностика и динамика маркеров повреждения миокарда). В исследование были включены 467 больных с диагнозом ОИМ. В зависимости от формы ОИМ были выделены две группы: 1гр. - 302 больных ОИМ с зубцом Q (ОИМсQ) и 2гр. - 165 больных с ОИМ без зубца Q (ОИМбезQ). Анализировались следующие коморбидные состояния: артериальная гипертензия (АГ); сахарный диабет 2 типа (СД); ожирение.

Результаты:

Группы были сопоставимы по возрасту и полу. Количество больных коморбидных с АГ в 1гр. составило 90,7% и во 2гр. - 87,3%. Средняя степень АГ у больных 1гр. составила $1,67 \pm 0,82$ и у больных 2гр. - $1,56 \pm 0,73$ ($p>0,05$). АГ - 1 степени имела у 25,0% пациентов 1гр. и у 31,3% респондентов во 2гр. ($p=0,173$ и $\chi^2=1,855$); АГ - 2 степени - у 12,5% и у 18,8% ($p=0,076$ и $\chi^2=3,158$) и АГ - 3 степени - у 9,4% и 6,3% респондентов ($p=0,300$ и $\chi^2=1,074$), соответственно 1й и 2й групп. В остальных случаях степень АГ соответствовала нормальным значениям, что, вероятно, было обусловлено приемом гипотензивных препаратов. А именно, между степенью АГ и приемом гипотензивной терапии была выявлена прямая корреляционная зависимость, т.е. у лиц, принимавших медикаментозную терапию, степень АГ была достоверно ниже (коэф.Спирмена=0,427 и $p=0,003$). Аналогичная тенденция была выявлена и при проведении корреляционного анализа между формой ОИМ и приверженностью пациентов к врачебным рекомендациям. С этих позиций было установлено, что пациенты с менее тяжелой формой ОИМ - ОИМбезQ, оказались более склонными к приему лекарств, чем больные ОИМсQ. Со стороны нарушений углеводного обмена было установлено, что в 1гр. число больных коморбидных с СД составило 40,6% и во 2гр. - 37,5%. Средний уровень глюкозы крови непосредственно среди лиц с нарушениями углеводного обмена составил в 1гр. - $11,3 \pm 5,4$ и во 2гр. - $8,3 \pm 2,5$ ммоль/л ($p=0,216$ и $\chi^2=1,284$). Вычисление индекса массы тела (ИМТ) установило, что в 1гр. данный показатель оказался на 2,64 ед. меньше, чем во 2гр. (ИМТ в 1гр.= $28,03 \pm 4,12$ кг/м² и во 2гр.= $30,67 \pm 5,47$ кг/м²; $p<0,001$). Количество лиц с ожирением 1 степени в 1гр. составило 18,7% и во 2гр. - 37,5% ($p=0,000$ и $\chi^2=19,474$); с ожирением 2 степени - 6,3% и 12,5% ($p=0,028$ и $\chi^2=4,851$) и с ожирением 3 степени - 0% и 6,1%, соответственно, в 1й и 2й группах ($p=0,000$ и $\chi^2=15,923$).

Заключение:

При ОИМсQ такие коморбидные состояния, как АГ и СД 2 типа отмечались чаще, чем при ОИМбезQ. Напротив, ожирение - как сопутствующая патология, чаще имела у больных с менее тяжелой формой ОИМ - ОИМбезQ. Пациенты ОИМсQ оказались менее приверженными к медикаментозной терапии, чем респонденты ОИМбезQ. Вероятно, это и послужило причиной того, что у больных 1гр. степень АГ, а также уровень глюкозы крови оказались выше, что, в свою очередь, спровоцировало развитие более тяжелой формы ОИМ.

КОМПЛАЕНТНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ФОРМОЙ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И АНГИОГРАФИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ (ДАННЫЕ РЕГИСТРА)

НАГАЕВА Г.А.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ, ТАШКЕНТ

Введение (цели/ задачи):

Оценка взаимосвязи уровня комплаентности (приверженности) пациентов с различными формами ОИМ и ангиографическими характеристиками по данным регистра.

Материал и методы:

Материалом исследования явились созданная и обработанная, в соответствии с разработанным протоколом регистра, база анкетных данных пациентов, госпитализированных с диагнозом ОИМ за 1 календарный (2018) год. Диагноз ОИМ выставлялся на основании общепринятых критериев (Клиническая характеристика; ЭКГ-диагностика и динамика маркеров повреждения миокарда). В данный фрагмент исследования вошли 82 респондента с диагнозом ОИМ. В зависимости от формы ОИМ были выделены две группы: 1гр. – 58 больных с диагнозом ОИМсQ и 2гр. – 24 больных с диагнозом ОИМбезQ. Изучение комплаентности проводилось по специальному опроснику Мориски-Грин (ОМГ). Всем больным проводилась коронароангиография (КАГ) с оценкой ангиографических характеристик.

Результаты:

Сравнительный анализ комплаентности пациентов в зависимости от формы ОИМ выявил, что средний балл по ОМГ среди больных ОИМ без Q составил $1,83 \pm 0,70$, что оказался выше на 0,21 ед., чем у пациентов ОИМ с Q. Никто из обследуемых не набрал 4 балла по ОМГ, т.е. ни один больной не был абсолютно комплаентным к терапии. Количество пациентов, набравших 3 балла в 1 группе было 8,6% и во 2 группе – 16,7%. Количество лиц, набравших < 3 баллов по ОМГ в 1 группе составило 91,4% и во 2 группе – 83,3% (все $p > 0,05$). Анализ уровня комплаентности в зависимости от количества пораженных коронарных артерий представлен установил, что респонденты с односудитыми поражениями оказались более приверженными к медикаментозной терапии (средний балл по ОМГ = $1,70 \pm 0,77$), по сравнению с пациентами, имеющими двусудитые поражения (средний балл по ОМГ = $1,53 \pm 0,70$). Однако больные, имеющие многосудитые повреждения оказались наиболее комплаентными (средний балл по ОМГ = $1,89 \pm 0,60$). Выявленный «парадокс», вероятно, был обусловлен, во-первых, малой численностью пациентов и во-вторых, аналогичным с больными, имеющими односудитые поражения, процентом пациентов, перенёсших ОИМ в анамнезе. Нами был проведен корреляционный анализ между формой ОИМ и количеством баллов по ОМГ. С этих позиций было выявлено, что пациенты с более тяжелой формой ОИМ, оказались менее комплаентными ($p = 0,235$; $t = -1,195$ и $r = -0,132$). Также обратная корреляционная зависимость была выявлена между количеством баллов по ОМГ и количеством пораженных венечных сосудов с одной стороны ($p = 0,540$; $t = -0,614$ и $r = -0,068$) и длиной атеросклеротического поражения коронарных сосудов – с другой ($p = 0,114$; $t = -1,594$ и $r = -0,175$).

Заключение:

На исходном этапе большинство обследованных оказались малоприверженными или не приверженными к медикаментозной терапии, при этом в сравнительном аспекте пациенты ОИМ с зубцом Q оказались менее комплаентными, чем пациенты ОИМ без зубца Q. Уровень комплаентности характеризовался обрат-

ной корреляцией с количеством пораженных венечных сосудов и длиной атеросклеротического поражения, кроме того, чем ниже был уровень комплаентности пациентов, тем выше была вероятность развития более тяжелой формы инфаркта миокарда (ОИМ с зубцом Q), однако выявленные зависимости не достигали уровня достоверности.

КОМПОНЕНТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА КАК ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Бейлина Н.И., Малышева Е.В.

КАЗАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
– ФИЛИАЛ ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава
России, поликлиника КГМА – филиал ФГБОУ
ДПО РМАНПО Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Метаболический синдром (МС) – предиктор сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и сахарного диабета (СД). Установление его компонентов позволяет формировать мероприятия по первичной и вторичной профилактике ССЗ. Цель: определить компоненты МС у работников Казанской медицинской академии

Материал и методы:

Проведен медицинский осмотр 345 человек, в том числе 84 мужчин. Выделены группы: 1 группа – пациенты с ранее установленными ССЗ – 113 человек, в том числе 43 мужчины, средний возраст $59,29 \pm 1,04$ лет; 2 группа – пациенты без гипертонической болезни (ГБ), но с нарушениями углеводного/жирового обмена – 100 человек, в том числе 12 мужчин, средний возраст $50,99 \pm 1,04$ лет. Оценивались: индекс массы тела (ИМТ) по Кетле, артериальное давление (АД), уровень глюкозы, холестерина в крови. Статистическая обработка – критерии Пирсона, Стьюдента (достоверная разница при $p < 0,05$)

Результаты:

Пациенты 1 группы составили 32,8% от прошедших медицинский осмотр. В структуре заболеваний ГБ была у 87 человек (77% от пациентов 1 группы), в том числе у 72,1% мужчин и 80% женщин группы. В 23% случаев ГБ сочеталась с другими ССЗ и СД, в том числе у 27,9% мужчин и 20% женщин группы. Имеют МС 97 человек группы (28,1% от прошедших медицинский осмотр), в том числе 38 мужчин. Пациенты 1 группы статистически значимо старше пациентов 2 группы – соответственно $59,29 \pm 1,04$ и $50,99 \pm 1,04$ лет ($p < 0,05$). Имеют увеличение ИМТ 85,8% из 1 группы и 62% из 2 группы ($p < 0,05$). В структуре избыток массы определен у 54,6% и 72,6% соответственно ($p < 0,05$), ожирение I ст. – 33% и 22,6% ($p > 0,05$), ожирение II ст. – 6,2% и 4,8% ($p > 0,05$), ожирение III ст. – 6,2% пациентов 1 группы. Увеличение ИМТ и гиперхолестеринемия выявлены у 37,1% из 1 группы и 32% из 2 группы ($p > 0,05$). Среди пациентов с увеличенным ИМТ имеют гипергликемию 8,2% из 1 группы и 1,6% из 2 группы ($p > 0,05$). Сочетание завышенного ИМТ, гиперхолестеринемии, гипергликемии отмечены у 16,5% и 6,5% соответственно ($p > 0,05$).

Заключение:

На медицинском осмотре работающих выявлено 28,1% пациентов с МС и 29% работников с изолированным нарушением углеводного/жирового обмена. Пациенты с ССЗ старше и чаще имеют увеличение ИМТ (85,8%), в структуре преобладают лица с избытком массы (54,6%), ожирением I ст. (33%). Среди лиц без ГБ, но с нарушениями углеводного/жирового обмена преобладают лица с избытком массы (72,6%).

КОНТРАСТ-АССОЦИИРОВАННОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

МИРОНОВА О.Ю., ПЕРЕКОСОВА О.И., ИСАЕВ Г.О.,
УШАНОВА А.М., КОВАЛЕВА М.А.,
ЕРМОЛАЕВ А.А., ФОМИН В.В.
ПЕРВЫЙ МГМУ им. И. М. СЕЧЕНОВА
(СЕМЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

Введение (цели/ задачи):

Значительное количество пациентов кардиологического профиля страдают от острого повреждения почек (ОПП), развивающегося вследствие введения контрастных веществ, в частности, при все чаще и чаще проводимых коронароангиографии (КАГ) и чрескожных коронарных вмешательствах (ЧКВ). Несмотря на большое количество новых методик визуализации коронарного русла, «золотым стандартом» являются по-прежнему именно исследования с использованием внутриаартериального введения контрастного вещества, содержащего йод. Учитывая все большее количество пациентов старшего возраста с наличием сопутствующей патологии, целью исследования стало определить частоту ОПП у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС) в 2012 году и в 2017 году, а также выявить группу повышенного риска развития этого состояния.

Материал и методы:

В одноцентровое проспективное наблюдательное исследование было включено 1023 пациента. Критериями включения были наличие письменного информированного согласия пациента на участие в исследовании, возраст 18-89 лет, наличие ХИБС и сохраняющаяся клиника стенокардии на фоне оптимальной медикаментозной терапии, планируемое проведение исследования (КАГ/ЧКВ) с использованием йод-содержащего контрастного вещества. В исследование не включались пациенты младше 18 лет, беременные, больные с тяжелой сопутствующей патологией (хроническая почечная/печеночная недостаточность), пациенты с ОКС и наличием противопоказаний к проведению инвазивных обследований, а также отказ пациента от участия в исследовании. Всем больным вводилось изосмолярное контрастное вещество. Контраст-ассоциированное ОПП определялось при повышении на 25% и более (или 0,5 мг/дл) от исходного уровня креатинина через 48-72 часа после введения контрастного агента. Основным методом профилактики и терапии была внутривенная гидратация с использованием 0,9% раствора хлорида натрия со скоростью 1,0 мл/кг/мин для пациентов без хронической сердечной недостаточности (ХСН) и 0,5 мл/кг/мин для пациентов с ХСН. Уровень креатинина и скорость клубочковой фильтрации (СКФ) (СКД-EPI) оценивались всем больным до вмешательства, через 24, 48 часов и у ряда больных перед выпиской. Нефротоксичные препараты (такие как метформин) отменялись перед проведением вмешательства с использованием контраста.

Результаты:

В 2012 году были включены 561 пациент, при этом частота ОПП составила 104 случая (18,5%), 69% из которых были мужчины. В 2017 году обследованы 462 пациента. Частота ОПП составила 25 (5,4%), 52% из которых – мужского пола. Таким образом, можно сделать вывод о снижении частоты ОПП, благодаря более полному знакомству врачей с проблемой и мерами ее профилактики и ранней диагностики. Обращает на себя внимание увеличение количества женщин, страдающих ХИБС и нуждающихся в проведении КАГ/ЧКВ. Подавляющее большинство

больных, у которых развилось контраст-индуцированное ОПП, страдали артериальной гипертензией (АГ) – 109 человек (83%). 25% перенесших ОПП страдали сахарным диабетом (СД). При этом, количество больных с ОПП и СД увеличилось с 23% в 2012 году до 32% в 2017 году. В 2012 году 80% пациентов с ОПП страдали ожирением или имели избыточную массу тела, а в 2017 году – уже 92%. У 12 человек (9%) была выявлена анемия.

Заключение:

Несмотря на увеличение количества больных с большим количеством факторов риска и сопутствующих заболеваний, частота контраст-ассоциированного ОПП снизилась за 5 лет на 13,1% за счет оптимизации схем профилактики и активного обучения практикующих врачей.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЯ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС ПРИ ОЗОНОТЕРАПИИ

КОВАЛЬЧУК П.Н., КОВАЛЬЧУК Л.С.
УО»ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Введение (цели/ задачи):

Патологические изменения метаболизма липидов сыворотки крови при ИБС обусловлены не только гиперхолестеринемией, но и нередко проявляются нарушением свободнорадикальных процессов в организме, при которых образуются перекисные соединения. Цель работы: изучена возможность применения озонотерапии (ОЗТ) для коррекции нарушений процессов свободнорадикального окисления у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы:

обследовано 86 пациентов (56 мужчин и 30 женщин) ИБС (стабильная стенокардия напряжения) II и III функциональных классов (ФК) — 65 и 21 чел. соответственно. Средний возраст пациентов составил 56,2±3,2 г. Более 2/3 больных страдали артериальной гипертензией, у большей половины регистрировалось нарушение сердечного ритма, у 40% наблюдались признаки сердечной недостаточности. Контрольная группа представлена 30 пациентами, которым назначалось санаторное лечение на фоне традиционной медикаментозной терапии, а остальные 56 чел. составили основную группу, по-лучавшую ОЗТ в комплексе с аналогичным санаторным лечением. Для ОЗТ использовался насыщенный озоном (барботированный) 0,9% раствор натрия-хлорида в количестве 200 мл с концентрацией озона 1,0-2,0 мг/л, который вводился внутривенно капельно в течении 21 дня пребывания в са-натории — всего 8 процедур. Исходно, а также через 3 недели после ОЗТ определялось содержание малонового диальдегида (МДА) в нМ/л. и антиоксидантной активности (АОА) сыворотки крови (% ингибирования аутоокисления адреналина).

Результаты:

наиболее выраженные положительные клинические результаты отмечены у больных основной группы. Включение ОЗТ способствовало достижению целевых уровней артериального давления в довольно короткие сроки. У данных пациентов отмечалась благоприятная динамика биохимических показателей МДА и АОА. Корреляционная взаимосвязь между повышением АОА сыворотки крови и клиническим течением заболевания оказалась выраженной прямой статистически значимой, $R=0,49$; $p=0,00003$. Среди пациентов контрольной группы данные показа-

тели практически не изменились. Для изучения стойкости полученного эффекта выполнено повторное обследование через 3 и 6 месяцев. Достигнутые результаты после курса системной ОЗТ сохранялись у 80,5% пациентов. В основной группе пациентов отмечена положительная динамика показателей липидограммы ($p < 0,01$), которые через 1,5 месяца оставались без изменений.

Заключение:

ОЗТ является методом, способствующим коррекции свободнорадикальных процессов у пациентов ИБС, что способствует уменьшению прогрессирования атеросклероза.

ЛЕТАЛЬНОСТЬ ОТ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В РЕГИОНАХ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИМАТИЧЕСКИМИ УСЛОВИЯМИ ПО ДАННЫМ НАЦИОНАЛЬНОГО РЕГИСТРА

Аминов А.А., Мамутов Р.Ш.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ
РЕСПУБЛИКИ, ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/ задачи):

Проведение регистра острого инфаркта миокарда (ОИМ) дает основание сравнить основные параметры и различные межрегиональные особенности в данной патологии для разработки необходимых мероприятий, по улучшению ситуацию. Целью настоящего исследования явилось изучение влияния возраста и региона на летальность от ОИМ в сравнительном аспекте по данным Национального регистра.

Материал и методы:

Материалом для изучения явились данные двух областей с разными климатическими условиями двух областей (Ферганская (А) и Кашкадарьинская (Б) по мониторингу в течение 8 месяцев 2018 года. Проанализировано влияние возраста и особенностей региона на летальность от ОИМ у 1261 больных (Область А- 668 и область Б – 593 лиц). Использовались математические, статистические, популяционные методы анализа.

Результаты:

Больных каждой области разделили на 2 группы в зависимости от возраста: 1 гр. - лица до 60 лет и 2 гр.-лица старше 60 лет. По среднему возрасту, в целом, группы между собой не различались. Однако во 2-й группе больные (Область Б) оказались достоверно моложе на 3,6 лет, чем в 1-ой группе (область А) ($p < 0,02$). Области различались по количеству больных в возрастных группах. Так, если в области А соотношение больных 1-й и 2-й групп составило 41% : 59%, то в области Б оно было равно к 49% : 51%, что повлияло и на показатель летальности. Так, если в 1-ых группах летальность была равна 18,4% и 16,6%, соответственно по областям А и Б ($p < 0,05$), во 2-ых возрастных группах показатели летальности составили 23,4% и 13,9%, соответственно по областям А и Б ($p < 0,001$). Последнее отражалось и на летальности в целом: в области А летальность была равна 22,0%, а в области Б данный показатель составил 16,9% ($p < 0,02$). Следует отметить, что в области А количество поступивших больных ОИМ в более ранние часы заболевания в 2 раза превышало таковых в области Б, косвенным показателем которого является более двухкратное преобладание числа проведенных тромболизисов в области А.

Заключение:

Основными предикторами, влияющими на уровень летальности при ОИМ, оказались пожилой возраст и удельный вес рано поступивших больных. Однако для более убедительных выводов необходим анализ всей когорты Национального Регистра для

исключения влияния климатических, сезонных и региональных особенностей.

МЕЖДУНАРОДНОЕ МНОГОЦЕНТРОВОЕ НАБЛЮДАТЕЛЬНОЕ НЕИНТЕРВЕНЦИОННОЕ ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕПАРАТА АЗИЛСАРТАНА МЕДОКСОМИЛА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА ИЛИ ОЖИРЕНИЕМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

ЖЕРНАКОВА Ю.В., БЛИНОВА Н.В., РОГОЗА А.Н., ЧАЗОВА И.Е.
ФГБУ «НМИЦ КАРДИОЛОГИИ» МИНЗДРАВА РФ, МОСКВА

Введение (цели/ задачи):

Контроль артериального давления (АД) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и избыточной массой тела или ожирением существенно затруднен, поскольку некоторые звенья патогенеза ожирения напрямую способствуют повышению АД. Лечение данных пациентов представляет серьезную проблему, для решения которой необходимы новые высокоэффективные антигипертензивные препараты. Целью данной работы явилась оценка эффективности и безопасности нового препарата из группы блокаторов рецепторов ангиотензина азилсартана медоксомила (Эдарби®) в реальной клинической практике.

Материалы и методы:

Проведено международное многоцентровое наблюдательное неинтервенционное проспективное исследование препарата азилсартана медоксомила у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и избыточной массой тела или ожирением в Российской Федерации и Республике Казахстан. (Clinicaltrials.gov:NCT02756819). Пациенты принимали препарат Эдарби® согласно одобренной утвержденной локальной инструкции по применению данного лекарственного препарата. Решение назначить Эдарби® принимал лечащий врач. Сбор данных проводили в рамках рутинной клинической практики. В исследование было включено 1945 пациентов. Период наблюдения составлял около 6 месяцев. Частоту визитов определяли лечащие врачи согласно стандартной клинической практике. В среднем пациенты после включения в исследование наблюдались через 1,3 и 6 месяцев.

Первичной целью явилась оценка эффективности препарата Эдарби® на клиническое систолическое АД (САД) у пациентов с АГ и избыточной массой тела или ожирением. К вторичным относились: оценка эффективности препарата Эдарби® на клиническое диастолическое АД (ДАД), доли пациентов у которых был достигнут ответ на препарат Эдарби® (что определялось как снижение САД ≥ 20 мм. рт. ст. или снижение ДАД ≥ 10 мм. рт. ст.). Также оценивалась доля пациентов, достигших целевого АД (что определялось как САД < 140 мм. рт. ст. и ДАД < 90 мм. рт. ст.); эффективность Эдарби в отношении АД и достижение целевых уровней АД в подгруппах больных, выделенных на основании следующих параметров: индекс массы тела (избыточная масса тела, ожирение), нарушение толерантности к глюкозе, метаболический синдром, сахарный диабет.

Результаты:

Средний возраст пациентов составил $55,1 \pm 11,7$ лет; большинство пациентов были женского пола ($n = 1103$; 56,7%); средняя длительность АГ – $7,6 \pm 7,7$ лет. АГ 2 степени была диагностирована у 1563 (80,4%) пациентов; АГ 2 стадии – у 1187 (61%). Средняя продолжительность применения Эдарби® составила $26,1 \pm 4$ недели. К окончанию наблюдения терапия Эдарби® как в монотерапии, так и в составе свободных комбинаций приводила к эффективному снижению САД и ДАД (на $-30,5 \pm 13,4$ мм рт. ст. и $-14 \pm 9,4$ мм

рт. ст. соответственно, $n = 1890$, $p < 0,001$ при сравнении с исходными значениями); у 92,6% пациентов (95% ДИ: 91,3–93,7%) зарегистрирован положительный ответ на терапию (снижение САД на ≥ 20 мм рт. ст. или ДАД на ≥ 10 мм рт. ст.). Достижение целевых показателей АД (САД/ДАД $< 140/90$ мм рт. ст. или $< 140/85$ мм рт. ст. для больных сахарным диабетом) отметили у 86,4% пациентов (95% ДИ: 84,8–87,9%). При назначении Эдарби® в виде монотерапии в дозах 20, 40 и 80 мг АД снизилось со $155,36 \pm 11,35/92,40 \pm 7,75$ мм рт. ст. до $125,00 \pm 7,89/77,90 \pm 5,87$ мм рт. ст. ($p < 0,001$ по сравнению с исходным), таким образом, изменение АД составило $-30,5 \pm 12,67/-14,47 \pm 8,65$ мм рт. ст. На фоне монотерапии отмечалось высокое достижение целевых уровней АД: 94,12% - на дозе 20 мг, 92,24% - на дозе 40 мг и 88,24% - на дозе 80 мг. Причинами прекращения терапии с применением Эдарби® (56 пациентов, 2,88%) были следующие: потеря связи с пациентом в ходе наблюдения (23 случая [44,2%; 95% ДИ: 19,7–71,9%]), нежелание пациента продолжать участие в исследовании (16 случаев [30,8%; 95% ДИ: 11,3–60,8%]), другие причины (9 случаев [17,3%; 95% ДИ: 4,5–48%]), серьезное нежелательное явление (НЯ), не связанное с приемом препарата, (2 случая [3,8%; 95% ДИ: 0,3–32,7%]) недостаточная эффективность (2 случая [3,8%; 95% ДИ: 0,3–32,7%]). Таким образом, продолжали принимать препарат за время наблюдения 97,12% пациентов.

В течение всего периода наблюдения отмечено 43 нежелательных явления (НЯ), наиболее распространенными из которых были артериальная гипотония (14 случаев, 0,72% пациентов) и головокружение (2 случая, 0,1% пациентов), которые не приводили к отмене препарата, а лишь к снижению дозы. В ходе исследования зарегистрировали 4 серьезных НЯ, не связанных с приемом исследуемого препарата.

Заключение:

В реальной клинической практике азилсартана медоксомил (Эдарби®) позволял эффективно контролировать АД и обладал высокими профилем безопасности и постоянства приема у пациентов с АГ и избыточной массой тела или ожирением.

М-ХОЛИНОРЕАКТИВНЫЕ СИСТЕМЫ И ИХ ЗНАЧИМОСТЬ В РЕАЛИЗАЦИИ ПРОТИВОИШЕМИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ДИСТАНТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ ИШЕМИИ-РЕПЕРФУЗИИ МИОКАРДА У СТАРЫХ КРЫС

ЧЕПЕЛЕВ С.Н., ВИСМОНТ Ф.И.

БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/ задачи):

Поиск новых эффективных методов предотвращения или ослабления ишемического повреждения миокарда и механизмов их реализации является актуальной задачей современной экспериментальной и клинической медицины. В последние годы объектом повышенного интереса ведущих мировых исследователей в области экспериментальной и клинической кардиологии являются кардиопротекторные эффекты дистантного ишемического посткондиционирования (ДИПостК). В клинической практике необходимость защиты миокарда от ишемического и реперфузионного повреждения чаще всего возникает у пациентов с различными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, к числу которых относится и возраст. Результаты исследований противоишемической эффективности ДИПостК у старых животных весьма противоречивы: так, согласно одним исследованиям, пожилой возраст животных препятствует воспроизведению противоишемического эффекта ДИПостК, однако, согласно другим сообщениям, имеется выраженный

инфаркт-лимитирующий эффект ДИПостК у старых животных. Показано, что парасимпатическая регуляция сердечной деятельности имеет важное значение в механизмах защиты миокарда от ишемического и реперфузионного повреждений. Известно, что процессы старения организма сопровождаются ослаблением влияния парасимпатической регуляции на сердце, что связано с деструкцией холинергических нервных окончаний, снижением интенсивности процессов синтеза ацетилхолина и числа М-холинорецепторов в миокарде. Целью работы явилось выяснение значимости М-холинореактивных систем в реализации противоишемического эффекта ДИПостК при ишемии-реперфузии миокарда у старых крыс.

Материал и методы:

Исследование эффективности ДИПостК выполнено на 42 наркотизированных белых крысах-самцах, разделенных на две возрастные группы: 21 молодая (молод) крыса, массой – 220 ± 20 г, возрастом – 4 ± 1 мес. и 21 старая (стар) крыса, массой – 400–450 г, возрастом – 24 ± 1 мес. Все животные были разделены на 6 групп по 7 особей: Контрольмолод, Контрольстар, ДИПостКмолод, ДИПостКмолод+атропин, ДИПостКстар, ДИПостКстар+атропин. Для наркотизации животных использовали тиопентал натрия в дозе 50 мг/кг внутривенно. Крыс переводили на искусственное дыхание. Грудную клетку вскрывали в IV межреберном промежутке слева и выполняли 30-мин. окклюзию левой коронарной артерии с последующей 120-мин. реперфузией. Животные групп ДИПостК подвергались воздействию 15-мин. окклюзии обеих бедренных артерий через 10 мин после 30-мин. ишемии миокарда. Для выявления зоны риска в левую общую яремную вену вводили 0,5 мл 5% р-ра синьки Эванса в конце реперфузии. Сердце извлекали и отделяли левый желудочек, который замораживали и разрезали на 6 поперечных срезов. Срезы взвешивали и сканировали с обеих сторон. Для определения зоны некроза, срезы помещали в 1% р-р трифенилтетразолия хлорида на 15 мин (37°C), затем инкубировали 24 часа в 10% р-ре формалина, после чего повторно сканировали и определяли соотношения площадей зоны риска и зоны некроза. 0,2% р-ра М-холинорецепторного антагониста атропина (Sigma, США) вводилось в левую общую яремную вену в дозе 2 мг/кг за 10 мин до воспроизведения ДИПостК. Полученные в исследовании результаты анализировались при помощи компьютерной программы Statistica 10. Размер зоны некроза представлен в виде: среднее \pm стандартная ошибка среднего ($M \pm m$). Уровень $p < 0,05$ рассматривался как статистически значимый.

Результаты:

Размер зоны некроза в миокарде левого желудочка в группе Контрольстар составил $47 \pm 3\%$, в группе ДИПостКстар – $24 \pm 2\%$ ($p < 0,01$), в группе ДИПостКстар+атропин – $19 \pm 2\%$ ($p < 0,01$), в группе Контрольмолод – $46 \pm 4\%$, в группе ДИПостКмолод – $25 \pm 2\%$ ($p < 0,01$), в группе ДИПостКмолод+атропин – $38 \pm 3\%$ ($p < 0,05$). Установлено, что у старых и молодых крыс имеет место выраженный противоишемический эффект ДИПостК. Однако в условиях системного действия в организме животных атропина только у старых крыс ДИПостК оказывает противоишемический эффект.

Заключение:

ДИПостК оказывает противоишемический эффект при ишемии-реперфузии миокарда как у молодых, так и старых крыс, однако в условиях системного действия атропина этот эффект ДИПостК сохранялся только у старых крыс. Установлено, что ДИПостК у старых крыс, после введения в организм животных атропина в дозе 2 мг/кг, приводит к уменьшению размеров зоны некроза в миокарде левого желудочка на 59,6% ($p < 0,01$) по сравнению с контрольной группой старых крыс.

НАРУШЕНИЯ РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С КАЛЬЦИНИРОВАННЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

ИНАСАРИДЗЕ Н.О., МАХНЫРЬ Е.Ф.

ГБУЗ ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова ДЗМ

Введение (цели/ задачи):

Кальцинированный аортальный стеноз (КАС) или кальцинирующая болезнь аортального клапана (calcific aortic valve disease - CAVD) - самый распространенный порок сердца среди населения земного шара старше 60 лет. Одним из жизнеугрожающих осложнений КАС являются нарушения ритма сердца, требующие профилактики тромбоэмболических осложнений. Цель: Оценить распространенность нарушений ритма сердца у пациентов с КАС.

Материал и методы:

Нами ретроспективно проанализировано 70 медицинских карт амбулаторных пациентов, наблюдающихся в поликлиническом отделении ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова с КАС с июля 2017 г по июль 2018 г, которым проведено суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру (ХМ).

Результаты:

Частота эпизодов брадикардии – 49,8%, превалировала над тахикардией - 32,1%. Преимущественно по данным анализа ХМ выявлялись куплеты и триплеты наджелудочковой экстрасистолии – 69,8 % и 54,1 % соответственно. Неустойчивые пароксизмы наджелудочковой тахикардии составили 2,7%. В то время как куплеты и триплеты желудочковой экстрасистолии выявлялись у 8,4% и 2% пациентов соответственно. Фибрилляция предсердий составила 4,7 % и выявлялась у пациентов с тяжелой степенью стеноза аортального клапана. Данным пациентам было рекомендовано незамедлительное проведение хирургического лечения аортального порока сердца. Также установлено, что подавляющее большинство пациентов, которым была назначена антикоагулянтная терапия отказывалось от приема варфарина или новых оральных коагулянтов (НОАК), из-за экономического аспекта или в связи со сложностями определения МНО. Мировые исследования нарушений ритма сердца у пациентов с CAVD малочисленны. В мире имеются единичные работы по изучению нарушений сердечного ритма у пациентов с CAVD.

Заключение:

По данным Marina Urena и соавторов, проводивших обследование 435 пациентов с CAVD, в 2015г частота впервые диагностированных нарушений ритма составила 16,1%. Наши данные не противоречат, а подтверждают полученные ранее сведения о частоте выявления нарушений ритма у пациентов с CAVD.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА У ДЕТЕЙ, ИМЕЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯ С «МОНОНУКЛЕОЗОПОДОБНЫМ» СИНДРОМОМ

МАХМУТОВ Р.Ф., БОБРОВИЦКАЯ А.И.,

БУРЯК В.Н., ШАБАН Н.И., МАХМУТОВА А.Р.

ГОО ВПО ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ

МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО

Введение (цели/ задачи):

Интерес к Эпштейна–Барр вирусной инфекции у детей Донецкой области обусловлен увеличением показателя заболеваемости на 100 тыс. детского населения 25,36 (2015г.), 51,13 (2017г.), большим разнообразием, вариабильностью клинических про-

явлений и трудностью дифференциальной диагностики. Целью работы явилось изучение преморбидного фона у детей, имеющих заболевания с «мононуклеозоподобным» синдромом.

Материал и методы:

Изучены данные анамнеза, клинико–лабораторные особенности у 110 часто и длительно болеющих детей (ЧБД) в возрасте от 1 года до 17 лет включительно. Дети первых 3-х лет жизни составили 11,8%, дошкольного возраста – 37,2%, школьного – 51%. Среди изученных детей преобладали дети мальчики (61,8%). В зависимости от особенностей клинических проявлений болезни основной группой явились 70,9% часто и длительно болеющих детей с «мононуклеозоподобным» синдромом, группа сравнения – дети с частыми и рецидивирующими болезнями 29,1% аналогичного возраста.

Результаты:

Установлено, что формированию частых и длительных заболеваний с «мононуклеозоподобным» синдромом у детей способствуют особенности преморбидного фона (нарушение осанки – 79,4%, гипертрофия небных миндалин 65,3%, аденоидные вегетации – 35,8%) и сопутствующие болезни (астено–невротический синдром – 98,7%, вегето–сосудистая дисфункция – 24,3%, атопический дерматит – 23,0%, диспластическая кардиопатия вторичного генеза – 21,7%). Высокая частота встречаемости синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани у часто и длительно болеющих детей (21,7%) предрасполагает к развитию в небных миндалинах воспалительного процесса и формированию хронического очага инфекции у детей с «мононуклеозоподобным» синдромом.

Заключение:

Таким образом, в ходе проведенного анализа, с учетом данных анамнеза, клинических наблюдений выявлены некоторые особенности преморбидного фона у детей, имеющих заболевания с «мононуклеозоподобным» синдромом.

НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН С ЭСТРОГЕНДЕФИЦИТНЫМИ СОСТОЯНИЯМИАбдуллаев А.Х.^{1,2}, Нурмухамедов А.И.¹, Аляви Б.А.¹, Турсунбаев А.К.², Асадов Н.З.², Шарипова А.У.², ГАЗИЕВА Х.Ш.², МИРЗАЕВА Б.М.², КАСЫМОВА П.Х.¹

¹ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО–ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ»;

²Ташкентский педиатрический медицинский институт, УЗБЕКИСТАН, ТАШКЕНТ

Введение (цели/ задачи):

Цель – изучить эффективность менопаузальной гормональной терапии (МГТ) и растительного препарата Миокардин у женщин с сердечнососудистыми расстройствами в период менопаузы.

Материал и методы:

Больные с выраженными вегето–сосудистыми нарушениями с артериальной гипертензией, в возрасте 49–58 лет и давностью заболевания от 1 до 4 лет, получавшие индивидуально подобранную МГТ (фемостон, климонорм) по схемам, разделены на 2 группы (по 28). Лечение основной группы дополнялось препаратом Миокардин («APOLLO PHARM MED», Узбекистан) по 2 таблетке 2–3 раза в день за 5–10 минут до еды, в течение 20 дней. Исходно и в динамике определяли липидный спектр, показате-

ли свертываемости крови, гормоны, проводили необходимые инструментальные исследования, консультации соответствующих специалистов.

Результаты:

До лечения пациентки жаловались на головные боли, кардиалгии, сердцебиение, одышку, чувство страха, бессонницу и приливы жара до 10 раз в сутки. Показатели артериального давления: среднее систолическое артериальное давление (САД) – 150-160, среднее диастолическое АД (ДАД) – 90-95 мм рт.ст. Недостаток эстрогенов вызывал развитие комплекса тесно взаимосвязанных нарушений (атерогенной дислипидемии и триглицеридемии). У большинства обследованных уровень холестерина был выше нормальных значений (на 12%), были повышены содержание глюкозы, фибриногена и индекса массы тела. Установлено, что у 90% пациенток, принимавших МГТ + Миокардин, в более ранние сроки наступило улучшение общего самочувствия, исчезновение большинства жалоб и восстановление трудоспособности уже в первые 3 месяца лечения. У большинства больных значительно уменьшилась или прошла раздражительность, бессонница, нормализовалось АД (САД \leq 130; ДАД \leq 90 мм рт.ст.), прошли головные боли, кардиалгии, сердцебиения. У пациенток основной группы значительно раньше наблюдалось улучшение общего состояния и восстановилась трудоспособность. В этот же срок благоприятное действие отмечено у 55% больных, принимавших только МГТ. Отдаленные результаты показали усиление эффекта МГТ+Миокардин. Побочных действий не наблюдали. На наш взгляд, более выраженный благоприятный эффект лечения у пациенток основной группы связан с положительным влиянием экстрактов каперсы, зеленого чая, боярышника, мелиссы, мяты перечной и косточек красного винограда, которые входят в состав Миокардина. Он обладает спазмолитическим, сосудорасширяющим, легким успокоительным действием и оказывает слабый мочегонный эффект. Эти свойства препарата, вероятно, и усиливают эффект МГТ у женщин с эстрогендефицитными состояниями.

Заключение:

Комплексное применение МГТ и фитопрепарата Миокардин значительно облегчает состояние пациенток в период менопаузы и предупреждает развитие грозных кардиоваскулярных заболеваний и их осложнений.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Загиченко М.М.¹, Орлов Д.О.², Джигоева О.Н.^{1,2}

¹РНИМУ им Пирогова,

²Городская Клиническая Больница №24 Департамента Здравоохранения г. Москвы, Москва

Введение (цели/ задачи):

Ортостатическая гипотензия (ОГ) является распространенным ятрогенным явлением у пожилых людей на фоне терапии артериальной гипертензии и сердечной недостаточности, которое связано с развитием синкопальных состояний, риском падений, временной гипоперфузией головного мозга и является предиктором неблагоприятных исходов.

Материал и методы:

Исследование проводилось в течение 6 месяцев, в период с ноября 2018 по апрель 2019. Условия проведения: Было отобрано 55 человек, которые поступили в стационар Городской

Клинической Больницы № 24 Департамента Здравоохранения г. Москвы, по поводу декомпенсации хронической сердечной недостаточности (ХСН). После стабилизации состояния пациенты были разделены на 2 группы (25 людей опытная группа и 30 человек в контрольной группе). Были выбраны случайные участники с подходящими критериями включения: 1 ХСН ФК 2-3 NYHA 2 Артериальная гипертензия 3 Согласие на участие в исследовании Критерии исключения: 1 Некомплаентность пациента 2 ЛПИ менее 0,9 3 Выраженный отечный синдром 4 Тяжелая коморбидность Опытной группе людей на время исследования был предоставлен компрессионный трикотаж (чулки), который они надевали при пробуждении утром и снимали перед отхождением ко сну, находясь в нем весь день. Компрессионный трикотаж с профилактической степенью компрессии, класс А. В нашем исследовании мы проводили измерение артериального давления (АД) на приборе Microlife WatchBP-office (автоматическая манжета), после того как пациенты находились в горизонтальном положении 10-15 минут. Измерение АД проводили на верхних конечностях в положении лежа и стоя и на ноге в положении лежа. Результаты заносились ежедневно в индивидуальную таблицу-дневник. Также мы использовали 2 опросника: 1) Опросник № 1 – Миннесотский опросник качества жизни больных хронической сердечной недостаточностью. 2) Для оценки эксплуатации компрессионного трикотажа, его удобства в использовании, качества – нами был разработан Опросник № 2 Эхокардиографию пациентам проводили на аппарате GE Vivid 7 PRO EXPERT. Исследовали показатель - натрийуретический пептид (Pro-BNP) на 1 и 8 день исследования.

Результаты:

Опытную группу людей мы разделили на 2 группы: 1) HFpEF – Пациенты с нормальной фракцией выброса (ФВ) 2) HFrEF – Пациенты со сниженной ФВ По результатам медианы показателей составили: 1) Фракция выброса (ФВ): HFpEF с 58% до 61%; HFrEF: с 42,5% до 46% 2) Конечно-диастолический объем левого желудочка (КДО): HFpEF: с 87 до 88; HFrEF: остался на уровне 120 3) Индекс конечно-систолического объема левого предсердия (ИКСО ЛП): HFpEF с 33,6 до 33,5; HFrEF с 37,3 до 36,15 4) Давление наполнения левого желудочка (E/e'): HFpEF с 9,4 до 8,9; HFrEF с 15,0 до 12,25 5) Трикуспидальная регургитация, градиент (ТР макс): HFpEF с 32,0 до 26,0; HFrEF с 45,5 до 35,5 6) proBNP: HFpEF: с 355 до 210; HFrEF: с 3246 до 1667 7) АД лежа, правая рука: HFpEF с 142/88 до 122/72; HFrEF: 144/85 до 118/71 мм.рт.ст. 8) АД лежа, левая рука: HFpEF с 170/98 до 124/73; HFrEF: 174/99 до 121,5/71,5 мм.рт.ст. 9) АД стоя, левая рука: HFpEF с 143/85 до 104/65; HFrEF: 142/84,5 до 104,5/62,5 мм.рт.ст. Течение ХСН, артериальной гипертензии и качество жизни пациентов улучшаются на фоне использования компрессионного трикотажа и получаемого лечения по поводу основного заболевания.

Заключение:

Использование компрессионного трикотажа способствуют плавному снижению АД, за счет вывода дополнительного объема крови из венозного депо в кровоток, что расценивается как менее агрессивная тактика снижения АД. При этом отсутствует негативное влияние на течение сердечной недостаточности.

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ

Аляви Б.А.^{1,2}, Абдуллаев А.Х.^{1,2}, Узоков Ж.К.¹, Исхаков Ш.А.¹, Азизов Ш.И.^{1,2}, Далимова Д.А.³, Каримова Д.К.¹, Иминова Д.А.¹, Тагаева Д.Р.¹

¹ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ»;

²Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан,

³Центр высоких технологий, Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Цель - оценка эффективности триметазидина и растительного препарата на показатели липидного обмена и параметры эхокардиографии при комплексной реабилитации больных коронарной болезнью сердца (КБС) после эндоваскулярного вмешательства

Материал и методы:

Наблюдали больных КБС стабильной стенокардией напряжения III-IV ФК (40), подвергшихся стентированию коронарных артерий (СКА) и получавших на фоне стандартной терапии (аспирин+клопидогрел, β -адреноблокаторы, статины) растительный препарат Миокардин («APOLLO PHARM MED», Узбекистан) (I группа) и триметазидина дигидрохлорид (Метони MB, Orville Services LLP, Англия) (II группа). Все больные занимались ЛФК, е/д. 20 пациентов (по 10 из каждой группы) занимались на аппарате FCXT fluid recumbent cycle кардиотренировкой по индивидуально подобранным схемам. До СКА и через 3, 6 и 9 месяцев изучали показатели ЭХОКГ с оценкой параметров состояния левого желудочка (ЛЖ), ВЭМ, липидов, агрегацию тромбоцитов (АТ), АЛТ и АСТ, общий билирубин (ОБ), полиморфизм генов ApoE, HMGCR и CYP2C19*2.

Результаты:

Комплексная реабилитация с включением немедикаментозных методов приводило к усилению эффекта медикаментозной терапии. Выявлена связь между структурно-функциональным состоянием ЛЖ и магистральных артерий с уровнями ОХС, ХСЛПНП, ТГ. Положительные результаты объясняются, прежде всего, стабилизацией кровотока через КА после СКА, предотвращением формирования тромбоза за счет гиполипидемических и антиагрегантных и плейотропных эффектов статинов и антиагрегантов. Чувствительность к статинам оказалась выше у носителей apoE2. У них отмечено более выраженное снижение ХСЛПНП, повышение уровня ХСЛПНП. Анализ взаимосвязи полиморфизма G36T гена P2Y12 с АДФ-индуцированной АТ показал, что у носителей T36 аллеля отмечается тенденция к повышению АТ по сравнению с носителями G36 аллеля. С18T полиморфизм не связан с изменением активности тромбоцитов. АТ у носителей аллеля T18 была ниже, чем у носителей генотипа «дикого» типа СС18. Подобраны адекватные дозы статинов и антиагрегантов. Индивидуально дозированные физические тренировки больных повышали их физическую работоспособность, улучшали показатели центральной гемодинамики. Восстановление периодов раннего и позднего диастолического наполнения ЛЖ определяется через 6 месяцев, а у больных с неполной реваскуляризацией - позже. Физические тренировки увеличивали толерантность к физической нагрузке и время на их выполнение. Благодаря своим положительным свойствам, Миокардин и Метони MB усиливали эффект базисной терапии. Оба препа-

рата переносились хорошо, побочных эффектов не наблюдали, что коррелировало с показателями АЛТ, АСТ и ОБ.

Заключение:

КР с включением метаболического цитопротектора Метони MB и фитопрепарата Миокардин повышает эффективность и безопасность лечения и реабилитации больных КБС после эндоваскулярного вмешательства.

ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС И КОРОНАРНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ

Котова Ю.А., Зуйкова А.А., Пашков А.Н.

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

Введение (цели/ задачи):

Оксидативный стресс рассматривается как один из факторов, влияющих на развитие коронарного атеросклероза и ишемической болезни сердца. В свою очередь, окислительная модификация белков, как раннее звено оксидативного стресса, может служить полезным инструментом для оценки состояния коронарных артерий. Однако, их прогностическая роль у пациентов с коронарной болезнью сердца до конца не изучена. Целью нашего исследования стала оценка изменений показателей окисленных модифицированных белков у пациентов с различной выраженностью коронарного атеросклероза.

Материал и методы:

Материалом для исследования стало обследование 354 пациентов с диагнозом ишемическая болезнь сердца, верифицированной стандартизированными валидизированными критериями и клинико-функциональными методами, в том числе 175 женщин и 179 мужчин в возрасте от 47 до 75 лет, средний возраст $61,8 \pm 8,1$ лет, находившихся на лечении в кардиологическом отделении № 2 БУЗ ВО ВГКБСМП № 1. Всем пациентам проводилось клиническое обследование, коронароангиография с расчетом индекса Gensini, оценка окисленных модифицированных белков по методике Левина в модификации Дубининой с определением альдегиддинитрофенилгидарозона и кетондинитрофенилгидразона нейтрального характера (АДФГн, КДФГн), альдегиддинитрофенилгидарозона и кетондинитрофенилгидразона основного характера (АДФГо, КДФГо). Пациенты были разделены на 3 группы на основании индекса Gensini: GS0 (0 баллов) – 152 пациента, GS1 (1-15 баллов) – 124 пациента; GS2 (> 15 баллов) – 78 пациентов.

Результаты:

Установлена тенденция к увеличению содержания окисленных белков с увеличением индекса Gensini. В группе GS0 уровень АДФГн составил $22,15 \pm 0,98$ усл.Ед/мг, в GS1 – $24,51 \pm 0,39$ усл.Ед/мг, GS2 – $26,83 \pm 0,38$ усл.Ед/мг; между группами определялась достоверная разница ($p < 0,001$). Уровень КДФГн в группе GS0 составил $19,92 \pm 0,40$ усл.Ед/мг, в GS1 – $20,99 \pm 0,39$ усл.Ед/мг, в GS2 – $22,62 \pm 0,38$ усл.Ед/мг ($p < 0,001$). Уровень КДФГо в GS0 составил $4,38 \pm 0,97$ усл.Ед/мг, в GS1 – $7,11 \pm 0,38$ усл.Ед/мг, в GS2 – $7,77 \pm 0,28$ усл.Ед/мг ($p < 0,01$); уровень АДФГо в GS0 составил $10,38 \pm 0,52$ усл.Ед/мг, в GS1 – $11,11 \pm 0,19$ усл.Ед/мг, в GS2 – $11,50 \pm 0,29$ усл.Ед/мг, по данному показателю различий не получено ($p > 0,05$). Отмечены корреляционные связи между индексом Gensini и АДФГн ($r=0,73$, $p < 0,01$), КДФГн ($r=0,60$, $p < 0,01$), АДФГо ($r=0,32$, $p < 0,01$), КДФГо ($r=0,46$, $p < 0,01$), между АДФГн и ОХС ($r=0,64$, $p < 0,01$), ЛПВП ($r=-0,47$, $p < 0,01$), ЛПНП ($r=0,31$, $p < 0,05$).

Заключение:

С увеличением индекса Gensini отмечено увеличение содержания окисленных модифицированных белков. Наиболее

сильное влияние на выраженность коронарного атеросклероза оказывал АДФГн. Определение показателей окислительной модификации белков может служить маркером выраженности коронарного атеросклероза, что требует дальнейшего долгосрочного исследования. Научная работа выполнена на средства гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых - кандидатов наук, № гранта МК-552.2018.7

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ГИПОТЕНЗИВНОГО ТИПА

ЗУЕВА Г.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный
медицинский университет им. М. Горького»

Введение (цели/ задачи):

Вегето-сосудистая дисфункция (ВСД) гипотензивного типа по-прежнему актуальна в связи с широкой ее распространенностью среди детей и подростков и сопровождается снижением физической и умственной работоспособности, дезадаптацией, нарушением качества жизни. Цель исследования. Изучить вегетативные нарушения у детей и подростков с ВСД гипотензивного типа.

Материал и методы:

На базе Городской детской клинической больницы № 1 г. Донецка проведено обследование 281 ребенка в возрасте от 7 до 14 лет. Из них: 165 детей с различными формами ВСД гипотензивного типа и 50 здоровых детей контрольной группы. Кроме этого, так как ВСД часто имеет вторичный характер и развивается на фоне хронического гастрита и дисфункции желчевыводящих путей, обследовано 66 детей с хроническим гастритом и дисфункцией желчевыводящих путей, не имеющих ВСД. Эти дети составили вторую контрольную группу. Среди обследованных детей с ВСД 50 имели первичную форму ВСД гипотензивного типа и 115 вторичную, на фоне хронического гастрита и дисфункции желчевыводящих путей. Всем детям проводилось суточное мониторирование артериального давления (АД). Диагностическое значение для артериальной гипотензии имели показатели среднесуточных систолического и диастолического АД ниже 5 перцентилей АД, соответственно полу и возрасту. При определении исходного вегетативного тонуса изучался характер жалоб, клинические проявления, кардиоинтервалография (КИГ). Для оценки вегетативной реактивности проводилась запись КИГ при проведении клиноортостатической пробы (КОП). Вегетативное обеспечение деятельности определялось путем измерения АД и частоты сердечных сокращений в процессе выполнения КОП.

Результаты:

У всех обследованных детей с различными формами ВСД гипотензивного типа отмечалось снижение систолического, реже диастолического АД. Диастолическое АД у детей с вторичной формой ВСД гипотензивного типа было ниже, чем у детей с хроническим гастритом и дисфункцией желчевыводящих путей без дистонии. У большинства детей с различными формами ВСД гипотензивного типа был изменен исходный вегетативный тонус, в связи с чем, частота детей с эйтонией была значительно ниже ($30.64 \pm 3.38 \%$), чем среди здоровых детей ($84.00 \pm 5.18 \%$) и детей с хроническим гастритом и дисфункцией желчевыводящих путей без дистонии ($48.69 \pm 5.73 \%$) ($p < 0.01$). При ВСД гипотензивного типа преобладала ваготония, которая выявлялась в $51.61 \pm 3.66\%$ случаев, что в 5.8 раз чаще, чем у здоровых де-

тей и в 1.5 раза чаще, чем у детей с хроническим гастритом и дисфункцией желчевыводящих путей. Симпатикотонический исходный тонус регистрировался в $17.75 \pm 2.80 \%$ случаев, что в 2 раза реже, чем у детей с хроническим гастритом и дисфункцией желчевыводящих путей, но в 3 раза чаще, чем у здоровых детей. Существенных различий в регистрации частоты ваготонического исходного тонуса у детей с первичной и вторичной формами ВСД гипотензивного типа не отмечено, тогда как симпатикотония чаще отмечалась у детей с вторичной формой ВСД ($p < 0.01$). Уровень систолического АД у детей с различными формами ВСД, имевших ваготонический исходный тонус, был ниже, чем у детей с симпатикотонией. У детей с первичной формой ВСД с парасимпатической направленностью вегетативной дисфункции, уровень систолического АД был ниже, чем у детей с ваготонией при вторичной форме ВСД и достоверно ниже, чем у детей с первичной формой ВСД при симпатикотонии ($p < 0.01$). Уровень систолического АД с вторичной формой ВСД при ваготонии и симпатикотонии, а также уровень диастолического АД у детей с различными вариантами исходного вегетативного тонуса не различался. При изучении вегетативного обеспечения деятельности у $50.76 \pm 3.66 \%$ детей с различными формами ВСД гипотензивного типа определен гипосимпатикотонический вариант КОП, в $37.47 \pm 3.55 \%$ встречался гиперсимпатикотонический вариант КОП, в $2.14 \pm 1.06 \%$ - симпатикоастенический и в 9.63 ± 2.18 - нормальный вариант КОП. Симпатикоастенический и гипосимпатикотонический варианты КОП были характерны для детей с первичной формой ВСД. При вторичной форме ВСД достоверно чаще чем при первичной регистрировался гиперсимпатикотонический вариант КОП. У детей с различными формами ВСД преобладала гиперсимпатикотоническая реактивность ($72.04 \pm 9.01 \%$) и регистрировалась чаще у детей с первичной формой ВСД гипотензивного типа, тогда как асимпатикотоническая реактивность наблюдалась у $19.43 \pm 5.16 \%$ и встречалась чаще у детей со вторичной формой ВСД гипотензивного типа.

Заключение:

Таким образом: нарушения вегетативного тонуса выявлены у 69.36% обследованных детей с ВСД гипотензивного типа с преобладанием исходной ваготонии - $51.61 \pm 3.66 \%$ случаев. Симпатикотонический исходный тонус отмечен у $17.75 \pm 2.80 \%$ детей. Изменения вегетативной реактивности в виде гиперсимпатикотонии выявлены у $72.04 \pm 9.01 \%$ обследованных детей. Недостаточное вегетативное обеспечение деятельности регистрировалось у $50.76 \pm 3.66 \%$ детей. Выявленные нарушения вегетативного гомеостаза необходимо учитывать при выборе рациональной терапии.

ОСОБЕННОСТИ ДЕФОРМАЦИИ МИОКАРДА ЛЖ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

БЕКМЕТОВА Ф.М., ДОНИЕРОВ Ш.Н., ДЖАББАРОВА Д.Х.

«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
Научно-Практический Медицинский
Центр Кардиологии», г. Ташкент

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: изучить особенности глобальной продольной деформации левого желудочка у больных ИБС в зависимости от распространенности поражения коронарного русла.

Материал и методы:

В исследовании участвовали 66 пациента со стабильной стенокардией напряжения, ФК II-III по Канадской классификации.

Средний возраст пациентов соответствовал $53,9 \pm 5,6$ лет. Анализ систолической функции ЛЖ проводился из апикальной четырехкамерной позиции и из парастернальной позиции по короткой оси на уровне папиллярных мышц с помощью традиционной эхокардиографии (методом Симпсона) и программы Velocity Vector Imaging (VVI). Анализировали показатели скорости движения миокарда (SR), деформацию -стрейн (S), фракцию выброса (ФВ) и объемы ЛЖ (КДО и КСО). ЭхоКГ-исследование выполняли на аппарате Siemens Acuson x 700 (Германия) секторным датчиком с частотой 4,0 МГц в В-, М-, D-режимах и режиме цветного доплеровского картирования. Изображение (CDMI) было записано на протяжении трех сердечных цикла в соответствии с рекомендациями Американского общества эхокардиографии (ASE). Изображения были сохранены в цифровом виде в формате кинопетли в памяти сканера. Сохраненные в цифровом виде наборы данных CDMI были обрабатываются в автономном режиме с помощью программного обеспечения Tomtec (Германия). Всем больным была проведена коронароангиография. Пациенты были разделены на две группы: в первую группу вошли 45 пациентов с одно-, двух- и многососудистым поражением коронарных артерий; во вторую группу - 21 пациент без гемодинамически значимых поражений коронарных артерий. В обеих группах пациенты были сопоставимы по полу и возрасту.

Результаты:

При анализе систолической функции ЛЖ выявлено статистически значимое различие между двумя группами при сравнении объемов ЛЖ, индексов объемов ЛЖ и показателей ФВ в 4-и 2-камерных позициях. В 1 группе больных отмечалась умеренная систолическая дисфункция ЛЖ: ФВ- $50,6 \pm 8,2\%$. Показатели продольного стрейна были статистически значимо ниже в группе пациентов с гемодинамически значимым поражением коронарных артерий: $S = -15,71 \pm 3,58\%$ ($p = 0,0001$). Аналогично показателям деформации у больных ИБС установлено снижение показателей скорости деформации: $SR = -1,10 \pm 0,32$ с $^{-1}$ ($p = 0,05$).

Заключение:

У пациентов с гемодинамически значимым поражением коронарных сосудов отмечается более выраженное нарушение деформационных свойств миокарда левого желудочка.

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ ЧСС, НАРУШЕНИЙ РИТМА И ИНДЕКСА АПНОЭ/ГИПНОЭ ПОСЛЕ ИНДУКЦИИ СУПЕРОВУЛЯЦИИ ПРИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОМ ОПОЛОДТОВРЕНИИ

ВАКАРЕВА В.В.¹, АВДЕЕВА М.В.^{1,2}, ЩЕГЛОВА Л.В.¹

¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России,

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования – провести сравнительный анализ суточного профиля ЧСС, нарушений ритма и индекса апноэ/гипноэ у женщин до и после индукции суперовуляции при экстракорпоральном оплодотворении (ЭКО).

Материал и методы:

Обследовано 80 женщин в возрасте от 18 до 43 лет (средний возраст $32,3 \pm 3,6$ лет), который проходили ЭКО в центре ре-

продуктивных технологий СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница». До и после стимуляции проводилось суточное мониторирование ЭКГ по стандартной методике, а также суточное мониторирование артериального давления (АД), лабораторные исследования.

Результаты:

После индукции суперовуляции по сравнению с исходными показателями уровень среднедневной ЧСС (до $75,1 \pm 5,9$; после $83,1 \pm 6,3$ уд/мин.; $p < 0,01$) и средненочной ЧСС повысился (до $65,0 \pm 9,0$; после $75,6 \pm 12,1$ уд/мин.; $p < 0,01$), а циркадный индекс снизился (до $1,18 \pm 0,18$; после $1,12 \pm 0,17$; $p < 0,05$). Эти изменения могут быть связаны с повышением активности симпатического отдела вегетативной нервной системы. В динамике у 96,2% женщин среднедневная ЧСС повысилась, а у 3,8% женщин наблюдался обратный эффект – понижение средненочной ЧСС. Это касалось и средненочной ЧСС, поскольку у 93,7% женщин после стимуляции суперовуляции средненочная ЧСС повысилась, а у 6,3% – понизилась. Желудочковая экстрасистолия не встречалась у женщин, как до, так и после стимуляции суперовуляции. Вместе с тем до стимуляции суперовуляции у 91,3% женщин регистрировались редкие одиночные суправентрикулярные экстрасистолы. После стимуляции суперовуляции суправентрикулярная экстрасистолия также наблюдалась у большинства женщин (92,5%; $n = 74$). Распределение женщин в соответствии с динамикой суправентрикулярной экстрасистолии после индукции суперовуляции следующее: у 27,5% женщин частота суправентрикулярной экстрасистолии уменьшилась, у 57,5% – увеличилась по сравнению с исходным уровнем, у 5,0% она появилась впервые, а у 10,0% – их частота осталась на прежнем уровне. В динамике отмечалось незначительное увеличение среднего количества наджелудочковых экстрасистол по сравнению с исходным состоянием (до $2,51 \pm 1,61$ экстрасистол в час; после $3,20 \pm 2,95$ экстрасистол в час; $p < 0,05$). Корреляционный анализ показал, что общее количество суправентрикулярных экстрасистол, зарегистрированных за сутки, находится в прямой связи с уровнем среднедневной ЧСС ($r = 0,56$, $p < 0,05$), индексом апноэ/гипноэ ($r = 0,58$, $p < 0,05$), уровнем ЧСС max ($r = 0,52$, $p < 0,05$), со степенью прироста ЧСС после индукции суперовуляции ($r = 0,59$, $p < 0,05$). Частота суправентрикулярной экстрасистолии завела от уровня среднедневного систолического АД ($r = 0,62$, $p < 0,05$), среднего АД днём ($r = 0,59$, $p < 0,05$), вариабельности систолического АД ($r = 0,57$, $p < 0,05$), 12-часовой амплитуды диастолического АД ($r = 0,61$, $p < 0,05$), 24-часовой амплитуды среднего АД ($r = 0,51$, $p < 0,05$); 12-часовой амплитуды диастолического АД ($r = 0,61$, $p < 0,05$), уровня эстрадиола (соответственно: $r = 0,53$, $p < 0,05$), уровня креатинина крови ($r = 0,52$, $p < 0,05$). До стимуляции суперовуляции эпизоды апноэ/гипноэ наблюдались у 22,5% женщин, а после проведения данной манипуляции – у 50,0% женщин ($\chi^2 = 15,7$; $p < 0,01$). Следует отметить, что в последующем у 27,5% женщин наблюдалось появление эпизодов апноэ/гипноэ впервые, у 22,5% – учащение эпизодов апноэ/гипноэ, а у 50,0% количество эпизодов апноэ/гипноэ осталось на прежнем уровне. Сравнительный анализ индекса апноэ/гипноэ показал, что после стимуляции суперовуляции у обследованных женщин отмечалось увеличение этого показателя. Так среднее количество эпизодов апноэ/гипноэ возросло с $0,23 \pm 0,12$ до $1,00 \pm 0,81$ эпизодов в час ($p < 0,01$). Эпизоды апноэ/гипноэ встречались только в ночное время суток.

Заключение:

Стимуляция суперовуляции при ЭКО может являться провоцирующим фактором для повышения ЧСС, а следовательно и

повышения потребности миокарда в кислороде, а также появления/учащения суправентрикулярных нарушений сердечного ритма и появления/учащения ночных эпизодов апноэ/гипноэ. В связи с этим женщин, планирующих ЭКО, необходимо тщательно обследовать перед проведением данной манипуляции.

ОСОБЕННОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ β 1-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Смолякова Е.В.², Амбатьелло Л.Г.², Климова А.А.², Чазова И.Е.², Зыков К.А.¹

¹ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России,

²ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Учитывая, что применение β 1-адреноблокаторов у пациентов с бронхообструктивной патологией является серьезной нерешенной проблемой, нами изучалось инициальное назначение селективного β 1-адреноблокатора (бисопролола) у больных с кардиореспираторной патологией с наличием или отсутствием предшествующей терапии β 2-агонистом (формотеролом).

Материал и методы:

Включено 30 пациентов (66,97±9,84 лет), имеющих показания к назначению β 1-адреноблокаторов (бисопролола) и β 2-агонистов (формотерола), с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ): артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, нарушение ритма сердца, хроническая сердечная недостаточность и бронхообструктивными заболеваниями (БОЗ): бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких. Пациенты после рандомизации были разделены на две группы: в 1-ой группе пациентам был назначен прием бисопролола 2,5 мг и через неделю к терапии добавлялся формотерол 12 мкг 2 раза в день. Во 2-ой группе: пациентам был назначен прием формотерола 12 мкг 2 раза в день, а через неделю к терапии добавлялся прием бисопролола в дозе 2,5 мг. При назначении первой дозы бисопролола 2,5 мг проводилась бронхопровокационная спирометрическая 4-часовая проба с селективным β 1-адреноблокатором (бисопрололом 2,5 мг).

Результаты:

В ходе исследования было продемонстрировано, что достоверно значимого снижения уровня объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) и форсированной жизненной емкости легких у пациента ССЗ и БОЗ в целом по группе выявлено не было. Однако, назначение высокоселективного β 1-адреноблокатора у отдельных пациентов приводило к уменьшению ОФВ1 в абсолютных и относительных значениях вплоть до 300 мл и 17%, соответственно, с возвращением к исходным значениям после проведения пробы с бронхолитиком короткого действия (сальбутамолом 400 мкг). Чаще всего снижение показателей происходило через 30 и 240 мин после приема бисопролола 2,5 мг/сут. Анализ пациентов по группам показал, что у пациентов 1-й группы (начинающих старт терапии с приема бисопролола 2,5 мг/сут) были отмечены более частые снижения показателей ОФВ1 (от 2 до 17%), а именно у 33,3% человек, при этом во 2-й группе, где прием бисопролола начинался на фоне предшествующего назначения формотерола 24 мг/сут, снижение ОФВ1 было отмечено лишь у 7% больных.

Заключение:

Учитывая полученные данные, можно предположить, что одновременный прием β 1-адреноблокатора и β 2-агониста может

уменьшить риск развития бронхоспазма при приеме высокоселективного β 1-адреноблокатора у пациентов с ССЗ и БОЗ. Назначение β 1-адреноблокаторов у пациентов с ССЗ и БОЗ желательно проводить под контролем параметров компьютерной спирометрии, учитывая снижение данных показателей у отдельных пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ЧРЕЗКОЖНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ МНОГОСОСУДИСТОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА

Абдуллаева С.Я., Никишин А.Г., Пирназаров М.М., Срождиддинова Н.З., Хасанов М.С.

Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Кардиологии

Введение (цели/ задачи):

Определить характер многососудистого поражения коронарных артерий у пожилых больных при выборе различных стратегий лечения

Материал и методы:

Проведено ретроспективное исследование, 35 больных, старше 65 лет с поражением двух и более коронарных артерий по данным коронарографического исследования, находившихся на стационарном лечении в РСНПМЦК. Всем больным выполнено стентирование симптом-связанной коронарной артерии и при необходимости, других коронарных артерий (от 1 до 4-х стентов). Помимо этого, характерно, что коронароангиография всем пациентам проводилась на 3-4 день госпитализации и позже, т.е. относительно стабилизированным пациентам. В течение года пациенты находились под наблюдением. В частности, фиксировались такие конечные точки как: летальный исход, инфаркт миокарда (нефатальный), прогрессирование коронарной недостаточности, развитие и прогрессирование сердечной недостаточности (СН) (по данным ШОКС в модификации В.Мареева), повторные госпитализации, потребность в оперативном вмешательстве (КШ).

Результаты:

При более подробном изучении степени и характера реваскуляризации, с учетом конечных точек, наблюдается следующая картина: по количеству (от 1 до 4) и типу стентов: выделяющие сиролimus (SES), биолimus (BES) эверолимус (EES) и зотаролимус (ZES), а также голометаллические стенты (BMS), субгруппы достигшие и не достигшие конечных точек, значимо не различались. Чаще всего использовались стенты типа BES (75,9% в subgroupе не достигших конечных точек и 66,7% в subgroupе достигших хотя бы одной конечной точки). Необходимо отметить, что в subgroupе больных, достигших хотя бы одной конечной точки не были использованы стенты, выделяющие эверолимус, а также голометаллические стенты. Что касается остальных типов стентов, в subgroupе не достигших конечных точек, на втором месте по частоте применения шли стенты, выделяющие сиролimus (20,7%, а затем зотаролимус, а в subgroupе больных, достигших хотя бы одной конечной точки, наоборот: второе место занимают стенты, выделяющие зотаролимус (33,3%) и только затем, стенты типа SES. При изучении стратегии стентирования, необходимо принять во внимание, что количество пациентов, перенесших одномоментную реваскуляризацию достоверно преобладает в subgroupе больных, достигших хотя бы одной конечной точки (50% к 27,5%, $p = 0,05$), при этом в данной subgroupе не выполнялась полная анатомическая

реваскуляризация. Что касается полной и неполной функциональной реваскуляризации, то процентное соотношение их в обеих субгруппах значимо не различалось: полная 34,5% в субгруппе не достигших конечных точек, против 33,3% в субгруппе достигших той или иной конечной точки, $p = 0,36$ и неполная: 62,1% в субгруппе не достигших конечных точек, против 66,7% в субгруппе достигших той или иной конечной точки, $p = 0,36$

Заключение:

Возможно, при выборе между сиролimus-выделяющим стентом и зотаролimus-выделяющим стентом, у пожилых больных более предпочтителен сиролimus. Помимо, этого пожилым больным, также показана полная анатомическая реваскуляризация, по возможности одномоментная.

ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Курданова М.Х., Бесланев И.А.,
Батырбекова Л.М., Курданов Х.А.

ЦЕНТР МЕДИКО-ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ –
Государственного научного центра Российской
Федерации – Института медико-биологических
проблем Российской академии наук

Введение (цели/ задачи):

Нарушения ритмической активности головного мозга являются существенными факторами в формировании, течении и прогрессировании артериальной гипертонии (АГ). Существует зависимость реактивности артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) от спектральной мощности (СМ) β – ритма в лобных, височных и теменных отделах мозга обоих полушарий. Цель: выявить особенности частотно - амплитудных показателей β – ритма электроэнцефалограммы и их взаимосвязи с показателями вариабельности ритма сердца и гемодинамики у больных артериальной гипертонией

Материал и методы:

В клинических условиях обследовано 125 пациентов: 70 больных АГ 2 степени (32 мужчин и 38 женщин); возраст $54,2 \pm 3,4$ года; индекс массы тела $25,8 \pm 0,7$ кг/м². 55 практически здоровых лиц (25 мужчин и 30 женщин); возраст $46,9 \pm 3,3$ лет; индекс массы тела $24,1 \pm 1,2$ кг/м². Методы исследований. Электроэнцефалографию проводили на аппаратно-программном комплексе «Мицар - 201», (Россия) в 20 отведениях. Для количественной оценки рассчитывали индекс β – ритма %. В спектре рассчитывали: амплитуду (мкВ), частоту (Гц.), спектральную мощность (СМ) мкВ²/Гц и частотно-амплитудное отношение (ЧАО, ед.). Межзональные и межполушарные различия оценивали по асимметрии β – индекса, СМ β – ритма и амплитудному картированию. Регистрацию ЭКГ и АД проводили суточными носимыми мониторами МЭКГ - ПН - МС - «ДМС - передовые технологии», (Россия). Параметры гемодинамики рассчитывали в программе «Союз 2013». Обработку ЭЭГ проводили с применением методов компьютерного анализа в программе «ЭЭГ 2010» Мицар. Анализ корреляционных связей был проведен с помощью программы «Statistica v. 10». Уравнения множественной регрессии рассчитывали по методу Крамера. Результаты обработаны на ПК и считались статистически значимыми при уровне $p < 0,05$.

Результаты:

На ЭЭГ у больных АГ регистрировался β – ритм с амплитудой $11,3 - 13,7$ мкВ, мощностью $9,97 - 38,2$ мкВ²/Гц с различием

долевых и межполушарных значений ЧАО и СМ β – ритма до 35%. Значения ЧАО β – ритма были ниже у больных АГ в правых лобных F4,F8, височных T3,T6 и центральных C3,C4 отведениях. В теменных P3,P4 и затылочных O1,O2 отведениях ЧАО β – ритма у больных АГ было значительно ниже, чем в группе здоровых лиц (в 3 – 6 раза). Низкие значения СМ β – ритма у больных АГ фиксируются в лобных F4,F7 и правых височных отведениях T4,T6. Частота β – ритма у больных АГ ниже во всех отведениях - $17,96$ Гц против $21,37$ Гц; $p < 0,01$. Показатели временной области ВРС, (SDNN, RMSSD) были снижены, АМо, индексы Бавевского Р.М., характеризующие симпатические и центральные эрготропные влияния на ритм сердца были выше у больных АГ на 22- 75%. У больных АГ выявлено снижение ТР и высокочастотного диапазона (HF); значимое увеличение индекса вагосимпатического баланса (в 2,2 раза), индекса централизации спектра (в 2,3 раза). У больных АГ между ЧАО β – ритма и АДср установлены обратные взаимосвязи $r = -0,395 - 0,512$; $p < 0,01$ и прямые взаимосвязи между СМ β – ритма и АДср $r = 0,412 - 0,446$; $p < 0,01$. Между АДср и отведениями T4,C4 установлены обратные взаимосвязи $r = -0,483$; $r = -0,521$; $p < 0,01$. У больных АГ между ЧАО β – ритма и SDNN в F7,C3 выявлены обратные взаимосвязи $r = -0,402$; $r = -0,416$; $p < 0,01$. Между СМ β – ритма и SDNN выявлены прямые взаимосвязи в лобных и височных отведениях $r = 0,487$; $r = 0,532$; $p < 0,01$.

Заключение:

Полученные данные позволяют предположить значимую роль ЧАО и СМ β – ритма головного мозга в формировании гемодинамических сдвигов при АГ и развитии автономной дисфункции. Выводы: 1. У больных АГ выявлено снижение ЧАО, СМ, индекса β – ритма и усиление центральных влияний на параметры ВРС и гемодинамики. 2. Изменения ЧАО, СМ β – ритма у больных АГ свидетельствуют об увеличении активности подкорковых структур и нарушениях внутримушарной и межполушарной когерентности. 3. Между ЧАО, СМ β – ритма, параметрами ВРС, гемодинамики преобладают обратные корреляционные связи, более выраженные у больных АГ. 4. Выявленные изменения ЭЭГ и ВРС отражают глубокую перестройку уровней и центров регуляции ритма сердца и гемодинамики в ВНС и интегративных структурах ЦНС.

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ТИПЫ А, АБ, Б. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ

Урлаева И.В.¹, Мартынов А.И.¹, Акатова Е.В.¹,
Первичко Е.И.², Николин О.П.¹

¹ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И.

Евдокимова Минздрава России,

²Московский государственный университет

имени М.В. Ломоносова, Москва

Введение (цели/ задачи):

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает лидирующее место по смертности среди всех заболеваний. ИБС также является частой причиной инвалидизации трудоспособного населения. Современная концепция изучения ИБС основана на многофакторном анализе этиологии и патогенеза, где заболевание рассматривается в трех плоскостях: биологической, психологической и социальной [3, 4]. В связи с этим изучение психологической особенности личности, как одного из факторов развития ИБС, является немаловажным. Исследования в области поведения личности у пациентов с ИБС продолжают вот уже

несколько десятилетий. Очевидно, что в развитии ишемической болезни сердца, в т.ч. и острого коронарного синдрома (ОКС), существенное влияние оказывает поведенческий тип активности А. Цель исследования: Изучение влияния типа поведенческой активности на течение острого коронарного синдрома, а также на прогноз и качество жизни больных, перенесших ОКС.

Материал и методы:

В исследование было включено 100 больных мужчин и женщин с типом А, АБ и Б поведенческой активности в возрасте от 40 до 75 лет, госпитализированных в отделение реанимации и интенсивной терапии с ОКС. Все пациенты были включены в исследование после стабилизации состояния и перевода в кардиологическое отделение. Терапию пациенты получали в полном объеме согласно рекомендациям европейского сообщества кардиологов от 2015 года. Пациенты были поделены на 3 группы по поведенческому типу А, АБ и Б, внутри каждой группы пациенты дополнительно были поделены на подгруппы с острым инфарктом миокарда (ОИМ) и нестабильной стенокардией (НС). Период наблюдения составил 24 месяца. В течение первых 12 месяцев с интервалом в 6 месяцев пациенты проходили общий врачебный осмотр, заполняли опросники качества жизни (оценка самочувствия, активности, настроения (САН), Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ), Short Form Outcomes Study (SF-36v2), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT-F (version 4)), EuroQol-5D (EQ-5D), им проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД), холтеровское мониторирование, ЭХО-кардиография. Через 24 месяца от начала исследования проводился контрольный опрос пациентов по телефону с уточнением их состояния здоровья и возможных повторных госпитализаций за прошедший период.

Результаты:

В результате проведенного исследования выявлено, что у лиц с поведением типа А активность симпатической нервной системы более выражена в сравнении с лицами поведения АБ и Б, что проявляется более высоким уровнем среднего систолического и диастолического артериального давления (АД) в активное время суток и в период ночного сна, высокой вариабельностью АД, повышенной скоростью подъема АД в утренние часы, недостаточным снижением систолического и диастолического АД в период ночного сна. Данные нарушения механизмов регуляции АД являются неблагоприятным прогностическим предиктором сердечно-сосудистых осложнений. Пациенты с поведенческой активностью типа А демонстрируют более высокую частоту сердечных сокращений в течение суток, для них характерны более частые эпизоды тахикардии, в то время как для пациентов с поведением типа АБ и Б чаще характерны эпизоды брадикардии. По данным анамнеза выявлена достоверно более частая встречаемость таких сердечно-сосудистых заболеваний как стенокардия напряжения (65% v/s 35%; $p < 0,05$), сахарный диабет 2 типа (40% v/s 0,1%; $p < 0,05$), ОИМ (57% v/s 35%; $p < 0,05$) и острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) (10% v/s 0,1%; $p < 0,05$). Установлено, что пациенты с поведением типа А и Б демонстрируют гетерогенность во всех сферах качества жизни (КЖ). У пациентов с ОКС и поведенческим типом А КЖ достоверно ниже, чем у пациентов с типом Б. При этом, у пациентов с ОИМ показатели КЖ выше, чем у пациентов с НС. Физическое состояние у пациентов с типом А значительно ниже, эмоциональное состояние, настроение и жизненный тонус хуже, чем у лиц с типом Б, тревожные и депрессивные состояния встречаются значительно чаще. За период двухлетнего наблюдения повторные госпитализации по поводу нестабильной стенокардии, ОИМ, ОНМК, гиперто-

нической болезни на фоне стандартной терапии случались достоверно чаще у пациентов с поведением типа А, чем с поведением типа Б (42% v/s 23%; $p < 0,05$), что подтверждает негативное влияние этого типа на состояние пациентов после перенесенного ОКС.

Заключение:

У пациентов с ОКС и поведенческой активностью типа А ввиду повышенной активности симпатической нервной системы имеются нарушения механизмов регуляции АД в виде более высоких значений систолического и диастолического АД, высокой вариабельности АД, повышенной скорости подъема АД в утренние часы, недостаточного снижения АД в период ночного сна, что является неблагоприятным прогностическим предиктором сердечно-сосудистых осложнений. КЖ у данных пациентов ниже, чем у пациентов с поведением типов АБ и Б, при этом, у пациентов с ОИМ качество жизни выше, чем у пациентов с НС. Тип А поведенческой активности негативно влияет на состояние пациентов после перенесенного ОКС, госпитализации и летальный исход случаются чаще у данной категории пациентов. Стенокардия напряжения, сахарный диабет 2 типа, ОИМ и ОНМК также чаще встречаются у пациентов с поведенческой активностью типа А.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ В ДИНАМИКЕ ХИМИОТЕРАПИИ

Бады А.О.^{1,2}, Яхонтов Д.А.², Поспелова Т.И.²

¹ГБУЗ РТ Республиканская больница №1,

²ФГБОУ ВО Новосибирский Государственный Медицинский Университет Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Цель. Оценить показатели центральной гемодинамики, морфофункциональное состояние миокарда и характер кардиоваскулярной патологии у больных неходжкинскими лимфомами при различной агрессивности процесса на разных этапах химиотерапии.

Материал и методы:

Обследовано 127 пациентов с установленным диагнозом неходжжинской лимфомы, в том числе 69 женщин и 58 мужчин. Исследование проводилось в трех параллельных группах. 1-я группа – 33 пациента с впервые установленным диагнозом неходжжинская лимфома до начала химиотерапии (19 женщин и 14 мужчин). 2-я группа – 39 пациентов в периоде клинкогематологической ремиссии (29 женщин и 26 мужчин). 3-я группа – 55 пациентов через год после начала химиотерапии (29 женщин и 26 мужчин). 3 группы не различались по возрасту (средний возраст 39 лет). Химиотерапия проводилась по стандартным схемам ВЕАСОРР пациентам 2-й и 3-й группы, выбор схемы лечения определялся в зависимости от нозологической формы и агрессивности процесса. Во 2-й группе первая ремиссия достигалась в среднем после 3-4 курса химиотерапии. 3-я группа пациентов была обследована в динамике химиотерапии через год, в течение которого было проведено 4-6 курсов химиотерапии.

Результаты:

В 1-й группе у 26,0% пациентов имели артериальную гипертонию в анамнезе, при этом показатели среднего офисного АД соответствовали высокому нормальному АД по классификации ESC (2013). Во 2-й группе артериальная гипертония была

у 33.5% пациентов, при этом офисное АД равнялась тоже высокому нормальному давлению, как и в 1-й группе. В 3-й группе артериальная гипертензия была у 41.1% пациентов, при этом офисное АД 140/90 мм рт.ст. что соответствует 1 степени АГ. Уровень NT-proBNP составил в среднем 97.9 пг/мл в 1-й группе, 120.4 пг/мл во 2-й группе и 145.4 пг/мл в 3-й группе. Во 2-й группе среди пациентов, имеющих в анамнезе сердечно-сосудистые заболевания и которым проводилась медикаментозная терапия, имели место удовлетворительное клиническое состояние при нормальных гемодинамических показателях, более высокая толерантность к физической нагрузке во время курсов химиотерапии до первой ремиссии в сравнении с пациентами, которые имели в анамнезе сердечно-сосудистые заболевания, но не принимали гипотензивные препараты или не соблюдали предписанного режима лечения. В 3-й группе у пациентов, имеющих в анамнезе сердечно-сосудистые заболевания отмечались нестабильные цифры АД, более частое выявление ИБС и более частые нарушения ритма. При этом у пациентов, имеющих в анамнезе сердечно-сосудистые заболевания и принимающих блокаторы РАС, бета-блокаторы, диуретики в течение 3-4 лет, отмечалось улучшение показателей гемодинамики в сравнении с пациентами, не получающих медикаментозную терапию.

Заключение:

Адекватный прием блокаторов РАС и бета-адреноблокаторов способствовали нормализации цифр АД, улучшению функциональных показателей сердечно-сосудистой системы. Повышение уровня NT-proBNP у больных неходжкинскими лимфомами в отдаленном периоде химиотерапии показывает вероятность сердечной недостаточности и отражает степень выраженности морфофункциональных изменений миокарда в зависимости от тяжести основного заболевания и длительности химиотерапии.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОСОБЕННОСТЬЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У СОТРУДНИКОВ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ, РАБОТАЮЩИХ В РЕЖИМЕ КОНТРТЕРРОРИСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

Омарова А.Х.^{1,2}, Кудяев М.Т.², Аркадьева Г.В.³

¹ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства Внутренних Дел России по Республике Дагестан»,

²ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала,

³ФГБОУ ВО «Московский государственный

медико-стоматологический университет

им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Современная медицина располагает широкими возможностями для ранней диагностики и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), связанных с воздействием различных факторов риска (ФР). Наиболее актуальным среди населения в настоящее время являются такие ФР, как курение, дислипидемия, ожирение, психоэмоциональные и физические перегрузки, злоупотребление алкоголем и др. Производственная деятельность сотрудников правоохранительных органов характеризуется высоким психоэмоциональным напряжением, что является важным ФР риска развития ССЗ. Отмечается связь распространен-

ности ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии (АГ) со спецификой профессиональной деятельности у сотрудников правоохранительных органов, что может быть обусловлено чрезмерной частотой эмоционально-стрессовых нагрузок, ведь они подвергаются интенсивному систематическому психоэмоциональному стрессу, а осуществление служебно-оперативных и боевых мероприятий по локализации преступных и террористических актов в ещё большей степени увеличивает влияние стресс-факторов на организм сотрудников специальных подразделений. Цель: изучить эпидемиологию АГ и других факторов риска ССЗ среди сотрудников правоохранительных органов, работающих в режиме контртеррористической операции (КТО) по республике Дагестан; выявить зависимость частоты АГ и ФР от особенностей профессиональной деятельности.

Материал и методы:

Под наблюдением было 120 сотрудников. Мужчины, средний возраст 37,2±4,1. Стаж работы до 5 лет – 40 человек, от 5 до 10 лет – 40 человек, более 15 лет – 40 человек. Сроки наблюдения (3,7±0,7) лет. Обследование включало: сбор анамнеза, антропометрические данные, определение уровня общего холестерина (ОХС), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ), суточное мониторирование артериального давления (АД), проведение пробы «математический счет» (МС), расчет индекса Кердо (ИК), заполнение госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) и краткого опросника качества жизни (КЖ) ВОЗ.

Результаты:

Выявлены следующие ФР: факт курения – 89 сотрудников, семейный анамнез ранних ССЗ – 54; ОХС более 4,9 ммоль/л – 64, ЛПНП более 3,1 ммоль/л – 48, ТГ более 1,8 ммоль/л – 44; индекс массы тела 30 и более – 24, окружность талии более 94 см – 68; уровень АД 140/90 мм рт. ст. – 41, уровень АД до 160/100 мм рт.ст. – 18, уровень АД 180/110 мм рт.ст. – 4 сотрудника. Оценивали КЖ от 4-х до 5-ти баллов 75 сотрудника, от 3-х до 4-х баллов – 30, менее 3-х баллов – 15 сотрудников. По шкале тревоги норма была у 28 сотрудников, субклинически выраженные симптомы у 70, а клинически выраженные симптомы у 22 сотрудников. По уровню депрессии норма была у 45 сотрудников, субклинически выраженные симптомы 68, а клинически выраженные симптомы у 7 сотрудников. Проба «МС» была положительная у 35 сотрудников. Сбалансированность вегетативной нервной системы отмечалось у 67 сотрудников, превалирование симпатического отдела у 20, парасимпатического отдела у 33 сотрудников.

Заключение:

Эпидемиологическая ситуация в отношении АГ и других ФР среди сотрудников правоохранительных органов зависит от специфики трудовой деятельности, связанной с высоким уровнем нервно-эмоционального напряжения, сопровождающего оперативную деятельность и мероприятия КТО. Повышенный уровень АД и ФР взаимно усиливают друг друга, что приводит к увеличению степени сердечно-сосудистого риска. Распространенность АГ (52,5%) и ФР (45,6%) зависела не только от возраста, но и стажа профессиональной деятельности. Снижение КЖ у сотрудников с АГ связаны с выраженностью болезни и пограничным нервно-психическим расстройством, требующим разработки адекватных комплексных программ для предупреждения их возникновения с целью повышения эффективности профессиональной работы сотрудников и снижения инвалидности.

ПЕРЕДОЗИРОВКА КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ КАК МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Чернышева М.Б., Якушин С.С.,
Никулина Н.Н., Селезнев С.В.
ФГБОУ ВО «Рязанский государственный
медицинский университет имени акад. И.П.
Павлова» Минздрава России, Рязань, Россия

Введение (цели/ задачи):

Провести анализ структуры госпитализаций в областной кардиологический стационар г. Рязани по поводу передозировки кардиологических лекарственных средств (ЛС), так как данная проблема в литературе отражена в виде описания отдельных клинических случаев и системного анализа до настоящего времени не проводилось.

Материал и методы:

Проанализировано 13 661 история болезни Областного клинического кардиологического диспансера (г. Рязань) за 18 месяцев (с 01.01.2017 по 30.06.2018). Критерий включения – наличие в рубрике диагноза или разделе «анамнез заболевания» зарегистрированного факта передозировки кардиологического(-их) ЛС. Данные представлены в виде долей (%), возраст – в виде Me (Q1;Q2). Для оценки характера распределения количественных признаков использовался критерий Колмогорова-Смирнова. Для сравнительного анализа доли пациентов в несвязанных группах использовался хи-квадрат. Уровень статистической значимости принят для $p < 0,05$.

Результаты:

Передозировка ЛС как причина госпитализации была зарегистрирована в 2,66% случаев ($n=363$) от всех госпитализаций, при этом в первой половине 2017 г. эта доля составила 1,8%, во второй половине 2017 г. она увеличилась в 1,7 раза (3,2%, $p < 0,0001$), сохранившись практически на таком же уровне в первой половине 2018 г. (3,0%, $p=0,0003$ в сравнении с первой половиной 2017 г.). Преобладали лица пожилого и старческого возраста 74,0 (64,0;80,0). Соотношение мужчины : женщины составило 1:2 (33,6% и 66,4%). Клинически передозировка проявлялась брадикардическим действием в 52,6% случаев, гипотензивным – в 19,3%, антикоагулянтным – в 14,1%, иным – в 14,0%. При этом, за 18 месяцев отмечается увеличение доли случаев передозировки пульсурежающими препаратами: в первой половине 2017 г. – 0,9%, во второй половине 2017 г. – 1,7% ($p=0,0004$), в первой половине 2018 г. – 1,6% ($p=0,0011$ в сравнении с первой половиной 2017 г.). Передозировка сразу двумя и более препаратами была зарегистрирована в 42,2% случаев. Доля абсолютных передозировок (превышение рекомендованной дозы) – 15,2%, относительных (максимальная доза не превышена) – 84,8%; нарушение пациентами режима приема ЛС – 23,4%. При поступлении преобладали пациенты со сниженной функцией почек: скорость клубочковой фильтрации (СКФ) >60 мл/мин*1,73м² зарегистрирована в 23,3% случаях, СКФ 59-30 мл/мин*1,73м² – в 51,4%, СКФ <30 мл/мин*1,73м² – в 25,3% (т.е. снижение СКФ <60 мл/мин*1,73м² – в 76,7% случаев). Необходимо отметить, что на фоне проведенной терапии улучшение функции почек отмечено среди 79,2%. Ведение пациентов в условиях реанимационного отделения потребовалось в 31,7% случаев. В 99,4% проводилась симптоматическая терапия, в 33,4% – дезинтоксикационная, в 20,4% – установка электрокардиостимулятора (использовались как временные, так и постоянные ЭКС). Летальность составила 10,1% в первой половине 2017 г., 2,3% – во второй (снижение в

4,4 раза, $p=0,0112$), 2,8% – в первой половине 2018 г. (снижение в 3,6 раза, $p=0,02$ в сравнении с первой половиной 2017 г.)

Заключение:

1. Продемонстрирована актуальность проблемы передозировки сердечно-сосудистых ЛС. 2. Клинически значимой, требующей госпитализации, передозировке ЛС в большей степени подвержены пациенты пожилого и старческого возраста. 3. Каждый третий случай передозировки требовал условий отделения реанимации, каждый десятый завершился летальным исходом. 4. Более половины случаев были обусловлены пульсурежающим действием препаратов. 5. За 18 месяцев наблюдения зарегистрирован рост числа госпитализаций по поводу передозировки лекарственных препаратов с брадикардическим действием.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ И РИСК РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Алиджанова Х.Г., Иванов М.Г., Алиев И.С.,
Шевченко Е.В., Бабаян И.С.,
Кештова М.У., Рамазанов Г.Р.
НИИ СП им. Н.В. Склифосовского

Введение (цели/ задачи):

Адекватная антигипертензивная терапия (АГТ) способствует профилактике инсульта [Ettehad D,2016;Тао Хи,2017]. Однако, эффективный контроль гипертонии и обучение приверженности лечению остается нерешенной задачей. Цель исследования: изучить связь между приверженностью к АГТ и риском развития ишемического инсульта (ИИ) в разных возрастных группах.

Материал и методы:

В исследование включены 93 пациента (41 муж и 52жен) в возрасте от 47 до 86 лет (средний возраст 65,9±9,8 лет), находившиеся в стационаре с диагнозом острый ИИ. I группу составили пациенты ≤ 65 лет - 40 чел (21 муж и 19 жен, средний возраст 54,6±5,9 лет); II – ≥ 65 лет, 53 чел (20 муж и 33жен, средний возраст 73,8±6,7 лет). Приверженность к АГТ оценивали по тесту Мориски–Грина; комплаентными считали больных, набирающих 4 балла, некомплаентными – менее 3.

Результаты:

На догоспитальном этапе артериальная гипертония (АГ) не диагностирована в I группе у 7(17%) муж ≤ 50 лет. У остальных давность АГ составила в среднем 3,4 года. Пациенты ≤ 50 лет в 38% случаях имели ряд метаболических факторов риска (частое употребление алкогольных напитков, дислипидемия, нарушение толерантности к углеводам, ожирение, курение). У более половины из них отсутствовали регулярный контакт с врачом и мотивация лечения АГ. В I группе полипатии (2 заболевания) и старческая астения диагностированы у 19(47%) и 2(5%) пациентов, соответственно. Приверженными к терапии были -14(35%)чел; нерегулярный прием препаратов отметили 8(20%); не достигали целевого уровня АД – 6(15%); отменили АГТ – 5(13%) пациентов с впервые выявленной АГ. Суммарная оценка приверженности к лечению составила 2,2±0,3 балла. Во II группе на догоспитальном этапе АГ не диагностирована у 1 (2%) муж; у остальных - давность АД составила $\geq 11,8$ лет. Полипатия и старческая астения диагностированы у 44(83%) и 28(53%) пациентов. В среднем у одного пациента диагностированы 4 заболевания. Приверженными к АГТ были 32(60%) чел, нерегулярный прием АГТ отмечен у 10(19%); не достигали целевого уровня АД - 10(19%) чел. Суммарная оценка привержен-

ности к лечению составила $3,1 \pm 0,4$ балла.

Заключение:

Недостаточная приверженность к АГТ на догоспитальном этапе выявлена у больных ИИ разных возрастов, особенно часто у мужчин ≤ 50 лет. Ранняя диагностика АГ на амбулаторном этапе, кратность посещения врача и «школы» для больных АГ позволяют сократить частоту инсульта у лиц работоспособного возраста. В старшей возрастной группе, с учетом полипатии и синдрома старческой астении, в формировании приверженности терапии играет роль не только кратность посещения врача и «упрощение» схем лечения, но и профилактика обострений хронических заболеваний.

ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АКСАРИТМИНА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА

Кучкаров Х.Ш., Закиров Н.У.,
Ирисов Д.Б., Абдувалиева Г.А.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
НАУЧНО - ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
КАРДИОЛОГИИ, г. Ташкент, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/ задачи):

Изучить эффективность и безопасность отечественного антиаритмического препарата Аксаритмин у пациентов с различными нарушениями ритма сердца.

Материал и методы:

Исследование проводилось в лаборатории аритмий сердца Республиканского специализированного научно – практического медицинского центра кардиологии. В исследование включены 104 больных в возрасте 18–75 имеющие различные нарушения ритма сердца с отсутствием или минимальными органическими поражениями миокарда. Всем пациентам в начале исследования выполнялось электрокардиография (ЭКГ), в том числе с острой лекарственной пробой, эхокардиография (ЭхоКГ), Холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ), УЗИ печени и почек, биохимический анализ крови для исключения сопутствующих состояний, потенциально генерирующих различные нарушения ритма сердца. Антиаритмическая эффективность (ААЭ) Аксаритмина оценивалась через 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев от начала его приема на фоне базисной терапии основного заболевания с помощью ХМЭКГ. Согласно протоколу исследования наличие антиаритмической эффективности Аксаритмина констатировалась при уменьшении общего количества экстрасистол на 70% и более от исходного уровня, и при полном устранении сложных форм желудочковых нарушений ритма сердца IV А и Б градации по Lown Wolf (полный антиаритмический эффект). В случаях 90 - 100% подавления эктопической активности пациенты относились к группе выраженного антиаритмического эффекта, а меньше 70% как отрицательный (неудовлетворительный). Все больные были разделены на 3 группы: I группа – больные с наджелудочковыми экстрасистолиями (n=35), II группа – больные с желудочковыми экстрасистолиями (n=55) и III группа – больные с пароксизмальными аритмиями (n=14). Средний возраст по группам составил $62,21 \pm 11,63$, $60,24 \pm 15,9$ и $62,08 \pm 9,8$ соответственно. Все группы были сопоставимы по гендерному показателю, аритмическому анамнезу и основному заболеванию.

Результаты:

Учитывая условную принадлежность аксаритмина к IC классу антиаритмических препаратов особое внимание было направлено

на показатели ЭхоКГ. Фракция выброса (ФВ) левого желудочка составила $60,92 \pm 7,85\%$, конечный диастолический размер (КДР) $52,3 \pm 3,9$ мм, размеры левого предсердия (ЛП) $32,58 \pm 5,54$ мм, толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) $10,5 \pm 1,7$ мм, толщина задней стенки левого желудочка (ЛЖ) $9,6 \pm 1,7$ мм. Средняя суточная доза аксаритмина составила $75,68 \pm 9,75$ мг. На этапах отмечается усиление и сохранения антиаритмической эффективности аксаритмина в обеих группах. В группе больных с НЖЭ суточное количество экстрасистол до приема аксаритмина составило в среднем $4508,31 \pm 7831,01$ НЖЭ/сут; после 1 недели от начала приема в среднем $471,64 \pm 1273,36$ НЖЭ /сут (в среднем снижение на 89.5%), на 1 месяце $73,08 \pm 158,49$ НЖЭ /сут (в среднем снижение на 96.5%), на 3 месяце $55,67 \pm 111,49$ НЖЭ /сут (в среднем снижение на 99.8%), и на 6 месяце $12,00 \pm 14,14$ НЖЭ /сут (в среднем снижение на 99.9%). В течение 12 месяцев отмечается сохранение антиаритмического эффекта препарата. В группе больных с ЖЭ суточное количество экстрасистол до приема аксаритмина составило в среднем по группе $5122,28 \pm 6005,22$ ЖЭ/сутки, через 1 неделю от начала приема препарата в среднем $767,32 \pm 1286,17$ ЖЭ/сутки (снижение на 84.9%); через 1 месяц - $1117,94 \pm 2117,33$ ЖЭ/сутки (снижение на 78.2%), через 3 месяца $570,90 \pm 980,49$ ЖЭ/сутки (снижение на 88.9%); на 6 месяце $566,4 \pm 1252,57$ ЖЭ/сутки (снижение на 89.0%). В течение 12 месяцев отмечается сохранение антиаритмического эффекта препарата.

Заключение:

Аксаритмин оказывает высокую антиаритмическую эффективность при различных нарушениях ритма сердца, в т.ч. при наджелудочковых и желудочковых экстрасистолиях. Антиаритмическая эффективность сохранялась в течении года при регулярном приеме препарата.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЛИЧНОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Доля Е.М.¹, Белоглазов В.А.¹, Кошукова Г.Н.¹,
Репинская И.Н.¹, Фурсова В.А.²

¹ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского»

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского,

²ГБУЗ РК «РКБ имени Н.А. Семашко»

Введение (цели/ задачи):

Неблагоприятные социально-психологические факторы оказывают значительное влияние на систему кардиоваскулярной регуляции, что занимает важное место в возникновении и прогрессировании гипертонической болезни (ГБ) у многих больных. Определение типа отношения к болезни необходимо в диагностике, так как может влиять на результаты контроля артериальной гипертензии (АГ) и приверженность лечению у каждого отдельно взятого пациента. Цель работы. Изучить распределение психологических типов личности у больных с ГБ и особенности их взаимосвязи с результатами контроля АГ.

Материал и методы:

Было обследовано 30 больных с ГБ, которые проходили стационарное лечение в ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А.Семашко» (16 мужчин и 14 женщин), средний возраст составил $66,3 \pm 4,7$ года. В зависимости от степени повышения артериального давления пациенты были распределены следующим образом: 1 степень АГ – 3,3%, 2 степень АГ – 33,3%, 3 степень АГ – 63,4%. Всем больным назначалась комбинированная гипотензивная терапия согласно стандартам лечения ГБ: ингибиторы АПФ, β -блокаторы, антаго-

нисты Ca²⁺, блокаторы рецепторов ангиотензина II, диуретики. Клинико-психопатологическое исследование личности больных проводилось применением методики «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) путем индивидуального картирования. Анализ полученных данных проводился при помощи стандартных программ Microsoft Office Excel, Statistica 6.0.

Результаты:

Полученные результаты показали, что 90% больных имеют смешанный тип отношения к болезни. Лидирующие позиции (47,2%) у пациентов с ГБ занимал гармоничный тип отношения к болезни. Данный типаж характеризуется трезвой оценкой своего состояния и стремлением способствовать успеху лечения. Эта группа предпочитает находиться в окружении людей, поменьше доставлять тягот и забот своим близким из-за болезни и с большим уважением относятся к врачам и медицинскому персоналу. На втором месте (10,5%) по распространенности находился апатический тип, который характеризуется полным безразличием к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения, предпочитают одиночество, а работа для данного психотипа совершенно безразлична. У 4,5% обследуемых с ГБ выявлен меланхолический тип отношения к болезни, который характеризуется удрученностью, неверием в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. При анализе данных различных психотипов гендерных различий, особенностей течения ГБ и назначения гипотензивной терапии не было установлено. При проведении анализа результатов проводимой терапии выявлено, что наилучший контроль АД достигнут у пациентов с гармоничным психотипом (71 %). Контроль АД у пациентов с другими психотипами расценивался как неудовлетворительный у половины пациентов.

Заключение:

Согласно результатам проведенного исследования у больных с ГБ отмечены различные типы отношения к болезни с превалированием (47,2%) гармоничного типа реагирования, который не требует психологической коррекции. Пациенты с апатичным и меланхолическим типами не достигают рекомендуемого контроля АД, нуждаются в консультации психотерапевта и требуют психологической коррекции, что может оказать влияние на течение ГБ и повысить приверженность к терапии у данных пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В ОРГАНИЗОВАННЫХ ПОПУЛЯЦИЯХ Г. БАКУ

Бехбудова Д.А., Ахмедова Т.А., Абиева Э.М.
НИИ кардиологии МЗ Азербайджанской Республики, г. Баку

Введение (цели/ задачи):

Цель: изучить целесообразность индивидуального подхода к созданию схемы профилактических мероприятий для конкретной организованной популяции с учетом результатов обследования пациентов, условий труда и с максимальным использованием собственных ресурсов конкретного учреждения/организации.

Материал и методы:

Объектом исследования явились сотрудники научной библиотеки Национальной Академии Наук Азербайджанской Республики. Обследовано 110 человек: 84 женщины и 26 мужчин с помощью набора стандартных методов эпидемиологических

исследований в кардиологии. Дополнительно проведено тестирование по опроснику CES-D для выявления депрессии. Средний возраст обследованных - 41,7±1,3 лет.

Результаты:

Несмотря на большой поток информации и удовлетворительный уровень осведомленности обследуемых по вопросам профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), установлена достаточно высокая частота встречаемости основных факторов риска (ФР) ССЗ в исследуемой популяции. Наиболее часто встречающимися ФР оказались избыточная масса тела (54,5%), в том числе ожирение (31,8%), в том числе абдоминальный тип ожирения (40%), низкая физическая активность (НФА) (37,3%) и артериальная гипертензия (26,4%), в том числе впервые выявленная при обследовании (10,9%). 42,3% мужчин продолжают курить. Причем, более половины из них выкуривают от 10 до 30 сигарет в сутки. Обращает на себя внимание частая выявляемость признаков сниженного настроения (53,6%), а также отмеченные у каждого второго обследованного жалобы на ухудшение самочувствия в связи с изменениями погодных условий. Только 7,7% мужчин и 27,4% женщин не имели ни одного ФР ССЗ.

Заключение:

Результаты проведенного исследования указывают на то, что даже при удовлетворительном уровне информированности по вопросам здорового образа жизни взрослое население нуждается в регулярных профилактических обследованиях, проводимых по месту работы и обеспечивающих наибольший охват работающих в данном учреждении, позволяющих своевременно выявлять больных ССЗ, пациентов с высоким риском ССЗ, наиболее характерные для данной популяции ФР ССЗ и разрабатывать научно-обоснованные схемы мероприятий по профилактике ССЗ, оптимальные для внедрения в конкретном учреждении с учетом условий труда и с максимальным использованием собственных территориальных, материальных и других ресурсов конкретного учреждения/организации.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА И СРОКОВ ПРОВЕДЕНИЯ РЕПЕРFUЗИИ У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Гальцова О.А.
БелМАПО

Введение (цели/ задачи):

Цель: изучить влияние способа и сроков проведения реперфузии на ремоделирование миокарда пациентов мужского пола трудоспособного возраста с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. Задачи: 1. Определить особенности позднего (через 12 месяцев) структурно-функционального ремоделирования у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST с разными способами и сроками проведения реперфузии миокарда. 2. Оценить уровни NT-proBNP у пациентов мужского пола трудоспособного возраста с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST в зависимости от способов и сроков проведения реперфузии миокарда.

Материал и методы:

В исследование включено 129 пациентов мужского пола трудоспособного возраста с ОИМnST, находившихся на лечении в кардиологических отделениях УЗ «МОКБ», «1-й ГКБ» г. Минска. Критериями включения пациентов в исследование были острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, возраст до 65 лет, информированное согласие пациента на участие в данном ис-

следовании. Критериями исключения пациентов из исследования являлись ишемический инсульт или транзиторная ишемическая атака в течение года до включения в исследование, почечная, печеночная недостаточность, ХСН функциональный класс (ФК) III-IV по NYHA, онкологические заболевания, наличие гемодинамически значимых пороков сердца (врожденные или приобретенные пороки сердца), наличие кардиомиопатий, выраженного ожирения (III степень), острых и хронических воспалительных заболеваний. Основную группу (ОГ) составили пациенты после проведения реперфузии миокарда. В зависимости от способа реперфузии пациенты подразделялись на подгруппы: 1-я подгруппа – ТЛТ (17 (16%) пациентов), 2-я подгруппа – ЧКВ (55 (51%) пациентов). Группа контроля (ГК) включала 35 (33%) пациентов, которым не проводилась реперфузия миокарда, так как эти пациенты обращались за медицинской помощью спустя несколько суток от начала заболевания. При поступлении в стационар и спустя 12 месяцев с целью определения характера и степени поражения коронарного русла и проведения ангиопластики и стентирования пациентам выполнена КАГ. Эхокардиографическое и доплер-эхокардиографическое исследование осуществлялось на 3 сутки от начала ОИМпСТ и через 12 месяцев наблюдения. Определение NT-proBNP проводили методом иммунофлуоресцентного анализа на аппарате mini VIDAS, с помощью реактивов mini VIDAS, фирма Biomerieux, Франция исходно (на 5-7 сутки от момента поступления) и через 12 месяцев.

Результаты:

1. У пациентов мужского пола трудоспособного возраста с острым инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST проведение реперфузии миокарда с длительностью время контакт-баллон или время контакт-игла более 120 минут независимо от способа не предупреждает развитие дезадаптивного ремоделирования миокарда через 12 месяцев наблюдения. 2. Проведение реперфузии миокарда с длительностью время контакт-баллон или время контакт-игла более 120 минут ассоциировано с повышением уровня NT-proBNP, увеличением функционального класса хронической сердечной недостаточности, количества эпизодов болевой и продолжительности болевой и безболевой ишемии миокарда через 12 месяцев после развития инфаркта миокарда.

Заключение:

1. В постинфарктном периоде через 12 месяцев от начала заболевания у пациентов после первичных чрескожных коронарных вмешательств с продолжительностью время контакт - баллон более 120 минут в сравнении с пациентами с продолжительностью время контакт - баллон менее 120 минут дезадаптивное ремоделирование характеризовалось статистически значимым увеличением конечно-систолического объёма; индекса конечно-систолического объёма; конечно-диастолического объёма; индекса конечно-диастолического объёма; конечно-диастолического размера; толщины межжелудочковой перегородки в диастолу; миокардиального стресса в диастолу; статистически значимым снижением фракции выброса левого желудочка; индекса относительной толщины левого желудочка. 2. Через 12 месяцев после развития острого инфаркта миокарда с подъёмом сегмента ST у пациентов после тромболитической терапии с длительностью время контакт - игла менее 120 минут уровень NT-proBNP составил 46 (19; 123) пг/мл, что статистически значимо ниже в сравнении с пациентами с длительностью время контакт – игла более 120 минут – у пациентов после первичных чрескожных коронарных вмешательств с длительностью время контакт - баллон более 120 минут уровень NT-proBNP статистически значимо выше в сравнении с пациентами с длительностью время контакт – баллон менее 120 минут.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАЛЬЦИНОЗА ЦЕЛЕВЫХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

МАЙОРОВ Г.Б., КУРБАНОВ С.К., ВАСИЛЬЕВ В.П.,
ГАЛЯУТДИНОВ Д.М., ВЛАСОВА Э.Е.,
ИЛЬИНА Л.Н., ШИРЯЕВ А.А.

ФГБУ НМИЦ Кардиологии Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Для верификации кальциноза коронарных артерий (КА) в рутинной практике используется коронароангиография (КАГ) и мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ). Цель исследования: Сравнение диагностических возможностей КАГ и МСКТ для оценки кальциноза целевых коронарных артерий при операциях коронарного шунтирования.

Материал и методы:

В исследование вошло 48 пациентов, у которых был выявлен кальциноз шунтируемых КА при анализе КАГ в предоперационном периоде. С целью уточнения локализации, объема вовлеченных коронарных сегментов, степени выраженности кальциноза этим пациентам выполнена МСКТ коронарных артерий с контрастированием. Было проведено сравнение диагностических возможностей КАГ и контрастной МСКТ коронарных артерий с использованием шкалы тяжести поражения коронарных артерий по количеству вовлеченных сегментов с кальцинозом (segment involvement score). Для оценки коронарного русла по сегментам была применена 16-ти сегментная классификация коронарных артерий, предложенная Американской Ассоциацией Кардиологов.

Результаты:

При сравнительном анализе рентгенологических методов исследования с использованием шкалы тяжести поражения коронарных артерий по количеству вовлеченных сегментов с кальцинозом были получены следующие данные: поражение 1-2 сегментов при КАГ наблюдалось у 2 пациентов, при МСКТ – 0; поражение 3-4 сегментов при КАГ – 12 пациентов, при МСКТ – 6 пациентов; поражение 5-8 сегментов при КАГ – 26 пациентов, при МСКТ – 22 пациента; поражение >8 сегментов при КАГ не выявлено, при МСКТ – 20 пациентов ($p < 0,01$). segment involvement score (среднее значение) при КАГ составил $6,02 \pm 2,3$ против $8,02 \pm 2,6$ при МСКТ с контрастированием ($p < 0,05$).

Заключение:

При сравнении двух рентгенологических методов диагностики выявлено, что достоверно более высокий уровень детализации и точная локализация кальцинированных поражений шунтируемых КА наблюдались при использовании контрастной МСКТ по сравнению с инвазивной КАГ, что в дальнейшем определяло тактику операции коронарного шунтирования.

РИСК РАЗВИТИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ИЩЕМИИ МИОКАРДА ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ СПИНАЛЬНО-ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ХИРУРГИИ СОСУДОВ

КАТКОВА Т.Е., МИРОНОВА О.Ю.
ФГАОУ ВО ПЕРВЫЙ МГМУ им И.М.
СЕЧЕНОВА Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Спинально-эпидуральная анестезия в настоящее время является одним из наиболее безопасных методов, используемых у больных с коронарной сопутствующей патологией в хирургии сосудов для оперативных пособий на нижнем отделе аорты и сосудах

нижних конечностей. В настоящее время отмечено увеличения количества пациентов старшего возраста с распространенным атеросклерозом, отягощенным анамнезом по сердечно-сосудистым заболеваниям, требующих проведения оперативного лечения. Учитывая вышеизложенное, целью исследования явилось определение степени безопасности проведения Комбинированной спинально-эпидуральной анестезии у больных с высоким риском кардиальных осложнений, а именно, риск развития ишемии миокарда по данным интраоперационного мониторинга ЭКГ

Материал и методы:

За период с 2011 по 2013 год в одноцентровое проспективное наблюдательное исследование были включены 75 больных. Пациентам выполнялись оперативные пособия на сосудах нижних конечностей и брюшной аорте. Диагностически значимым являлось горизонтальное или косонисходящее снижение сегмента ST на 0,1 мВ (1 мм) по данным интраоперационного мониторинга во время проведения анестезиологического пособия. При этом, уровень тропонина не определялся.

Результаты:

У 4 пациентов были зафиксированы признаки ишемии, не сопровождавшиеся клинической картиной, которые регрессировали на фоне фармакологической и инфузионной поддержки во время оперативного вмешательства. Среди больных с ишемией преобладали мужчины (4 пациента). Операции выполнены успешно у всех наблюдаемых пациентов. Все наблюдаемые пациенты выписаны без признаков развития ИМ и очагового поражения миокарда и других осложнений.

Заключение:

Учитывая полученные данные, можно сделать вывод о безопасности проведения Комбинированной спиральной-эпидуральной анестезии у больных с сопутствующей патологией Сердечно-сосудистой системы при выполнении операций на сосудах нижних конечностей, нижнем отделе аорты. Следовательно, данная методика может рассматриваться, как техника выбора у пациентов хирургии сосудов со сниженными компенсаторными способностями сердечно-сосудистой системы.

СВЯЗЬ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА С РАННИМ СУБКЛИНИЧЕСКИМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ СТРУКТУРНОЙ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА

Костюкевич М.В.¹, Миронова Н.А.¹, Егизарян Л.Г.², Малкина Т.А.¹, Голицын С.П.¹

¹Федеральное государственное бюджетное учреждение «НМИЦ кардиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации,

²ООО «Альтамед-Голицыно»

Введение (цели/ задачи):

У пациентов с идиопатическими желудочковыми нарушениями ритма сердца как правило отсутствует какая-либо структурная патология сердца. Однако, длительное существование аритмии в силу гемодинамической неэффективности преждевременного сокращения левого желудочка может приводить к его постепенной дилатации. До настоящего времени факторы, влияющие на ремоделирование левого желудочка (ЛЖ) на ранних этапах до развития его клинически значимой дилатации, малоизучены. Цель: Оценить связь количественных характеристик, типа желудочковых нарушений ритма сердца (ЖНРС), а также длительности аритмии с размерами левого желудочка у паци-

ентов с идиопатическими ЖНРС.

Материал и методы:

Всего в исследование было включено 48 пациентов с идиопатической желудочковой аритмией 2 и выше градации по Лауну (группа 1, возраст 38±13 лет, 19 (40%) мужчины) а также 19 здоровых добровольцев (группа 2, возраст 29±3 года, 9 (47%) мужчины). Всем пациентам было проведено стандартное клинико-инструментальное обследование, в том числе холтеровское мониторирование ЭКГ в 12 отведениях (с оценкой частотных характеристик ритма и количественных характеристик различных типов желудочковой эктопической активности) и стандартная эхокардиография с оценкой фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), его конечно-систолического (КСР) и конечно-диастолического размеров (КДР).

Результаты:

Общее количество ЖНРС в сутки в группе 1 составило 16645,5 [7111,8;29107,0]. КСР и КДР ЛЖ были достоверно больше в группе 1 по сравнению с группой 2: 3,3±0,5 см vs. 3,0±0,4 см; $p=0,047$ и 5,1±0,5 см vs. 4,8±0,3 см, $p=0,031$ соответственно. При разделении на подгруппы в зависимости от выраженности ЖНРС (<10,000/сут, 10000-25000/сут и >25000/сут), в подгруппе 1 отмечалось прогрессивное увеличение КСР ЛЖ: 3 [2,7;3,55] см vs. 3,2 [2,8;3,5] см vs. 3,6 [3,3;3,8] см, $p=0,037$ и КДР ЛЖ 4,8 [4,7;5,3] см vs. 4,9 [4,6;5,2] см vs. 5,3 [4,9;5,6] см, $p=0,037$. Снижение ФВЛЖ < 55% было выявлено у двух пациентов только в группе с общим количеством ЖНРС > 25000/сут. Связи между размерами левого желудочка и частотными характеристиками синусового ритма по данным ХМ-ЭКГ, длительностью анамнеза аритмии, а также преимущественным типом ЖНРС при проведении однофакторного линейного регрессионного анализа выявлено не было. Отмечалась связь мужского пола, ИМТ и общего количества ЖНРС/сут (коэф. В -0,320, 95% ДИ (-0,579;-0,062); $p=0,016$; коэф. В 0,044, 95% ДИ (0,003;0,085); $p=0,037$; коэф. В 0,000008, 95% ДИ (0,000001;0,000015); $p=0,018$) с КСР ЛЖ. Данные показатели были в дальнейшем включены в множественный регрессионный анализ, при проведении которого наряду с мужским полом ($p=0,046$), общее количество ЖЭС ($p=0,047$) оставалось независимым предиктором КСР ЛЖ и объясняло 28% вариабельности КСР ЛЖ ($R^2=0,28$, изменение F-статистики=4,418, $p=0,01$).

Заключение:

У пациентов с идиопатическими ЖНРС общее количество желудочковой эктопической активности в сутки является независимым предиктором увеличения конечно-систолического размера левого желудочка. Длительность существования аритмии, а также преимущественный тип желудочковых экстрасистол не вносили значимого вклада в развитие ремоделирования левого желудочка.

СВЯЗЬ РАЗЛИЧНЫХ ПАРАМЕТРОВ КРОВИ С РАЗВИТИЕМ НОВОГО СЛУЧАЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

ТАТАРИНЦЕВА З.Г., КОСМАЧЕВА Е.Д.
ГБУЗ НИИ-ККБ№1 им. проф. С.В. Очаповского,
г. КРАСНОДАР

Введение (цели/ задачи):

Целью данного ретроспективного исследования явилось изучение связи различных параметров крови с развитием нового случая фибрилляции предсердий (ФП) на фоне острого коронарного синдрома (ОКС).

Материал и методы:

Из данной когорты пациентов у 1 204 пациента (9%) ОКС сопровождался ФП. Из регистра были взяты для анализа пациенты последовательно поступившие в кардиологические отделения НИИ-ККБ№1 им.проф. Очаповского г. Краснодара за период времени с 20 ноября 2015 года по 20 ноября 2017 год с диагнозом ОКС, сопровождающийся впервые развившейся ФП. Данная группа пациентов была обозначена как группа ОКС+ФП и составила 22 пациента. Группа сравнения была выбрана при помощи генератора случайных чисел из пациентов поступивших в НИИ-ККБ№1 им.проф. Очаповского с ОКС и сохранным синусовым ритмом (СР) за период времени с 20 ноября 2015 года по 20 ноября 2017 года и составила 70 пациентов, что сопоставимо по количеству с исследуемой группой. Группа сравнения была обозначена как ОКС+СР. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью электронных таблиц Excel и пакета прикладных программ STATISTICA 10. Статистически значимыми считались различия при значениях двустороннего $p < 0,05$.

Результаты:

В исследуемую группу ОКС+ впервые развившаяся ФП включено 22 пациента, среди них было мужчин 14 (63,64%), женщин 8 (36,36%), средний возраст $67,50 \pm 9,62$ лет. В контрольную группу ОКС+СР было включено 70 пациентов, среди них мужчин 89 (74,17%), женщин 31 (26,83%), средний возраст составил $61,39 \pm 11,18$ год. При анализе показателей крови в сравниваемых группах наблюдались достоверно ($p < 0,05$) более высокие уровни гемоглобина, гематокрита и эритроцитов у пациентов с впервые развившимся эпизодом ФП на фоне ОКС. В противовес вышесказанному по уровню лейкоцитов и тромбоцитов в крови не было обнаружено существенной разницы ($p > 0,05$).

Заключение:

Данное исследование показывает значительную независимую связь между сывороточным гемоглобином, гематокритом, количеством эритроцитов и возникновением фибрилляции предсердий на фоне ОКС. Вышеупомянутые параметры широко доступны и недороги, в связи с чем возможно их использование в широкой практике. Однако, патофизиологические механизмы, лежащие в основе этих ассоциаций, и потенциальная клиническая применимость должны быть дополнительно выяснены.

СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С РАЗНОЙ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Котова Ю.А., Зуйкова А.А., СТРАХОВА Н.В.,
КРАСНОРУЦКАЯ О.Н.
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

Введение (цели/ задачи):

Существует множество теорий атерогенеза, но в последнее время все большее значение отводится свободно-радикального окисления [1,2]. Поэтому несомненный интерес представляет изучение состояния антиоксидантной системы у пациентов с ИБС. Цель исследования: определить состояние антиоксидантной системы у пациентов с ИБС, а также оценить ее взаимосвязь с показателями липидного профиля и маркерами повреждения белка.

Материал и методы:

Материалом для исследования стало обследование 354 пациентов с диагнозом ишемическая болезнь сердца, верифицированной стандартизированными валидизированными критериями и клинико-функциональными методами, в том числе 175 женщин и 179 мужчин в возрасте от 47 до 75 лет, средний возраст 61,8

$\pm 8,1$ лет, находившихся на лечении в кардиологическом отделении № 2 БУЗ ВО ВГКБСМП № 1. Тяжесть коронарного атеросклероза определяли на основании индекса Gensini. Индекс Gensini определяется как сумма произведений индекса тяжести каждого стеноза и индекса функционального значения, рассчитанного для каждого сегмента коронарных артерий. Выборка носила сплошной характер. По индексу Gensini пациенты были разделены на 2 группы: GS0 – 152 пациента без признаков коронарного атеросклероза, GS1 – 202 пациента с поражением коронарного русла.

Результаты:

Пациенты из группы GS1 характеризовались более низким уровнем активности СОД: в группе GS0 уровень активности СОД составил $39,10 [39,10;43,89]\%$, в группе GS1 – $34,99 [32,26;36,14]\%$ ($p=0,000$). Далее были определены корреляционные связи. Выявлены достоверные корреляционные связи между уровнем СОД и уровнем АДФГо и КДФГо (маркерами повреждения белков), подтверждая этапность свободно-радикального окисления: $r = -0,67$, $p < 0,05$; $r = -0,54$, $p < 0,05$. Также установлены связи между активностью СОД и показателями липидного профиля: СОД и ОХС ($r = -0,384$, $p=0,000$), СОД и ЛПНП ($r = -0,395$, $p=0,000$), СОД и ЛПВП ($r = -0,189$, $p=0,041$). Кроме того установлена достоверная отрицательная связь с индексом Gensini $-0,59$ ($p=0,000$).

Заключение:

В ходе исследования выявлены достоверные различия между группами с коронарным атеросклерозом и без него по показателю активности супероксиддисмутазы. Между показателями СОД и показателями липидного профиля, а также индексом Gensini определены выраженные корреляционные связи, что, возможно, и определяет выраженность атерогенеза при ИБС. Научная работа выполнена при поддержке гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых - кандидатов наук, № гранта МК-552.2018.7

СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ С ФАТАЛЬНЫМ И НЕФАТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ ОСТРОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Алиджанова Х.Г., Нефедова Г.А., Раушкин Д.А.,
Хамидова Л.Т., Рамазанов Г.Р., Газарян Г.А.
НИИ СП им. Н.В.Склифосовского

Введение (цели/ задачи):

У большей части пациентов с ишемическим инсультом (ИИ) ИБС протекает асимптомно; через год у 3% развивается инфаркт миокарда (ИМ) и основной причиной смерти становятся кардиальные осложнения. Целью исследования явилось изучение состояния коронарного русла у пациентов с острым фатальным и нефатальным ИИ с бессимптомным течением ИБС.

Материал и методы:

Изучены клинико-инструментальные особенности сердечно-сосудистой системы 138 (75 мужчин и 63 жен, средний возраст $72,5 \pm 31,4$ лет) пациентов с острым ИИ. Умерли 16 чел (гендерное соотношение 1:1; средний возраст $77,4 \pm 20,4$ лет), из которых 6 (37,5%) - с повторным ИИ. Проводились ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, трансторакальная ЭХО-КГ, ультразвуковое доплеровское исследование экстракраниальных (ЭК) артерий. В период стационарного лечения диагностическая коронарография выполнена 21 пациенту.

Результаты:

Атеросклероз ЭК артерий, ИБС и различные нарушения ритма сердца (НРС) диагностированы у 131 (94,9%), 76 (55%) и 89 (64,5%) пациентов, соответственно. Из них гемодинамически значимый стеноз ЭК артерий – у 86 (62,3%); ранее перенесенный ИМ – 21 (15,2%), неустойчивые пароксизмы желудочковой тахикардии (ЖТ) – 46 (33%) пациентов с атеросклеротическим поражением ЭК артерий. У последних в 25 наблюдениях имели место явные признаки ИБС. В остальных 21 случаях, с субъективно неощущаемыми неустойчивыми пароксизмами ЖТ, при коронарографии определялись гемодинамически значимые стенозы, преимущественно при множественном поражении коронарных артерий (КА). При фатальных ИИ жизнеугрожающие НРС определены у 10 (67%), ЭКГ-признаки ишемии миокарда – 6 (40%) и у 2 (13%) – нарушения локальной сократимости левого желудочка (ЛЖ). Патоморфологически поражение интра- и экстракраниальных артерий отмечено в 75% и 95%, соответственно; признаки постинфарктного кардиосклероза и мелкоочагового поражения миокарда – у 9 (56,2%) и в 1 случае – аневризма ЛЖ. У всех выявлены значимые стенозы в двух и трех КА.

Заключение:

Острый ишемический инсульт с атеросклеротическим поражением экстракраниальных артерий требует оценки состояния коронарного русла. У пациентов пожилого и старческого возраста асимптомное течение ИБС ассоциируется с множественным поражением КА. Ишемический инсульт с фатальным исходом характеризуется осложненной клиникой ИБС на фоне структурных изменений миокарда, усугубляющей прогноз заболевания.

СПЕКТРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПЕРВОГО ТИПА

ШАБАН Н.И.¹, Буряк В.Н.², Махмутов Р.Ф.¹

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк,

²ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург

Введение (цели/ задачи):

Наиболее значимым фактором, определяющим поддержание гомеостатических констант организма на физиологическом уровне, а также обеспечение достаточных адаптационно-приспособительных возможностей ребёнка, является функциональная активность вегетативной нервной системы. Особенности её состояния и функционирования имеют тесную сопряжённость с клиническими проявлениями любого патологического процесса. В значительной степени указанная сопряжённость прослеживается при различных вариантах дискинезии жёлчевыводящих путей (ДЖВП). Ввиду этого, мы изучили основные параметры вегетативного статуса у детей с ДЖВП на фоне сахарного диабета первого типа (СД 1 типа).

Материал и методы:

Проведён спектральный анализ вариабельности ритма сердца (ВРС) у 83 детей в возрасте от 11 до 14 лет с СД 1 типа и ДЖВП, а также у 31 пациента с СД 1 типа без осложнений, у 32 детей с ДЖВП без СД 1 типа и у 33 практически здоровых сверстника. Посредством холтеровского мониторирования ЭКГ, для изучения вегетативной регуляции деятельности жёлчевыводящих путей у обследованных детей определялся вегетативный статус с помощью комплекса DX-AKM-03 ArNika. Оценивали частотные индексы вариабельности ритма сердца (ВРС): мощность спек-

тра области очень низких частот (VLF), мощность спектра области низких частот (LF), мощность спектра области высоких частот (HF), а также вычисляли симпато-парасимпатический индекс – (LF / HF) , характеризующий баланс симпатической и парасимпатической активности.

Результаты:

У 70% детей с ДЖВП при СД 1 типа выявлены выраженные нарушения вегетативного баланса, при котором отмечается напряжение обоих отделов вегетативной нервной системы с преимущественной активностью её симпатического звена. Так, у 44,8% пациентов с ДЖВП при СД 1 типа имело место превалирование симпатикотонии, в 25,2% наблюдений – парасимпатическая настроенность, а у 30% больных определялась эйтония, которая связана с угнетением функционирования высших надсегментарных структур, регулирующих моторно – эвакуаторные процессы в жёлчевыводящей системе. У детей с ДЖВП без диабета преимущественно наблюдалась симпатикотония (75% пациентов). У 25% детей с ДЖВП без диабета значительный вклад в общий спектр вносили высокочастотные компоненты, что характеризовало напряжённость парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. У пациентов с ДЖВП без СД 1 типа при изучении ВРС не регистрировалась эйтония. Вместе с тем, анализ ВРС у пациентов с ДЖВП при СД 1 типа показал более высокие показатели LF, VLF, по сравнению с больными ДЖВП без диабета, что свидетельствовало в большинстве случаев о гиперсимпатикотонической направленности. При этом у пациентов с ДЖВП и СД 1 типа гиперсимпатикотония регистрировалась в 1,6 раза реже, чем у детей с ДЖВП без диабета. В группе обследованных пациентов с СД 1 типа без ДЖВП анализ ВРС не выявил отклонений от нормы.

Заключение:

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о наличии у больных с ДЖВП на фоне СД 1 типа выраженных отклонений в состоянии вегетативной нервной системы. Эти отклонения характеризуются преобладанием симпатической направленности её деятельности, несколько реже – парасимпатической. В обоих случаях особенности вегетативного статуса определяют характер тонических и кинетических нарушений со стороны жёлчевыводящей системы у обсуждаемого контингента больных. Так как вегетативный статус отражает функциональную активность всей вегетативной нервной системы в целом, любые его отклонения следует связывать с нарушениями в работе высших надсегментарных вегетативных центров. Указанные же нарушения, у детей с СД 1 типа, объясняются, скорее всего, формированием диабетической нейропатии, проявлением которой является ДЖВП.

СТАДИИ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И МЕХАНИЗМЫ КОМПЕНСАЦИИ

Капелько В.И., Лакомкин В.Л., Абрамов А.А.,
Грамович В.В., Выборов О.Н.,
Лукошкова Е.В., Ермишкин В.В.
НМИЦ кардиологии, Москва

Введение (цели/ задачи):

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) проявляется в настоящее время в виде систолической дисфункции со снижением фракции выброса различной степени или диастолической дисфункции, при которой фракция выброса нормальна, но в диастоле наблюдается замедление расслабления и повышение диасто-

лического давления. Цель. 1) Выяснение места диастолической дисфункции в патогенезе ХСН. 2) Определение компенсаторных механизмов при систолической и диастолической дисфункции, позволяющих поддерживать насосную функцию сердца.

Материал и методы:

Работа выполнена на крысах Wistar. Кардиомиопатию вызывали введением изопроterenолола или доксорубина в разных дозах. Сократительную функцию сердца оценивали методами эхокардиографии и катетеризации левого желудочка (ЛЖ) миникатетером, позволяющим одновременно измерять давление и объем ЛЖ.

Результаты:

Двукратное введение изопроterenолола (180 мг/кг) или 8-недельное введение доксорубина (2 мг/кг еженедельно) вызывало ХСН со снижением фракции выброса, снижением развиваемого ЛЖ давления, показателей сократимости и расслабимости миокарда, повышение диастолического давления в ЛЖ, т.е. систолическую дисфункцию. Меньшие дозы изопроterenолола (120 мг/кг) или доксорубина (4 недели) в большинстве опытов вызывали диастолическую дисфункцию, проявлявшуюся замедлением расслабления и повышением диастолического давления в ЛЖ с нормальной фракцией выброса. Те крысы с диастолической дисфункцией, которым после 4 недель переставали вводить доксорубин, через 8 недель имели систолическую дисфункцию. Результаты позволяют думать, что диастолическая дисфункция при кардиомиопатии является первой фазой ХСН. Поддержание нормальной фракции выброса при диастолической дисфункции обеспечивается замедлением фазы расслабления миокарда, т.е. удлинением активного состояния миофибрилл, и снижением диастолической упругости миокарда, облегчающей наполнение желудочка. При прогрессировании ХСН эти механизмы компенсации уже оказываются недостаточными для сохранения фракции выброса, присоединяется снижение периферического сопротивления, что облегчает выброс, и удлинение диастолической паузы при сниженной частоте сокращений, что обеспечивает лучшее наполнение ЛЖ. При недостаточности этих механизмов для поддержания минутного объема на приемлемом уровне мобилизуется последний механизм компенсации – дилатация сердца.

Заключение:

Диастолическая дисфункция является первой фазой развития кардиомиопатии и ХСН.

СТАДИЙНАЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТЕНТОВ 3 ПОКОЛЕНИЯ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ И БИОДЕГРАДИРУЕМЫМ ПОЛИМЕРОМ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ

Бочаров А.В.¹, Попов Л.В.²

¹Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.,

²Национальный Медико-Хирургический Центр имени Н.И. Пирогова

Введение (цели/ задачи):

Сегодня ни у кого не вызывает сомнений необходимость эндоваскулярной реваскуляризации клинко-зависимой артерии (КЗА) у больных ОКС в кратчайшие сроки. Тем не менее, после эндоваскулярной реваскуляризации КЗА в экстренном порядке у больных с многососудистым поражением с тяжестью поражения коронарных артерий в интервале 23-32 балла по шкале Syntax встает вопрос выбора оптимальной стратегии полной реваску-

ляризации миокарда - аортокоронарное шунтирование (АКШ) или стентирование венечных артерий. Неправильный выбор стратегии реваскуляризации у вышеназванной группы больных приводит к несколько неоптимальным результатам лечения.

Материал и методы:

Проанализированы итоги двухгодичного наблюдения стадийного лечения 129 пациентов с ОКС и многососудистым поражением. Под стадийным подходом понималась следующая стратегия реваскуляризации - проведение неполной реваскуляризации методом стентирования (ЧКВ) КЗА по неотложным показаниям вследствие ОКС и затем в ранние сроки (до 90 дней) после выполнения ЧКВ КЗА - полная функциональная реваскуляризация миокарда также методом ЧКВ. Для эндоваскулярной реваскуляризации использовались стенты 3 поколения с лекарственным покрытием сиролimus и биodeградируемым полимером («Калипсо», производитель Ангиолайн, Россия). Критериями исключения являлись: возраст менее 18 и более 80 лет, пациенты не приверженные к приему антикоагулянтов и/или дезагрегантов, наличие онкологических заболеваний, заболеваний системы крови, скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин, фракция выброса левого желудочка менее 30%, наличие сопутствующей патологии, требующей оперативного лечения, невозможность выполнения полной функциональной реваскуляризации миокарда, тяжесть поражения коронарного русла по шкале Syntax менее 22 баллов и более 33 баллов, поражение ствола левой коронарной артерии, предшествующее АКШ или ЧКВ, тяжелая сопутствующая патология, лимитирующая выживание больных. По данным холтеровского мониторирования у всех пациентов после ЧКВ КЗА имелись ишемические изменения миокарда. Критериями ОКС являлись наличие 1 или нескольких следующих критериев: симптомы ишемии миокарда, ишемические изменения миокарда на электрокардиограмме, повышение кардиоспецифических маркеров, визуализация «свежих» зон гипо- или акинеза миокарда на эхокардиографии, выявление тромботических масс на селективной коронароангиографии. Под многососудистым поражением коронарного русла понималось наличие трехсосудистого поражения с тяжестью поражения от 22 до 33 баллов по шкале Syntax. В период наблюдения состояние пациентов оценивалось на госпитальном этапе и на амбулаторном приеме каждые 3 месяца. Выполнялся мониторинг для оценки комбинированной конечной точки MACE (сердечно-сосудистая смертность, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, повторная реваскуляризация). Средний возраст пациентов основной группы (n=129) равнялся 59,9±8 лет, абсолютное большинство пациентов были мужского пола - 106 (82%). ЧКВ КЗА по поводу ОКС с подъемом сегмента ST было выполнено 63 больным (49%) и по поводу ОКС без подъема сегмента ST - 66 (51%). Сопутствующая патология в основной группе наблюдалась со следующей частотой: гиперлипидемия - 128 (99%), артериальная гипертензия - 129 (100%), стенокардия напряжения III-IV класса по классификации стенокардии Канадского кардиологического общества (CCS) - 129 (100%), сахарный диабет - 27 (21%), генерализованный атеросклероз - 109 (85%), табакокурение - 54 (42%), перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе - 17 (13%). Фракция выброса левого желудочка по Симпсону после стентирования КЗА равнялась 56±8%. У всех пациентов имелось трехсосудистое поражение коронарного русла с тяжестью поражения по шкале SYNTAX - 26,8±2,6 баллов. Распределение частоты встречаемости КЗА среди бассейнов коронарного русла было следующим: передняя нисходящая артерия - 53 (41%), огибающая артерия - 33 (26%), правая коронарная артерия - 43

(33%). Для реваскуляризации КЗА требовалось $1,14 \pm 0,4$ штук коронарных стентов, длина стентированного участка составила $26,5 \pm 12$ мм, диаметр стентов – $3 \pm 0,3$ мм. Ангиографическими критериями успеха ЧКВ КЗА были кровоток TIMI III, резидуальный стеноз не более 10%, исчезновение объективных и субъективных симптомов острой ишемии миокарда после интервенции. Временной промежуток от момента выполнения ЧКВ КЗА до проведения полной функциональной реваскуляризации методом ЧКВ равнялся 69 ± 21 суток. Все пациенты получили нагрузочную дозу клопидогреля перед ЧКВ КЗА. В послеоперационном периоде назначались ацетилсалициловая кислота, клопидогрел, бета-блокаторы, статины и ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента. Основная группа была статистически сопоставима по клинико-демографическим показателям группе сравнения – усредненные данные на основе мета-анализа Hoffman S.N. Статистическая обработка проводилась с использованием программы Statistica 13.3 (StatSoftInc., США). Количественные показатели сопоставлялись с использованием метода расчета среднего значения и стандартного отклонения. Качественные показатели представлены частотами в процентах. Для сравнения данных применялась оценка значения двустороннего 95% доверительного интервала разницы полученных неблагоприятных событий, исходя из выбранного дизайна исследования «non-inferiority». Граница наименьшей эффективности $[\delta]$ – 0,1. Статистическая значимость устанавливалась при вероятности ошибки первого типа не более 5%.

Результаты:

За период наблюдения в течение 2 лет в группе произошел 1 случай сердечно-сосудистой смертности (0,78%) через 1 год после выполнения полной реваскуляризации. Причиной смерти явился острый инфаркт миокарда. Нелетальный инфаркт миокарда наблюдался в 6 случаях (4,65%), из них 1 случай произошел в госпитальный период и был вызван тромбозом стента, остальные – в период от 6 до 12 месяцев после полной реваскуляризации. Таким образом, частота событий MACE (сердечно-сосудистая смертность, нелетальный острый инфаркт миокарда или острое нарушение мозгового кровообращения) составила 0,0543 (7 случаев) [95% доверительный интервал: 0,0265; 0,1078]. Повторная реваскуляризация в группе требовалась у 11 пациентов (8,5%). Частота событий MACE (сердечно-сосудистая смертность, нелетальный острый инфаркт миокарда или острое нарушение мозгового кровообращения, повторная реваскуляризация) была равна 0,1395 (18 случаев) [95% доверительный интервал: 0,0901; 0,2098]. Клиническая неэффективность АКШ в группе сравнения по показателям MACE и MACE составили 0,019 и 0,24 соответственно [10]. Анализ обработанных статистических данных согласно критериям «non-inferiority» доказывает эквивалентность стадийной эндоваскулярной реваскуляризации с использованием стентов 3 поколения с лекарственным покрытием и биodeградируемым полимером у больных с ОКС и многососудистым поражением коронарного русла перед АКШ по частоте возникновения больших сердечно-сосудистых событий, однако АКШ имеет преимущество по комбинированной конечной точке MACE, прежде всего за счет меньшей частоты повторных реваскуляризаций.

Заключение:

Стадийная эндоваскулярная реваскуляризация коронарного русла с использованием стентов 3 поколения с лекарственным покрытием и биodeградируемым полимером у больных с острым коронарным синдромом и многососудистым эквивалентна с аортокоронарным шунтированием по комбинированной точке возникновения больших сердечно-сосудистых собы-

тий (MACE) и проигрывает аортокоронарному шунтированию по частоте повторных реваскуляризаций

ТИП ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА

Нагаева Г.А., Аминов А.А.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ, г. Ташкент

Введение (цели/ задачи):

Сравнительный анализ пациентов с различными типами острого инфаркта миокарда (ОИМ) в зависимости от антропометрических характеристик.

Материал и методы:

Для проведения мониторинга больных ОИМ и сбора необходимой и полноценной информации сотрудниками отдела Профилактики ССЗ был разработан специальный опросник – «карта-регистр». За время проведения регистра было обследовано 120 женщин и 347 мужчин, пролеченных в условиях клиники Центра кардиологии. Отдельно среди мужчин и женщин, были выделены пациенты с различными типами ОИМ: ОИМсQ – 65 женщин (1А подгруппа) и 237 мужчин (1Б подгруппа) и ОИМбезQ – 55 женщин (2А подгруппа) и 110 мужчин (2Б подгруппа). Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты:

Возрастные характеристики женской популяции в зависимости от типа ОИМ были следующими: средний возраст женщин в 1А подгруппе составил $65,2 \pm 7,9$ лет и во 2А подгруппе – $65,7 \pm 7,9$ лет ($p > 0,05$). Более детальный анализ установил, что в 1А подгруппе 1,5% пациенток имели возраст ≤ 40 лет, во 2А подгруппе – женщин категории ≤ 40 лет не имелось. Количество больных в возрасте от 41 до 60 лет в 1А подгруппе оказалось 21,5% и во 2А подгруппе – 29,1%. Категорию лиц старше 60 лет в 1А подгруппе составили 76,9% и во 2А подгруппе – 70,9% женщин (все $p > 0,05$). Средний показатель индекса массы тела (ИМТ) в 1А подгруппе составил $29,0 \pm 4,7$ кг/м² и во 2А подгруппе – $30,7 \pm 5,6$ кг/м² ($p = 0,073$). Избыточный вес регистрировался в 1А подгруппе у 36,9% и во 2А подгруппе – у 34,6% женщин. Ожирение 1ст. в 1А подгруппе имело место у 24,6% и во 2А подгруппе – у 23,6% пациенток. Ожирение 2ст. в 1А подгруппе отмечалось у 15,4% и во 2А подгруппе – у 18,2% обследуемых. Ожирение 3ст. оказалось прерогативой лиц 2А подгруппы (5,5%), в то время как в 1А подгруппе – женщин с наличием ожирения 3ст. выявлено не было (все $p > 0,05$). Аналогичные показатели в мужской популяции были следующими: средний возраст мужчин 1Б подгруппы составил $57,8 \pm 9,0$ лет и во 2Б подгруппы – $57,4 \pm 9,3$ лет ($p > 0,05$). В обеих подгруппах преобладали мужчины категории 41–60 лет (57% и 60%) и >60 лет (40,1% и 35,5%, соответственно, в 1Б и 2Б подгруппах), все $p > 0,05$. Однако, количество лиц категории ≤ 40 лет в 1Б подгруппе оказалось на 1,6% меньше, чем во 2Б подгруппе ($p > 0,05$). Средний показатель индекса массы тела (ИМТ) в 1Б подгруппе составил $29,3 \pm 4,5$ кг/м² и во 2Б подгруппе – $28,7 \pm 4,0$ кг/м² ($p = 0,073$). Избыточный вес регистрировался в 1Б и 2Б подгруппах у 48,9% и 41,8% мужчин. Ожирение 1ст. в 1Б и 2Б подгруппах имело место у 24,9% и 27,3% пациентов. Ожирение 2ст. в 1Б и 2Б подгруппах отмечалось у 8,0% и 8,2% обследуемых. Ожирение 3ст. регистрировалось лишь у мужчин 1Б подгруппы, составив 2,5%.

Заключение:

Среди женщин ОИМ, независимо от типа, в наибольшем коли-

честве случаев регистрировался в возрасте старше 60 лет, тем не менее, более тяжелая форма заболевания (ОИМ с зубцом Q) была диагностирована у пациентки в возрасте до 40 лет, что противоречит теории об эстрогенной защищенности женщин фертильного возраста и свидетельствует об омоложении ОИМ. У женщин, высокая степень ожирения не всегда сопровождалась тяжелой формой ОИМ. Среди мужчин ОИМ, независимо от типа, в наибольшем количестве случаев (57% и 60%), поражал лиц возрастной категории 41–60 лет. У мужчин в возрасте ≤ 40 лет на 1,6% чаще развивался ОИМ без зубца Q. Среди мужчин ОИМ с зубцом Q количество лиц с нормальным весом было на 7,0% меньше, чем среди мужчин ОИМ без зубца Q, а ожирение 3ст. оказалось прерогативой лишь больных ОИМ с зубцом Q.

ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Пучиньян Н.Ф., Малинова Л.И., Фурман Н.В.,
Долотовская П.В., Денисова Т.П., Липатова Т.Е.
ФГБОУ ВО САРАТОВСКИЙ ГМУ им. В.И. РАЗУМОВСКОГО
Минздрава России, Саратов, Россия

Введение (цели/ задачи):

Двойная антиагрегантная терапия является необходимым стандартом лечения при целом ряде патологии у сердечно-сосудистых пациентов. В то же время у практических врачей возникает дилемма о назначении/неназначении антитромбоцитарных препаратов у пациентов, имеющих сниженное количество тромбоцитов периферической крови – тромбоцитопению (ТП). Рассуждая о соотношении риска возможных кровотечений и пользы (предотвращение тромботических событий), практический врач чаще отдает предпочтение минимизации (как ему кажется) риска развития кровотечения, чем не столь осязаемой профилактике развития тромботических осложнений. Цель настоящего исследования: оценить частоту встречаемости тромбоцитопении в реальной практике врача кардиолога, и характеризовать ее в зависимости от тяжести состояния пациента.

Материал и методы:

Проводилось ретроспективное наблюдательное исследование на базе мощного кардиологического центра, имеющего в своем составе отделения терапевтического и хирургического профиля. Медицинская помощь пациентам кардиологического профиля оказывалась в условиях стационара по экстренным и неотложным показаниям, в плановом порядке, а также амбулаторно в консультационно-поликлиническом отделении. Для анализа использовались данные пациентов, которым хотя бы раз проводился развернутый клинический анализ крови с подсчетом количества тромбоцитов (PLT), их среднего объема (MPV) и тромбокрит (PCT). Таким образом, пригодными для анализа оказались результаты обследования 31 430 пациентов, из которых по неотложным и экстренным показаниям было госпитализировано 1 934 больных. Под тромбоцитопенией (ТП) понималось патологическое состояние, характеризующееся снижением количества тромбоцитов, циркулирующих в периферической крови, менее $150 \times 10^9/\text{л}$, включительно. По степени тяжести выделяли легкую (количество тромбоцитов ≤ 150 , но $>100 \times 10^9/\text{л}$), средней степени тяжести (≤ 100 , но $>50 \times 10^9/\text{л}$) и тяжелую ($\leq 50 \times 10^9/\text{л}$) тромбоцитопении. В зависимости от динамики уровня тромбоцитов на протяжении госпитализации (наблюдения) выделялись прогрессирующая и транзиторная ТП. Транзиторная ТП характеризуется снижением уровня тромбоцитов до критерильных значений, сменяющееся повышени-

ем до физиологической нормы, в течение одной госпитализации (случая наблюдения). К этой категории также относились пациенты, у которых снижение уровня тромбоцитов до уровня ТП происходило в стационаре во время госпитализации, т.е. ТП развивалась во время госпитализации. Для прогрессирующей ТП характерно неуклонное снижение количества тромбоцитов на всем протяжении наблюдения. При отсутствии повторных анализов крови ТП считалась неуточненной.

Результаты:

ТП была выявлена у 846 пациентов, что составляет 2,69% от общего числа пациентов. Однако среди больных, госпитализированных по неотложным и экстренным показаниям, ее частота возрастала до 9,41%. Наиболее часто выявлялась легкая ТП – 86,52% от всех случаев ТП. Тяжелая ТП чаще всего встречалась у больных, госпитализированных по экстренным и неотложным показаниям – 9,09%. Однако частота встречаемости ТП разной степени тяжести не различалась у больных, госпитализированных в плановом и экстренном порядке, а также получавших консультативную амбулаторную помощь. Транзиторная ТП была выявлена у 5,96% пациентов со сниженным количеством тромбоцитов. Частота неуточненной ТП – 62,12% среди больных, госпитализированных по экстренным и неотложным показаниям, указывает на недостаточную проработанность проблемы диагностики в реальной клинической практике. Показатели динамики изменения количества тромбоцитов периферической крови значимо различались в зависимости от исходной степени тяжести. ТП у больных, госпитализированных по неотложным и экстренным показаниям, характеризовалась достоверно более низкими уровнями тромбоцитов, а также ассоциацией с такими гематологическими синдромами как анемия и лейкоцитоз. При этом половых и возрастных различий частот ТП по тяжести и динамике тромбоцитов у больных госпитализированных в плановом vs экстренном порядке выявлено не было.

Заключение:

В реальной клинической практике врача-кардиолога тромбоцитопения является нередким состоянием, затрудняющим принятие решения о проведении антиагрегантной терапии. У кардиологических больных, нуждающихся в неотложной и экстренной госпитализации, чаще встречается тяжелая тромбоцитопения вследствие подавления тромбоцитопоэза, ассоциированная с лейкоцитозом и анемией.

ФАКТОР НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-АЛЬФА У БОЛЬНЫХ ИБС СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Тополянская С.В.¹, Вакулenco О.Н.²,
Елисеева Т.А.², Дворецкий Л.И.¹

¹ФГАУ ВО ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА
Минздрава России (Сеченовский Университет),
²ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн (ГВВ) №3
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. МОСКВЫ»

Введение (цели/ задачи):

Основная цель настоящего исследования – определить концентрацию фактора некроза опухоли-альфа (ФНО- α) у больных ИБС старческого возраста, а также взаимосвязь этого цитокина с рядом патологических состояний.

Материал и методы:

Данная работа представляет собой одномоментное («поперечное») исследование. В исследовании принимают участие боль-

ные старше 75 лет, находящиеся на стационарном лечении с диагнозом «ИБС». Основные критерии исключения: наличие каких-либо инфекционных, воспалительных или онкологических заболеваний. К настоящему времени в исследование включено 67 больных; большинство из них (65,7%) составили женщины. Возраст пациентов варьировал от 77 до 98 лет, составляя в среднем 89,1 (+3,9) года. Концентрацию ФНО- α в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа; нормальные значения ФНО- α составляли менее 8,1 пг/мл. Кроме того, применяли стандартные методы обследования больных ИБС.

Результаты:

Средняя по группе концентрация ФНО- α достигала 10,2 \pm 5,0 пг/мл (варьируя от 4,0 до 31,9 пг/мл). Повышение уровня ФНО- α обнаружено у 64,2% больных. Содержание ФНО- α было выше у пациентов с хронической сердечной недостаточностью ($p=0,002$), фибрилляцией предсердий ($p=0,03$) и с гиперурикемией ($p=0,007$). При корреляционном анализе выявлена достоверная позитивная корреляция между уровнем ФНО- α и мочевой кислоты ($r=0,52$; $p=0,00004$), между концентрацией ФНО- α и содержанием β -Cross Laps (продуктов деградации коллагена I типа) ($r=0,53$; $p=0,0001$), а также с уровнем креатинина в сыворотке крови ($r=0,26$; $p=0,04$). Кроме того, обнаружена отрицательная корреляция между показателями ФНО- α и концентрацией общего холестерина ($r=-0,3$; $p=0,005$) и ХС-ЛПВП ($r=-0,6$; $p=0,001$), а также между ФНО- α и лептином ($r=-0,3$; $p=0,01$). Зарегистрирована отрицательная корреляция между содержанием жировой ткани (по данным анализа композиционного состава тела) и уровнем ФНО- α , однако статистическая достоверность была получена только для жира нижних конечностей ($r=-0,53$; $p=0,01$). Отмечено снижение концентрации ФНО- α по мере увеличения возраста больных ($r=-0,38$; $p=0,001$). Каких-либо иных взаимосвязей между ФНО- α и изучаемыми лабораторными, клиническими, эхокардиографическими параметрами не найдено.

Заключение:

Полученные результаты свидетельствуют о частом повышении содержания ФНО- α в сыворотке крови у больных старческого возраста, страдающих ИБС. Более высокие уровни ФНО- α ассоциируются с хронической сердечной недостаточностью, фибрилляцией предсердий и гиперурикемией. Необходимы дальнейшие исследования по изучению роли ФНО- α в субклиническом воспалении и в развитии ряда патологических состояний у лиц старческого возраста.

ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ И РАННЕЙ ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ

Сотников А.В.¹, Епифанов С.Ю.², Кудинова А.Н.¹, Гордиенко А.В.¹, Носович Д.В.¹

¹ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им.С.М. Кирова» МО РФ,
²ФГБУ «Клиническая больница»

Управления делами Президента РФ

Введение (цели/ задачи):

Ранняя постинфарктная стенокардия и рецидивирующий инфаркт миокарда (ИМ) существенно ухудшают прогноз заболевания у мужчин моложе 60 лет. Цель. Оценить значимость факторов риска рецидивирующего течения и ранней постинфарктной стенокардии при инфаркте миокарда (ИМ) у мужчин

моложе 60 лет для улучшения профилактики.

Материал и методы:

Изучены результаты лечения мужчин 18-60 лет с ИМ. В исследуемую группу вошли 95 больных (средний возраст 50,5 \pm 5,3 года) с рецидивирующими поражениями (рецидив ИМ и/или ранняя постинфарктная стенокардия). Контрольную группу составил 471 пациент (средний возраст 50,9 \pm 6,4 года) с ИМ без этих осложнений. Выполнена сравнительная оценка структуры основных и дополнительных факторов риска ИМ в выделенных группах. Абсолютный (АР) и относительный (ОР) развития рецидивирующих поражений при ИМ от воздействия различных факторов рассчитывали методом Хи-квадрат. Итоговые модели верифицированы ROC-анализом.

Результаты:

Рецидивирующие поражения чаще наблюдали у курящих пациентов (у 86% в исследуемой группе и 73% – в контрольной; $p=0,03$) с нестабильной стенокардией (58 и 46%, соответственно, $p=0,04$) и ИМ в анамнезе (57 и 41%, соответственно, $p<0,0001$), гиподинамией (95 и 78%, соответственно, $p<0,0001$), дисфункцией почек (ДП) (29 и 12%, соответственно, $p=0,0004$), перенесших аортокоронарное шунтирование (АКШ) (18 и 9%, соответственно, $p=0,01$), с развитием настоящего ИМ на фоне стресса (54 и 37%, соответственно, $p=0,0004$), сопровождающегося осложненным течением (100 и 65%, соответственно, $p<0,0001$) с острой сердечной недостаточностью II функционального класса и выше (по Т. Killip) (64 и 50%, соответственно, $p=0,006$) и легочной гипертензией (ЛГ) (73 и 58%, соответственно, $p=0,03$). У пациентов исследуемой группы оказались выше число пораженных артерий (2,8 \pm 0,4 и 2,2 \pm 0,9; $p=0,02$) и степень их окклюзии (94,3 \pm 10,0 и 87,8 \pm 11,7; $p=0,046$). При этом вовлечение трех и более ветвей венечных артерий (АР=24%; ОР=3,1; $p=0,04$) и полная их окклюзия (АР=24%; ОР=2,6; $p=0,04$) наряду с наличием трех и более осложнений ИМ (АР=24%; ОР=3,1; $p=0,04$), тромбозомболиями в малом круге кровообращения (АР=46%; ОР=4,2; $p<0,0001$), атерогенными дислипидемиями (АР=25%; ОР=3,1; $p<0,0001$), ЛГ (АР=7%; ОР=1,7; $p=0,03$), ожирением (АР=23%; ОР=2,7; $p<0,0001$) существенно повышали риск развития рецидивирующих поражений. Менее значимыми для увеличения риска рецидивирующих поражений оказались пристрастие к табаку (АР=10%; ОР=2,1; $p=0,005$), период года (осень, зима и весна) (АР=12%; ОР=2,5; $p=0,0009$), наличие нестабильной стенокардии (АР=7%; ОР=1,5; $p=0,04$) и АКШ в анамнезе (АР=12%; ОР=1,8; $p=0,01$), отсутствие артериальной гипертензии или ее длительность менее семи лет (АР=7%; ОР=1,6; $p=0,03$), гиподинамия (АР=15%; ОР=4,4; $p<0,0001$), стрессовые ситуации как причина возникновения ИМ (АР=13%; ОР=2,5; $p<0,0001$), наличие ДП (АР=18%; ОР=2,4; $p=0,004$).

Заключение:

Многососудистые поражения с полной окклюзией ветвей коронарных артерий, сопровождающиеся осложненным течением ИМ, тромбозомболиями в малом круге кровообращения, ЛГ, атерогенными дислипидемиями и ожирением доминируют при рецидивирующих поражениях у мужчин моложе 60 лет с ИМ. Сочетание этих факторов зимой, весной и осенью с курением, при наличии нестабильной стенокардии, ИМ и операций шунтирования сердца в анамнезе, отсутствием артериальной гипертензии или ее продолжительности менее семи лет, в ассоциации с гиподинамией, стрессом, при наличии ДП свидетельствует о высоком риске рецидивирующих поражений при ИМ. Ранняя реваскуляризация, достижение целевых уровней параметров липидного обмена, профилактика ДП, тромбозомболии и ЛГ, коррекция гиподинамией значимы для улучшения прогноза у таких пациентов.

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ПОРОКА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА СЕРДЦА

Рогулина Н.В., Кондюкова Н.В.,
Теплова Ю.Е., Барбараш О.Л.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
КОМПЛЕКСНЫХ ПРОБЛЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Введение (цели/ задачи):

Выявить факторы, определяющие показатели качества жизни (КЖ) пациентов непосредственно после коррекции порока митрального клапана и в отдаленные сроки наблюдения (до 5 лет).

Материал и методы:

В исследование были включены 70 пациентов в возрасте от 50 до 70 лет, оперированные в ФГБНУ «НИИ КПССЗ» за период 2009-2013гг. по поводу порока митрального клапана. Оценка показателей КЖ была проведена при помощи универсального опросника SF-36 до операции и в сроки 1 год, 5 лет после вмешательства.

Результаты:

Наличие фибрилляции предсердий (ФП) достоверно снижает показатели КЖ: PF, RP – через 1 год и GH, PF, RP, VT – к 5-му году наблюдения после операции ($p \leq 0,050$) в сравнении с группой пациентов, имеющих синусовый ритм. Снижение функционального класса NYHA приводит к улучшению параметров КЖ: GH, PF, RP, VT (1-й год) и GH, PF, RP, VT и MH (к 5-му году) ($p \leq 0,050$). Достоверно отрицательное влияние на уровень КЖ: GH, RP, SF ($p \leq 0,050$), оказало наличие артериальной гипертензии (к 1-му году), к 5-му – различий не было ($p > 0,050$). Не выявлено значимого влияния на уровень показателей КЖ наличие сахарного диабета и ИБС ($p > 0,050$). Обратная корреляционная связь обнаружена между размерами левого предсердия и показателями КЖ: GH ($p = 0,020$) и VT ($p = 0,017$), а также между значением систолического давления в легочной артерии и параметрами КЖ: GH ($p = 0,010$) и SF ($p = 0,011$). Положительная корреляционная связь отмечена между фракцией выброса левого желудочка и GH ($p = 0,003$), PF ($p = 0,003$), RP ($p = 0,040$) к 5 году наблюдения. Коррекция порока митрального клапана с применением как механического, так и биологического протеза приводила к достоверному улучшению показателей физического и психического компонента здоровья, однако в группе реципиентов биопротезов эти параметры имели больший прирост.

Заключение:

Мерцательная аритмия, функциональный класс NYHA, артериальная гипертензия, размер левого предсердия и давление в легочной артерии – являются главными факторами, определяющими качество жизни пациентов после коррекции порока митрального клапана. Гемодинамический эффект коррекции митрального порока: уменьшение размеров левого предсердия и снижение давления в легочной артерии – является основным инструментом улучшения физического и психического компонентов здоровья. Имплантация биологического протеза при пороке митрального клапана способствует приросту (улучшению) параметров качества жизни в различные сроки послеоперационного периода в большей степени.

ФОРМИРОВАНИЕ БОЛЬШИХ «БЕЛЫХ» ТРОМБОВ В НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЕ У ПИЛОТА ТУРБОВИНТОВОГО САМОЛЕТА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Цоколов А.В., Колесова И.А., Трофимец А.И.,
Ильин И.Б., Чилоч Г.Ф., Крылов В.А.,
Настаева М.В., Каленицкая А.О., Махрова О.Б.
ФГБУ МО РФ «1409 Военно-морской клинический
госпиталь», г. Калининград, Россия

Введение (цели/ задачи):

О случаях тромбообразования в системе глубоких вен нижних конечностей у пассажиров при длительных авиаперелетах известно достаточно давно. Схожие патофизиологические процессы могут происходить и у пилотов самолетов, однако в доступной литературе информации по данной проблематике нам найти не удалось. В этой связи достаточно интересен случай остро сформировавшегося большого подвижного «белого тромба» (как это было установлено в дальнейшем на аутопсии) в системе нижней полой вены (проксимальный отдел), с заполнением большей части объема правого предсердия подвижными элементами данного тромба. Цель работы: на основании анамнеза, данных лабораторно-инструментального обследования, попытаться уточнить возможные механизмы формирования тромбов в условиях длительных авиаперелетов.

Материал и методы:

Пилот (мужчина, 56 лет) турбовинтового самолета, с общим налетом более 6000 часов, и налетом за месяц предшествовавший госпитализации - порядка 150 часов (ежедневный налет 5-10 часов), обратился в клинику с жалобами на ощущение тяжести в грудной клетке, нехватку воздуха, умеренную слабость. В течение месяца беспокоили боли в поясничном отделе позвоночника и отечность нижних конечностей, по поводу чего самостоятельно занимался гирудотерапией. При поступлении на ЭКГ зарегистрированы диффузные изменения по типу «трансмуральной ишемии миокарда левого желудочка». При флюорографическом обследовании патологии легких выявлено не было, несмотря на жалобы на «одышку, тяжесть в груди» и изменения на ЭКГ. При трансторакальном ЭХОКГ обследовании было выявлено расширение правого предсердия и желудочка, умеренная легочная гипертензия. В полости правого предсердия – плотная подвижная структура диаметром до 10 мм, пролабирующая через трикуспидальный клапан в полость правого желудочка до 2-3 см, и берущая свое начало на уровне проксимального отдела нижней полой вены. Тромб заполнял полость правого предсердия до 50%. При этом, при ЭХОКГ исследовании, выполненном за 6 месяцев до настоящего эпизода, пилот был признан здоровым. Ввиду особенностей расположения подвижных тромботических масс (нижняя полая вена – правое предсердие) было принято решение о проведении тромболизиса. В динамике, при ЭХОКГ и МРТ-исследованиях регистрировался лизис (псевдо-лизис) подвижных структур в правом предсердии, с некоторым улучшением общего состояния пациента, однако на 4-й день с момента выполнения тромболизиса наступила внезапная смерть больного.

Результаты:

При аутопсии – массивная тромбоэмболия мелких и средних ветвей легочной артерии обоих легких дефрагментированными сегментами тромба НПВ-ПП, при отсутствии патологии в подкожных и глубоких венах нижних конечностей. Формирование тромбов вследствие самого авиаперелета и влияния неблагоприятных факторов окружающей среды в кабине самолета с

большой долей вероятности можно исключить: в настоящее время нет доказанных фактов их влияния на формирование тромбов. Можно предположить несколько возможных вариантов формирования тромбов у данного конкретного больного. Во-первых – нельзя исключить такую патологию как «антифосфолипидный синдром», который может рассматриваться как первопричина, а формирование тромбов – уже как следствие длительных авиаперелетов и влияние множества неблагоприятных факторов (вибрации, гиподинамии, гипотермии, стресса, гиповолемии). Определенное сходство с антифосфолипидным синдромом имеет и гипергомоцистеинемия. Во-вторых – не вполне ясна роль гирудотерапии в процессе формирования белых тромбов в данном конкретном случае (не стоит забывать о таком редком состоянии, как гирудин-индуцированная тромбоцитопатия; на протяжении нескольких месяцев\лет пилот самостоятельно использовал пиявок с профилактической целью). В-третьих – нельзя исключить наследственный (либо – приобретенный) тромбофилический компонент процесса тромбообразования. Что касается целесообразности проведения тромболизиса у пациентов с подобной локализацией тромботических масс, то данный аспект безусловно требует уточнения и изучения. Оперативное лечение может быть единственным методом спасения хотя бы части таких больных, несмотря на высокую летальность и повторные тромбоэмболии в первый год после операции.

Заключение:

Диагностика патофизиологических механизмов формирования тромбов у таких пациентов предполагает, в первую очередь, уточнение возможной патологии свертывающей системы крови (АЧТВ, фибриноген, антитромбин III, протеин С, протеин S, фактора V и др.), с оценкой Лейденской мутации, выявление мутации гена MTHFR (метилентетрагидрофолатредуктазы), гена протромбина, волчаночного антикоагулянта, антител к кардиолипину, и т.д. Помощь в диагностике может оказать и анализ крови на гомотеин. В качестве перспективной методики своевременной диагностики тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии у таких больных должна рассматриваться методика перфузионной сцинтиграфии легких. Обязательным остается выполнение ЭХОКГ, рентгенографии органов грудной клетки, и лабораторного звена обследования. Что же касается методов профилактики, то соблюдение санитарно-гигиенических норм и рекомендаций по авиаперелетам остается неизменным и главным требованием на протяжении последних десятилетий. Предложенный клинический случай – первое описание тяжелого тромбоза «нижней поллой вены – правого предсердия» с последующей тромбоэмболией легочной артерии у пилота самолета. Случай требует более детального анализа, что в дальнейшем будет способствовать осуществлению быстрой и эффективной диагностики таких состояний, а также оптимальному подбору терапии.

СКРИНИНГОВОЕ ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В АРМЕНИИ

Зелвеян П.А.^{1,2}, Гургенян С.В.¹, Авагян А.М.²,
Минасян А.А.², Акопян З.Н.^{1,2}, Устян Ц.Д.¹,
Гарибян Э.С.¹, Мелконян А.А.¹, Шагоян А.М.¹,
Ароян С.А.¹, Ватинян С.Х.¹

¹НИИ кардиологии им. Л.А. Оганесяна,

²Армянская медицинская ассоциация, ЕРЕВАН, АРМЕНИЯ

Введение (цели/ задачи):

Повышенное артериальное давление (АД) является растущей проблемой во всем мире, приводя к более чем 10 миллионам смертей в год. Тем не менее, по имеющимся данным, о своем состоянии осведомлены лишь около 50% лиц с артериальной гипертензией (АГ), а показатели контроля АД у больных с АГ остаются недопустимо низкими, особенно в странах с низким уровнем дохода. Исходя из этого в 2017 году Международное общество по артериальной гипертензии и Всемирная антигипертензивная лига выступили с глобальной инициативой, направленной на повышение выявляемости АГ и осведомленности о высоком АД, организовав кампанию (MAY MEASUREMENT MONTH 2017 – MMM17, месяц измерения май 2017) по измерению АД в 80 странах мира. Армянская медицинская ассоциация и Ассоциация кардиологов Армении также поддержали эту инициативу, и акция MMM17 была проведена в 19 населенных пунктах Армении.

Цель исследования. Определить степень информированности населения Армении об уровне и эффективности контроля АД по результатам скрининга АГ и опроса, в рамках всемирной акции MMM17.

Материалы и методы:

В мае-июне 2017 года было проведено скрининговое измерение АД и опрос добровольцев в возрасте старше 18 лет, в соответствии со стандартным протоколом MMM17. Во время скрининга с помощью автоматических тонометров трехкратно измерялось АД, заполнялся опросник о наличии сердечно-сосудистых осложнений в анамнезе, факторов риска и коморбидных состояний. Информация о росте и массе тела была получена со слов респондентов. АГ определяли при систолическом АД (САД) ≥ 140 мм рт.ст. и/или диастолическом АД (ДАД) ≥ 90 мм рт.ст., а также при наличии антигипертензивной терапии (АГТ), независимо от значений АД. Исследование проводилось в 32 общественных местах и в 42 медицинских учреждениях.

Результаты:

В акции MMM17 приняли участие 9199 человека, в возрасте от 18 до 88 лет (средний возраст $50 \pm 16,7$ года). Женщины составили 57,3%. Средний индекс массы тела респондентов составил $27,3$ кг/м². 972 (10,6%) участника скрининга сообщили о наличии сахарного диабета (СД), 1112 (12,1%) – о наличии инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе, а 656 (7,1%) респондентов сообщили об инсульте в анамнезе. 2668 (29,0%) респондентов были курильщиками, 2230 (24,2%) – употребляли алкоголь один или несколько раз в неделю.

АД измерялось на левой руке у 5465 (59,4%) респондентов. Трехкратное измерение было проведено у 9186 участников и отмечено снижение показателей АД от первого измерения к третьему на $2,3/1,8$ мм рт.ст. Среднее значение показателей АД второго и третьего измерения составило $127,9/80,2$ мм рт.ст. На момент скрининга у 3114 (33,9%) респондентов выявлено АГ, из них 1649 (52,9%) принимали антигипертензивные препараты, однако только у 380 (23,0%) были достигнуты целевые значения АД.

Среди людей с избыточной массой тела и ожирением, у курильщиков, у больных с СД и у лиц с перенесенным инсультом в анамнезе наблюдался статистически более высокий уровень САД и ДАД. Статистически значимые более высокие уровни ДАД наблюдались у лиц, ранее перенесших ИМ.

После поправки на возраст, пол и наличие АГТ, выявлена достоверная вариабельность АД в зависимости от дня недели, причем самые высокие значения были зарегистрированы в субботние, а самые низкие – в воскресные дни.

Заключение:

В армянской популяции одна треть участников на момент акции МММ17 имела АГ. Озадачивает факт низкой осведомленности об уровне АД, что приводит к неудовлетворительному контролю АД. 77,0% респондентов, получавших АГТ, не достигли целевых уровней АД. Считаем, что скрининговая акция МММ является удобным и недорогим инструментом для повышения осведомленности и выявляемости лиц с высокими значениями АД и эффективного контроля больных с АГ.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST И СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Печерина Т.Б., Кашталап В.В., Барбараш О.Л.

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

Введение (цели/ задачи):

Цель: определить клиническую значимость биохимических и эхокардиографических маркеров ремоделирования сердца у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) и сохраненной фракцией выброса левого желудочка в периоде госпитализации.

Материалы и методы:

В проспективное когортное исследование было включено 100 пациентов с диагнозом ИМпST с фракцией выброса ЛЖ $\geq 40\%$. Эхокардиографическое исследование проводилось всем пациентам на первые и 10-12-е сутки ИМпST. У всех пациентов при поступлении в стационар и в динамике на 10-12-е сутки от начала заболевания проводилось определение концентраций в сыворотке крови маркеров: галектин-3; N-терминального мозгового натрийуретического пропептида (NT-proBNP); растворимого белка семейства рецепторов ИЛ-1 (sST2), матриксных металлопротеиназ-1, 2 и 3 (ММП), тканевого ингибитора матриксной металлопротеиназы-1 (ТИМП-1).

Результаты:

Определено увеличение ($p < 0,05$) к 10-12м суткам ИМ значений: ФВ ЛЖ, VO, E/e', СРМП, и снижение: КДО, КСО, КСР, DT, ET, Em, Em/СРМП ($p < 0,05$). Концентрация ММП-3 (1-е сутки) в 1,62 раза превышала значения, измеренные на 10-12-е ($p = 0,0001$), а концентрация растворимого ST2-рецептора, напротив, на 1-е сутки почти в 2 раза превышала концентрацию на 10-12-е сутки ($p = 0,0001$). Также статистически значимая динамика в периоде госпитализации определена для галектина-3 ($p = 0,0001$), ММП-2 ($p = 0,0003$), Nt-proBNP ($p = 0,0361$). По результатам корреляционного анализа, определена связь большинства изучаемых маркеров с показателями систолической и диастолической функции ЛЖ, как на 1-е, так и на 10-е сутки оценки.

Заключение:

В госпитальном периоде регистрируется закономерная динамика

большинства изученных маркеров: галектина-3, ММП-2, ММП-3, sST2, Nt-proBNP. Определена статистически значимая корреляционная связь в первые сутки ИМпST между уровнем биологических маркеров, с одной стороны, и эхокардиографическими показателями систолической и диастолической функций, с другой. Изученные биологические и инструментальные маркеры отражают субклиническую тяжесть ремоделирования миокарда, и потенциально могут быть использованы в качестве критериев эффективности терапевтических стратегий у пациентов с сохраненной ФВ ЛЖ

ВАРИАЕЛЬНОСТЬ УРОВНЕЙ ЛИПОПРОТЕИНА(А) В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАЗНЫХ ФЕНОТИПАХ ГИПЕРЛИПИДЕМИЙ (НАСЛЕДСТВЕННЫХ И ПОЛИГЕННЫХ) ПО ДАННЫМ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЁМА

Каминная В.И., Рожкова Т.А., Амелюшкина В.А.,
Зубарева М.Ю., Соловьева Е.Ю.
ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Цель работы: выявить особенности взаимозависимости концентрации липопротеина(а) и разных фенотипов гиперлипидемий (ГЛП) в когорте лиц текущего амбулаторного приёма.

Материал и методы:

Данные результатов обследования 1173 пациентов с разными фенотипами ГЛП возраста 18-85 лет (мужчин 40% ($43,05 \pm 13,3$ лет), женщин 60% ($48,5 \pm 12,6$ лет)) за период 2009-2016гг в ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России. Типы ГЛП устанавливали по критериям: гиперхолестеринемия (ГХС) – уровень холестерина (ХС) $> 5,2$ ммоль/л и гипертриглицеридемия (ГТГ) – уровень триглицеридов $> 2,3$ ммоль/л. Семейную гиперхолестеринемия (СГХС) устанавливали при ХС $> 7,5$ ммоль/л и ТГ $< 4,5$ ммоль/л, учитывали «определенную» форму (более 8 баллов по Голландским критериям). Чистую ГТГ устанавливали при уровне ХС $< 5,2$ ммоль/л и ТГ $> 4,5$ ммоль/л. Проводили статистический анализ документально подтвержденных заболеваний: все формы ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертензии (АГ), перенесенного нарушения мозгового кровообращения (НМК), атеросклеротические поражения брахиоцефальных артерий (АтБЦА), сахарного диабета (СД), заболеваний и операций щитовидной железы (ЩЖ). В плазме крови пациентов натошак определяли концентрации ХС, ТГ, ХС-ЛПВП, ХС-ЛПНП, липопротеина(а).

Результаты:

В общей выборке из 1173 пациентов с ГЛП концентрация ЛП(а) была определена у 65,9%. В этой группе проанализировано распределение заболеваний и фенотипов ГЛП: ИБС – 33,1%, перенесенный ИМ – 11,4%, АКШ – 10,8%, АГ – 55,7%, АтБЦА – 44,3%, СД – 12,9%, НМК – 5,5%, ЩЖ – 34%; 2А тип ГЛП – 71,4%; 2Б тип ГЛП – 24%, СГХС – 41,3%, чистая ГТГ – 5,8%. Показана значительная вариабельность уровней ЛП(а) во всей группе: от 0,1 до 336 мг/дл. Повышенный уровень ЛП(а) > 30 мг/дл был выявлен у 36,2%, в том числе 2-кратное повышение верхней границы нормы от 30 до 60 мг/дл – у 11,2%. Значимое повышение уровня ЛП(а) более 60 мг/дл показано у 25% пациентов. Среди лиц с 2А типом ГЛП повышенный уровень ЛП(а) более 30 мг/дл выявлен у 40,4%, среди пациентов с СГХС – у 41,3%, среди лиц с ГТГ – у 25,5%.

Заключение:

Полученные результаты показывают высокую вариабельность количественного содержания ЛП(а) у пациентов с ГЛП и независимость распределения гипер-ЛП(а) от типа ГЛП.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОЛИЧЕСТВА ЦИРКУЛИРУЮЩИХ Т-ХЕЛПЕРОВ 17 СО СТЕПЕНЬЮ СТЕНОЗИРОВАНИЯ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Филатова А.Ю., Пылаева Е.А., Потехина А.В., Осокина А.К., Ноева Е.А., Рулева Н.Ю., Радюхина Н.В., Трипотень М.И., Погорелова О.А. ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Воспаление играет ключевую роль в иницировании и прогрессировании атеросклероза (АС). Многочисленные исследования свидетельствуют об участии различных популяций Т-лимфоцитов в атерогенезе. Т-хелперы (Тх) 1 типа способствуют поддержанию воспалительного процесса и развитию АС, в то время как регуляторные Т-клетки (Трег) оказывают противовоспалительное и антиатерогенное действие. Данные о роли Тх17 в развитии АС противоречивы. Целью нашего исследования было оценить взаимосвязь между количеством Трег, Тх1, Тх17 крови и степенью стенозирования различных участков сонных артерий (дистальные сегменты общей сонной артерии (ОСА), бифуркация ОСА, внутренняя сонная артерия (ВСА)).

Материал и методы:

В исследование включено 67 пациентов, которым было выполнено ультразвуковое дуплексное сканирование экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий с определением степени стенозирования ОСА и ВСА. Фенотипирование CD4+CD25highCD127low и CD4+Foxp3+ Трег, CD4+CD25lowCD127high активированных Т-клеток, CD4+IL10+ продуцирующих Т-клеток, CD4+IL17+ Тх17 и CD4+INF + Тх1 проводили методами прямой иммунофлуоресценции и цитометрии в потоке. Концентрацию sCD25 и ИЛ-10 в сыворотке крови измеряли хемилюминесцентным методом на анализаторе Immulite 1000, концентрацию ИЛ-17 в плазме крови – методом иммуноферментного анализа.

Результаты:

У пациентов со стенозом ВСА $\geq 35\%$ относительное количество циркулирующих Тх17 было выше, по сравнению с пациентами со стенозом ВСА $< 35\%$ ($p < 0,05$). Содержание Тх17 ≥ 1 (% от CD4+ клеток) было ассоциировано с более тяжелым поражением ВСА (ОШ 7,1 (1,6-31,3), $p < 0,05$ для стеноза ВСА $\geq 35\%$ и 5,6 (1,0-29,3), $p < 0,05$ для стеноза ВСА $\geq 50\%$). По остальным иммунологическим показателям пациенты с различной степенью стенозирования ВСА не различались. Мы также не выявили связи между параметрами клеточного иммунитета, содержанием цитокинов в крови и степенью выраженности АС ОСА и бифуркации ОСА.

Заключение:

Повышенное содержание циркулирующих Тх17 ассоциировано со степенью стенозирования ВСА. Для выявления иммунологических факторов, способствующих прогрессированию АС в различных сосудистых бассейнах, необходимы дальнейшие исследования. Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 17-04-00127.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БИОМЕХАНИКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СО СТЕПЕНЬЮ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС

БЕКМЕТОВА Ф.М., Дониеров Ш.Н., Джаббарова Д.Х.

«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ Научно-Практический Медицинский Центр Кардиологии», г. Ташкент. УЗБЕКИСТАН.

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: изучение показателей биомеханики левого желудочка в прогнозировании степени поражения коронарных артерий у больных ИБС.

Материал и методы:

В исследовании участвовали 45 пациентов со стабильной стенокардией напряжения, ФК II-III по Канадской классификации. Средний возраст пациентов соответствовал $57,2 \pm 5,6$ лет. Анализ систолической функции ЛЖ проводился с помощью традиционной эхокардиографии (методом Симпсона). Определяли фракцию выброса (ФВ) и объемы ЛЖ (КДО и КСО). Показатели механики миокарда изучались с помощью спекл-трекинг ЭХОКГ. При этом изучались деформация-стрейн (S) и скорость движения миокарда (SR). ЭХОКГ-исследование выполняли на аппарате Siemens Acuson x 700 (Германия) секторным датчиком с частотой 4,0 Мгц в В-, М-, D-режимах и режиме цветного доплеровского картирования. Всем пациентам было выполнено коронарография (КАГ) с последующей реваскуляризацией миокарда. Согласно полученным результатам КАГ пациенты были распределены на 2 группы: 1 группу составили 26 пациентов, у которых было обнаружено одно- или двухсосудистое поражение коронарного русла; во 2 группу были включены 19 пациентов с многососудистым поражением коронарных артерий.

Результаты:

При анализе систолической функции ЛЖ выявлено статистически значимое различие между двумя группами при сравнении объемов ЛЖ, индексов объемов ЛЖ и показателей ФВ в 4-и 2-камерных позициях. Степень выраженности систолической дисфункции у пациентов ИБС с многососудистым поражением КА была достоверно ниже, чем у пациентов ИБС с одно- или двухсосудистым поражением: ФВ= $54,7 \pm 8,2\%$ и $46,9 \pm 8,2\%$, соответственно ($p < 0,01$). Объемные показатели ЛЖ также достоверны выше во 2-й группе больных. Показатели систолического стрейна были статистически значимо ниже в группе пациентов ИБС с многососудистым поражением КА, по сравнению с 1 группой: S= $-13,1 \pm 4,8\%$ ($p < 0,01$). Статистически значимое снижение показателей циркулярного стрейна у пациентов 1-й группы обнаружено во всех сегментах. Аналогично показателям деформации у больных 2-й группы установлено достоверно более выраженное снижение показателей систолической скорости деформации по сравнению с 1-й группой: SR= $-0,97 \pm 0,12$ с $^{-1}$ и SR= $-1,17 \pm 0,19$ с $^{-1}$ соответственно ($p = 0,05$).

Заключение:

Изучение биомеханических свойств миокарда левого желудочка у пациентов с многососудистым поражением ИБС играет важную предикторную роль в оценке степени поражения коронарных артерий. Для получения более точных результатов требует изучение этой гипотезы на большей выборке больных.

ВЫБОР СНИЖЕННОЙ ДОЗЫ ПРЯМЫХ ПЕРОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В СОСТАВЕ ТРОЙНОЙ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ – ПРЕДИКТОР ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПОВЕРГНУТЫХ ПЛАНОВОМУ ЧРЕСКОЖНОМУ КОРОНАРНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ

Кривошеева Е.Н., Кропачева Е.С.,

Самко А.Н., Панченко Е.П.

«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ» Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Проведение чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) у больного фибрилляцией предсердий (ФП), имеющего высокий риск тромботических осложнений (ТО), является основанием для назначения тройной антитромботической терапии (ТАТ), что повышает риск кровотечений более чем в 3 раза. В таких случаях врачи, опасаясь возможных кровотечений, часто назначают неоправданно сниженные дозы прямых пероральных антикоагулянтов (ППАКГ), однако такой подход является предметом дискуссий. Цель исследования: изучить эффективность и безопасность сниженной дозы ППАКГ в составе ТАТ у больных ФП, перенесших плановое ЧКВ, а также выявить факторы, ассоциированные с выбором такой стратегии.

Материал и методы:

Всего в исследование включено 136 пациентов (68,4% мужчины, средний возраст $69,8 \pm 8,3$ года) с ФП, принимающих ППАКГ в составе ТАТ (клопидогрел 75 мг/сут + ацетилсалициловая кислота 75-100 мг/сут + ППАКГ) в связи с проведенными плановыми ЧКВ. Исследование не предусматривало рандомизации, дозы дабигатрана, апиксабана, ривароксабана после ЧКВ выбирал лечащий врач. Ривароксабан принимали 57,3%, апиксабан 22,8% и дабигатран 19,9% пациентов. Медиана суммы баллов CHA2DS2-VASc составила 5. Половине (49,3 %) из включенных в исследование пациентов лечащие врачи назначили ППАКГ в сниженных дозах. Из них 51 пациент (76,1%) продолжили прием препарата в сниженной дозе после отмены одного антиагреганта. Конечной точкой эффективности считали сумму ТО: острый коронарный синдром, ишемический инсульт, венозные тромбоемболические осложнения, сердечно-сосудистая смерть и потребность в незапланированном ЧКВ. Конечной точкой безопасности считали геморрагические осложнения (ГО) типов 2-5 в соответствии с классификацией BARC.

Результаты:

По результатам множественной регрессии сумма баллов по шкале CHA2DS2-VASc ≥ 5 оказалась независимым предиктором назначения сниженной дозы ППАКГ в составе ТАТ ($\beta=0,30$, $p=0,0395$). Медиана длительности наблюдения составила 12 мес [7,0; 14,0]. Медиана длительности приема ТАТ составила 3 мес [1,0; 6,0]. Кровотечения BARC 2-3 возникли у 28 пациентов (20,6%) на фоне приема ТАТ, у 7 больных (5,5%) первое клинически значимое кровотечение (BARC 2) произошло после отмены ацетилсалициловой кислоты. Кровотечений BARC 4-5 зарегистрировано не было. Медиана длительности приема ТАТ до первого кровотечения BARC 2-3 составила 36 дней [16,0; 150,0] и достоверно не отличалась в группах сниженной и полной дозы ППАКГ (41 и 31 дня соответственно, $p=0,4657$). Количество кровотечений BARC 2-3 в группах сравнения также достоверно не отличалось: 26,9 и 21,7 % ($p=0,7431$). Анализ кривых выживаемости Каплана-Мейера показал сопоставимую долю пациентов, переживших период наблюдения без развития кровотечений BARC 2-3 (0,81 и 0,78 соответственно, Log-Rank $p=0,8385$). За

время наблюдения всего зарегистрировано 20 (14,7%) неблагоприятных тромботических событий, в том числе 3 (2,2%) фатальных ишемических инсульта (все они произошли в группе пациентов, принимающих ППАКГ в сниженной дозе). В группе больных, получавших ППАКГ в полной дозе, доля пациентов без ТО была достоверно выше, чем в группе сниженной дозы ППАКГ (0,93 и 0,78 соответственно, Log-Rank $p=0,0178$). По результатам дискриминантного анализа предикторами развития ТО оказались сумма баллов по шкале CHA2DS2-VASc ≥ 6 ($F=5,06$, $p=0,0262$), прием ППАКГ в сниженной дозе ($F=4,40$, $p=0,0377$), а также выполнение поэтапных ЧКВ ($F=4,13$, $p=0,0442$).

Заключение:

Несмотря на то, что подавляющее большинство больных, нуждающихся в приеме тройной антитромботической терапии, относится к категории высокого тромбоемболического риска, балл по шкале CHA2DS2-VASc ≥ 5 , как было установлено, является предиктором назначения сниженной дозы ППАКГ. Назначение сниженной дозы ППАКГ в составе ТАТ, ассоциировалось с достоверным увеличением частоты всех ТО по сравнению с пациентами, получавшими полную дозу ППАКГ, при сопоставимом числе кровотечений. Наряду с приемом ППАКГ в сниженной дозе предикторами развития ТО явились сумма баллов по шкале CHA2DS2-VASc ≥ 6 и выполнение поэтапных ЧКВ. Представляется, что оптимальным подходом к лечению больных ФП высокого тромбоемболического риска является назначение полной дозы ППАКГ и минимизация сроков ТАТ, в том числе путем проведения полной реваскуляризации.

ВЛИЯНИЕ САКУБИТРИЛА /ВАЛСАРТАНА НА ПАРАМЕТРЫ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВО –АРТЕРИАЛЬНОГО СОПРЯЖЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С НИЗКОЙ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА

Бегдамирова А.А., Бахшалиев А.Б., Магеррамбайли И.Ш.

АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ

УНИВЕРСИТЕТ, АЗЕРБАЙДЖАН, БАКУ

Введение (цели/ задачи):

Концепция левожелудочково-артериального сопряжения (ЛЖАС) имеет важное значение в представлении развития сердечно-сосудистых заболеваний. Оптимальное взаимодействие ЛЖ и артериальной системы обеспечивает максимальную эффективность передачи ударной работы ЛЖ сосудам. У больных выраженное повышение индекса ЛЖАС-а, предсказывает о снижении сократительной активности ЛЖ. Новое представление о патогенеза хронической сердечной недостаточности, представляет интерес к изучению влияния сакубитрила /валсартана на параметры ЛЖАС и ремоделирование ЛЖ. Цель исследования – изучить влияние сакубитрила /валсартана на параметры ЛЖАС у пациентов пожилого возраста при хронической сердечной недостаточности с низкой фракцией выброса.

Материал и методы:

Было обследовано 19 больных с сердечной недостаточности с низкой фракцией выброса (СНнФВ) в возрасте 60-75 лет. Всем больным были проведены общ клинические исследование и биохимические анализы крови и инструментальные исследование сердца (хольтеровые мониторирование ЭКГ и АД, и двухмерная –Эхо КГ). Индекс ЛЖАС определяется как отношение артериального эластанса ($Ea=КСД/УО$) к желудочковому эластансу ($Ees=КСД/КСО$). Всем больным принимающие любую

дозу ингибитора АПФ /БРА за 36 часов до начала данного исследования были отменены. Из исследования были исключены больные с декомпенсацией СН, симптоматической гипотензией, со снижением скорости клубочковой фильтрации более чем на 25%, с гиперкалиемией. Прием препарата осуществлялся по схеме: первый месяц – 50 мг/сутки, в последующие месяцы – 100–200 мг/сутки. Титрация дозы препарата зависела от уровня САД. С целью оценки параметров ЛЖАС проводилась двухмерная Эхо КГ исходно, через 6 и 12 месяцев.

Результаты:

Во время исследования большинство больных отметили улучшение самочувствия, уменьшение одышки, периферических отеков. Госпитализация по причине сердечной недостаточности отмечалась у 4, а повторной госпитализации у 3 больных. В конце исследования у больных с СНнФВ отмечалась повышенная фракция выброса от 28.7 ± 6.5 до $45.4 \pm 7.2\%$, а также снижение периферического АД, и выявлено статистически значимое снижение Ea (от 2,1 до 1,4), индекса ЛЖАС (от 2,2 до 1,5). За 12 месяцев исследования значительных изменений в частоте сердечных сокращений отмечено не было.

Заключение:

Таким образом, при изучении влияния сакубитрила /валсартана на параметры ЛЖАС у пациентов пожилого возраста с СНнФВ обнаружено благоприятное влияние терапии на динамику ЛЖАС, артериальную ригидность и параметры центральной пульсовой волны

ГИПЕРУРИКЕМИЯ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Тополянская С.В.¹, Вакуленко О.Н.², Елисеева Т.А.²,
Балясникова Н.А.², Купина Л.М.², Дворецкий Л.И.¹

¹ФГАОУ ВО Первый Московский государственный
медицинский университет имени И.М. Сеченова

Минздрава России (Сеченовский Университет),

²ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн (ГВВ) №3

Департамента здравоохранения г. Москвы»

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования – изучить распространенность гиперурикемии и оценить возможные взаимосвязи между повышенным уровнем мочевой кислоты и различными сердечно-сосудистыми заболеваниями у лиц старческого возраста, страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы:

Данная работа – одномоментное («поперечное») исследование, в которое было включено 400 больных, госпитализированных с диагнозом «ИБС». Подавляющее большинство участников исследования (80,7%) составили женщины. Возраст пациентов варьировал от 75 до 106 лет, составляя в среднем $86.5(+4.9)$ лет. У всех пациентов исследовали содержание мочевой кислоты в сыворотке крови. Значения, превышающие 340 мкмоль/л у женщин и 420 мкмоль/л у мужчин, рассматривали как гиперурикемию. Основные критерии исключения: наличие подагры и клинически значимой хронической болезни почек (IV-V ст.)

Результаты:

Повышенный уровень мочевой кислоты в сыворотке крови обнаружен у 37,4% больных. Гиперурикемия значительно чаще выявлялась у женщин (в 41,5% случаев), чем у мужчин (у 25%) ($p=0,02$). Отмечена отчетливая взаимосвязь между гиперурикемией и клинически значимой хронической сердечной недоста-

точностью (отношение шансов (ОШ)=5,01; 95% ДИ=2,39-10,73; $p<0,0001$), а также перенесенным острым нарушением мозгового кровообращения (ОШ=2,02; 95% ДИ=1,1-3,8; $p=0,02$). При проведении регрессионного анализа обнаружено, что гиперурикемия может являться независимым фактором риска хронической сердечной недостаточности ($p<0,001$). Фибрилляцию предсердий достоверно чаще диагностировали у пациентов с гиперурикемией, по сравнению с больными с нормальным уровнем мочевой кислоты (ОШ=2,2; 95% ДИ=1,3-3,6; $p=0,001$). У 80,6% больных в группе гиперурикемии выявлена дилатация левого предсердия, а при нормальном уровне мочевой кислоты – у 68,8% ($p=0,03$). Средний диаметр левого предсердия в группе больных с гиперурикемией – $44,46 \pm 4,9$ см, а при нормальном уровне мочевой кислоты – $42,82 \pm 4,35$ см ($p=0,007$). Отмечена выраженная позитивная корреляция между уровнем мочевой кислоты в сыворотке крови и диаметром левого предсердия ($p=0,00004$). Кроме того, выявлена достоверная позитивная корреляция между уровнем такого провоспалительного цитокина, как фактор некроза опухоли-альфа (ФНО-α) и сывороточной концентрацией мочевой кислоты ($r=0,52$; $p=0,00004$). В группе больных с гиперурикемией концентрация ФНО-альфа была достоверно выше (11,0 и 7,9 пг/мл соответственно, $p=0,007$).

Заключение:

Обнаружены существенные взаимосвязи между повышением уровня мочевой кислоты и развитием ряда сердечно-сосудистых заболеваний, в первую очередь, хронической сердечной недостаточности, фибрилляции предсердий и перенесенным острым нарушением мозгового кровообращения. Отмечена значимая корреляция между содержанием мочевой кислоты в сыворотке крови и диаметром левого предсердия. Влияние гиперурикемии на сердечно-сосудистую систему может опосредоваться путем повышения уровня провоспалительных цитокинов. Целесообразны дальнейшие исследования по изучению роли мочевой кислоты при сердечно-сосудистой патологии.

ДИСТАНЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ГЛЮКОЗЫ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ TELE-REMETRI

Зелвеян П.А.¹, Гургенян С.В.¹, Акопян З.Н.¹,
Шагоян А.М.¹, Устян Ц.Д.¹, Гарибян Э.С.¹, Мелконян А.¹,
Ароян С.А.¹, Топушян Ж.А.^{1,2}, Асмар Р.Г.²

¹НИИ кардиологии им. Л.А. Оганесяна, Ереван, Армения

²Международное общество сосудистого здоровья

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) является наиболее распространенным модифицируемым сердечно-сосудистым фактором риска, от эффективности лечения которой зависит снижение общего сердечно-сосудистого риска и успешность первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений. Цель исследования. Оценка возможностей дистанционного мониторинга артериального давления (АД) и глюкозы, дистанционной обучающей поддержки и обратной связи с врачом у больных с сахарным диабетом (СД) и неконтролируемой АГ в достижении целевых значений АД и глюкозы.

Материал и методы:

Исследование TELE-REMETRI (TELEhealth & REMote MEasurement Technologies to improve the management of overall cardiovascular Risk), это многоцентровое рандомизированное проспективное,

обсервационное исследование с 16-недельным периодом наблюдения. В исследование были включены больные с неконтролируемой АГ (регулярно принимающие антигипертензивную терапию, но не достигшие целевых уровней АД, или не получавшие лечение), с СД или с высоким сердечно-сосудистым риском.

Критериями исключения являлись любые заболевания или состояния в острой фазе, значимые события со стороны сердечно-сосудистой системы, цереброваскулярных или периферических сосудов за последние 6 месяцев, хронические заболевания, которые могли помешать завершению исследования, а также невозможность использования системы телемедицины или ожидаемые трудности по домашнему мониторингованию АД, анатомические аномалии руки или окружность предплечья >42 см, фибрилляция предсердий и/или другие значимые аритмии. Участники данного исследования после назначения антигипертензивной и сахароснижающей терапии согласно европейским рекомендациям, были рандомизированы на две группы: I группа – контрольная группа, где коррекция лечения проводилась в три запланированных визита и II группа – группа с телеметрической поддержкой. Пациенты данной группы получили электронное валидированное устройство для измерения АД и глюкозы в крови (FORA DUO Ultima D 40g) с функцией GPRS и самостоятельно проверяли АД и уровень глюкозы в крови. Полученные результаты автоматически загружались и передавались в центральную базу данных (e-CoreLab). Измерения АД выполнялись не менее 3 дней в неделю в сидячем положении, утром (с 6 до 11 часов), непосредственно перед приемом препаратов и вечером, перед ужином, а мониторинг глюкозы по следующей схеме: во вторник, в четверг и в субботу глюкоза измерялась утром натощак, в остальные дни недели – перед сном. Во II группе кроме трёх запланированных визитов проводились виртуальные визиты (СМС-сообщение, телефонный звонок или видео консультации), не реже одного раза в 2 недели. Внеплановые электронные посещения осуществлялись также при поступлении сигнала тревоги, предупреждающего о высоких значениях АД или глюкозы, что позволяло врачу корректировать терапию.

Результаты:

Анализировались данные 88 пациентов (36 мужчин и 52 женщин), в возрасте от 48 до 74 лет (средний возраст $59,6 \pm 3,7$ года) с АГ I (n=26, 29,5%) и II (n=62, 70,5%) степени. Из 88 пациентов 41 (46,6%) имели СД II типа. Из общего числа исследуемых 17 (19,3%) больных получали предшествующую антигипертензивную терапию.

Во II группе целевые значения АД были достигнуты у 35 (79,5%) пациентов, а в контрольной группе у 19 (43,2%) ($p < 0,01$). Контроль глюкозы во II группе был достигнут у 13 (61,9%) пациентов, а в контрольной группе у 6 (30,0%) ($p < 0,01$). Целевые значения АД в группе с телеметрической поддержкой были достигнуты через 4, 8, 12, 16 недель у 36%, 64%, 75%, 79% пациентов соответственно, в контрольной группе достоверно ниже – у 16%, 34%, 39%, 43% соответственно ($p < 0,01$). Статистически значимая ($p < 0,05$) приверженность к лечению регистрировалась во II группе у 41 (93,2%), а в контрольной – у 23 (52,3%) пациентов.

Заключение:

Дистанционное мониторингирование АД и глюкозы, с дистанционной обучающей поддержкой и обратной связью с врачом, позволяет успешно контролировать АД и глюкозу у больных с неконтролируемой АГ и СД и является эффективным инструментом для снижения общего сердечно-сосудистого риска.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ДАННЫМ ЭХО-ТРЕКИНГА ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

ЗАИРОВА А.Р., РОГОЗА А.Н., АВАЛЯН А.А., ОЩЕПКОВА Е.В.
ФГБУ «НМИЦ КАРДИОЛОГИИ» МЗ РФ, г. Москва

Введение (цели/ задачи):

Влияние комплексной химиотерапии на состояние сосудистой стенки изучено недостаточно. Целью исследования явилось изучение влияния проводимой комплексной химиотерапии у женщин больных раком молочной железы (РМЖ) на показатели артериальной жесткости и пульсовой волны на основе ультразвукового исследования общей сонной артерии (ОСА) с применением технологии эхо-трекинг.

Материал и методы:

40 женщин больных тройным негативным РМЖ в возрасте от 27 до 75 лет (средний возраст $47,5 \pm 12,0$ лет) обследованы исходно и после проведенной химиотерапии с включением антрациклинов (доксорубин), таксанов (паклитаксел) и производных платины (цисплатин) (8 курсов). Изучались показатели артериальной жесткости (β -индекс жесткости, Ер-модуль упругости, АС-растяжимость) и пульсовой волны (AI - индекс аугментации) в дистальном отделе ОСА на расстоянии 2 см. от бифуркации на ультразвуковом аппарате Aloka ProSound $\alpha 7$ с применением технологии эхо-трекинг. Проводились последовательно по 3 измерения на правой и левой ОСА, рассчитывались средние показатели 10-12 кардиоциклов в каждом измерении. В дальнейшем были рассчитаны средние значения всех изучаемых показателей для обеих ОСА. Статистический анализ проведен с использованием программы Statistica, версия 10.0. Данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха Me (IQR). Сравнительный анализ осуществляли при помощи непараметрического критерия Уилкоксона.

Результаты:

Из всех изучаемых показателей после проведенной химиотерапии в сравнении с исходными значениями в целом по группе обследованных наблюдались статистически значимые изменения следующих параметров: уровня систолического АД со 125,3(119,8;138) до 117 (112,5;127) мм рт.ст. ($p=0,0001$); индекса аугментации (AI) ОСА с 14,8 (7,1;21,0) до 8,7(4,6;17,6) % ($p=0,009$); растяжимости ОСА (АС) с 0,69 (0,5;0,9) до 0,82(0,6;1,04) мм²/кПа ($p=0,004$).

Заключение:

У женщин больных раком молочной железы после проведенной комплексной химиотерапии с включением антрациклинов (доксорубин), таксанов (паклитаксел) и производных платины определяется статистически значимое снижение уровня систолического АД и индекса аугментации общей сонной артерии при повышении ее растяжимости, что, возможно, связано с вазотоксичностью проводимого лечения.

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ И МЕТАБОЛИЗМ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Тополянская С.В.¹, Осиповская И.А.², Лифанова Л.С.¹,
Елисеева Т.А.², Вакуленко О.Н.², Дворецкий Л.И.¹

¹ФГАОУ ВО Первый Московский государственный
медицинский университет имени И.М. Сеченова

Минздрава России (Сеченовский Университет),

²ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн (ГВВ) №3
Департамента здравоохранения г. Москвы»

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: изучение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) и показателей ее метаболизма у больных старческого возраста, страдающих хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы:

В исследование было включено 125 больных (38 мужчин и 87 женщин) в возрасте от 75 до 98 лет; подавляющее большинство из них (74%) составили лица в возрасте 85 лет и старше. В основную группу вошел 61 пациент с ХСН (IIБ-III ст. по Стражеско-Василенко) в среднем возрасте 87±4,6 лет, в контрольную – 64 больных без ХСН (средний возраст – 86,3±4,6 лет). Больные обеих групп были сопоставимы по основным демографическим показателям, индексу массы тела, параметрам азотовыделительной функции почек и сопутствующим заболеваниям, за исключением перенесенного инфаркта миокарда и фибрилляции предсердий, достоверно чаще диагностируемых у больных ХСН ($p=0,005$ и $p=0,009$, соответственно). Основные критерии исключения – какие-либо заболевания, способные вызвать вторичный остеопороз. МПКТ измеряли методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. Концентрацию остеокальцина в сыворотке крови определяли иммунохемилюминесцентным методом (N: 0-22 нг/мл); уровень Beta-Cross Laps (продуктов деградации коллагена I типа) – электрохемилюминесцентным методом (N<1,008 нг/мл).

Результаты:

Минеральная плотность костной ткани у больных ХСН была снижена сравнительно с контрольной группой (как в абсолютных значениях, так и по T-критерию). Наибольшие различия зарегистрированы в проксимальном отделе бедра: МПКТ у больных ХСН составляла 719,8±188,2 мг/см³, в контрольной группе – 797,7±161,7 мг/см³ ($p=0,02$). МПКТ в шейке бедренной кости у больных ХСН в среднем составляла 649,4±137,1 мг/см³, а в группе контроля – 696,2±121,8 мг/см³ ($p=0,03$). Существенных различий в минеральной плотности костной ткани поясничных позвонков в основной и контрольной группе не обнаружено ($p=0,4$). В изучаемой группе больных разница в МПКТ была более существенной у женщин ($p=0,001$). МПКТ в проксимальном отделе бедра соответствовала нормальным значениям лишь у 5% больных ХСН; тогда как в контрольной группе нормальные показатели МПКТ отмечены в 31% случаев ($p=0,003$). При проведении регрессионного анализа было обнаружено, что итоговыми значимыми факторами, определяющими состояние минеральной плотности костной ткани в проксимальном отделе бедренных костей, оказались наличие ХСН (коэффициент $\beta=0,375$; $p=0,005$) и женский пол ($\beta=0,698$; $p<0,0001$). Средний уровень остеокальцина у больных ХСН составил 1,2±1,7 нг/мл, в группе контроля – 4,2±4,1 нг/мл ($p=0,03$). У 60,6% обследованных больных ХСН содержание остеокальцина было меньше нижней границы нормы ($p=0,02$ – по сравнению с контролем).

Средняя концентрация β -Cross Laps у больных ХСН достигала 0,73±0,4 нг/мл, в группе контроля – 0,4±0,1 нг/мл ($p=0,003$). Повышение уровня β -Cross Laps отмечено у 21,7% больных ХСН, но ни в одном случае среди пациентов контрольной группы ($p=0,03$). Зарегистрирована отрицательная корреляция между концентрацией β -Cross Laps и МПКТ, особенно проксимального отдела бедра ($r=-0,4$, $p=0,03$). При анализе факторов, способных повлиять на состояние костной ткани у больных ХСН, получены следующие данные. Выявлена отрицательная корреляция между уровнем фактора некроза опухоли-альфа, концентрация которого в сыворотке крови была выше у больных ХСН ($p=0,04$), и минеральной плотностью костной ткани, особенно в проксимальном отделе бедренной кости ($r=-0,9$; $p=0,03$). У больных с низкой концентрацией лептина (что наблюдалось только у больных ХСН) показатели МПКТ были ниже, чем у пациентов с нормальным или повышенным содержанием лептина в сыворотке крови ($p=0,006$ – для проксимального отдела бедренной кости). Среди традиционных факторов риска остеопороза у больных ХСН часто (в 40,5% случаев) регистрировались переломы (прежде всего, дистального отдела предплечья), нередко повторные. Кроме того, часто (у 51,4% пациентов) отмечалась склонность к падениям и очень низкая физическая активность (вплоть до длительной иммобилизации у 27% больных). Среднее значение теста «Встань и иди» составило 16,5±7,1 секунд, что соответствовало высокому риску падений; 70% больных ХСН вообще не могли встать со стула без опоры на руки.

Заключение:

Обнаружено снижение минеральной плотности костной ткани у больных ХСН старческого возраста, по сравнению с сопоставимой группой пациентов, не страдающих ХСН. Продemonстрировано значительное снижение функции остеобластов при отсутствии существенной костной резорбции. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности дальнейшего изучения взаимосвязи остеопороза и ХСН с участием большей популяции больных.

НЕКОМПЕНСИРОВАННАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ УХУДШАЕТ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Газизова В.П., Власова Э.Е., Дзыбинская Е.В.,
Грамович В.В., Стукалова О.В., Васильев В.П.,
Ширяев А.А., Акчурин Р.С.

НИИ клинической кардиологии ФГБУ
«НМИЦ кардиологии» МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Цель: Выявить факторы, ассоциированные с риском развития периоперационной острой сердечной недостаточности (ОСН), у кандидатов на коронарное шунтирование (КШ) с исходно низкой фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) и клиническими проявлениями хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы:

Ретроспективное исследование. Исследовано 39 пациентов с тяжелой стенокардией напряжения, многососудистой коронарной болезнью, обширным постинфарктным рубцовым поражением и доказанным жизнеспособным миокардом, ФВЛЖ \leq 35% и клиническими признаками ХСН, медикаментозно подготовленных к операции (петлевой диуретик, иАПФ/АРА, бета-блокатор, антагонист альдостерона не менее 1 месяца). Больные опе-

рированы в 2013-2016 гг на базе отдела сердечно-сосудистой хирургии: во всех случаях выполнялось КШ с искусственным кровообращением. В качестве факторов, потенциально связанных с развитием периоперационной ОСН, рассматривались: пол, возраст старше 65 лет, сахарный диабет, стволовое поражение коронарных артерий, СДЛА более 30 мм рт. ст., а также комбинированный клинический фактор - наличие ортопноэ в сочетании с определенным рентгенологически венозным застоем легких (ВЗЛ), что считали критерием некомпенсированной до операции ХСН. С учетом нулевой смертности, неблагоприятным исходом считали развитие комбинированной конечной точки, отражающей периоперационную ОСН и включающую высокий (≥ 10) инотропный индекс к концу операции и длительную (более 48 часов) инотропную поддержку.

Результаты:

Из 39 пациентов комбинированная конечная точка была достигнута у 22 пациентов, не достигнута - у 17. Анализ выбранных нами факторов показал, что статистически значимое прямое влияние на развитие периоперационной ОСН оказывает комбинированный клинический фактор (ортопноэ + ВЗЛ): критерий χ квадрат Пирсона = 13.5, $p < 0.01$, коэффициент сопряженности Пирсона 0.507 - относительно сильная связь. Для количественной оценки вероятности исхода, связанного с наличием данного фактора, был рассчитан относительный риск. У больных с некомпенсированной до операции ХСН риск развития периоперационной ОСН в 1,9 раза выше, чем у больных с компенсированной ХСН (OR -1.9, 95% ДИ [1.2;2.9]). Для того, чтобы предотвратить развитие комбинированной конечной точки (ИИ к концу операции ≥ 10 , длительность инотропной поддержки более 48 часов) у одного больного, необходимо устранить фактор риска у двух больных (NNT-2.4).

Заключение:

Несмотря на длительную медикаментозную подготовку, у части больных с ФВЛЖ $\leq 35\%$ ХСН перед операцией остается некомпенсированной. Это достоверно повышает риск развития периоперационной ОСН. Простой диагностический алгоритм, основанный на выявлении клинических признаков некомпенсированной ХСН (ортопноэ и венозный застой легких), позволит врачу выявить больных с потенциально худшим исходом КШ и внести коррекцию в предоперационную подготовку. Весьма целесообразно дополнить этот алгоритм определением уровня натрийуретических пептидов.

НОВЫЕ ФОРМЫ ПОПУЛЯРИЗАЦИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ (К 10-ЛЕТИЮ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ В РОССИИ)

ТАРАНЦОВА А.В.

Областной Центр здоровья, поликлиника
№10, г. Ростов-на-Дону

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время все силы современного российского здравоохранения мобилизованы на реализацию национальных проектов, разработанных и утвержденных после Указа Президента РФ №204 от 07.05.18 г., включая обеспечение населения доступной первичной медико-санитарной помощью (ПМСП), в т.ч. профилактической. Увеличение продолжительности здоровой жизни трудоспособного населения планируется достичь за счет его мотивирования к ведению здорового образа жизни (ЗОЖ) и участия в ежегодных профилактических осмотрах. В 2019-2020 гг. объ-

явлена Всероссийская диспансеризация взрослого населения, но до сих пор не урегулирована законодательно оплата работодателем выходного дня для ее прохождения в рабочее время. Центры здоровья (ЦЗ), в которых ежегодное бесплатное скрининг-обследование проводится с декабря 2009 г., - являются пионерами и флагманами профилактической работы с населением в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» (2005), трансформированного в нацпроекты «Здравоохранение» и «Демография» (2018), включающих ряд федеральных проектов («Укрепление общественного здоровья», «Старшее поколение» и др.). Цель: проанализировать новые формы популяризации ЗОЖ в Ростовском Областном Центре здоровья (РОЦЗ) и трудности профилактической работы с населением.

Материал и методы:

Обобщены итоги личного участия в выездах ЦЗ (за 2012-2019 гг.) и в «Днях ХСН» (2019 г.); освещен опыт создания авторского сайта к 10-летию государственных ЦЗ (10лет-цз.рф) и посещения Фестивалей здоровья. Методы: стандартное скрининг-обследование в ЦЗ, статистический, научно-описательный.

Результаты:

В г. Ростове и области в рамках межведомственного взаимодействия регулярно проводится 3 вида выездных акций с участием ЦЗ: 1) «Тихий Дон - здоровье в каждый дом!» (с 2012 г. - в каждый последний четверг месяца - в парки города); 2) «Новый Ростов - здоровый Ростов!» (в выходные дни - в парки, ТВЦ); 3) «Активное долголетие и формирование здорового образа жизни» (с 2018 г. - на предприятия и в УСЗН Ростова-н/Д). Опыт участия автора в выездной работе ЦЗ (22 выезда, принято более 800 чел.) показывает: а) высокую распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (ФР ХНИЗ) у трудоспособного населения (из 150 проанализированных «Карт ЦЗ» - у 98 % выявлены те или иные ФР); б) ряд проблем для медперсонала: «выезд» - это работа в «экстремальных» условиях (новое место, пропускная система; заполнение врачом медицинской документации сначала в бумажном, затем в ЛПУ - в электронном виде; увеличенный объем работы за укороченное время - прием более 20-25 чел. за 4-5 ч. без пауз для отдыха); отсутствие мобильных передвижных комплексов и транспортировка оборудования силами медперсонала (с его поломкой в пути); отсутствие повышенного финансирования (несмотря на наличие тарифного соглашения об оплате мобильных бригад). Каждый обследованный получает индивидуальные рекомендации по коррекции ФР ХНИЗ согласно современным клиническим рекомендациям. В мае 2019 г. РОЦЗ впервые принял участие в «Общеввропейских днях знаний о сердечной недостаточности-2019». Акцент в работе с населением делался на необходимость ежегодного обследования в ЦЗ для раннего выявления факторов риска ХСН и ХНИЗ в целом. По итогам участия получено Благодарственное письмо от ОССН (Москва). Подробная информация об участии в мероприятиях доступна в интернете (<http://poli10.ru/?p=3735>; <http://poli10.ru/?p=3855>; <http://poli10.ru/?p=3978>; <http://день-хсн.pdf/архив/2019/%D0%A0%D0%9D%D0%94-2019/> и др.). В июле 2019 г. был создан и начал работу авторский сайт, посвященный 10-летию государственных Центров здоровья в РФ (<http://10лет-цз.рф/>) с целью повышения информированности коллег и пациентов о возможностях сохранения и укрепления здоровья в ЦЗ (для молодежи, в первую очередь!). Меню сайта включает историю создания ЦЗ, клинические рекомендации по ХНИЗ и многое другое. Информация о сайте распространяется как на амбулаторном приеме, так и в социальных сетях. Но работа с населением в сети интернет также требует дополнительного времени и отдельного финанси-

рования. Одним из первых материалов, размещенных на сайте «10лет-цз.рф», стал обзор посещенных Фестивалей Здоровья, сценарий проведения которых предусматривает различные виды скрининг - обследований населения, беседы о ЗОЖ, экологии, мастер-классы по здоровому питанию, физической активности и др.

Заключение:

Все новые формы работы врача ЦЗ акцентируют внимание населения на ЗОЖ и приближают ПМСП к населению. Но требуется решение сопутствующих проблем на вышестоящем уровне.

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДКОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИБС С УЧЕТОМ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ

Маль Г.С., Арефина М.В.

ФГБОУ ВО «Курский ГОСУДАРСТВЕННЫЙ

МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Введение (цели/ задачи):

В Российской Федерации порядка 48% смертей связаны с болезнями системы кровообращения, а 53% из них составляют умершие от ишемической болезни сердца (ИБС) (Росстат, 2017). Ведущим процессом в патогенезе ИБС является атеросклеротическое поражение коронарных артерий. В основе развития атеросклероза сосудов различной локализации, в том числе и коронарных артерий, лежат нарушения липидного обмена. Препаратами выбора в терапии дислипидемии и ИБС являются статины – ингибиторы гидроксиметилглутарил-коэнзимА-редуктазы (ГМГ-КоА-редуктазы), снижающие образование холестерина в печени. Цель исследования: изучить особенности липидкорригирующей терапии у больных ИБС с учетом фармакогенетических маркеров.

Материал и методы:

В настоящее исследование были включены пациенты, проходившие стационарное лечение в кардиологическом отделении областного бюджетного учреждения здравоохранения «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи». Под наблюдением находилось 117 больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения II-III функциональных классов (ФК) с наличием дислипидемии. Средний возраст больных на момент включения в исследование составлял 61.0 ± 7.25 года, по половому составу преобладали мужчины (73%), женщины были в состоянии менопаузы. Диагноз ИБС и функциональный класс стабильной стенокардии был подтвержден клинически (согласно классификации Канадского сердечно-сосудистого общества), а также по данным суточного мониторирования ЭКГ. По ФК стабильной стенокардии пациенты распределились в соотношении: 22.2% пациентов с II ФК и 77.8% – с III ФК. Диагноз дислипидемии верифицировался по состоянию биохимического статуса липид-транспортной системы согласно Российским рекомендациям по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена V пересмотра (Российское кардиологическое общество, 2012). При поступлении в отделение всем пациентам назначалась комплексная терапия в соответствии со стандартом лечения стабильной стенокардии напряжения. Основные методы исследования включали в себя: определение липидного состава крови (ОХС, ХС ЛНП, холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП), триглицериды (ТГ)) (каждые 4 недели до окончания титрации дозы, 6 месяцев, 12 месяцев исследования); биохимическое исследование крови (определение уровней АсТ, АлТ,

креатинина – на момент включения в исследование, через 6 и 12 месяцев исследования, во время титрации дозы; КФК – на момент включения, затем при наличии жалоб на боли в мышцах); ультразвуковое исследование брахиоцефальных сосудов (определение атеросклеротических бляшек в общей сонной артерии (ОСА), толщины комплекса интима-медиа общей сонной артерии (ТИМ ОСА) – на момент включения, через 6 и 12 месяцев наблюдения); молекулярно-генетические методы (экстракция ДНК из крови, детекция полиморфных вариантов гена мембранных транспортеров SLC01B1 (rs12317268 и rs4149056)) мультиплексным генотипированием.

Результаты:

Установлена ассоциация риска развития ИБС у жителей Центральной России с носительством rs12317268 гена SLC01B1. Полиморфный вариант rs4149056 гена SLC01B1 ассоциировалась с риском развития инфаркта миокарда. Оба полиморфных варианта гена SLC01B1 – rs12317268 и rs4149056 были ассоциированы со стартовым уровнем ХС ЛНП в виде более высокого уровня у гомозигот по редким аллелям ($p=0.01$ и 0.0095 для первого и второго вариантов). Усиление гиполипидемического эффекта розувастатина было характерно для генотипа G/G rs12317268 гена SLC01B1 по итогам 1 и 6 месяцев наблюдения; генотипа C/C rs4149056 гена SLC01B1 по итогам 1 и 12 месяцев наблюдения. Связь полиморфных вариантов гена мембранных транспортеров липидного обмена с динамикой изменения ХС ЛНП при лечении розувастатином была характерна для носителей rs12317268 ($p=0.018$, 0.0021 и 0.0092 через 1, 6 и 12 месяцев) и rs4149056 гена SLC01B1 ($p=0.016$, 0.0041 и 0.015 через 1, 6 и 12 месяцев) в виде усиления действия розувастатина у носителей минорных аллелей. Ассоциация с более выраженным ростом концентрации ХС ЛВП при лечении розувастатином была характерна для носителей генотипа G/G rs12317268 гена SLC01B1 по прошествии 1 месяца терапии ($p=0.0096$), генотипа C/C гена SLC01B1 по прошествии также 1 месяца терапии.

Заключение:

Таким образом, у жителей Центральной России с носительством rs12317268 гена SLC01B1 установлена ассоциация риска развития ИБС. Полиморфный вариант rs4149056 гена SLC01B1 ассоциировалась с риском развития инфаркта миокарда. У носителей rs12317268 (влияние на ОХС, ХС ЛНП, ТГ) и rs4149056 (влияние на ОХС, ХС ЛНП, ТГ) гена SLC01B1 наблюдался выраженный гиполипидемический эффект.

ОСОБЕННОСТИ СИНТЕЗИРОВАННОЙ ВЕКТОРКАРДИОГРАММЫ ПРИ РАЗНЫХ ФОРМАХ ПРЕКАПИЛЛЯРНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Сахнова Т.А., Блинова Е.В., Юрасова Е.С.,

Мартынюк Т.В., Саидова М.А.

ФГБУ «НМИЦ кардиологии» МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Прекапиллярная легочная гипертензия (ЛГ), в том числе, легочная артериальная гипертензия (ЛАГ) и хроническая тромбоэмболическая ЛГ (ХТЭЛГ) - это группа тяжелых заболеваний, приводящих к правожелудочковой сердечной недостаточности и смерти. У таких пациентов чрезвычайно важное значение имеют своевременная диагностика, стратификация риска и лечение. Целью исследования было изучить особенности синтезированной векторкардиограммы при разных формах прекапиллярной ЛГ.

Материал и методы:

Были обследованы 4 группы женщин, страдающих ЛГ: 21 с идиопатической ЛГ (ИЛГ, средний возраст 50 ± 6 лет); 18 с ЛАГ, ассоциированной с врожденными пороками сердца (ВПС, 52 ± 12 лет); 18 с ЛАГ, ассоциированной с системной склеродермией (ЛАГ-ССД, 58 ± 10 лет); 21 с ХТЭЛГ (54 ± 8 лет). 30 практически здоровых женщин (55 ± 9 лет) составили контрольную группу. На синтезированной векторкардиограмме, полученной из цифровой электрокардиограммы в 12 отведениях, анализировали тип петли QRS в горизонтальной плоскости, продолжительность QRS (tQRS), пространственный угол QRS-T и электрокардиографический желудочковый градиент (VG). Систолическое давление в легочной артерии (СДЛА), передне-задний размер правого желудочка (ПЗР ПЖ) и площадь правого предсердия (S ПП) оценивались с использованием трансторакальной эхокардиографии.

Результаты:

По сравнению с группой нормы у всех групп пациентов с ЛГ угол QRS-T был достоверно больше ($p < 0,05$), а VG достоверно меньше ($p < 0,05$). Эти изменения были наиболее выраженными у пациентов с ЛАГ-ССД. Угол QRS-T в норме 49 ± 20 градусов, ИЛГ 90 ± 41 градусов, ЛАГ-ВПС 112 ± 41 градусов, ЛАГ-ССД 122 ± 31 градусов ($p < 0,05$ по сравнению с группой ИЛГ), ХТЭЛГ 89 ± 40 градусов. VG в норме 77 ± 13 мс, ИЛГ 34 ± 14 мс, ЛАГ-ВПС 38 ± 32 мс, ЛАГ-ССД 30 ± 17 мс ($p < 0,05$ по сравнению с группами ЛАГ-ВПС и ХТЭЛГ), ХТЭЛГ 48 ± 26 мс. По сравнению с группой нормы tQRS была достоверно увеличена у всех групп пациентов с ЛГ, за исключением ЛАГ-ССД. Наибольшая продолжительность QRS наблюдалась у больных ЛАГ-ВПС. tQRS в норме 92 ± 6 мс, ИЛГ 99 ± 10 мс, ЛАГ-ВПС 113 ± 11 мс ($p < 0,05$ по сравнению с группами ИЛГ, ЛАГ-ССД и ХТЭЛГ), ЛАГ-ССД 94 ± 10 мс, ХТЭЛГ 101 ± 12 мс. Отмечалась тенденция к более частому присутствию R-типа петли QRS у больных ЛАГ-ВПС (67% случаев) по сравнению с другими группами (ИЛГ 48%; ЛАГ-ССД 33%; ХТЭЛГ 43%) и более частому присутствию S-типа петли QRS у больных ЛАГ-ССД (50% случаев) по сравнению с другими группами (ИЛГ 29%; ЛАГ-ВПС 22%; ХТЭЛГ 19%), однако эти различия не достигали уровня статистической значимости. Группы пациентов с ЛГ не имели статистически значимых различий в СДЛА и ПЗР ПЖ. S ПП была достоверно больше в группе ЛАГ-ССД (27 ± 7 см²) по сравнению с ИЛГ (23 ± 6 см²) и ХТЭЛГ (22 ± 7 см²). Значения угла QRS-T и VG коррелировали с S ПП ($r = -0,4$, $p < 0,01$).

Заключение:

Пациенты с ЛАГ-ССД характеризовались наиболее выраженными изменениями пространственного угла QRS-T и VG по сравнению с ИЛГ и ХТЭЛГ. Наибольшая продолжительность QRS наблюдалась у больных ЛАГ-ВПС. Угол QRS-T и VG имели статистически значимые корреляции с S ПП - эхокардиографическим предиктором плохого прогноза.

ПОДВИЖНАЯ ВНУТРИПРОСВЕТНАЯ СТРУКТУРА СОННЫХ АРТЕРИЙ У МОЛОДЫХ ЛИЦ. СВЯЗЬ С ЛИПОПРОТЕИНОМ (А)

БАХМЕТЬЕВ А.С., КУРСАЧЕНКО А.С.,

СЕМЕНОВА О.Н., ЧЕХОНАЦКАЯ М.Л.

ФГБОУ ВО «САРАТОВСКИЙ ГМУ» ИМ. В.И. РАЗУМОВСКОГО

Введение (цели/ задачи):

Целью работы является выявление связи между наличием флотирующей структуры в общей сонной артерии (ОСА) и по-

вышенным уровнем липопротеина (а) (ЛП-а) у молодых бессимптомных пациентов с неизменным липидным спектром.

Материал и методы:

В период с 2018 г. по июль 2019 г. на базе терапевтического отделения, а также отделения ультразвуковой и функциональной диагностики Клинической больницы им. С.П. Миротворцева Саратовского ГМУ проводили наблюдение за 30 пациентами (I группа - основная) с выявленной при проведении дуплексного сканирования (ДС) сосудов шеи флотирующей структурой в области бифуркации ОСА. Средний возраст пациентов составил 29,7 лет (min-22; max-40). УЗ-критерием флотирующей структуры являлась тонкая подвижная гиперэхогенная полоска толщиной не более 0,4 мм, прикрепленная своим проксимальным краем к задней стенке ОСА, вызывающая эффект турбулентности кровотока в зоне флотации. Достоверными признаками наличия находки при ДС являлись визуализация структуры в продольном и поперечном сечениях, а также дефект заполнения в режиме цветового картирования. Движение структуры наблюдалось синхронно сердечной систоле. Анамнез пациентов не был отягощен по сердечно-сосудистому профилю. Толщина комплекса «интима-медиа» (ТКИМ) не превышала нормальных показателей (до 0,9 мм). Еще одним критерием исключения являлось наличие стенозирующего атеросклероза брахиоцефальных артерий. II группу контроля составили 25 пациентов без подвижной структуры с аналогичными критериями исключения. Пациентам обеих групп анализировали показатель ЛП-а. Повышенным считали уровень ЛП-а более 30 мг/дл. Группы были сопоставимы по полу и возрасту.

Результаты:

Флотирующая структура выявлена в просвете 50 артерий (у 20 пациентов - с обеих сторон), во всех случаях при ДС брахиоцефальных артерий мобильный элемент лоцировался у задней стенки ОСА с распространением в устьевую зону внутренней сонной артерии. Протяженность флотирующей гиперэхогенной структуры варьировала от 4 до 15 мм (средняя длина - 7,5 мм). Во всех случаях в зоне флотации определялся турбулентный кровоток (эффект спонтанного контрастирования). Показатель ТКИМ у пациентов I группы составил 0,58 мм (в контрольной группе - 0,56 мм). Уровень ЛП-а среди пациентов I группы в среднем составил 66,3 мг/дл (max-119 мг/дл у пациента 35 лет с флотирующими структурами в обеих ОСА). Средний уровень ЛП-а среди пациентов контрольной группы составил 4,5 мг/дл (max-12 мг/дл). Повышенный уровень ЛП-а (более 30 мг/дл) в основной группе выявлен у 23 из 30 пациентов (76,6%); у 5 лиц уровень ЛП-а был близок к верхней границе нормы и варьировал в пределах 23-28 мг/дл. У 2 пациентов (6,7%) I группы показатели ЛП-а составили менее 3 мг/дл. Наибольшие значения ЛП-а (более 100 мг/дл; n=4) отмечались у пациентов с двусторонними флотирующими структурами. Ни у одного из пациентов контрольной группы не был зафиксирован повышенный уровень ЛП-а.

Заключение:

Уровень липопротеина (а) был значимо выше в группе пациентов с наличием флотирующей структуры, нежели в контрольной группе. Увеличенный показатель ЛП-а более 30 мг/дл зафиксирован у 76,6% пациентов I группы, в то время как в контрольной группе максимальный уровень не превышал верхней границы нормы ни в одном из случаев.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ДИНАМИКИ СОДЕРЖАНИЯ vСРБ В КРОВИ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ РАЗВИТИЯ РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ ПЛАНОВОГО КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ

ШЛЕВКОВА Г.В., ФИЛАТОВА А.Ю., ПОТЕХИНА А.В.,
ОСОКИНА А.К., РОМАСОВ И.В., ЩИНОВА А.М.,
НОЕВА Е.А., АРЕФЬЕВА Т.И., МАСЕНКО В.П.
ФГБУ «НМИЦ КАРДИОЛОГИИ» Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Стентирование коронарных артерий является широко применяемым методом лечения стабильной стенокардии напряжения, в связи с чем весьма актуальным сохраняется вопрос изучения предикторов развития рестеноза ранее стентированных сегментов коронарных артерий, прогрессирования коронарного атеросклероза (АС) и необходимости выполнения повторного эндоваскулярного вмешательства через 12 месяцев после плановых коронарных стентирований (КС). Цель – проанализировать взаимосвязь между содержанием высокочувствительного С-реактивного белка (vСРБ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) в крови в динамике и развитием эндоваскулярных событий через 12 месяцев после проведения планового КС.

Материал и методы:

В исследование был включен 91 пациент средним возрастом $60,5 \pm 8,7$ лет, со стабильной стенокардией напряжения, которым было выполнено плановое КС. Контрольная коронароангиография (КАГ) через 12 месяцев была проведена 60 больным. На основании имевших место эндоваскулярных событий были выделены 4 подгруппы: без значимых изменений коронарных артерий ($n=35$), прогрессирование коронарного АС ($n=18$), рестеноз ($n=8$), повторная эндоваскулярная реваскуляризация миокарда ($n=8$). Содержание vСРБ (нефелометрическим методом) и ХС ЛНП оценивалось непосредственно перед КС, через 1, 3, 6 и 12 месяцев после КС.

Результаты:

Перед проведением планового КС подгруппы с различными эндоваскулярными исходами значимо не различались по наличию у пациентов основных факторов риска ИБС. В подгруппе больных без значимых изменений коронарных артерий по данным контрольной КАГ содержание vСРБ в крови перед КС было существенно ниже, чем в подгруппе с последующим прогрессированием АС и подгруппе повторной реваскуляризации миокарда ($1,4 [0,9;2,2]$ мг/л против $2,2 [0,7;4,3]$ мг/л и $2,5 [1,5;3,8]$ мг/л, соответственно, $p < 0,05$). У пациентов с развившимся рестенозом концентрация vСРБ в крови через 1 месяц после КС существенно возрастала в сравнении с предпроцедурным значением ($2,9 [1,6;4,2]$ мг/л против $1,2 [0,8;1,7]$ мг/л, $p < 0,05$) и была существенно выше по сравнению с подгруппой больных без эндоваскулярных событий ($1,3 [0,8;2,1]$ мг/л, $p < 0,05$). К 3 месяцу после КС в подгруппе рестеноза содержание vСРБ снижалось до $1,5 [1,1;2,0]$ мг/л ($p < 0,05$ по сравнению с 1 месяцем) и в дальнейшем значимо не менялось и не отличалось от такового в подгруппе без значимых изменений коронарных артерий. Содержание ХС ЛНП перед КС у пациентов, перенесших через 12 месяцев повторную реваскуляризацию миокарда, было значимо выше по сравнению с пациентами без эндоваскулярных событий ($3,2 [2,6;3,6]$ ммоль/л против $2,4 [2,0;2,9]$ ммоль/л, $p < 0,05$). Через 1 месяц после КС концентрация ХС ЛНП в крови пациентов подгруппы повторных реваскуляризаций снижалась до $2,4 [2,1;2,6]$ ммоль/л ($p < 0,05$ по сравнению с предпроцедур-

ным значением) и в дальнейшем значимо не отличалась от концентрации ХС ЛНП в подгруппе пациентов без эндоваскулярных событий. Предпроцедурная концентрация vСРБ $\geq 2,5$ мг/л в крови была сопряжена с вероятностью проведения повторной реваскуляризации миокарда в течение последующих 12 месяцев (AUC 0,74), которой уступало значение содержания ХС ЛНП (AUC 0,68). Наибольшей предсказующей ценностью обладало значение разницы между концентрациями vСРБ в крови через 1 месяц после КС и непосредственно перед вмешательством (AUC 0,93 [0,85-1,0]), которому уступало абсолютное значение концентрации vСРБ в крови через 1 месяц после КС (AUC 0,82 [0,68-0,96]).

Заключение:

Концентрация vСРБ перед КС $\geq 2,5$ мг/л в крови ассоциируется с вероятностью проведения повторной реваскуляризации через 12 месяцев после планового КС. Увеличение концентрации vСРБ в крови $\geq 0,9$ мг/л через 1 месяц после КС по сравнению с ее предпроцедурным значением сопряжено с развитием рестеноза. Наибольшей прогностической значимостью обладает значение разницы между концентрациями vСРБ в крови через 1 месяц после КС и непосредственно перед вмешательством.

РОЛЬ БИОМАРКЕРОВ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПЕРВОГО ТИПА

АСТРАХАНЦЕВА И.Д.¹, НИКОЛАЕВ К.Ю.², УРВАНЦЕВА И.А.¹,
ВОРОБЬЕВ А.С.³, ХОРИНА М.Ю.³, ГАУЛИКА С.О.³

¹БУ ХМАО-Югры «ОКД «ЦЕНТР ДИАГНОСТИКИ
И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ»,

²НИИ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ – ФИЛИАЛ
ФГБНУ ФИЦ ИНСТИТУТ ЦИТОЛОГИИ И ГЕНЕТИКИ СО РАН,

³БУ ВО ХМАО-Югры «СУРГУТСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Введение (цели/ задачи):

Оценить эффективность медикаментозной профилактики ремоделирования миокарда с использованием инъекционного метопролола и высокой дозы аторвастатина по динамике сывороточных уровней маркеров повреждения и дисфункции миокарда у пациентов с острым инфарктом миокарда (ИМ) первого типа, перенесших первичное чрескожное коронарное вмешательство (пЧКВ).

Материал и методы:

В клиническое исследование включено 100 больных острым ИМ 1-го типа с наличием коронарной атеротромбоэкклюзии и элевацией сегмента ST на электрокардиограмме: 46 мужчин и 44 женщины, средний возраст составил $58,1 \pm 7,3$ лет. Общие сроки наблюдения на госпитальном и амбулаторном этапах в Кардиоцентре составили от 1 до 45 дней. На догоспитальном этапе 32 пациентам (32%) был проведен системный тромболитический Тенектеплазе. Все 100 пациентов получили на госпитальном этапе пЧКВ в экстренном порядке. По данным первичного клинического обследования ИМ передней локализации был установлен в 48,2 % случаев, задней – в 41,8 %; Класс I Killip имел место у 71,4 %, II – у 28,6 %, III и IV классы Killip и систолическая дисфункция левого желудочка (ЛЖ) сердца были критериями исключения. Среди сопутствующих заболеваний артериальная гипертензия (АГ) имела место у 87,9 % пациен-

тов; сахарный диабет 2 типа (СД) установлен у 20,5 % больных. При поступлении в приемное отделение Кардиоцентра и через 6 часов после пЧКВ у больных определяли сывороточные уровни маркера миокардиального повреждения – высокочувствительного тропонина Т (вч-ТнТ) и маркера дисфункции миокарда – аминотерминального фрагмента предшественника мозгового натрийуретического пептида – NT-proBNP (тест-системы и иммуноферментный анализатор производителя Roche Diagnostics Int.); также в первые сутки после пЧКВ и через 30–45 дней после пЧКВ выполняли эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование. Оценивали динамические изменения эхокардиографических показателей ремоделирования миокарда ЛЖ в процессе наблюдения за больными с учетом развития дилатации ЛЖ; снижения его систолической функции; нарушения диастолического наполнения; значения индекса нарушения локальной сократимости (ИНЛС) миокарда. Развитием дилатации ЛЖ считали увеличение КДО ЛЖ на 20% и более; снижение систолической функции ЛЖ – при уменьшении уровней фракции выброса (ФВ) ЛЖ на 20% и более; нарушение диастолического наполнения ЛЖ – при снижении значений отношения пиков скоростей Е/А трансмитрального кровотока на 20% и более от исходных величин этих показателей. В зависимости от режимов медикаментозной терапии пациенты были разделены на 2 группы: 1 – группа из 46 лиц, которым на фоне оперативного лечения в рамках стандартной медикаментозной терапии применяли аторвастатин 80 мг перорально и внутривенное введение метопролола болюсом по 5 мг в первые сутки госпитального лечения. В группу 2 вошли 44 пациента, получивших на фоне пЧКВ стандартную медикаментозную терапию без инъекционного метопролола, при этом аторвастатин был назначен в дозе 20–40 мг (пациенты включены в эту группу с 2013 по 2016 год, до введения в стандарт лечения ОКС аторвастатина в дозе 80 мг с 2017 года). Статистический анализ данных проводили с использованием программного пакета Statistica 10 (StatSoft, США). Уровни значимости ($p < 0,05$) считали достоверными.

Результаты:

Средние значения биомаркеров в группах составили: при поступлении NT-proBNP в группе 1 – $121,4 \pm 18,3$ пг/л и вч-ТнТ – $256,2 \pm 40,6$ нг/л; во второй NT-proBNP – $108,3 \pm 15,7$ пг/мл и вч-ТнТ – $230,2 \pm 37,1$ нг/л; через 6 часов NT-proBNP в первой – $681,7 \pm 72,8$ пг/л и вч-ТнТ – $780,2 \pm 246,5$ нг/л; во второй NT-proBNP – $1201,3 \pm 85,2$ пг/мл и вч-ТнТ – $1234 \pm 417,0$ нг/л. По данным исходной ЭхоКГ средняя величина ИНЛС миокарда ЛЖ составила 1,44 в обеих группах, ФВ ЛЖ 1-ой группы – $52,9 \pm 1,4\%$ и 2-ой группы $51,7 \pm 0,8\%$; через 6 часов значение ИНЛС в первой группе – 1,25 и во второй – 1,38, ФВ ЛЖ 1-ой группы – $51,1 \pm 1,1\%$ и 2-ой группы $48,2 \pm 1,5\%$. Так, при попарном сравнении средних значений лабораторно-эхокардиографических показателей у пациентов нами установлено, что уровни NT-proBNP и вч-ТнТ, а также ИНЛС ЛЖ оказались достоверно ниже в группе 1 с инъекционным метопрололом и высокой дозой аторвастатина в сравнении с таковыми группы 2 со стандартной медикаментозной терапией. При проведении корреляционного анализа нами выявлена прямая связь средней силы между динамикой уровней NT-proBNP и вч-ТнТ и динамикой ИНЛС у лиц 1-ой группы ($r = 0,3$ и $0,6$, соответственно), аналогично определена корреляция этих показателей у больных группы 2 ($r = 0,3$ и $0,5$, соответственно). Динамика NT-proBNP группы 1 и группы 2 отчетливо коррелировала с динамикой КДО ЛЖ ($r = 0,6$ и $0,7$, соответственно) и ФВ ЛЖ ($r = -0,6$ и $-0,6$, соответственно). Также нами установлены достоверно более низкая частота развития реперфузионных аритмий (частая желудочковая экстрасистолия, желудочковая

тахикардия, пароксизмы фибрилляции предсердий и желудочков) в группе 1 в сравнении со второй группой пациентов (все $p < 0,05$). Также установлено, что риск развития раннего ремоделирования ЛЖ у больных группы 1 оказался достоверно ниже, чем у больных группы 2 со стандартным лечением (28,1 % против 41,3 %, соответственно; отношение рисков – 1,48; 95 % - доверительный интервал 1,2 – 3,1; $p = 0,04$).

Заключение:

1. Постинфарктные пациенты, показавшие в процессе наблюдения развитие ремоделирования миокарда ЛЖ, имели достоверно более высокие уровни в сыровотке крови как NT-proBNP, так и вч-ТнТ, по сравнению с пациентами, у которых ремоделирование миокарда не сформировалось. Динамика увеличения уровней биомаркеров достоверно отражала выраженность формирования структурно-функциональных нарушений левого желудочка. 2. Развитие ремоделирования миокарда наблюдалось реже среди тех пациентов, у которых в лечении острого ИМ 1 типа на фоне пЧКВ проводилась профилактика аторвастатином в высокой дозе и инъекционным метопрололом, в сравнении с теми лицами, у которых этот лечебный подход не использовался.

РОЛЬ ПРОТЕОМНОГО МАРКЕРА SST2 В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Гончаров И.Н.¹, Гончарова А.Г.¹, Пиляева Н.Г.², Разгулина К.П.², Пастушкова Л.Х.¹, Ларина И.М.¹

¹Государственный научный центр Российской Федерации Институт медико-биологических проблем Российской академии наук,

²БИОХИММАК Москва

Введение (цели/ задачи):

Многообразие заболеваний сердечно-сосудистой системы, конечным итогом которых является хроническая сердечная недостаточность, необходимость диагностики декомпенсации до появления реальных клинических симптомов и жалоб, важность оценки риска развития фатальных повреждений сердца требует точной оценки тяжести течения заболевания и эффективности проводимых лечебных мероприятий.

Материал и методы:

Проанализирована концентрация sST2 у когорты из 340 обследованных, из которых 226 мужчин, средний возраст $69,5 \pm 7,2$ и 114 женщин, средний возраст $65,8 \pm 8,3$. Уровень ST2 определялся на анализаторе Critical Diagnostics (рис. 1) с использованием стандартных тест систем.

Результаты:

Средняя нормальная концентрация sST2 составила $24,6 \pm 6,9$ нг/мл. Уровень sST2 у 12 мужчин составил $60,79 \pm 20,54$ нг/мл и у 21 женщины составил $52,16 \pm 16,86$ нг/мл соответственно. Тем, у кого уровень sST2 был повышен (более 35 ng/ml) проводилось углублённое обследование и усиление терапии с оценкой результатов через 2 и 6 мес. У пациентов с сохранённой фракцией выброса независимо от пола, уровень sST2 был повышен, но значительно ниже, чем при снижении фракции выброса ниже 49%. Установлено, что уровень sST2 коррелировал с диаметром левого предсердия ($p < 0,01$). Уровень sST2 был значительно выше при постоянной или пароксизмальной форме фибрилляции предсердий и пробежках наджелудочковой тахикардии, чем у пациентов с синусовым ритмом $p < 0,05$. Усиление терапии у пациентов с повышенным уровнем sST2 привело к

улучшению состояния, не было показаний для госпитализации. Не зарегистрировано летальных исходов на протяжении периода наблюдения в выбранной когорте обследуемых.

Заключение:

Определение ST2 у пациентов позволяет прогнозировать риск и степень тяжести хронической сердечной недостаточности и вероятность внезапной смерти. Уровень sST2 отражает степень функционального перерастяжения кардиомиоцита. Снижение уровня маркера при изменении терапии свидетельствует о положительном клиническом эффекте. Динамика уровня sST2 - высокоспецифичный критерий оценки тяжести течения и эффективности лечения хронических сердечно-сосудистых заболеваний.

СЕРДЕЧНО-ЛОДЫЖЕЧНЫЙ СОСУДИСТЫЙ ИНДЕКС (CAVI) У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Небиеридзе Н.Н., Подзолков В.И., Сафронова Т.А.
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,
Кафедра факультетской терапии №2

Введение (цели/ задачи):

Повышение жесткости сосудистой стенки является важным фактором риска развития сердечно-сосудистых событий. Сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (CAVI) - показатель, который позволяет оценить жесткость сосудистой стенки без влияния на нее артериального давления в момент измерения. Целью нашего исследования было определение жесткости артериальной стенки при помощи индекса CAVI у пациентов с артериальной гипертензией и выявление зависимости индекса от основных клинических показателей.

Материал и методы:

В исследование были включены 47 человек с I-II стадиями гипертонической болезни. Критерием включения пациентов было постоянное использование правильно подобранной антигипертензивной терапии и достижение целевых значений АД согласно международным рекомендациям. Критериями исключения из исследования явились: симптоматическая АГ, ХСН II-III стадий, фибрилляция предсердий, сахарный диабет любого типа и течения, хроническая болезнь почек С3б-С5 стадий с выраженным снижением скорости клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанной по формуле СКД-EPI, менее 45 мл/мин/1,73 м², стеноз брахиоцефальных артерий по данным ультразвуковой доплерографии более 50%, системные заболевания соединительной ткани, а также наличие тяжелых сопутствующих инфекционных заболеваний. Средний возраст исследуемых составил 56±7 лет. Пациентам были проведены следующие обследования: анкетирование (возраст, длительность заболевания, наличие вредных привычек, ИМТ и т.д), определение лабораторных показателей биохимического анализа крови, суточное мониторирование артериального давления, эхокардиография, ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий. Индекс CAVI был измерен при помощи аппарата VaSeraVS -1500 N (FukudaDenshi, Япония).

Результаты:

Среднее значение CAVI составило 8.02 ± 1,22 (в норме меньше 8) Положительная корреляционная связь была найдена между уровнем CAVI и возрастом пациентов, а так же между уровнем CAVI и уровнем глюкозы; r=0.591 и r=0.413 соответственно (p<0.05). Длительность заболевания, курение и ИМТ не были достоверно связаны с CAVI. Положительная связь наблюдалась между сердечно-лодыжечным сосудистым индексом (CAVI) и

толщиной комплекса интима-медиа, но не между CAVI и показателями липидного профиля (ЛПНП, ЛПОНП, ТГ, ЛПВП), p>0,05. При корреляционном анализе данных суточного мониторирования артериального давления (СМАД) и CAVI выявлена средней силы связь с уровнем среднего ночного систолического давления и величиной утреннего подъема систолического давления: r = 0,507 и r = 0,420 соответственно. Не обнаружено значимой связи между CAVI и уровнем мочевой кислоты.

Заключение:

Было обнаружено повышение уровня жесткости сосудистой стенки у больных артериальной гипертензией по сравнению с нормой. По данным нашего исследования было выявлено что CAVI имеет связь с возрастом пациентов, уровнем глюкозы, толщиной комплекса интима-медиа, ночным систолическим давлением и величиной утреннего подъема систолического давления и не обнаружена связь с уровнями мочевой кислоты и липидных фракций (ЛПВП, ЛПНП, ТГ, ЛПОНП).

СОСТОЯНИЕ ПЛАЗМЕННЫХ УРОВНЕЙ БИОМАРКЕРОВ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 1 ТИПА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Воробьев А.С.¹, Коваленко Л.В.¹, Урванцева И.А.¹, Николаев К.Ю.², Астраханцева И.Д.³, Шепилова И.Б.³

¹БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский

государственный университет»,

²Научно-исследовательский институт терапии

и профилактической медицины – филиал

Федерального государственного бюджетного научного

учреждения «Федеральный исследовательский

центр Институт цитологии и генетики Сибирского

отделения Российской академии наук»,

³БУ ХМАО-Югры «ОКД «Центр диагностики

и сердечно-сосудистой-хирургии»

Введение (цели/ задачи):

Целью настоящего исследования явилась комплексная оценка сывороточных уровней биомаркеров воспалительных процессов и их взаимосвязь с ультразвуковыми показателями ремоделирования миокарда левого желудочка (ЛЖ) сердца у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) и наличием /без сахарного диабета (СД 2) типа.

Материал и методы:

В проспективное исследование включено 102 пациента с острым ИМ 1 типа (с наличием острой тромбозии инфаркт-зависимой коронарной артерии и подъемом сегмента ST): 43 мужчины и 42 женщин (54,3 ± 7,2 лет), 41 пациентов с наличием СД 2 типа и 45 без такового. ИМ передней локализации установлен в 47,2% случаев, задней – в 52,8%; Класс I Killip имел место у 71,3% II- у 28,7%. Дополнительно обследованы 37 здоровых лиц. Плазменные уровни маркеров системного воспаления - вч-СРП и фибриногена (ФГ), биомаркера иммунореактивности – растворимого рецептора CD40 (ppCD40), биомаркера оксидативного стресса – миелопероксидазы (МПО) серийно оценивались на иммуноферментном анализаторе у пациентов с острым ИМ при поступлении в приемное отделение клиники до проведения пЧКВ (этап 1), через 1 сутки после пЧКВ (этап 2), через 7-10 дней после пЧКВ при выписке из стационара (этап 3) и через 40-45 дней после пЧКВ при амбулаторном наблюдении

(этап 4). Эхокардиография также серийно выполнялась на каждом из этапов (1-4).

Результаты:

Средние значения изучаемых биомаркеров (вч-СРП, ФГ, ррCD40 и МПО) оказались значительно выше у пациентов с ИМ, чем у здоровых лиц. У больных ИМ с СД 2 типа уровни всех биомаркеров были достоверно выше, чем у пациентов без такового на всех четырех этапах ($p < 0,05$). На этапе 4 у пациентов с ИМ 1 типа и СД 2 типа выявлены более низкие величины Е/А трансмитрального кровотока ЛЖ (0,97 против 0,75, $p < 0,05$) и более высокие значения индекса нарушения локальной сократимости (ИНЛС) ЛЖ (1,18 против 1,05, $p < 0,05$), в сравнении с лицами с ИМ без СД 2 типа. Также нами установлена достоверная корреляция уровней вч-СРП (от этапа 1 к этапу 4) и значений ИНЛС ЛЖ ($r = 0,4$, $p < 0,05$) и значимая корреляция уровней ррCD40 и величин соотношения Е/А ($r = 0,5$, $p < 0,05$).

Заключение:

Плазменные уровни вч-СРП, ФГ, ррCD40 и МПО отчетливо повышены у пациентов с перенесенным ИМ 1 типа на протяжении 1-2 месяцев. Уровни вч-СРП, ррCD40 и МПО существенно выше у пациентов с ИМ 1 типа и наличием СД 2 типа, чем у лиц с ИМ без диабета. Значения вч-СРП и ррCD40 достоверно коррелируют с индексами локальной сократимости и нарушения диастолической функции ЛЖ и могут иметь дополнительное клиническое значение при выделении категории постинфарктных больных высокого риска развития ремоделирования миокарда с целью проведения своевременной профилактики.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЛОБАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ГЕТЕРОГЕННОСТИ МИОКАРДА, У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Блинова Е.В., Сахнова Т.А., Доценко Ю.В.,
Сумароков А.Б., Саидова М.А.
ФГБУ «НМИЦ кардиологии» МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Цель работы – сопоставить значения пространственного угла QRS-T и электрокардиографического желудочкового градиента (VG) с клиническими и эхокардиографическими данными у больных хронической ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы:

Было обследовано 213 больных ИБС (165 мужчин и 48 женщин, средний возраст $62,1 \pm 9,8$ лет). Контрольную группу составили 50 практически здоровых лиц (30 женщин и 20 мужчин, средний возраст $56,5 \pm 8,8$ лет). Угол QRS-T и VG вычисляли по синтезированной векторкардиограмме, пересчитанной из цифровой электрокардиограммы в 12 отведениях.

Результаты:

У больных ИБС модуль VG и его компоненты VG-X, VG-Y, VG-Z были достоверно меньше, а угол QRS-T - достоверно больше, чем у здоровых лиц того же пола. У больных ИБС не было выявлено различий угла QRS-T и VG в зависимости от пола пациентов. У здоровых женщин компонента VG-Z была достоверно меньше, чем у здоровых мужчин. У больных ИБС были выявлены слабые достоверные отрицательные корреляционные связи модуля VG с возрастом больных ($r = -0,17$; $p=0,01$) и VG-Y с возрастом больных ($r = -0,16$; $p=0,02$), а также модуля VG с частотой сердечных сокращений (ЧСС) ($r = -0,19$; $p=0,01$) и VG-X с ЧСС ($r = -0,16$; $p=0,02$) и слабая положительная корреляционная связь угла QRS-T с ЧСС ($r = 0,21$; $p<0,01$). У здоровых лиц

были выявлены достоверные отрицательные корреляционные связи модуля VG с ЧСС ($r = -0,55$; $p<0,01$), VG-X с ЧСС ($r = -0,54$; $p<0,01$) и VG-Z с ЧСС ($r = -0,40$; $p<0,01$). Наличие артериальной гипертензии, гиперлипидемии, сахарного диабета, хронической сердечной недостаточности и ожирения было сопряжено с достоверно большими значениями угла QRS-T. Не было выявлено статистически значимых различий угла QRS-T и VG в зависимости от курения. У больных с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) передней локализации по сравнению с пациентами без ПИКС были достоверно уменьшены модуль VG и его компоненты VG-X и VG-Z и увеличен угол QRS-T. У больных с ПИКС нижнезадней локализации была достоверно уменьшена компонента VG-Y и увеличена компонента VG-Z. Пороговое значение $VG-Y \leq 10$ мс позволяло диагностировать ПИКС нижнезадней локализации с чувствительностью 63% и специфичностью 75%; пороговые значения $VG-X \leq 14$ мс и $VG-Z < 10$ мс позволяли диагностировать ПИКС передней локализации с чувствительностью 67 - 77% и специфичностью 85-79%, соответственно. Был выявлен ряд умеренных достоверных корреляционных связей: у больных ПИКС передней локализации - VG, VG-X, VG-Y с конечно-диастолическим размером (КДР) левого желудочка (ЛЖ); у больных без ПИКС - угла QRS-T и VG-Y с КДР ЛЖ, массой миокарда ЛЖ и индексом массы миокарда ЛЖ, во всех группах VG-Y с фракцией выброса ЛЖ.

Заключение:

У больных ИБС более высокие значения угла QRS-T связаны с наличием традиционных факторов риска - артериальной гипертензии, гиперлипидемии, сахарного диабета и ожирения. Изменения VG при ПИКС разных локализаций различны.

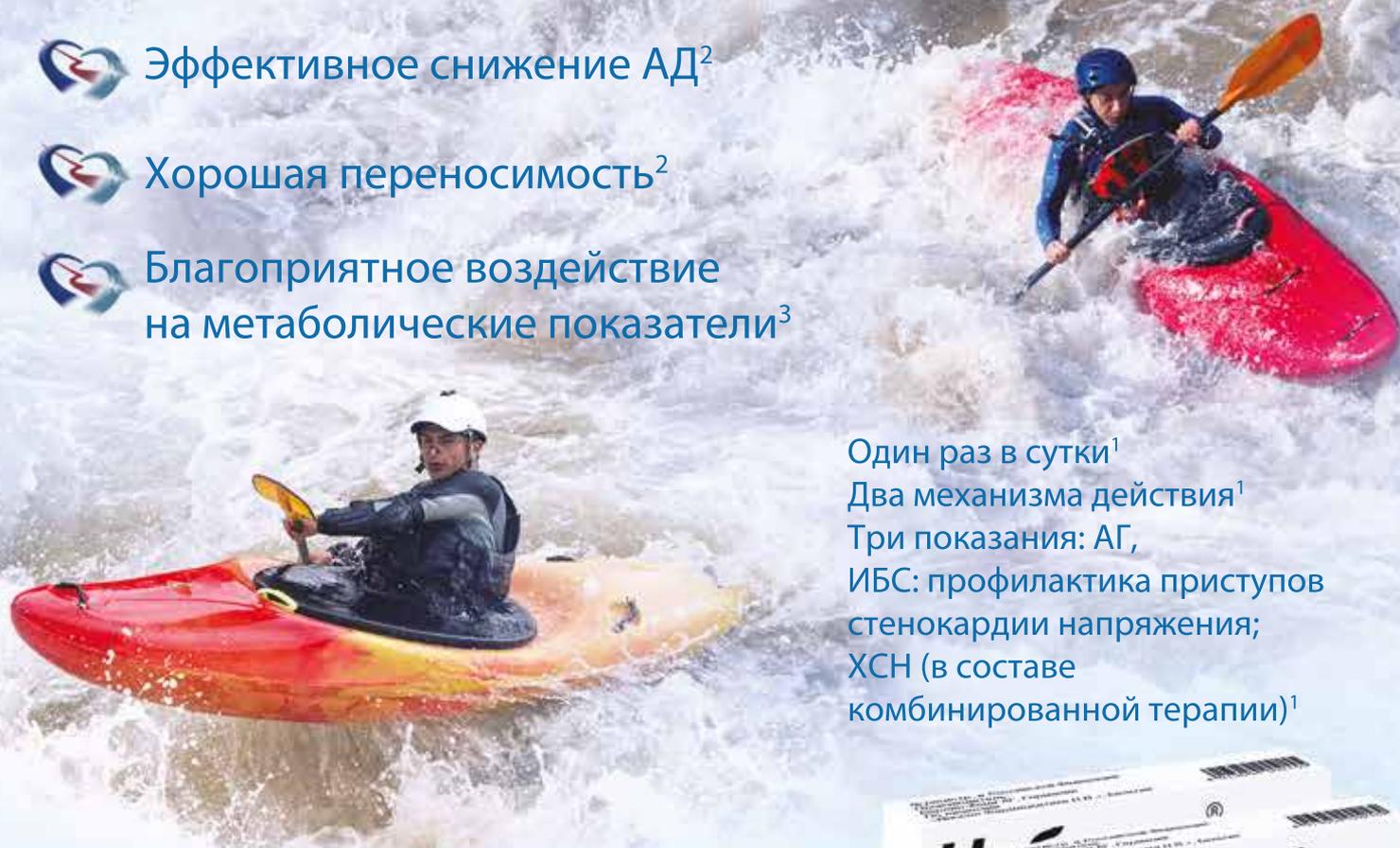


**БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ**

Небиволол 5 мг №14, №28
Небилет®

Высокоселективный β_1 – адреноблокатор с вазодилатирующими свойствами¹

-  Эффективное снижение АД²
-  Хорошая переносимость²
-  Благоприятное воздействие на метаболические показатели³



Один раз в сутки¹
Два механизма действия¹
Три показания: АГ,
ИБС: профилактика приступов
стенокардии напряжения;
ХСН (в составе
комбинированной терапии)¹

АГ-артериальная гипертензия, ИБС-ишемическая болезнь сердца, ХСН-хроническая сердечная недостаточность

Краткая инструкция по применению препарата Небилет® МНН: небиволол. Фармакотерапевтическая группа : селективный блокатор β_1 – адренорецепторов. Показания к применению: артериальная гипертензия; ИБС: профилактика приступов стенокардии напряжения; хроническая сердечная недостаточность (в составе комбинированной терапии). Способ применения и дозы: внутрь, один раз в сутки, желательно в одно и то же время, независимо от приема пищи, запивая достаточным количеством воды. Средняя суточная, доза для лечения АГ и ИБС – 2,5 – 5 мг/сут. Максимальная суточная доза – 10 мг/сут. Препарат Небилет® может применяться как в монотерапии, так и в сочетании с другими антигипертензивными средствами. Лечение ХСН необходимо начинать с медленного увеличения дозы до достижения индивидуальной оптимальной поддерживающей дозы. Начальная доза при этом – 1,25 мг/сут. Далее осуществляется титрование доз до 2,5 – 5 мг/сут, а затем до 10 мг/сут (максимальная суточная доза). Противопоказания: повышенная чувствительность к действующему веществу или к любому компоненту препарата; острая сердечная недостаточность; хроническая сердечная недостаточность в стадии декомпенсации (требующая внутривенного введения препаратов, обладающих положительным инотропным действием); выраженная артериальная гипотензия (САД менее 90 мм рт ст); синдром слабости синусового узла, включая синоаурикулярную блокаду; атриовентрикулярная блокада 2 и 3 степ. (без наличия искусственного водителя ритма); брадикардия (ЧСС менее 60 уд/мин); кардиогенный шок; феохромоцитомы (без одновременного применения альфа-адреноблокаторов); метаболический ацидоз; тяжелые нарушения функции печени; бронхоспазм и бронхиальная астма в анамнезе; тяжелые облитерирующие заболевания периферических сосудов («перемежающая хромота», синдром Рейно); миастения; депрессия; непереносимость лактозы, дефицит лактазы и синдром глюкозо-галактозной мальабсорбции; возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не изучены). С осторожностью: почечная недостаточность; сахарный диабет; гиперфункция щитовидной железы; аллергические заболевания в анамнезе; псориаз; ХОБЛ; АВ-блокада I степ.; стенокардия Принцметала (вазоспастическая); возраст старше 75 лет. Побочные эффекты: (частые; более подробную информацию см. в инструкции препарата): со стороны нервной системы: головная боль, головокружение, повышенная утомляемость, слабость, парестезии. Со стороны ЖКТ: тошнота, запор, диарея. Со стороны ССС: частых нет (нередко: брадикардия, острая сердечная недостаточность, АВ-блокада, ортостатическая гипотензия, синдром Рейно).



Список литературы:

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Небилет® П N011417/01 от 03.04.11 с внесенными изменениями от 04.06.12
2. Van Bortel L. M. et al.; Am J Cardiovasc Drugs 2008; 8 (1): 35-44
3. Schmidt A. C. et al.; Clin Drug Invest 2007; 27 (12):841-849

Адрес компании: ООО «Берлин-Хеми/А.Менарини» 123317, г. Москва, Пресненская набережная, д. 10 БЦ «Башня на набережной», блок Б
Тел.: (495) 785-01-00, факс: (495) 785-01-01 <http://www.berlin-chemie.ru>
Материал предназначен для специалистов здравоохранения.
Отпускается по рецепту врача. Подробная информация о препарате содержится в инструкции по медицинскому применению препарата Небилет® П N011417/01 от 03.04.11 с внесенными изменениями от 04.06.12
Одобрено 01.2018 RU_Neb_1-2018



ЕВРАЗИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ КАРДИОЛОГОВ

**МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
КАРДИОНЕФРОЛОГИЯ 2019**

**27 НОЯБРЯ 2019 Г.,
МОСКВА**



WWW.CARDIO-EUR.ASIA

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

А

Абдувалиева Г.А.....	44
Абдуллаева Г.Ж.....	26
Абдуллаева С.Я.....	39
Абдуллаев А.Х.....	34, 36
Абиева Э.М.....	45
Абрамов А.А.....	49
Абылай Н.Б.....	16
Авагян А.М.....	55
Авалян А.А.....	60
Авдеева М.В.....	38
Азизов Ш.И.....	36
Акатова Е.В.....	40
Акопян Э.Н.....	55, 59
Акчурин Р.С.....	61
Александрова И.В.....	22
Алексеева Е.М.....	19
Алиджанова Х.Г.....	43, 48
Алиев И.С.....	43
Аляви Б.А.....	34, 36
Амбатьелло Л.Г.....	39
Амелюшкина В.А.....	56
Аминов А.А.....	24, 32, 51
Аникин В.В.....	8
Арефина М.В.....	63
Арефьева Т.И.....	65
Аркадьева Г.В.....	42
Ароян С.А.....	55, 59
Арямкина О.Л.....	28
Асадов Н.З.....	34
Асмар Р.Г.....	59
Астраханцева И.Д.....	65, 67
Атрощенко Е.С.....	15
Атюнина И.В.....	27
Ахмедова Т.А.....	45
Ахметова М.Ж.....	11

Б

Бабаян И.С.....	43
Бады А.О.....	41
Бегдамирова А.А.....	58
Баялшикова Н.А.....	59
Барбараш О.Л.....	21, 54, 56
Батрак Г.А.....	26
Батырбекова Л.М.....	7, 14, 40
Бахметьев А.С.....	64
Бахшалиев А.Б.....	58
Беганская Л.А.....	9

Беганская Н.С.....	8
Бейлина Н.И.....	14, 30
Бекметова Ф.М.....	37, 57
Белоглазов В.А.....	44
Берая М.М.....	13
Бесланев И.А.....	7, 14, 40
Бехбудова Д.А.....	45
Биек А.Ю.....	28
Бирюков А.П.....	22
Блинова Е.В.....	63, 68
Блинова Н.В.....	32
Бобровицкая А.И.....	34
Бочаров А.В.....	50
Бугров А.В.....	9
Буданова В.А.....	19
Буряк В.Н.....	11, 34, 49

В

Вакарева В.В.....	38
Вакуленко О.Н.....	52, 59, 61
Васильев В.П.....	46, 61
Ватинян С.Х.....	55
Висмонт Ф.И.....	33
Власова Э.Е.....	46, 61
Воеводина И.В.....	18
Воробьев А.С.....	65, 67
Выборов О.Н.....	49

Г

Габинский Я.Л.....	20
Газарян Г.А.....	48
Газарян Г.Г.....	10
Газилова Х.Ш.....	34
Газизова В.П.....	61
Гальцова О.А.....	45
Галяутдинов Д.М.....	46
Гарибян Э.С.....	55, 59
Гарипов Т.В.....	12
Гаулика С.О.....	65
Голицын С.П.....	47
Гончарова А.Г.....	66
Гончаров И.Н.....	66
Горбунов М.Г.....	19
Гордиенко А.В.....	53
Гофман В.В.....	12
Грамович В.В.....	49, 61
Грицук С.Ф.....	23
Гургенян С.В.....	55, 59

Д

Далимова Д.А.....	36
Дворецкий Л.И.....	52, 59, 61
Денисова Т.П.....	52
Джаббарова Д.Х.....	37, 57
Джигоева О.Н.....	35
Дзыбинская Е.В.....	61
Долгов В.В.....	9
Долотовская П.В.....	52
Доля Е.М.....	44
Дониеров Ш.Н.....	37, 57
Доценко Ю.В.....	68

Е

Егиазарян Л.Г.....	47
Елисеева Т.А.....	52, 59, 61
Епифанов С.Ю.....	53
Ермишкин В.В.....	49
Ермолаев А.А.....	31
Есева С.Е.....	20

Ж

Жалилов А.О.....	8, 25, 27
Жернакова Ю.В.....	32

З

Загиченко М.М.....	35
Заирова А.Р.....	60
Закиров Н.У.....	10, 44
Зелвеян П.А.....	55, 59
Зубарева М.Ю.....	56
Зуева Г.В.....	37
Зуйкова А.А.....	24, 36, 48
Зыков К.А.....	39

И

Иванова О.С.....	18
Иванов М.Г.....	43
Изварина О.А.....	8
Ильина Л.Н.....	46
Ильин И.Б.....	54
Иминова Д.А.....	36
Инасаридзе Н.О.....	34
Ирисов Д.Б.....	10, 44
Исаев Г.О.....	31
Исхаков Ш.А.....	36

К

Каленицкая А.О.....	54
Калинина М.В.....	22
Каминная В.И.....	56
Капелько В.И.....	49
Каримова Д.К.....	36
Карпова И.С.....	15
Касымова П.Х.....	34
Каткова Т.Е.....	46
Кашталап В.В.....	56
Квасников Б.Б.....	19
Кештова М.У.....	43
Климова А.А.....	39
Ковалева М.А.....	31
Коваленко Л.В.....	67
Ковальчук Л.С.....	31
Ковальчук П.Н.....	31
Козьмин Д.Ю.....	19
Колесова И.А.....	54
Колосова Е.С.....	19
Кондюкова Н.В.....	21, 54
Космачева Е.Д.....	21, 47
Костюкевич М.В.....	47
Котова Ю.А.....	24, 36, 48
Кошукова Г.Н.....	44
Красноручская О.Н.....	24, 48
Кривошеева Е.Н.....	58
Кропачева Е.С.....	58
Крылов В.А.....	54
Кудаев М.Т.....	42
Кудинова А.Н.....	53
Купина Л.М.....	59
Курбанов Р.Д.....	10
Курбанов С.К.....	46
Курданова М.Х.....	7, 14, 40
Курданов Х.А.....	7, 14, 40
Курсаченко А.С.....	64
Кучкаров Х.Ш.....	44

Л

Лакомкин В.Л.....	49
Ларина И.М.....	66
Лебедева Н.Б.....	12
Липатова Т.Е.....	52
Лифанова Л.С.....	61
Лукошкова Е.В.....	49

М

Магеррамбайли И.Ш.....	58
Майоров Г.Б.....	46
Майчук Е.Ю.....	18
Максимов В.Н.....	17
Малинова Л.И.....	52
Малкина Т.А.....	47
Малышева Е.В.....	14, 30
Маль Г.С.....	63
Мамутов Р.Ш.....	24, 32

Мартынов А.И.....	40
Мартынюк Т.В.....	63
Масенко В.П.....	65
Махмутова А.Р.....	34
Махмутов Р.Ф.....	11, 34, 49
Махнырь Е.Ф.....	34
Махрова О.Б.....	54
Машарипов Ш.М.....	26
Машхурова З.Т.....	26
Мелконян А.....	59
Мелконян А.А.....	55
Минасян А.А.....	55
Мирзаева Б.М.....	34
Миронова Н.А.....	47
Миронова О.Ю.....	31, 46
Мирошников А.Б.....	17

Н

Нагаева Г.А.....	8, 24, 29, 30, 51
Нагаев Ш.А.....	18
Надыров М.Т.....	16
Настаева М.В.....	54
Небиеридзе Н.Н.....	67
Недорезова Р.С.....	12
Недоступ А.В.....	22
Нефедова Г.А.....	10, 48
Нигматуллина Р.Р.....	11, 12
Никишин А.Г.....	39
Николаева Т.О.....	8
Николаев К.Ю.....	65, 67
Николин О.П.....	40
Никулина Н.Н.....	43
Ноева Е.А.....	57, 65
Носович Д.В.....	53
Нурмухамедов А.И.....	34

О

Омарова А.Х.....	42
Орлов Д.О.....	35
Орлов Ю.В.....	22
Осиповская И.А.....	61
Осокина А.К.....	57, 65
Ощепкова Е.В.....	19, 27, 60

П

Панченко Е.П.....	58
Пастушкова Л.Х.....	66
Пашков А.Н.....	36
Первичко Е.И.....	40
Передерко А.В.....	18
Перекосова О.И.....	31
Печерина Т.Б.....	56
Пиляева Н.Г.....	66
Пирназаров М.М.....	39
Погорелова О.А.....	57
Подзолков В.И.....	67

Попов Л.В.....	50
Поспелова Т.И.....	41
Потехина А.В.....	57, 65
Прохорова О.Н.....	22
Пучиньян Н.Ф.....	52
Пылаева Е.А.....	57

Р

Радюхина Н.В.....	57
Разгулина К.П.....	66
Рамазанов Г.Р.....	43, 48
Раушкин Д.А.....	48
Репинская И.Н.....	44
Рогоза А.Н.....	27, 32, 60
Рогоулина Н.В.....	21, 54
Рожкова Т.А.....	56
Ройтман А.П.....	9
Ромасенко Л.В.....	13
Ромасов И.В.....	65
Рулева Н.Ю.....	57
Русак Т.В.....	15

С

Савш П.А.....	28
Саидова М.А.....	63, 68
Самко А.Н.....	58
Сафронова Т.А.....	67
Сахнова Т.А.....	63, 68
Селезнев С.В.....	43
Семенова О.Н.....	64
Смирнова М.П.....	15
Смоленский А.В.....	17
Смолякова Е.В.....	39
Соколов А.В.....	13
Соколовская Г.И.....	20
Соловьева Е.Ю.....	56
Сотников А.В.....	53
Срождидинова Н.З.....	39
Страхова Н.В.....	24, 48
Стрюк Р.И.....	10
Стукалова О.В.....	61
Сумароков А.Б.....	68

Т

Тагаева Д.Р.....	36
Таранцова А.В.....	62
Татаринцева З.Г.....	21, 47
Теплова Ю.Е.....	21, 54
Терентьева М.Г.....	19
Тополянская С.В.....	52, 59, 61
Топушян Ж.А.....	59
Трипотень М.И.....	57
Трофимец А.И.....	54
Туков А.Р.....	22
Турсунбаев А.К.....	34
Тыкежанова Г.М.....	11
Тюрина Л.Г.....	10

У

Узоков Ж.К.....	36
Урванцева И.А.....	65, 67
Урлаева И.В.....	40
Устьян Ц.Д.....	55, 59
Ушанова А.М.....	31

Ф

Федорова Т.А.....	9
Филатова А.Ю.....	57, 65
Фомин В.В.....	31
Фурман Н.В.....	52
Фурсова В.А.....	44

Х

Хамидова Л.Т.....	48
Хамидуллаева Г.А.....	26
Хасанов М.С.....	39
Хафизова Л.Ш.....	26
Хидирова Л.Д.....	17
Хорина М.Ю.....	65

Ц

Царегородцев Д.А.....	13, 22
Цоколов А.В.....	54

Ч

Чазова И.Е.....	32, 39
Чепелев С.Н.....	33
Чернышева М.Б.....	43
Чехонацкая М.Л.....	64
Чижов П.А.....	15
Чилоч Г.Ф.....	54

Ш

Шабан Н.И.....	11, 34, 49
Шагоян А.М.....	55, 59
Шарипова А.У.....	34
Шевченко Е.В.....	43
Шелуха П.А.....	13
Шепилова И.Б.....	67
Ширяев А.А.....	46, 61
Шлевкова Г.В.....	65
Шукурова Д.Ю.....	26

Щ

Щеглова Л.В.....	38
Щинова А.М.....	65

Ю

Юлдошев Н.П.....	8
Юрасова Е.С.....	63

Я

Якушин С.С.....	43
Яхонтов Д.А.....	17, 41

А

Abdullaev A.A.....	4, 7
Abdullaeva G.J.....	4, 7
Abdullaeva G.Zh.....	4
Azizova E.Z.....	5

Д

Dranenko N.Yu.....	6
--------------------	---

К

Karimov A.M.....	4
Kevorkov A.G.....	5
Khamidullaeva G.A.....	4
Kornienko N.V.....	6
Korytko I.N.....	6
Kurbanov R.D.....	4, 7
Kuznetsov E.S.....	6

Л

Leshankina N.Y.....	5
---------------------	---

М

Masharipov S.M.....	4
Miroshnichenko E.P.....	6

Н

Narvatkina M.A.....	5
---------------------	---

Р

Polozova E.I.....	5
Puzanova E.V.....	5

Р

Radaykina E.V.....	5
Rezanova N.V.....	6

С

Sadreeva S.K.....	6
Seskina A.A.....	5
Shukurova D.U.....	4

Т

Tursunova N.B.....	4
Tursunov E.Ya.....	5

У

Yunusova Sh.Sh.....	5
---------------------	---

З

Zakirov N.U.....	5
Zinnatullina D.S.....	6

Издатели не несут ответственности за наличие орфографических, пунктуационных ошибок.
Тексты тезисов приводятся в авторской редакции.



НОВОЕ РЕШЕНИЕ
ДЛЯ КОНТРОЛЯ АД

РАННЕЕ НАЧАЛО ДЕЙСТВИЯ

МОЖЕТ ПОКАЗАТЬ ЗНАЧИМЫЙ
ЭФФЕКТ НА 2-й НЕДЕЛЕ ТЕРАПИИ¹⁻⁴

**ПРЕВОСХОДИТ
ДРУГИЕ САРТАНЫ***
В СНИЖЕНИИ АД¹⁻⁴

**СТАБИЛЬНЫЙ
КОНТРОЛЬ АД**
В ТЕЧЕНИЕ 24 ЧАСОВ¹⁻⁴


эдарби®
азилсартана медоксомил
40 мг + 80 мг таблетки

УВЕРЕННОЕ ПРЕВОСХОДСТВО**



*Валсартан, оллесартан, **Статистически значимое превосходство в снижении клинического систолического АД vs. валсартан 320 мг и оллесартан 40 мг^{3,4}.

Информация для специалистов здравоохранения. **1.** Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Эдарби®, таблетки 20 мг, 40 мг, 80 мг. Рег. уд. ЛП-002359 от 03.02.2014. **2.** Bakris G., et al. J. Clin. Hypertens. (Greenwich). 2011; 13(2): 81–8. **3.** Sica D., et al. J. Clin. Hypertension (Greenwich). 2011; 13: 467–472. **4.** White W., et al. Hypertension. 2011; 57(3): 413–20.

СОКРАЩЕННАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

Торговое название: Эдарби®. **Международное непатентованное название (МНН):** азилсартана медоксомил. **Лекарственная форма и дозировка:** таблетки 20 мг, 40 мг и 80 мг. **Показания к применению:** эссенциальная гипертензия. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к действующему веществу и другим компонентам препарата; беременность; одновременный приём препаратов, содержащих алискирен, у пациентов с сахарным диабетом и/или умеренными и тяжёлыми нарушениями функции почек (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) менее 60 мл/мин/1,73 м² площади поверхности тела); одновременное применение с ингибиторами АПФ у пациентов с диабетической нефропатией; возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены); тяжёлые нарушения функции печени (более 9 баллов по шкале Чайлд-Пью) (отсутствует опыт применения). **Способ применения и дозы:** Эдарби® принимают внутрь один раз в сутки независимо от времени приёма пищи. Рекомендованная начальная доза – 40 мг 1 раз в сутки.

При необходимости дополнительного снижения АД дозу препарата можно увеличить до максимальной – 80 мг 1 раз в сутки. В случае неадекватного контроля АД в монотерапии препаратом Эдарби® возможно его одновременное применение с другими гипотензивными средствами. Эдарби® следует принимать ежедневно, без перерыва. В случае пропуска приёма очередной дозы пациенту следует принять следующую дозу в обычное время. Не следует принимать двойную дозу препарата Эдарби®. В случае прекращения лечения пациент должен сообщить об этом врачу. **Побочное действие:** головокружение, диарея, повышение активности креатинфосфокиназы, выраженное снижение АД, тошнота, сыпь, зуд, мышечные спазмы, повышение концентрации креатинина, гиперурикемия, повышенная утомляемость, периферические отёки. **Полный перечень побочных эффектов содержится в инструкции по медицинскому применению. С осторожностью:** тяжёлая хроническая сердечная недостаточность (IV функциональный класс по классификации NYHA); почечная недостаточность тяжёлой степени (клиренс креатинина < 30 мл/мин); двусторонний стеноз почечных артерий и стеноз артерии единственной функционирующей почки; ишемическая кардиомиопатия; ишемические цереброваскулярные заболевания; состояние после трансплантации почки; состояния, сопровождающиеся снижением объёма циркулирующей крови (в том числе рвота, диарея), а также у пациентов, соблюдающих диету с ограничением поваренной соли; при одновременном применении с большими дозами диуретиков; первичный гиперальдостеронизм; гиперкальциемия; стеноз аортального и митрального клапанов; гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия; возраст старше 75 лет. **Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.** № RU/EDA/0519/0029

ООО «Такеда Фармасьютикалс»: 119048, г. Москва, ул. Усачёва, д. 2, стр. 1. Тел. + 7 (495) 933 5511; факс +7 (495) 502 1625. Рег. уд. ЛП-002359. Дата выпуска рекламы: сентябрь 2019 г. RU/EDA/0619/0032



Конкор®

уменьшает тонус симпатической НС:
снижает АД и ЧСС¹:

Оригинальный
бисопролол¹

Эффективнее дженериков
в снижении АД⁶ и ЧСС⁵

272 руб в месяц
(5 мг №50)⁴

Конкор® AM

тройной механизм действия²:

- ↓ тонуса симпатической НС
- ↑ периферической вазодилатации
- ↓ синтеза ренина (воздействие на РААС)

Гибкая линейка²
дозировок Конкор® AM

Фиксированная комбинация²
оригинального бисопролола и амлодипина

РАЗМЕЩЕНИЕ НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

* Симпатическая НС – симпатическая нервная система

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Конкор® П №012963/01; 2. Инструкция по медицинскому применению препарата Конкор® AM ПП-001137; 3. Инструкция по медицинскому применению препарата Конкор® КОР П №013955/01; 4. IMS, retail, 2017; 5. Тарловская Е.И., Чудиновских Т.И. Терапевтическая эффективность и безопасность оригинального и генерического бисопролола у пациентов с ишемической болезнью сердца. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2015; 14(6):29-35. 6. С.Н. Толпыгина, Е.В. Шилова, С. Ю. Марцевич. «Сравнительное изучение эффективности и переносимости оригинального препарата бисопролола и его генерика у больных артериальной гипертензией 1-2 степени.» Рациональная фармакотерапия в кардиологии 3.3 (2007).

Конкор® (бисопролол). Регистрационное удостоверение: П №012963/01. **ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА:** бета1-адреноблокатор селективный. **ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА И ДОЗИРОВКА:** таблетки покрытые пленочной оболочкой, 5 мг и 10 мг. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:** артериальная гипертензия; ишемическая болезнь сердца: стабильная стенокардия; хроническая сердечная недостаточность. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** повышенная чувствительность к бисопрололу или к любому из вспомогательных веществ (см. раздел «Состав»), острая сердечная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность в стадии декомпенсации, требующая проведения инотропной терапии, кардиогенный шок, атриовентрикулярная (AV) блокада II и III степени, без электрокардиостимулятора, синдром слабости синусового узла, синусовая брадикардия (ЧСС менее 60 уд./мин), выраженная артериальная гипотензия (систолическое АД менее 100 мм рт.ст.), тяжелые формы бронхиальной астмы, выраженные нарушения периферического артериального кровообращения или синдром Рейно, феохромоцитомы (без одновременного применения альфа-адреноблокаторов), метаболический ацидоз, возраст до 18 лет (недостаточно данных по эффективности и безопасности у данной возрастной группы). **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ:** один раз в сутки с небольшим количеством жидкости, утром до завтрака, во время или после него. Не разжевывать, не растирать в порошок. Артериальная гипертензия и стабильная стенокардия Режим приема и дозу подбирает врач каждому пациенту индивидуально. Обычно начальная доза составляет 5 мг 1 раз в день. При необходимости дозу можно увеличить до 10 мг 1 раз в сутки. Максимально рекомендованная доза составляет 20 мг 1 раз в день. Хроническая сердечная недостаточность Рекомендованная начальная доза составляет 1,25 мг 1 раз в день. В зависимости от индивидуальной переносимости дозу следует постепенно повышать до 2,5 мг, 3,75 мг, 5 мг, 7,5 мг и 10 мг 1 раз в день. Максимально рекомендованная доза при лечении ХСН составляет 10 мг препарата Конкор® 1 раз в день. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ:** Со стороны сердечно-сосудистой системы - очень часто: брадикардия (у пациентов с ХСН). Со стороны пищеварительной системы - часто: тошнота, рвота, диарея, запор. Общие нарушения - часто: астения (у пациентов с ХСН), повышенная утомляемость*. Центральная нервная система - часто: головокружение*, головная боль*. ** у пациентов с артериальной гипертензией или стенокардией особенно часто данные симптомы появляются в начале курса лечения. Обычно эти явления носят легкий характер и проходят, как правило, в течение 1-2 недель после начала лечения. Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по медицинскому применению. **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ:** Не прерывайте лечение препаратом Конкор® резко и не меняйте рекомендованную дозу без предварительной консультации с врачом, так как это может привести к временному ухудшению деятельности сердца. Лечение не следует прерывать внезапно, особенно у пациентов с ИБС. Если прекращение лечения необходимо, то дозу следует снижать постепенно. На начальных этапах лечения препаратом Конкор® пациенты нуждаются в постоянном наблюдении. Препарат следует применять с осторожностью в следующих случаях: тяжелые формы ХОБЛ и нетяжелые формы бронхиальной астмы; сахарный диабет со значительными колебаниями концентрации глюкозы в крови; симптомы выраженного снижения концентрации глюкозы (гипогликемии) такие как тахикардия, сердцебиение или повышенная потливость могут маскироваться, строгая диета, проведение десенсибилизирующей терапии, AV блокада I степени, стенокардия Принцметала, нарушения периферического артериального кровообращения легкой и умеренной степени (в начале терапии может возникнуть усиление симптомов), псориаз (в т.ч. в анамнезе). Условия хранения: хранить при температуре не выше 30°C. Хранить в недоступном для детей месте. **УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК:** по рецепту. **СРОК ГОДНОСТИ:** 3 года. **Претензии потребителей и информация о нежелательных явлениях следует направлять по адресу:** ООО «Мерк», 115054 Москва, ул. Валуева, д. 35. Тел.: +7 495 937 33 04; факс: +7 495 937 33 05, e-mail: safety@merck.ru. *Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению. Данная версия инструкции по медицинскому применению действительна с 05 октября 2017. Соответствует MDS Bispoprolol V10.0 2014May23.

Конкор®AM (бисопролол+амлодипин). Регистрационное удостоверение: ЛП-001137. **ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА:** гипотензивное средство комбинированное (бета1-адреноблокатор селективный + блокатор «медленных» кальциевых каналов (БМКК)). **ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА И ДОЗИРОВКА:** таблетки 5 мг + 5 мг, таблетки 5 мг + 10 мг, таблетки 10 мг + 5 мг, таблетки 10 мг + 10 мг. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:** Артериальная гипертензия; замещение терапии монокомпонентными препаратами амлодипина и бисопролола в тех же дозах. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** по амлодипину: тяжелая артериальная гипотензия; шок (в т.ч. кардиогенный); нестабильная стенокардия (за исключением стенокардии Принцметала); гемодинамически нестабильная сердечная недостаточность после острого инфаркта миокарда; обструкция выходного отдела левого желудочка (например, клипический закупоривший аортальный стеноз). По бисопрололу: острая сердечная недостаточность или хроническая сердечная недостаточность (ХСН) в стадии декомпенсации, требующая проведения инотропной терапии; кардиогенный шок; атриовентрикулярная (AV) блокада II и III степени, без электрокардиостимулятора; синдром слабости синусового узла (СССУ); синусовая брадикардия (ЧСС менее 60 ударов/мин); симптоматическая артериальная гипотензия; тяжелые формы бронхиальной астмы; выраженные нарушения периферического артериального кровообращения или синдром Рейно; феохромоцитомы (без одновременного применения альфа-адреноблокаторов); метаболический ацидоз; По комбинации амлодипин / бисопролол: повышенная чувствительность к амлодипину, другим производным дигидропиридина, бисопрололу и/или любому из вспомогательных веществ; детский возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены). **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ:** внутрь. Принимать утром, независимо от приема пищи, не разжевывая. Продолжительность лечения. Долговременная терапия. Рекомендуется постепенное снижение дозы. Нарушение функции печени. У пациентов с нарушением функции печени выведение амлодипина может быть замедлено. Для пациентов с тяжелыми нарушениями функции печени максимальная суточная доза бисопролола составляет 10 мг. Нарушение функции почек Пациентам с нарушением функции почек легкой или средней степени тяжести коррекция режима дозирования, как правило, не требуется. Амлодипин не выводится с помощью диализа. Пациентам, подверженным диализу, следует назначать амлодипин с особой осторожностью. Для пациентов с выраженными нарушениями функции почек (клиренс креатинина (КК) менее 20 мл/мин) максимальная суточная доза бисопролола составляет 10 мг. Пожилые пациенты Пожилым пациентам могут назначаться обычные дозы препарата. Осторожность требуется только при увеличении дозы. Дети Препарат не рекомендован к применению у детей в возрасте до 18 лет ввиду отсутствия данных по эффективности и безопасности. Рекомендованная суточная доза - 1 таблетка определенной дозировки в день. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ:** По амлодипину: Нарушения со стороны нервной системы - часто: сонливость, головокружение, головная боль (особенно в начале лечения); нарушения со стороны органа зрения - часто: нарушение зрения (в т.ч. диплопия); Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта - часто: тошнота, боль в животе, диспепсия, изменение режима дефекации (в т.ч. запор или диарея); нарушения со стороны сердца - часто: ощущение сердцебиения; нарушения со стороны сосудов - часто: «приливы»; нарушения со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения - часто: одышка; общие расстройства и нарушения в месте введения - очень часто: периферические отеки; нарушения со стороны скелетно-мышечной и соединительной ткани - часто: отеки лодыжек, судороги мышц. По бисопрололу: нарушения со стороны нервной системы - часто: головная боль*, головокружение**, нарушения со стороны сосудов - часто: ощущение ломоты или онемения в конечностях; нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта - часто: тошнота, рвота, диарея, запор; общие расстройства и нарушения в месте введения - часто: повышенная утомляемость**. ** Особое внимание должно быть уделено на появление новых симптомов (например, одышка, непереносимость физических нагрузок, кашель). Условия хранения: Хранить при температуре не выше 30 °С. Хранить препарат в недоступном для детей месте! **УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК:** по рецепту. **СРОК ГОДНОСТИ:** 3 года. **Претензии потребителей и информация о нежелательных явлениях следует направлять по адресу:** ООО «Мерк», 115054 Москва, ул. Валуева, д. 35. Тел.: +7 495 937 33 04; факс: +7 495 937 33 05, e-mail: safety@merck.ru. *Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению. Данная версия инструкции по медицинскому применению действительна с 29 декабря 2016. Соответствует CDS Bispoprolol+Amloidine V5.0 2015Oct12