



ЕВРАЗИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ КАРДИОЛОГОВ
ЕВРАЗИЙСКАЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ
ОБЩЕСТВО ВРАЧЕЙ РОССИИ



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

VI МЕЖДУНАРОДНАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ

СПОРНЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ КАРДИОЛОГИИ

2024

онлайн-трансляция

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ISBN 978-5-6049180-5-0



9 785604 918050

16-17 октября 2024 года
WWW.CARDIO-EUR.ASIA

ЕВРАЗИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ КАРДИОЛОГОВ

ЕВРАЗИЙСКАЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ

ОБЩЕСТВО ВРАЧЕЙ РОССИИ

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

**VI МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ЕВРАЗИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ КАРДИОЛОГОВ
«СПОРНЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ
ВОПРОСЫ КАРДИОЛОГИИ 2024»**

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

16-17 октября 2024 года

УДК (UDC) 616.1+616-005
ББК (LBC) 53.0
https://doi.org/10.38109/SiNVc_2024

Рецензенты:

Блинова Н.В. – <https://orcid.org/0000-0001-5215-4894>
Аксенова А.В. – <https://orcid.org/0000-0001-8048-4882>
Мионов Н.Ю. – <https://orcid.org/0000-0002-6086-6784>
Елфимова Е.М. – <https://orcid.org/0000-0002-3140-5030>
Сафиулина А.А. – <https://orcid.org/0000-0003-3483-4698>
Мартынюк Т.В. – <https://orcid.org/0000-0002-9022-8097>
Кисляк О.А. – <https://orcid.org/0000-0002-2028-8748>
Валиева З.С. – <https://orcid.org/0000-0002-9041-3604>
Сивакова О.А. – <https://orcid.org/0000-0002-0060-095X>

Сборник тезисов VI международной конференции Евразийской ассоциации кардиологов «Спорные и нерешенные вопросы кардиологии 2024». 16-17 октября 2024 г. — М.: Издательство ООО «ИнтерМедсервис», 2024. — 84 с.

ISBN: 978-5-6049180-5-0

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

Издательство ООО «ИнтерМедсервис»
E-mail: og@intermed.services

Типография: Принтмэни, 109316, Россия, г. Москва, Остаповский проезд, д. 24, стр. 5

Подписано в печать 09.10.2024 г.
Тираж: 100 шт. Заказ № 01482

© Авторы тезисов, 2024

Reviewers:

Blinova N.V. – <https://orcid.org/0000-0001-5215-4894>
Aksenova A.V. – <https://orcid.org/0000-0001-8048-4882>
Mironov N.Yu. – <https://orcid.org/0000-0002-6086-6784>
Elfimova E.M. – <https://orcid.org/0000-0002-3140-5030>
Safiulina A.A. – <https://orcid.org/0000-0003-3483-4698>
Martynyuk T.V. – <https://orcid.org/0000-0002-9022-8097>
Kislyak O.A. – <https://orcid.org/0000-0002-2028-8748>
Valieva Z.S. – <https://orcid.org/0000-0002-9041-3604>
Sivakova O.A. – <https://orcid.org/0000-0002-0060-095X>

Abstracts of the VI International Conference of the Eurasian Association of Cardiologists «Controversial and Unresolved Issues of Cardiology 2024». October 16-17, 2024 — M.: Publisher InterMedservice LLC, 2024. 84 p.

ISBN: 978-5-6049180-5-0

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

Publishing house «InterMedservis»
E-mail: og@intermed.services

Printing house: Printmany, 109316, Russia, Moscow, Ostapovsky proezd, 24, building

Signed to print: 09.10.2024
Circulation: 100 pieces. Order No. 01482

© Abstract Authors, 2024

НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ

СОПРЕДСЕДАТЕЛИ

Глазьев Сергей Юрьевич	Член коллегии (Министр) по интеграции и макроэкономике Евразийской экономической комиссии, академик РАН, профессор, д.э.н.
Наконечников Сергей Николаевич	Генеральный директор Евразийской ассоциации кардиологов, член президиума Общества Врачей России, профессор, д.м.н.

ЗАМЕСТИТЕЛИ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ

Рахимов Закрия Яхьяевич	Главный кардиолог Министерства Здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, председатель Ассоциации кардиологов Таджикистана, профессор, д.м.н.
Сарыбаев Акпай Шогаибович	Главный научный сотрудник Национального центра кардиологии и терапии им. М. Миррахимова при Министерстве здравоохранения и социального развития Кыргызской Республики, профессор, д.м.н.

ОТВЕТСТВЕННЫЕ СЕКРЕТАРИ

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

ЧЛЕНЫ НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННОГО КОМИТЕТА

Адамян К.Г. (Ереван, Армения)	Митьковская Н.П. (Минск, Республика Беларусь)
Азизов В.А. (Баку, Азербайджан)	Нарзуллаева А.Р. (Душанбе, Таджикистан)
Аляви А.Л. (Ташкент, Узбекистан)	Островский Ю.П. (Минск, Республика Беларусь)
Аннаниязова С.А. (Ашхабад, Туркмения)	Панченко Е.П. (Москва, Россия)
Байгенжин А.Б. (Астана, Казахстан)	Перепеч Н.Б. (С.-Петербург, Россия)
Бахшалиев А.Б. (Баку, Азербайджан)	Перминова А.А. (ЕЭК)
Бекбосынова М.С. (Астана, Казахстан)	Подзолков В.И. (Москва, Россия)
Бойцов С.А. (Москва, Россия)	Попович М.И. (Кишинев, Молдова)
Голицын С.П. (Москва, Россия)	Праздников Э.Н. (Москва, Россия)
Григоренко Е.А. (Минск, Республика Беларусь)	Рождественский Д.А. (ЕЭК)
Демидов А.А. (Астрахань, Россия)	Саидова М.А. (Москва, Россия)
Джахангиров Т.Ш. (Баку, Азербайджан)	Терновой С.К. (Москва, Россия)
Джишамбаев Э.Д. (Бишкек, Кыргызстан)	Трушина О.Ю. (Москва, Россия)
Жернакова Ю.В. (Москва, Россия)	Хамидуллаева Г.А. (Ташкент, Узбекистан)
Зелвеян П.А. (Ереван, Армения)	Ходжакулиев Б.Г. (Ашхабад, Туркмения)
Кисляк О.А. (Москва, Россия)	Чазова И.Е. (Москва, Россия)
Курбанов Р.Д. (Ташкент, Узбекистан)	Часнойть А.Р. (Минск, Республика Беларусь)
Кухарчук В.В. (Москва, Россия)	Чихладзе Н.М. (Москва, Россия)
Литвин А.Ю. (Москва, Россия)	Фозилов Х.Г. (Ташкент, Узбекистан)
Мартынюк Т.В. (Москва, Россия)	Янушевич О.О. (Москва, Россия)

ПАРТНЁРЫ КОНФЕРЕНЦИИ

Генеральный партнёр

Johnson & Johnson

Главный партнёр



Участие с симпозиумом



ГЕДЕОН РИХТЕР



Супраген®

SERVIER*



MERCK



КАНОНФАРМА
ПРОДАКШН

Участие с докладом

Dr.Reddy's

Информационные партнёры

МВ МЕДВЕСТИК
ПОРТАЛ РОССИЙСКОГО ВРАЧА



**ИННОВАЦИОННАЯ
ФАРМАКОТЕРАПИЯ**



КТО ОСТАЛСЯ
В МЕДИЦИНЕ

Врачи РФ

МЕДФОРУМ

журнал

ПОЛИКЛИНИКА

OmniDoctor
CONSILIUM
MEDICUM

ПрофМедПресс

Евразийский
кардиологический
журнал
EURASIAN HEART JOURNAL

Системные Гипертензии
РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Сапожников С.А., Глибко К.В.
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Среди факторов риска артериальной гипертензии выделяют психический стресс. Умственные, эмоциональные и социальные требования к ряду профессий, порождают тревогу и стресс. При постоянном воздействии на человека хронический стресс может приводить к спектру соматических заболеваний. Считается, что профессиональное напряжение или стресс является результатом сочетания высоких требований с низкой свободой принятия решений на рабочем месте, и существует множество доказательств его связи с повышением артериального давления и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Наиболее часто профессиональный стресс присутствует в профессиях, в которых работник взаимодействует с людьми и несет за них ответственность, в т.ч. среди врачей и педагогов. Цель работы: изучить распространенность стресса среди врачей и педагогов и его взаимосвязь с артериальной гипертензией. Задачи: 1. Выявить распространенность стресса и тревоги среди врачей; 2. Выявить распространенность стресса и тревоги среди педагогов; 3. Выявить распространенность артериальной гипертензии среди врачей; 4. Выявить распространенность артериальной гипертензии среди педагогов; 5. Провести сравнение распространенности тревоги и стресса среди врачей и педагогов.

Материал и методы:

В исследование включены 50 врачей медицинских учреждений (поликлиники) г. Москвы и 30 педагогов средних учебных учреждений г. Москвы. Наличие и выраженность тревоги и депрессии определялись с помощью общепринятой стандартной оценочной Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) и с применением шкалы Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина. Для выявления артериальной гипертензии пациентам трижды измерялось артериальное давление на визитах, а также проводилось суточное мониторирование артериального давления с 24-часовой продолжительностью с интервалами измерения 60 минут. Оценивали средние дневные и ночные показатели систолического артериального давления и диастолического артериального давления, вариабельность дневного и ночного артериального давления. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ для научно-технических расчетов Statistica10.

Результаты:

Средний возраст врачей 45, 8 лет, учителей – 48, 2 года. Средняя продолжительность стресса в профессиональных группах составил среди врачей 7,5 лет, среди педагогов 8,4 года. Выраженность тревоги по HADS в группе врачей составила 8,5 баллов, в группе педагогов 9 баллов. Уровень депрессии в группе врачей был 4 балла, в группе педагогов – 5 баллов. Показатели оценки уровня ситуативной тревожности по шкале Ч. Д. Спилбергера и Ю. Л. Ханина у врачей – 39 [37; 41,2], педагогов – 45 [39; 47], личностной тревожности у врачей – 42 [38; 43,2], педагогов – 46 [38; 49]. Анализ суточного мониторирования артериального давления выявил артериальную гипертензию у 10% врачей и 15% учителей.

Заключение:

Тестирование выявило стресс у учителей и врачей, который был более выраженный среди педагогов. Личностная тревожность преобладала над ситуационной. Среди педагогов более часто распространена артериальная гипертензия. Для снижения риска

развития синдрома профессионального выгорания и развития артериальной гипертензии необходимы меры профилактики стресса, меры своевременной психологической поддержки, а также своевременное выявление и терапия артериальной гипертензии.

АНАЛИЗ ВНЕДРЕНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В КАРДИОЛОГИЮ

Еникеев И.М.¹, Алиджанова Х.Г.¹, Еникеев М.А.²

¹НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ,

г. Москва, Российская Федерация;

²ГБУЗ РК «Керченская больница №1 им. Н.И. Пирогова»,

г. Керчь, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

В последние годы применение искусственного интеллекта (ИИ) в кардиологии демонстрирует значительный для улучшения оказания медицинской помощи: диагностики, прогнозирования и лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Технологии ИИ применяются для анализа электрокардиограмм (ЭКГ), эхокардиографии (ЭхоКГ), коронарной ангиографии (КАГ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ). Исследования показывают, что ИИ способствует более точной и оперативной обработке больших объемов данных, что повышает точность диагностики и обеспечивает персонализацию лечения. Прогнозируется, что с развитием цифрового здравоохранения, доля кардиологических медицинских изделий с применением технологий ИИ (МИ с ИИ) будет только увеличиваться. Цель исследования — оценить возможности ИИ в диагностике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний на основании современных исследований и существующего опыта применения их в отечественной и зарубежной клинической практике, а также проанализировать потенциал дальнейшего внедрения ИИ в кардиологию.

Материал и методы:

Методы исследования включали систематический поиск информации о зарегистрированных МИ с ИИ в Государственном реестре медицинских изделий Росздравнадзора, а также анализ данных, представленных в базе FDA по зарегистрированным МИ с ИИ. В рамках исследования были проанализированы актуальные статьи в научных базах данных PubMed, Google Scholar. В общей сложности было рассмотрено 52 публикации, охватывающие период с 2019 по 2024 год, по теме применения ИИ в кардиологии.

Результаты:

Применение ИИ в кардиологии показало значительный рост как в России, так и за рубежом. На момент подготовки данного материала, в России зарегистрировано 39 МИ с ИИ, из которых 6 применяются в кардиологии. Эти устройства направлены на анализ данных ЭМК, анализ ЭКГ и мониторинг состояния пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Большинство оставшихся изделий относится к радиологии, однако их функционал также может использоваться для кардиологической диагностики и мониторинга. Согласно данным FDA, на конец первой половины 2024 года, зарегистрировало более 950 ИИ-алгоритмов для клинического использования, из которых 154 алгоритма применяются в кардиологии, включая те, которые зарегистрированы как решения для радиологии с кардиологической направленностью. Это составляет около 16% от общего числа зарегистрированных ИИ-продуктов. В области кардиологии алгоритмы ИИ используются для анализа данных ЭКГ, ЭхоКГ, КАГ и прогнозирования сердечно-сосудистых заболеваний. Результаты метаанализа данных из современных

публикаций показали, что ИИ-алгоритмы обеспечивают повышение точности диагностики до 95% при анализе изображений с ЭхоКГ и КАГ. Автоматизация анализа изображений с использованием ИИ позволила значительно сократить время диагностики и минимизировать врачебные ошибки, например, при выявлении стеноза коронарных артерий. Алгоритмы глубокого обучения, применяемые для анализа ЭКГ, продемонстрировали точность выявления аритмий на уровне 90%. Кроме того, прогнозные ИИ-модели для оценки рисков сердечно-сосудистых заболеваний показали точность до 95%, что превышает показатели традиционных клинических шкал. Это подчеркивает важность внедрения ИИ в кардиологическую практику в качестве систем поддержки принятия клинических решений. Это позволяет своевременно выявлять заболевания, корректировать лечение и снижать частоту госпитализаций и осложнений.

Заключение:

Применение ИИ в кардиологии уже доказало свою эффективность на практике. Алгоритмы глубокого обучения и машинного обучения позволяют оптимизировать процессы диагностики, прогнозирования и лечения, снижая нагрузку на врачей. Однако, несмотря на достигнутые успехи, существуют вызовы, связанные с необходимостью стандартизации данных, улучшением регулирования и обеспечением безопасности использования ИИ для врача и пациента. На российском рынке наблюдается активное развитие сектора ИИ в медицине, что подтверждается увеличением числа зарегистрированных МИ с ИИ, включая кардиологию. Это свидетельствует о готовности рынка к дальнейшему внедрению ИИ для улучшения качества медицинской помощи. В перспективе, можно ожидать еще большего роста и интеграции ИИ в практику отечественного кардиолога.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ ИНФАРКТА МИОКАРДА В РЕАНИМАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ СОГДИЙСКОГО ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА КАРДИОЛОГИИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Эшонкулов Ш.А., Хаджаев И.А., Бободжонов Н.Н., Ходжиев Т.А., Ёров Дж.Э., Бободжонов Г.Х., Эшонкулов М.Ш.

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

Введение (цели/ задачи):

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ-2015) сердечно-сосудистая патология наряду с другими неинфекционными заболеваниями (НИЗ) является основной причиной смертности населения в мире. По прогнозам ВОЗ к 2030 году потери от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) составят около 23,6 млн. человек, в том числе от заболеваний сердца и цереброваскулярных осложнений. Таким образом, ССЗ являются основной причиной смерти во всем мире. По оценкам экспертов ВОЗ в 2016 г. от ССЗ умерло 17,9 млн. человек, что составляет 31% всех случаев смерти в мире. Из этого числа 7,4 млн. человек умерли от ишемической болезни сердца. Большинство этих случаев связано с инфарктом миокарда (ИМ). По литературным данным госпитальная летальность ИМ составляет в среднем около 10%, причем в ведущих клиниках этот показатель приближается к 3-6%. Еще более 10% больных ИМ умирают в течении года. Более половины больных умирают на догоспитальном этапе, не дождавшись медицинской помощи, а многие выжившие становятся инвалидами. Цель: изучение динамики госпитальной летальности от ИМ в реанимационном

отделении Согдийского областного центра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии (СОЦКССХ) за период 2014-2023 гг.

Материал и методы:

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

Результаты:

Стационарное лечение в условиях реанимационного отделения СОЦКССХ за период 2014-2023 гг. получили 3376 больных с ИМ, из них умерло 245 больных, госпитальная летальность от ИМ в среднем составило 7,2%, в том числе мужчин 144 (4,26%), женщин 101 (3%). Начиная с 2018 г. в СОЦКССХ начали широко применяться коронарография и стентирование коронарных артерий у больных с острым коронарным синдромом и инфарктом миокарда. Всего с начала широкого применения данного метода реперфузии у больных с ИМ всего было проведено 396 ангиографии коронарных артерий и 302 их стентирования, что составляет 19,3% и 14,8% от общего количества больных с инфарктом миокарда соответственно. Следует отметить, что в течение последних лет имеется тенденция увеличения доли больных с ИМ, которым проведены чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) с установкой стентов с лекарственным покрытием. Если в 2018-2019 гг. данный показатель составлял чуть выше 6%, то в 2022 и 2023 гг. доля таких пациентов составила 29% и 24,5% соответственно. Изучение динамики госпитальной летальности от ИМ показало, что за последние 10 лет данный показатель в реанимационном отделении СОЦКССХ имеет тенденцию к снижению. Если данный показатель в 2014 году составил 6,8% (21 случаев), то в 2022 году данный показатель снизился до 6,1% (19 случаев) а уже в 2023 году до 5% (16 случаев).

Заключение:

Наш анализ показал, что с внедрением современных методов оказания догоспитальной и госпитальной помощи больным ИМ, таких как системный тромболизис, внедрение в практику ЧКВ показатель госпитальной летальности от ИМ имеет тенденцию к снижению.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У БЕРЕМЕННЫХ

Нарзуллаева А.Р., Насридинова Х.С., Мухаммадиева С.М., Тошматова М.К.

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

Введение (цели/ задачи):

Изучить структуру заболеваемости врожденных пороками сердца у беременных.

Материал и методы:

Проведён ретроспективный анализ 103 историй родов беременных с врожденными пороками сердца (ВПС), родоразрешенных в ГУ «НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии Таджикистана» за период 2015-2022гг.

Результаты:

Средний возраст обследованных женщин составил 27,5±5,5 лет, из них активного репродуктивного возраста (РВ) (25-34 года) 54 (52,4%) женщин, раннего РВ (20-24 года) – 36 (34,9%) женщин, позднего РВ (35-44 лет) – 11 (10,7%) женщин и подросткового периода (младше 20 лет) – 2 (1,9%) женщина. Установлено, что в структуре ВПС изолированные пороки сердца, такие дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), дефект

межжелудочковой перегородки (ДМЖП) и открытый аортальный проток (ОАП) и др. имели 42 (40,7%) женщин, комбинированные ВПС – 61 (59,3%). Среди ВПС у 21 (20,4%) беременных диагностирован изолированный дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), у 11 (10,7%) – изолированный дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), у 4 (3,9%) женщин – изолированный открытый аортальный проток (ОАП), у 4 (3,9%) – изолированный стеноз аортального клапана (САК), у 2 (1,9%) – изолированный стеноз клапана легочной артерии (СЛА), из комбинированных пороков чаще встречались тетрада Фалло – 7 (6,8%), ДМЖП+СЛА – 6 (5,8%), ДМПП+недостаточность трикуспидального клапана (НТК) – у 6 (5,8%), ОАП+недостаточность митрального клапана (НМК) – 4 (3,9%), ДМПП+СЛА у 3 (2,9%), ДМПП+СЛА+НТК – у 3 (2,9%), НМК+НТК – 2 (1,9%), ДМПП+НМК – 2 (1,9%), у остальных 28 (27,2%) были выявлены аномалия Эбштейна+НТК, аномалия Эбштейна+ДМЖП, ДМЖП+аневризма МЖП, аневризма МПП+ПМК, аномалия Эбштейна+ДМЖП+ДМПП, ДМПП+аномальный дренаж легочных вен в правое предсердие (АДЛВ), двойная аортально-дуга+НАК, аневризма и расслоение аорты с регургитацией 1-2 ст., СМК, НМК, Аномалия Эбштейна, Аневризма МПП, ОАП+ДМЖП, ОАП+НМК, овальное отверстие+СЛА, ДМЖП+НАК, ДМЖП+НТК, НМК+НТК, ДМПП+НМК+НТК, ДМПП+СЛА+НТК, ДМПП+СЛА+САК, ДМПП+НМК+НТК, НАК+СМК+НМК, ОАП+ДМЖП+ДМПП+НАК, АДЛВ+ДМПП+СЛА, АДЛВ неполный вид+ДМПП+НТК, ДМПП+Единственное предсердие+НТК, ДМПП+ДМЖП+НТК. При этом хроническая сердечная недостаточность была выявлена у 41 (39,8%) женщин, из них – у 3 (2,9%) ХСН 3 функционального класса. Такой неблагоприятный фактор течения ВПС как легочная гипертензия была обнаружена у 7 (6,8%) женщин. 18 (17,5%) женщинам ранее была проведена полная или частичная коррекция порока.

Заключение:

Таким образом, среди беременных с ВПС чаще наблюдались комбинированные пороки сердца, а такой тяжёлый синий ВПС, как тетрада Фалло в 7 (6,8%). При этом среди обследованных коррекция ВПС имела место только у каждой 6 женщины, а у каждой 15 легочная гипертензия, утяжеляющая течение порока. В этой связи необходимо усилить меры своевременной диагностики и лечения женщин с ВПС.

АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПОСЛЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ 14-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

НИКИТИНА А.О.¹, ЕГОРОВА И.С.¹,
ВЕЗИКОВА Н.Н.¹, МАЛЫГИН А.Н.²

¹ФГБОУ ВО «ПЕТРОЗАВОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ», г. ПЕТРОЗАВОДСК, РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ;

²ГБУЗ РК «РЕСПУБЛИКАНСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМ. В.А. БАРАНОВА», г. ПЕТРОЗАВОДСК, РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: по результатам 14-летнего наблюдения оценить антитромботическую терапию у пациентов, перенесших острый коронарный синдром (ОКС)

Материал и методы:

В 2009-2010 годах был создан регистр из 260 пациентов, поступивших в Региональный сосудистый центр (РСЦ) (г. Петрозаводск) по поводу ОКС. Оценка антитромботической терапии проведена в декабре 2023 года. Сбор данных производился путем анализа электронных медицинских карт, электронного архива сосудистого центра и при телефонных контактах

с участниками исследования. Исследование выполнено при финансовой поддержке Министерства науки и высшего образования Российской Федерации в рамках Соглашения № 075-15-2021-665 на Уникальной научной установке «Многокомпонентный программно-аппаратный комплекс для автоматизированного сбора, хранения, разметки научно-исследовательских и клинических биомедицинских данных, их унификации и анализа на базе ЦОД с использованием технологий искусственного интеллекта».

Результаты:

Наблюдение за пациентами продолжается в течение 14 лет. В 2023 году получена информация о 212 больных, среди которых 170 мужчин (80,2%) и 42 женщины (19,8%). Средний возраст участников исследования на момент анализа – 62,7±7,9 лет. За время проведения исследования 82 пациента (38,7%) скончались. Средний возраст умерших – 60±8,2 лет. Данные о назначенной терапии ацетилсалициловой кислотой (АСК) получены по 140 пациентам: 44 из них (31,4%) АСК не принимают, причем только половина (22 человека) по причине сопутствующей терапии антикоагулянтами. Двум пациентам препарат назначен в более низкой дозе (50 мг), чем рекомендовано для больных, перенесших ОКС. 7 пациентам АСК назначена вместе с антикоагулянтом. У 137 наблюдаемых имелась информация об антикоагулянтной терапии: антикоагулянты назначены 32 из них (23,4%). Наиболее частой причиной приема антикоагулянтов стали фибрилляция (ФП) или трепетание предсердий (ТП). ФП выявлена у 38 пациентов регистра, ещё у одного больного зарегистрировано ТП (36,5% от 107 с известным анамнезом по нарушениям ритма). Большей частью больных с ФП/ТП назначены прямые оральные антикоагулянты (13 человек, 59,1%), остальным – варфарин (9 человек, 40,9%). Все пациенты с ФП/ТП имеют не менее 1 балла по шкале CHA2DS2-VASc. Возраст значительной части наблюдаемых старше 65 лет, высокая распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений (артериальной гипертензии, острого нарушения мозгового кровообращения, хронической сердечной недостаточности) определяют более высокий балл по шкале, таким образом, практически всем из них антикоагулянты показаны. Однако 10 наблюдаемых с ФП (31,3% среди 32 пациентов с известной терапией при ФП/ТП) антикоагулянты не принимают, при этом 5 из них скончались. Из других показаний к антикоагулянтам представляет интерес назначение ривароксабана (2,5 мг 2 раза в сутки) в связи с высоким остаточным тромботическим риском. Таких пациентов в нашем регистре 6 (18,8% среди принимающих антикоагулянты); все из них живы.

Заключение:

В результате оценки антитромботической терапии спустя 14 лет после ОКС, выявлен высокий процент наблюдаемых, не получающих АСК (31,4%). Хотя половине из них назначены антикоагулянты, отсутствие терапии АСК у другой части больных, значительно повышает риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Почти ¼ пациентов (32 человека, 23,4%) назначены антикоагулянты. Наиболее частыми показаниями для антикоагулянтной терапии являются ФП и высокий остаточный тромботический риск. ФП или ТП диагностированы у трети пациентов (38 человек, 36,5%). Однако немалая часть из них (10 человек, 31,3%) антикоагулянты не принимают. Это может быть причиной высокой смертности таких больных.

АСИМПТОМНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ

Сайфиева Р.И.¹, Лебедева Н.Б.²

¹Новокузнецкий филиал ГБУЗ КККД им. Л.С. Барбараша, г. Новокузнецк, Российская Федерация;

²Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, г. Кемерово, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

В проекте клинических рекомендаций по хронической сердечной недостаточности Минздрава РФ наличие признаков структурного или функционального поражения сердца рассматривается как предсердечная стадия хронической сердечной недостаточности. Цель исследования: анализ клинико-anamнестических особенностей пациентов с бессимптомной дисфункцией левого желудочка в амбулаторной-клинической практике врача-кардиолога.

Материал и методы:

В исследование включено 113 пациентов без клинических проявлений сердечной недостаточности, находившихся на амбулаторном приеме у кардиолога в кардиодиспансере НФ ГБУЗ КККД им. Л.С. Барбараша с января по август 2024 года и подписавших информированное согласие. Оценивались демографические, клинико-anamнестические параметры, уровень Nt-proBNP, всем пациентам проведено анкетирование по шкалам приверженности к лекарственной терапии (MMAS-8), тревожности и депрессии HADS.

Результаты:

Бессимптомная дисфункция левого желудочка выявлена у 42 (37,16%) пациентов, из них у всех имелась диастолическая дисфункция левого желудочка 1 типа и у 22 (38%) пациентов – гипертрофия левого желудочка. У 2 (4,76%) пациентов была диагностирована ИБС и у 41 (97,61%) пациента – артериальная гипертония. Медиана возраста пациентов составила 68 лет (58;77), подавляющее большинство, 38 (90,48%), были женского пола. Медиана Nt-proBNP составила 300,33 (31,52; 569,14) пг/мл, диагностическое повышение Nt-proBNP более 125 пг/мл выявлено у 28 (66,66%), у 14 (33,34%) пациентов наблюдались только структурные изменения по данным эхокардиографии. В группе без признаков дисфункции левого желудочка повышения Nt-proBNP более 125 пг/мл выявлено не было. По результатам опросника по оценке приверженности лишь у 8 (19,04%) пациентов выявлена высокая приверженность к терапии, 22 (52,38%) пациента имели среднюю приверженность, 12 пациентов (28,58%) – низкую. По результатом шкал HADS признаки тревоги и депрессия были выявлены у 29 (69,05%), у 13 (30,95%) пациентов уровень тревоги/депрессии был низким.

Заключение:

Основную когорту пациентов с бессимптомной дисфункцией ЛЖ составляют женщины пенсионного возраста с артериальной гипертонией, низким уровнем приверженности к лечению, с тревогой и депрессией. Бессимптомная дисфункция левого желудочка во всех случаях проявляется его диастолической дисфункцией и часто сопровождается повышением Nt-proBNP.

АССОЦИАТИВНАЯ СВЯЗЬ ПОЛИМОРФНОГО АЛЛЕЛЬНОГО ВАРИАНТА RS121908987 ГЕНА PRKAG2 В РАЗВИТИИ СИНДРОМА ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА

Чернова А.А., Никулина С.Ю., Толстокорова Ю.А.

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Изучение нарушения сердечного ритма и проводимости является одной из самых актуальных и важных задач, так как эти заболевания, нередко являются причиной внезапной сердечной смерти. Мы предположили, что исследование содействия «генов-предикторов» нарушений сердечного ритма и проводимости, позволит расширить знания об этиологии и патогенезе этих заболеваний. Таким образом, цель нашего исследования явилась: изучение вклада полиморфизма rs121908987 гена PRKAG2 в развитии синдрома WPW.

Материал и методы:

Было обследовано 200 пациентов с синдромом ВПУ, среди них мужчин n=97 [18;32,66;81]; женщин n=103 [18;47,92;83]. Всем пациентам было проведены клинические, лабораторные, соматометрические, инструментальные исследования, а также молекулярно-генетическое исследование. Выделение ДНК проводили стандартным фенол- хлороформным методом. Генотипирование по гену PRKAG2 выполнялось методом ПЦР-ПДРФ анализа (полимеразная цепная реакция-полиморфизм длин рестрикционных фрагментов). Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ Excel, Statistica for Windows 10.0, IBM SPSS 20. Различия в распределении частот аллелей и генотипов гена PRKAG2 между группами оценивали посредством критерия χ^2 . Относительный риск заболевания по конкретной аллели или генотипу вычисляли как отношение шансов (ОШ).

Результаты:

Статистически значимое преобладание гетерозиготного генотипа GA у больных с синдромом ВПУ, в сравнении с лицами контрольной группы (8 и 2% соответственно). Также установлено статистически значимое преобладание носителей аллеля A в группе больных с синдромом ВПУ 4%, по сравнению с лицами контрольной группы (2%). Оцененный по ОШ риск развития синдрома ВПУ генотипа GA гена PRKAG2 оказался в 2,09 раза выше (95% ДИ 1,88–2,32; p<0,001 по сравнению с генотипами GG и AA, а у носителей аллеля A – в 2,04 раза выше (95% ДИ 1,90–2,19; p<0,001) по сравнению с аллелем A.

Заключение:

Результаты исследования подтвердили вклад полиморфизма rs121908987 гена PRKAG2 в развитие синдрома ВПУ.

АССОЦИАЦИИ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ СД-2 С ИБС

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

¹ГУ Республиканский Специализированный Научно-практический Медицинский Центр Кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан;

²Ташкентский педиатрический медицинский институт МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Контроль HbA1c и его потенциальное влияние на ДДЛЖ направлено на раннее выявление сердечно-сосудистых осложне-

ний у пациентов с СД 2. Цель: определение связи между уровнем HbA1c и диастолической дисфункцией левого желудочка у пациентов с СД 2 и ИБС сохранной ФВ ЛЖ.

Материал и методы:

В исследование включено 130 больных с СД-2 (ВОЗ, 1999) и ИБС (ЕОК) в возрасте 65,6±9,7 лет, стаж СД-2 и ИБС составил 8,8±5,2 и 7,5±3,6 года соответственно, которым определены показатели ДДЛЖ (e' septal, e' lateral, E/e', e' average, индекс ЛП). Базисная терапия: антикоагулянты, антиагреганты, нитраты, бета-адреноблокаторы, блокаторы РААС, статины, эмпаглицлозин, и-ДПП-4. За период наблюдения (2 года) пациенты распределены на 2 группы (1 группа – целевой уровень HbA1c < 8% достигнут n=74, 2 группа – целевой уровень HbA1c > 8% не достигнут n=56). Статистическая обработка проведена методом непараметрического однофакторного дисперсионного анализа Краскела–Уоллиса.

Результаты:

На первоначальном этапе ДД ЛЖ выявлена у всех больных с СД 2, из них по 1 типу n-109 (83,84%), 2- n-21 (16,6%). У всех пациентов 1 группы с HbA1c < 8 отмечался 1 тип ДДЛЖ сохраняющийся весь период наблюдения. Во 2 группе ДДЛЖ 1 тип отмечен у n-40 (65,5%), 2 тип у n-21 (34,4%). В исходных ЭхоКГ показателях внутрисердечной гемодинамики не выявлено статистически достоверной разницы для всех этапов наблюдения. В то же время регистрируется межгрупповая статистически значимая мощь по группам в параметрах ФВ до (p=0,029) и после наблюдения (p=0,009) и и-ЛП до (p=0,004) и после (p=0,002) соответственно, однако не имеющее клинически сопоставимой статистической значимости. Скоростные показатели диастолической функции: (E/A), отношение e' average и E/e' было значимо ниже у больных с целевым уровнем HbA1c > 8% ко второму визиту (t=5,052, p=0,025; t=4,269, p=0,039; t=0,893, p=0,34), нежели у пациентов 1 группы. Наблюдение в течении двух лет показало высоко достоверное снижение основных параметров характеризующих состояние ДДЛЖ. В частности, E/A на этапах 1 и 2 группы (t=11,301, p=0,001 и t=15,142, 0,000), e' average (t=7,168, p=0,007 и t=10,797, p=0,001), E/e' (t=9,040, p=0,003 и t=23,274, 0,000) соответственно.

Заключение:

У пациентов с СД 2, ИБС статус градаций диастолической дисфункции левого желудочка достоверно связан с уровнем HbA1c и длительностью диабета, что подчеркивает важность ранней эхокардиографической оценки и скрининга E/A и E/e' для мониторинга прогрессирования ДДЛЖ. Наши результаты показали, что подключение эмпаглицлозина к базисной кардиологической терапии на фоне регуляции HbA1c сопровождается улучшением скоростных показателей диастолической функции левого желудочка.

АССОЦИАЦИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ УЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Бейлина Н.И.

КГМА – филиал филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

МАЗБП – независимый этиологический фактор сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), а гипертоническая болезнь (ГБ) является критерием МАЗБП. Цель: определить частоту встречаемости ишемической болезни сердца (ИБС), ГБ, нарушений липидного и углеводного обменов у пожилых пациентов с МАЗБП

Материал и методы:

Обследованы 100 человек по обращаемости из амбулаторной сети, в том числе 22 мужчины, средний возраст 58,64±3,65 лет

и 78 женщин, средний возраст 63,67±1,56 лет, отвечающие критериям постановки диагноза МАЗБП. Проводились: оценка анамнеза, антропометрия, определение индекса массы тела (ИМТ) холестерина, глюкозы натощак. Статистическая обработка – критерии Пирсона, с поправкой Йейтса, точный критерий Фишера, Стьюдента (достоверная разница при p<0,05)

Результаты:

Выявлено, что ГБ страдают 86,4% мужчин и 66,7% женщин (p>0,05). ИБС была в анамнезе 3 чел. (3,8%) женщин и 5 чел. (22,7%) мужчин, разница достоверно значима (p<0,05). А также 9,1% мужчин перенесли инфаркт миокарда. Повышенный уровень холестерина имели 48,7% женщин (38 чел.) и 22,7% мужчин (5 чел.) – p>0,05. Принимали статины и имели общий холестерин в пределах референсных значений еще 18 жен. и 8 муж. (соответственно 23,1% и 36,4% – p>0,05). Нарушение углеводного обмена в виде гипергликемии отмечено у 20 жен. и 2 муж. (соответственно 25,6% и 9,1% – p>0,05). СД 2 типа выявлен у 2-х мужчин (9,1%) и 18 жен. (23,1%), а также у 9 жен. (11,5%) был предиабет. Среди женщин нарушения углеводного обмена – СД2 и предиабет – определялись чаще, чем среди мужчин (34,6% и 9,1%, p<0,05). Нарушения липидного обмена, как среди мужчин, так и среди женщин, встречались чаще, чем нарушения углеводного обмена.

Заключение:

Среди пожилых пациентов амбулаторной сети с МАЗБП у женщин чаще выявляются нарушения жирового, углеводного обменов, а среди мужчин – ГБ, ИБС. Частое выявление у пациентов пожилого возраста с МАЗБП метаболических нарушений и ССЗ обосновывает необходимость обследования пациентов с ГБ, ИБС, СД 2 типа и нарушениями углеводного и жирового обмена на наличие МАЗБП

БЕЗОПАСНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕ ПЛАНОВОГО ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Окишева Е.А., Фиданян С.Е., Сорокина С.А., Зотова Д.А., Солонина А.Д., Жажиева А.А., Панферов А.С., Жидиляев А.В., Елизаров М.П. ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Для когорты пациентов, которым выполняют плановое тотальное эндопротезирование тазобедренного или коленного суставов характерен высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, тромбозов и тромбоземболий. В связи с этим в послеоперационном периоде назначаются различные схемы антитромботической профилактики, в ряде случаев при одновременном приеме антитромбоцитарных препаратов при наличии у пациентов сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний, что требует тщательного анализа безопасности такой терапии. Цель исследования: Изучить безопасность различных схем антитромботической профилактики после планового эндопротезирования крупных суставов нижних конечностей в реальной клинической практике.

Материал и методы:

В это проспективное когортное одноцентровое исследование включены 1110 пациентов из различных областей Российской Федерации, которым было выполнено плановое эндопротезирование крупных суставов нижних конечностей в период с 1

декабря 2022 года по 1 июня 2024 года в Клинике травматологии, ортопедии и патологии суставов ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова. У всех участников перед операцией собирали анамнез заболевания, сведения о сопутствующих заболеваниях и ранее назначенной медикаментозной терапии, после чего проводили проспективное наблюдение в форме телефонных контактов через 1 и 3 месяца после эндопротезирования. В рамках наблюдения проводили опрос о соблюдении назначенного режима антитромботической профилактики и реабилитации, случаях тромбозов и кровотечений.

Результаты:

Исследуемую популяцию составили 373 мужчины (33,6%) и 737 женщин (66,4%); средний возраст, составил $65,9 \pm 8,1$ лет, средний индекс массы тела (ИМТ) – $33,7 \pm 4,2$ кг/м². У 523 (47,1%) пациентов было выполнено эндопротезирование тазобедренного сустава, а у 587 (52,9%) пациентов – эндопротезирование коленного сустава. В ближайшем периоперационном периоде 1087 пациентов (97,9%) в качестве профилактики получали монотерапию фраксипарином, и 23 пациента (2,1%), у которых ранее было выполнено чрескожное коронарное вмешательство или был высокий кардиологический риск, получали фраксипарин вместе с ацетилсалициловой кислотой. При опросе в 1 месяц после операции обнаружено, что 36 пациентов (3,2%) не принимали антикоагулянты, вопреки назначениям, 26 пациентов (2,3%) вместо назначенных врачом антикоагулянтов принимали ацетилсалициловую кислоту. Оставшиеся пациенты получали прямые пероральные антикоагулянты (дабигатран, ривароксабан или апиксабан) либо варфарин в соответствии с ранее сделанными назначениями, из них 78 (7,0%) пациентов одновременно получали антиагреганты. Семь пациентов (0,6%) ошибочно принимали одновременно три антикоагулянта. В течение первого месяца после операции зарегистрированы 5 случаев (0,5%) носовых кровотечений, 4 случая (0,4%) геморроидальных кровотечений и 5 случаев (0,5%) гематомы в области операции (все – у пациентов, получавших варфарин в вязи с сопутствующими заболеваниями). У пациентов, которые ошибочно принимали три антикоагулянта одновременно в течение месяца, случаев кровотечений не зарегистрировано. Все случаи кровотечений были легкой степени тяжести и разрешились самостоятельно. Статистически значимых различий в частоте кровотечений между различными схемами антитромботической терапии и между различными типами эндопротезирования (коленный и тазобедренный сустав) не обнаружено.

Заключение:

В популяции пациентов после планового тотального эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава различия между безопасностью различных схем антитромботической профилактики не достигали статистической значимости. Не обнаружено увеличения частоты кровотечений при приеме антикоагулянтов вместе с антиагрегантами, однако размер данной подгруппы пациентов в нашем исследовании небольшой, что не позволяет статистически значимо оценить безопасность этой схемы терапии. Необходимы дальнейшие проспективные исследования в популяциях пациентов, получающих различные комбинации антитромботических препаратов для уточнения безопасности терапии, а также внедрение методов улучшения комплаентности пациентов для уменьшения частоты возможных осложнений.

БЕССИМПТОМНАЯ ГИПЕРУРИКЕМИЯ У МУЖЧИН ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Ризванова Р.Т., Максимов Н.И., Герцен К.А., Быданова С.С., Смирнова Е.С.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия», г. Ижевск, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

В Российской Федерации распространенность гиперурикемии (ГУ) достигает 16,8%, в том числе 25,3% среди мужчин. Сочетание ГУ с артериальной гипертонией (АГ) и метаболическим синдромом (МС) встречается с частотой от 37,8% до 60%. Бессимптомная гиперурикемия (БГУ) является ранним предиктором сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин призывного возраста. Цель: определить уровень мочевой кислоты у мужчин призывного возраста с АГ и АГ при МС.

Материал и методы:

В исследовании приняли участие 86 мужчин призывного возраста. Среди них 25 мужчин с установленным диагнозом АГ, 37 мужчин с АГ при метаболическом синдроме (МС) и 24 практически здоровых мужчин. Все пациенты проходили обследования по линии военкомата на базе БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР» г. Ижевска.

Результаты:

Группы были сопоставимы по возрасту и по продолжительности течения АГ. Средний возраст мужчин составил 23 года [22.0; 25.0]. Концентрация уровня мочевой кислоты (МК) составила в группах – 311 [300.5; 341.5] / 312 [270; 378] / 349 [290; 389] мкмоль/л, $p > 0,05$. В группе АГ при МС уровень мочевой кислоты был выше: 360 мкмоль/л в 25% случаев, 400 мкмоль/л в 24,32% случаев, а также у одного пациента был 525 мкмоль/л, чего не наблюдалось в других группах.

Заключение:

Повышенный уровень мочевой кислоты является одним из предикторов развития сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин призывного возраста с АГ при МС.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Худойбергганов О.К.

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

Введение (цели/ задачи):

Оценить показатели variability ритма сердца, а также их взаимосвязь с эхокардиографическими показателями, у пациентов с перипартальной кардиомиопатией.

Материал и методы:

Обследовано 28 женщин среднего возраста $29,3 \pm 5,6$ лет с перипартальной кардиомиопатией (ПКМП), проходивших стационарное лечение в РСНПМЦК (Ташкент, Узбекистан). Диагноз ПКМП устанавливался на основании рекомендаций ESC и РКО. Всем пациенткам в ходе проведенного обследования проводилось холтеровское мониторирование электрокардиограммы (ХМЭКГ), с определением временных и частотных параметров variability ритма сердца (ВРС), а также эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование. Полученные ЭхоКГ показатели представлены в виде $M \pm SD$, а показатели ВРС, в связи с ненормальным распределением, – в виде $Me [Q1; Q3]$. Для оценки

наличия взаимосвязи между изучаемыми показателями проводился корреляционный анализ по Spearman.

Результаты:

Полученные эхокардиографические показатели и показатели ВРС представлены в Таблицах 1 и 2. Таблица 1. Эхокардиографические показатели. Показатель $M \pm SD$ ЛП, мм $38,9 \pm 4,5$ КДР, мм $60,5 \pm 6,0$ КСР, мм $48,8 \pm 7,0$ КДО, мм $180,9 \pm 36,5$ и КДО, мм $110,2 \pm 18,3$ КСО, мм $116,3 \pm 34,8$ МЖП, мм $9,2 \pm 1,0$ ЗСЛЖ, мм $9,1 \pm 1,0$ ПЖ, мм $32,8 \pm 6,1$ ММЛЖ, г $234,3 \pm 54,4$ и ММЛЖ, г/м² $138,8 \pm 19,9$ ФВЛЖ, % $37,2 \pm 9,3$ Таблица 2. Показатели вариабельности ритма сердца. Показатель Me [Q1; Q3] SDNNi, мс $75,4$ [37,9; 105] SDANNi, мс $135,6$ [87,1; 497,3] rMSSD, мс $34,9$ [15; 76] ULF, мс² $754,6$ [231; 2173] VLF, мс² $902,1$ [603; 2684] LF, мс² $289,8$ [227; 766] HF, мс² $234,1$ [76; 557] Корреляционный анализ по Spearman выявил наличие положительной корреляции между показателем SDNNi, характеризующим общую вариабельность ритма сердца, и объемными показателями ЛЖ – КСР ($R=0,734$; $p=0,016$) и КСО ($R=0,638$; $p=0,047$). Напротив, отрицательная корреляция была продемонстрирована между показателями, отражающими парасимпатический компонент ВРС и толщиной ЗСЛЖ (rMSSD & ЗСЛЖ ($R=-0,754$; $p=0,012$); HF & ЗСЛЖ ($R=-0,692$; $p=0,027$) и МЖП (rMSSD & МЖП ($R=-0,781$; $p=0,008$); rMSSD & ЗСЛЖ ($R=-0,754$; $p=0,012$)).

Заключение:

Полученные результаты демонстрируют наличие взаимосвязи между миокардиальным ремоделированием у пациентов с ПКМП, сопровождающимся увеличением размеров полости левого желудочка и снижением его сократимости с изменением как общей ВРС, так и её других ключевых компонентов, в частности, отражающих парасимпатическое влияние на сердечный ритм.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕИНСУЛИНОВОГО ИНДЕКСА ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА И СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ

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

Введение (цели/ задачи):

Инсулинорезистентность (ИР) тесно связана с воспалительными реакциями, метаболизмом глюкозы и липидов, а также эндотелиальной дисфункцией. Раннее выявление ИР, основного механизма развития сахарного диабета 2 типа (СД2) и ассоциированных сердечно-сосудистых осложнений, имеет важное значение для профилактики и лечения этих заболеваний. Одним из надежных неинсулиновых маркеров ИР, который рассчитывается по рутинным антропометрическим и биохимическим параметрам является триглицеридно-глюкозный индекс (TuG). Воздействие на ИР является первостепенным при профилактических и терапевтических вмешательствах при кардиометаболических заболеваниях, в связи с появлением многочисленных исследований о роли витамина D в развитии данных заболеваний, мы исследовали наличие взаимосвязи между индексом TuG и обеспеченностью витамином D у пациентов СД2 с сопутствующим ожирением. Цель исследования: изучение взаимосвязи между индексом TuG и уровнем витамина D у пациентов СД2 с сопутствующим ожирением

Материал и методы:

В исследовании принимало участие 40 пациентов с ожирением и СД2. Средний возраст пациентов составил $62,8 \pm 1,28$ лет,

продолжительность СД2 – $8,5 \pm 0,89$ лет. Индекс массы тела в среднем по группе составил $42,0 \pm 0,89$ кг/м². Пациенты получали пероральную сахароснижающую и гиполипидемическую терапию. Биохимические показатели в сыворотке (триглицериды и глюкозу) определяли на биохимическом анализаторе «KONELAB Prime 60i» («Thermo Scientific», Финляндия). Триглицеридно-глюкозный индекс вычисляли по специальной формуле на основе базальных уровней: триглицеридов и глюкозы в сыворотке крови. Уровень витамина D [25-(OH) D] определяли иммунохемилюминесцентным методом (Siemens для ADVIA Centaur). Как минимум за 3 месяца до исследования пациенты не принимали препараты витамина D.

Результаты:

Уровень триглицеридов натощак составил в среднем $1,93 \pm 0,13$ ммоль/л, глюкозы – $6,81 \pm 0,27$ ммоль/л, индекс TuG – $9,13 \pm 0,09$ мг/дл. Содержание витамина D в крови у обследованных пациентов находилось в пределах от 6,20 до 28,39 нг/мл, в среднем $16,86 \pm 1,60$ нг/мл. У всех пациентов выявлена низкая обеспеченность витамином D: у 15% пациентов выявлен выраженный дефицит (<10 нг/мл), у 57,5% пациентов – дефицит витамина D (10-20 нг/мл), у 27,5% пациентов – недостаточность витамина D (от 20 до 30 нг/мл). В исследовании не было выявлено значимой корреляционной взаимосвязи между уровнем витамина D и индексом TuG у пациентов СД2 с сопутствующим ожирением.

Заключение:

В проведенном нами исследовании не было выявлено статистически значимой корреляционной зависимости между индексом TuG и уровнем витамина D. Определение индекса TuG является простым, экономически эффективными и надежными маркером ИР.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА, КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК И КОЛИЧЕСТВА ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОПУТСТВУЮЩИМ ДЕФИЦИТОМ ЖЕЛЕЗА

Смирнова М.П., Чижов П.А.
ФГБОУ ВО Ярославский государственный
медицинский университет Минздрава России,
г. Ярославль, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Разнообразные коморбидные состояния, в том числе дефицит железа (ДЖ) усугубляют клинические проявления и ухудшают прогноз пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). ДЖ встречается более чем у 50% пациентов с ХСН стабильного течения. Взаимосвязь клинических характеристик, показателей обмена железа и количества повторных госпитализаций у пациентов с ХСН изучена недостаточно. Цель работы: изучить взаимосвязь показателей обмена железа, клинических характеристик и количества повторных госпитализаций у пациентов с ХСН при наличии сопутствующего ДЖ.

Материал и методы:

У 294 больных терапевтического стационара с ХСН разного функционального класса (ФК), средний возраст $71,3 \pm 0,4$ года, определяли уровень железа (Fe) в мкмоль/л, ферритина в мкг/л, трансферрина в г/л в сыворотке крови определяли фотометрическим методом. Коэффициент насыщения трансферрина железом (КНТЖ) рассчитывали по формуле: $\text{КНТЖ} = (\text{железо сыворотки, мкмоль/л} \times 398) / \text{трансферрин, мг/дл}$. ДЖ устанавливали по рекомендациям Европейского кардиологического

общества: ферритин сыворотки крови <100 мкг/л или ферритин в диапазоне 100-299 мкг/л и КНТЖ <20%. После выписки оценивали частоту повторных госпитализаций, связанных с ухудшением течения гипертонической болезни (ГБ) или ИБС или сопровождающихся клиникой декомпенсации ХСН в течение 1 и 3 лет по данным программ статистического учета и при телефонных контактах с пациентами.

Результаты:

Дефицит железа диагностирован у 213 (72%) обследованных, отсутствие ДЖ – у 81 (28%). В течение 1 года повторные госпитализации отмечались у 97 (33%). При анализе повторных госпитализаций за 1 год наблюдения в зависимости от сопутствующего ДЖ установлено, что в группе с ДЖ доля пациентов, имевших госпитализации, была достоверно выше по сравнению с лицами без ДЖ: 33% против 23% ($p=0,032$). При анализе подгруппы пациентов, у которых за 3-летний период отмечались повторные госпитализации, выявлено, что на исходном уровне большая доля больных имела IIБ-III стадию (59% против 40%, $p=0,011$) и 3-4 ФК ХСН (71% против 52%, $p=0,001$). Кроме того, у пациентов, имевших госпитализации в течение 3-летнего наблюдения на момент первой госпитализации были достоверно ниже уровень Fe ($14,2 \pm 6,8$ против $15,8 \pm 6,5$, $p=0,047$) и КНТЖ ($28,3 \pm 12,0$ против $31,3 \pm 14,0$, $p=0,046$). Установлены достоверные положительные корреляции между наличием повторных госпитализаций и наличием ДЖ ($p=0,041$), высокой стадией ($p=0,001$) и ФК ХСН ($p=0,001$), возрастом ($p=0,001$), длительностью стажа ГБ ($p=0,001$) и сахарного диабета ($p=0,046$), а также достоверные отрицательные корреляции между наличием повторных госпитализаций и уровнем Fe ($p=0,039$), а также КНТЖ ($p=0,032$).

Заключение:

У пациентов с ХСН и сопутствующим ДЖ в течение 1 года больше доля повторно госпитализированных. Установленные достоверные коэффициенты корреляции показателей обмена железа с наличием повторных госпитализаций свидетельствуют о возможной негативной роли ДЖ в декомпенсации ХСН с последующей госпитализацией.

ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА РИСК СМЕРТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Шария А.М., Мартынюк Т.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. ак. Е.И. Чазова» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Идиопатическая легочная гипертензия (ИЛГ) – редкое, жизнеугрожающее сердечно-сосудистое заболевание, при котором обширное ремоделирование прекапиллярного русла легких приводит к увеличению постнагрузки и дисфункции правого желудочка (ПЖ). В патофизиологии COVID-19 ключевую роль играет нарушения легочной микроциркуляции, поэтому инфицирование SARS-CoV-2 может явиться причиной клинического ухудшения у пациентов с ИЛГ, а факт перенесенной инфекции повлиять на их прогноз.

Материал и методы:

Проведен анализ случаев заболевания COVID-19 среди 50 пациентов с ИЛГ, наблюдаемых в Отделе легочной гипертензии и заболеваний сердца ФГБУ «НМИЦ кардиологии им. ак. Е. И. Чазова» МЗ РФ, за период 2020–2023 гг. Все больные разделены на две подгруппы с исходно низким ($n=20$) и промежуточным ($n=30$) риском. Пациенты с высоким риском не вклю-

чались в исследование, в связи с высокой вероятностью смерти в течение года вне зависимости от инфицирования COVID-19 и потребностью в эскалации специфической терапии. Все больным проводилось комплексное обследование, направленное на верификацию диагноза и оценку риска смертности, включая катетеризацию правых отделов сердца (КПОС). Оценивались демографические, клинические, функциональные, гемодинамические характеристики пациентов, коморбидные состояния, уровень биомаркеров крови, получаемая ЛАГ-специфическая и сопутствующая терапия исходно и через год после перенесенной COVID-19. Оценка риска годичной смертности проводилась по шкале, предложенной в Европейских рекомендациях ESC 2022 с помощью калькулятора <https://pahriskcalculatoreu.com>.

Результаты:

Пациенты низкого риска на момент включения в исследование имели в среднем более молодой возраст 40 лет (35,25-52,5), против 44 лет (37-52,25), ($p<0,01$). На момент заражения пациенты низкого риска дольше страдали ИЛГ 85,5 лет (30,25–111,25) против 53 лет (31,25-91,25), ($p<0,05$). У пациентов из когорты промежуточного риска чаще встречались сопутствующие заболевания, из которых чаще всего гипертоническая болезнь – 40% ($n=12$), ожирение – 50,0% ($n=15$) и хронический холецистит 26,6% ($n=8$). В подгруппе низкого риска наиболее часто встречалось ожирение 30% ($n=6$), а у 25% ($n=5$) не было коморбидности. Среди параметров, которые достоверно изменились после перенесенной инфекции в группе низкого риска оказались – индекс Мура с 36,5% (31-43,25) до 38,5% (32-45) ($p=0,04$); индекс Люпи – с 35% (32-36,75) до 37% (34-40,75) ($p=0,03$); а также площадь правого предсердия с 17 см^2 (15,25-19,8) до $19,4 \text{ см}^2$ (15-20,75) ($p=0,04$). В группе с исходно промежуточным риском единственным, достоверно увеличившимся показателем после перенесенной инфекции оказалось систолическое давление в легочной артерии по данным КПОС ($p=0,01$). После перенесенной инфекции у 4 пациентов из группы низкого риска потребовалась эскалация терапии, в том время как у второй группы у 9 пациентов. По результатам оценки средний процент 1-летнего риска смерти в группе низкого риска увеличился с 1,2% (1,1-1,4) до 1,4% (1,02-1,6) на грани достоверности ($p=0,05$). В течение года после COVID-19 умер 1 пациент. В группе пациентов исходного промежуточного риска отмечено снижение риска с 2,0% (1,62–2,1) до 1,9% (1,55-2,3), которое не было достоверным ($p=0,75$). В данной группе умерло 3 больных.

Заключение:

Перенесенная COVID-19 у пациентов с ИЛГ приводит к определенным изменениям лабораторно-инструментальных показателей, однако не оказала существенного влияния на клиническое течение ИЛГ и модификацию риска в течение года после заболевания. Это можно объяснить сочетанием патофизиологических особенностей ИЛГ и защитным эффектом ЛАГ-специфической и антикоагулянтной терапии. Для облегчения течения COVID-19 и минимизации возможных последствий необходим постоянный контроль за назначением оптимальной терапии ИЛГ и, при необходимости, ее эскалация.

ВЛИЯНИЕ АЛЛЕЛЬНЫХ ВАРИАНТОВ RS2305948 ГЕНА VEGFR2, КЛИНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И ТЯЖЕСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ НА ДОЛГОСРОЧНЫЙ ПРОГНОЗ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Воробьев А.С.¹, Николаев К.Ю.², Лифшиц Г.И.³, Зеленская Е.М.³, Донников М.Ю.¹, Гребенникова В.Е.⁴

¹БУ ВО ХМАО – Югры «Сургутский государственный университет», г. Сургут, Российская Федерация;

²НИИ терапии и профилактической медицины – филиал ФГБНУ «ФИЦ цитологии и генетики СО РАН», г. Новосибирск, Российская Федерация;

³Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, г. Новосибирск, Российская Федерация;

⁴БУ ХМАО – Югры ОКД «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», г. Сургут, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Оценка влияния генетических, клинических и ангиографических факторов на риск развития крупных сердечно-сосудистых событий у больных инфарктом миокарда (ИМ) при долгосрочном наблюдении

Материал и методы:

В проспективное исследование включено 218 больных острым ИМ: средний возраст $57,7 \pm 9,9$ года, 169 (77,5%) мужчин и 49 (22,5%) женщин. После клинического осмотра и подготовки в приемном отделении БУ ХМАО – Югры ОКД «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» всем пациентам в экстренном порядке выполнена коронароангиография с последующим чрескожным коронарным вмешательством или аортокоронарным шунтированием, а также назначена базисная медикаментозная терапия на стационарном и амбулаторном этапах. У всех 218 лиц установлены аллельные варианты rs2305948 VEGFR2 методом полимеразной цепной реакции в реальном времени. Продолжительность долгосрочного наблюдения за этими пациентами составила 9 лет (с 2015 по 2024 гг.). За период наблюдения регистрировались крупные сердечно-сосудистые события (сердечно-сосудистая смерть, повторный острый коронарный синдром (ОКС), тромбоз коронарного стента / шунта, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу, повторная реваскуляризация миокарда).

Результаты:

При долгосрочном наблюдении (9 лет) у пациентов с носительством генотипов С/Т и Т/Т ($n=76$, 34,8%) в отличие от больных с генотипом С/С ($n=142$, 65,2%) rs2305948 гена VEGFR2 установлена более высокая частота крупных сердечно-сосудистых событий, представленных в комбинированной конечной точке (сердечно-сосудистая смерть, повторный ОКС, тромбоз коронарного стента / шунта, ОНМК по ишемическому типу, повторная реваскуляризация миокарда): 55 (72,1%) против 61 (43,0%), $p<0,001$. Обе группы пациентов с носительством генотипов (С/Т и Т/Т или С/С) rs2305948 гена VEGFR2 были сопоставимы по полу ($p=0,425$), возрасту ($p=0,591$), индексу массы тела ($p=0,099$), длительности болевого синдрома ($p=0,168$), перенесенному ранее ИМ ($p=0,277$), наличию артериальной гипертонии ($p=0,220$), сахарного диабета 2 типа ($p=0,060$). При проведении анализа бинарной логистической регрессии определено, что наступление комбинированной конечной точки прямо определяется возрастом (EXP (B)=1,05, $p=0,009$), наличием 2-х и 3-х сосудистого поражения коронарных артерий (EXP (B)=2,58, $p=0,003$) и носительством аллельных вариантов С/Т и Т/Т rs2305948 VEGFR2 (EXP (B)=2,30, $p=0,015$) и обратно – амбулаторным лечением высокими дозами статинов (EXP (B)=0,23, $p<0,0001$).

Заключение:

При долгосрочном наблюдении на протяжении 9 лет генетические (носительство аллельных вариантов С/Т и Т/Т rs2305948 VEGFR2), клинические (возраст, высокие дозы статинов) и ангиографические (2-х и 3-х сосудистые поражения коронарных артерий) факторы значимо влияют на риск развития комбинированной конечной точки у больных ИМ.

ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ И НЕКОТОРЫХ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И ФИБРОЗА НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Азарпетян Л.Г.^{1,2}, Мурадян Т.В.¹, Григорян С.В.^{1,2}, Зелвеян П.А.³

¹ Научно-медицинский центр «Ереван»,

г. Ереван, Республика Армения;

² Ереванский государственный медицинский университет имени Мхитара Гераци, г. Ереван, Республика Армения;

³ Центр превентивной кардиологии,

г. Ереван, Республика Армения

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) и фибрилляция предсердий (ФП) являются двумя важными проблемами общественного здравоохранения и часто сосуществуют вместе. АГ в конечном счете увеличивает риск возникновения ФП у больных с АГ и является одной из основных причин процесса ремоделирования сердца. Однако некоторые факторы, лежащие в основе более высокого риска возникновения ФП у больных АГ до сих пор основательно не изучены. Целью данного исследования является оценка возможной связи между артериальной жесткостью и некоторыми маркерами воспаления и фиброза, которые способствуют развитию ФП у больных с АГ.

Материал и методы:

В данном исследовании приняли участие 49 пациентов с АГ и неклапанной пароксизмальной/персистирующей ФП (средний возраст $62,6 \pm 7,4$) после успешной кардиоверсии. В качестве контрольной группы также были обследованы 34 пациента с АГ без ФП. Все пациенты детально обследовались, включая электрокардиографию (ЭКГ), эхокардиографию, суточное мониторирование артериального давления (АД) и холтеровское мониторирование ЭКГ. Жесткость артерий определялась с помощью сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (СЛСИ). Уровни маркеров воспаления, а именно высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ), интерлейкина-6 (ИЛ-6), и маркера фиброза – трансформирующего фактора роста- $\beta 1$ (ТФР- $\beta 1$) измеряли с помощью метода ELISA. Полученные результаты анализировались, используя метод бинарной логистической регрессии и отношения шансов (ОШ).

Результаты:

Полученные результаты показали, что по данным ЭКГ, максимальная продолжительность зубца Р (Pmax) и дисперсия зубца Р (Pdis) были значительно удлинены и по всей вероятности связаны с повышенным риском ФП: как пароксизмальной (Pmax: ОШ 3,92; ДИ: 3,88-3,96; $p=0,002$; Pdis: ОШ 3,91; ДИ: 3,87-3,95; $p=0,002$), так и персистирующей (Pmax: ОШ 4,81; ДИ: 4,07-5,94; $p<0,001$; Pdis: ОШ 4,90; ДИ: 4,86-5,93; $p<0,001$). Выявлено, что пульсовое АД было достоверно увеличено у пациентов основной группы (ОШ 1,17, ДИ: 1,05-1,84; $p=0,02$ для пароксизмальной и ОШ 1,29, ДИ: 1,07-1,94; $p=0,02$ для персистентной ФП, однако диастолическое АД было достоверно увеличено только у пациентов с персистентной ФП (ОШ 1,19; ДИ: 1,03-1,74; $p=0,017$).

У больных основной группы наблюдалось достоверное увеличение объема левого предсердия по сравнению с контрольной группой (ОШ 1,76; ДИ: 1,66-1,88; $p=0,002$ для пароксизмальной и ОШ 2,26; ДИ: 1,86-2,88; $p=0,002$ для персистентной ФП). Время изоволюмической релаксации было увеличено (ОШ 3,94, ДИ: 3,46-4,28, $p=0,01$) только у больных с персистентной ФП. У больных с ФП СЛСИ, был увеличен относительно контрольной группы (ОШ СЛСИ 1,23, ДИ: 1,13-1,88, $p=0,02$ с пароксизмальной и ОШ СЛСИ 1,82, ДИ: 1,22-2,04, $p=0,01$ у больных с персистентной ФП). У больных с ФП по сравнению с контрольной группой было выявлено увеличение концентраций маркеров воспаления. Так у пациентов с пароксизмальной ФП ОШ вч-СРБ составляло 5,57, ДИ: 3,38-7,8, $p=0,01$ и ОШ ИЛ-6 4,80, ДИ: 2,72-6,88, $p=0,001$, а с персистентной – ОШ вч-СРБ 6,37; ДИ: 4,72-7,88, $p=0,001$ и ОШ ИЛ-6 5,78, ДИ: 4,22-6,98, $p=0,001$ соответственно. Однако уровень профибротического маркера ТФР- $\beta 1$ был значимым только для возникновения персистентной ФП (ОШ 3,84, ДИ: 2,10-6,23, $p=0,005$).

Заключение:

Многофакторный анализ полученных данных выявил значимую роль артериальной жесткости, воспаления и фиброза, а также дисфункции левого предсердия на риск возникновения и прогрессирования ФП у пациентов с АГ.

ВЛИЯНИЕ НЕДОСТАТОЧНОГО СНИЖЕНИЯ НОЧНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Буквальная Н.В., Смирнова Л.Н.,
Витарана А.П., Сиддиараиччи С.Д.Н.

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

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) является ключевым фактором риска развития диастолической дисфункции левого желудочка (ДД ЛЖ). В настоящее время доказано, что величина артериального давления (АД), ожирение, пожилой возраст являются предикторами нарушенной диастолической функции ЛЖ. Однако поиск предикторов продолжается, ввиду этого, весьма актуальным представляется изучение влияния различных профилей АД на риск развития ДД ЛЖ. Цель. Изучить ассоциацию патологических профилей АД с наличием ДД ЛЖ у пациентов с АГ.

Материал и методы:

В исследовании приняли участие 54 амбулаторных пациента с АГ I-II степени. Средний возраст исследуемых составил 60,0 [57,0; 63,0] лет. Мужчин – 25 (46,3%), женщин – 29 (53,7%). Индекс массы тела (ИМТ) в среднем равнялся 29,7 [27,5; 32,9] кг/м². Длительность анамнеза АГ составила 10,5 [7,0; 20,0] лет. Эхокардиографическое исследование сердца (Эхо-КГ) выполнялось трансторакально ультразвуковым аппаратом высокого класса GE Vivid 7 Pro (США). Диагноз ДД ЛЖ диагностирован в соответствии с Российскими клиническими рекомендациями по хронической сердечной недостаточности 2020 г. Суточное мониторирование АД проводилось аппаратом Watch BP 03 фирмы «Microlife» на нерабочей руке на фоне комбинированной антигипертензивной терапии. В зависимости от степени ночного снижения АД (СНС АД) пациента относили к той или иной группе по профилю АД: дипперы (достаточное снижение АД в ночные часы) – СНС АД от 10% до 20%; нон-дипперы (недостаточное снижение АД ночью) – СНС АД от 0 до 10%; найт-пикеры (повышение АД ночью) – СНС АД ниже 0; овер-дипперы (избыточное снижение АД в ночные

часы) – СНС АД более 20%. Статистический анализ проведен пакетом прикладных программ Statistica 10.0. Численные показатели представлены в виде медианы (Me), нижнего (LQ) и верхнего квартилей (UQ). Сравнение численных показателей между 2 группами выполнялось при помощи непараметрического статистического U-критерия Манна – Уитни. Сравнение распределений категорий между группами выполнялось при помощи точного критерия Фишера. Если данный критерий указывал на наличие статистически значимых различий между группами, то далее проводились попарные сравнения распределений между собой с применением поправки Холма на р-значения. Отношения шансов (ОШ) определялись по четырехпольным таблицам сопряженности признаков при помощи онлайн-калькулятора. При $p<0,05$ различия считались статистически достоверными.

Результаты:

После Эхо-КГ пациенты были разделены на 2 группы: 1-ая группа (n=18) – пациенты с АГ и ДД ЛЖ, 2-ая группа (n=36) – пациенты с АГ без ДД ЛЖ. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, ИМТ и длительности АГ. СНС систолического АД (САД) у пациентов 1 и 2 групп составила 7,4 [1,6; 10,4]% и 12,9 [8,7; 15,3]% соответственно ($p=0,005$). У пациентов с ДД ЛЖ распределение пациентов по характеру суточного профиля САД было следующим: диппер – 22,2%, нон-диппер – 61,1%, овер-диппер – 11,1%, найт-пикер – 5,6%. У пациентов без ДД ЛЖ количество дипперов по САД составило 58,3%, нон-дипперов – 30,6%, овер-дипперов – 11,1%. СНС диастолического АД (ДАД) у пациентов 1 и 2 групп составила 8,6 [3,7; 13,3]% и 16,6 [12,9; 21,8]% соответственно ($p=0,005$). У пациентов с ДД ЛЖ распределение пациентов по характеру суточного профиля ДАД было следующим: диппер – 22,2%, нон-диппер – 61,1%, овер-диппер – 16,7%, найт-пикер – 5,6%. У пациентов без ДД ЛЖ количество дипперов по ДАД выявлено у 50,0% пациентов, 19,4% – с профилем нон-диппер, 30,6% – с профилем овер-диппер. Профиль найт-пикер отсутствовал в обеих группах. При сравнении групп по распределению суточных профилей САД и ДАД выявлены статистически значимые различия ($p=0,03$ и $p=0,01$ соответственно). При попарном сравнении типов суточных профилей САД между группой 1 и 2 статистически значимых различий обнаружено не было, что связано с выборкой малого объема. В то же время, суточный профиль типа нон-диппер по ДАД встречается достоверно чаще у пациентов с ДД ЛЖ ($p=0,02$). ОШ развития ДД ЛЖ у пациентов с АГ и суточным профилем нон-диппер по САД и ДАД составило 3,57 (95% ДИ 1,09 – 11,67) и 6,51 (95% ДИ 1,85 – 22,88) соответственно.

Заключение:

У пациентов с АГ и ДД ЛЖ СНС как САД, так и ДАД статистически значимо ниже, по сравнению с гипертониками с нормальной диастолической функцией ЛЖ. Суточный профиль типа нон-диппер по САД и ДАД увеличивает вероятность развития ДД ЛЖ у пациентов с АГ в 3,6 и 6,5 раз соответственно.

ВЛИЯНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ КОАГУЛЯЦИОНО-ПЛАЗМЕННОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Алиахунова М.Ю.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Изучение влияния низкоинтенсивного лазерного излучения на состояние коагуляционного гемостаза и научное обоснование эффективности их применения у больных РА.

Материал и методы:

Обследованы 47 больных, с диагнозом РА, установленным в соответствии с критериями Американской коллегии ревматологов (1987), находившихся на стационарном лечении в отделении ревматологии РСНПМЦиМР МЗРУз. Контрольную группу (КГ) составили 20 практически здоровых лиц, идентичные по полу и возрасту. Для оценки состояния системы свертывания крови на коагулометре «Hemaclot-duo» (Германия) с использованием стандартных тест-наборов определяли протромбиновый индекс (ПТИ), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), тромбоцитарное время (ТВ), содержание в крови фибриногена методом Клаусса. В зависимости от активности патологического процесса пациенты были разделены на 2 группы: первую группу составили 26 больных РА с I степенью активности процесса, а вторую группу – 21 больных РА со II степенью активности процесса. Больные обеих основных групп получали лечение с использованием низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) с помощью полупроводникового лазерного аппарата «Мустанг 2000» с излучающей головкой ЛОЗ-2000. Для кожного воздействия использовали инфракрасное импульсное лазерное излучение с длиной волны 0,89 мкм. Частота импульсов составляла 80–1500 Гц, длительность воздействия составляла 2–5 мин на одно поле, за одну процедуру облучали до 4–5 полей. Процедуры проводили ежедневно, 10–12 на курс лечения.

Результаты:

Анализ динамики показателей коагуляционного гемостаза показал, что на 10 день лечения, включающего НИЛИ, происходило статистически значимое возрастание показателей АЧТВ, МНО и ТВ, причем в группе с минимальной активностью воспалительного процесса это составляло (в среднем по группе) 8,8%, 5,4% и 32,1%, соответственно, тогда как среди пациентов с умеренной активностью воспалительного процесса степень возрастания была значительно более выраженной ($p < 0,001$) и составляла 46,3%, 19,5% и 33,1%, соответственно. Также наблюдалось достоверное снижение средних значений показателя ПТИ и содержания фибриногена, причем динамика в группе со II степенью активности была существенно большей (на 24% и 36%, соответственно), чем с I степенью активности воспалительного процесса (на 10,2% и 13,3%, соответственно). Все это убедительно свидетельствует о гипокоагулирующем эффекте НИЛИ.

Заключение:

Нарушения в системе гемостаза способствуют увеличению риска тромботических осложнений, являются одним из пусковых моментов развития и прогрессирования ревматоидного васкулита. Полученные данные позволяют прийти к заключению, что включение НИЛИ в комплексное лечение больных РА оказывает положительное влияние на показатели коагуляционного гемостаза.

ВЛИЯНИЕ НОВОЙ МОДЕЛИ МИТРАЛЬНОГО ПРОТЕЗА НА ТЕЧЕНИЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Морова Н.А.¹, Перекопская В.С.²,
Цеханович В.Н.², Гусева Е.А.²

¹ФГБОУ ВО Омский государственный
медицинский университет Минздрава России,
г. Омск, Российская Федерация;

²Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Областная клиническая больница»,
г. Омск, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Изучить динамику структурно-геометрических параметров левого желудочка у больных с митральной недостаточностью после митрального протезирования в зависимости от модели протеза. Исследование предпринято в связи с малой изученностью в клинических условиях функциональных особенностей полнопроточных клапанов.

Материал и методы:

В исследование включено 84 пациента с митральными пороками с преобладанием митральной недостаточности. Причинами порока были хроническая ревматическая болезнь сердца, инфекционный эндокардит, дисплазия митрального клапана, отрыв хорд. Признаков активного инфекционного процесса не было. Пациентам произведено протезирование митрального клапана в условиях искусственного кровообращения. Все пациенты прооперированы на базе одного лечебного учреждения. Классический двулепестковый клапан отечественного производства имплантирован 43 пациентам, полнопроточный клапан отечественного производства – 41 пациенту. Эхокардиоскопия проведена на аппаратах экспертного класса. Оценены следующие параметры: конечный диастолический размер, конечный систолический размер, конечный диастолический объем (КДО), конечный систолический объем (КСО) с индексированием данных показателей, ударный объем, фракцию выброса левого желудочка; размер левого предсердия, средний трансмитральный градиент давления и пиковый трансмитральный градиент давления, степень митральной регургитации; размер правого желудочка, давление в легочной артерии. Оценена динамика изученных параметров в каждой группе и проведено их сравнение. Для уточнения состояния митрального клапана перед операцией по показаниям применяли чреспищеводную эхокардиографию. Сравнение количественных данных двух независимых выборок осуществляли при помощи U-критерия Манна-Уитни, сравнение количественных данных двух зависимых выборок – при помощи критерия Вилкоксона.

Результаты:

У пациентов, перенесших митральное протезирование полнопроточным клапаном, произошло достоверное уменьшение среднего размера левого предсердия с 4,6 [4,4; 5,1] см до 4,3 [4,0; 4,5] см ($p=0,016$), индекса КДО – с 79 [73; 86] до 60 [54; 65] ($p=0,033$), индекса КСО с 29 [25; 34] до 24 [20; 29] ($p=0,033$), УО – с 90 [83; 96] мл до 70 [66; 75] мл ($p=0,006$) при неизменной фракции выброса. Давление в легочной артерии, измеренное по трикуспидальной недостаточности, уменьшилось с 45 [38; 51] до 31 [28; 37] мм рт. ст. ($p=0,041$). У пациентов, перенесших митральное протезирование классическим двулепестковым протезом, произошло достоверное уменьшение среднего размера левого предсердия с 4,8 [4,5; 5,0] до 4,5 [4,2; 4,8] см ($p=0,028$), индекса КДО с 81 [76; 90] до 71 [68; 78] ($p=0,041$), дав-

ления в легочной артерии с 55 [46; 60] до 34 [30; 42] мм рт. ст. ($p=0,026$). При оценке динамики размеров и объемных показателей в каждой из групп выяснено, что в группе носителей полнопроточных клапанов динамика размеров левого желудочка в сторону уменьшения достоверно более выражена, чем в группе носителей классического двулепесткового протеза. В среднем КДО уменьшился на 23,5% от исходного и на 12,7% от исходного соответственно ($p<0,05$).

Заключение:

Создание усовершенствованных протезов клапанов сердца имеет целью создание моделей, имеющих функциональные преимущества перед более ранними. При создании полнопроточного клапана производитель предполагал, что усовершенствование конструктивной формы механического протеза позволит сохранить физиологическую структуру транспротезного кровотока. В нашем исследовании у больных с митральной недостаточностью произошло обратное ремоделирование левого желудочка после устранения объемной перегрузки в обеих группах, но в группе полнопроточных клапанов она была выражена в большей степени. Полученные данные подтверждают благоприятное влияние полнопроточного клапана на динамику структурно-геометрических показателей сердца уже в раннем послеоперационном периоде.

ВЛИЯНИЕ ПАРОДОНТИТА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И АССОЦИИРОВАННЫХ СОСТОЯНИЙ

Ушанова А.М., Васильев Ю.Л., Трушина О.Ю.
ФГАОУ ВО Первый Московский Государственный Медицинский Университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) является ведущим фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Наличие у людей хронического воспалительного процесса может способствовать развитию и прогрессированию АГ. Воспаление пародонта способствует не только разрушению местных тканей, а также связано с развитием различных системных заболеваний, в том числе и сердечно-сосудистых. Целью данного исследования была оценка влияния пародонтита на течение АГ и некоторых ассоциированных состояний, таких как скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) и нарушение липидного обмена в виде оценки уровня липопротеидов низкой плотности (ЛПНП).

Материал и методы:

В ретроспективное исследование было включено 100 пациентов с известным диагнозом АГ. Выборка состояла преимущественно из женщин (67, 67,0%), средний возраст составил $56,6\pm 12,5$. Пациенты были разделены на две группы по наличию пародонтита у пациентов. Группа исследования (57, 57% пациентов) имела пародонтит и была представлена следующими пациентами: 40 (70,2%) пациентов – женщины, средний возраст $62,04\pm 11,16$ лет, 20 (35,1%) имели ожирение (медиана индекса массы тела 28,4 [26,5; 31,6]). В группу контроля вошло 43 пациента без диагноза пародонтит: 27 женщин (62,8%), средний возраст – $49,47\pm 10,57$ лет, 10 (23,3%) пациентов с ожирением (средний ИМТ $26,81\pm 4,50$). Изучены максимальные значения систолического артериального давления (сАД), оценена стадия гипертонической болезни (ГБ), число принимаемых препаратов, управляемость цифрами АД, а также результаты измерения СРПВ и определение уровня ЛПНП.

Результаты:

Отмечается, что у пациентов с пародонтитом максимальные значения сАД выше, чем у пациентов без пародонтита, 170 [165; 190] мм рт. ст. vs 160 [150; 160] мм рт. ст. ($p<0,001$). Таким образом, пациенты получают большее количество препаратов для контроля цифр АД (2 [2; 3] vs 2 [1; 2], $p<0,001$), а терапию 3 или более препаратами получает 26, 45,6%, тогда как пациенты без пародонтита принимают больше 3 препаратов в 5 (11,3%) случаев ($p<0,001$). Процент неконтролируемой АГ в группе был так же выше в группе с пародонтитом (37,2% vs 11,7%, $p<0,05$). СРПВ составила 8,0 [7,6; 8,3], что выше, чем в группе пациентов без пародонтита (7,1 [6,7; 7,7], $p<0,001$). При оценке уровня ЛПНП значимого различия обнаружено не было ($3,6\pm 1,1$ vs $3,2$ [2,7; 4,15] ммоль /л, $p=0,34$).

Заключение:

Наличие пародонтита значимо осложняет течение АГ, увеличивая максимальные цифры сАД и потребность в приеме большего количества препаратов, ухудшая контроль цифр АД. Также, на основании оценки СРПВ, можно предположить, что пациенты с АГ и пародонтитом более подвержены развитию атеросклеротического поражения периферических артерий.

ВЛИЯНИЕ ПРИЕМА АСК И ТИАЗИДНЫХ И ТИАЗИДОПОДОБНЫХ ДИУРЕТИКОВ НА УРОВЕНЬ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ

Ибрагимов М.С., Сисевич И.С.

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

В течение последних 20 лет статистика заболеваемости БСК (болезни системы кровообращения) неуклонно растёт. По данным Росстата за 2022 год заболеваемость БСК составила 33,6 на 1000 человек населения. И все эти люди в той или иной степени принимают препараты, которые могут увеличивать уровень мочевой кислоты. К таким препаратам относят АСК (ацетилсалициловая кислота), тиазидные и тиазидоподобные диуретики. Если учесть еще возросший уровень потребления продуктов, способствующих гиперурикемии, таких как пиво и красное мясо, то становятся ясны возможные причины роста заболеваемости подагрой в России на 13,2% за последнее тридцатилетие. Цель исследования: оценить влияние АСК и тиазидных диуретиков на гиперурикемию пациентов с ССЗ (серечно-сосудистые заболевания). Задачи 1. Сделать выборку пациентов согласно критериям включения. 2. Заменить препараты способствующие гиперурикемии. 3. Проанализировать уровень мочевой кислоты, после замены препаратов АСК, тиазидных и тиазидоподобные диуретиков.

Материал и методы:

Во время исследования были отобраны пациенты, имеющие следующие критерии включения : 1. Наличие в анамнезе ССЗ, требующие прием АСК, тиазидных и тиазидоподобных диуретиков. 2. Прием АСК, тиазидных и тиазидоподобных диуретиков. 3. Исходный уровень МК для женщин более 350 мкмоль/л, для мужчин более 420 мкмоль/л, без клинических проявлений подагры. Далее произведена замена АСК на прием Клопидогреля в дозе 75 мг 1 раз в сутки, а тиазидные и тиазидоподобные диуретики, были заменены на другой класс диуретиков у больных с ГБ или при отсутствии противопоказаний на антагонисты кальция дигидропиридинового ряда.

Результаты:

Всего в исследование участвовали 575 пациентов, предварительно давшие письменное согласие на его проведение. Половая структура: 71, 3% мужчины, 28, 7% женщины. Средний

возраст составил $54,2 \pm 4,1$ года. В ходе исследования 68,4% пациентов показали снижение уровня мочевой кислоты после замены терапии. Необходимое время для достижения нормального значения мочевой кислоты в среднем составило 3-6 месяцев.

Заключение:

1. У пациентов с бессимптомным течением гиперурикемии, следует пересмотреть прием препаратов АСК, тиазидных и тиазидоподобных диуретиков. 2. При имеющейся возможности заменить на препараты других классов. 3. При сохранении гиперурикемии или появления симптомов необходимо проанализировать целесообразность применения аллопуринола.

ВЛИЯНИЕ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ РИСКИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Антюх К.Ю.¹, Григоренко Е.А.¹, Зайцев Ю.В.², Васильева Н.А.³, Семенова Н.В.¹, Русских И.И.¹, Курушко Т.В.¹, Митьковская Н.П.¹

¹ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «КАРДИОЛОГИЯ», г. Минск, РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ;

²ГУ «МНПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии, г. Минск, РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ;

³ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И БАЛЬНЕОЛЕЧЕНИЯ», г. Минск, РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ

Введение (цели/ задачи):

Изучить влияние фиброза печени на сердечно-сосудистые риски пациентов с артериальной гипертензией и неалкогольной жировой болезнью печени

Материал и методы:

В исследование были включены 79 пациентов трудоспособного возраста (25–59 лет) с АГ I-II степени и НАЖБП. В зависимости от наличия / отсутствия фиброза печени пациенты были разделены на две группы. 1-я группа – 40 пациентов, страдающих АГ, НАЖБП и фиброзом печени (средний возраст $46,4 \pm 8,8$ лет). 2-я группа – 39 пациентов с АГ, НАЖБП, без фиброза печени (средний возраст $48,1 \pm 8,9$ лет). Всем пациентам проводился клинический осмотр с офисным измерением артериального давления (АД), антропометрических параметров, включая вес (кг), рост (м), окружность талии (ОТ, см), окружность бедер (ОБ, см), вычисляли отношение ОТ/ОБ, рассчитывали индекс массы тела (ИМТ), метаболический индекс (МИ), индекс висцерального ожирения (VAI), индекс накопления продуктов липидов (LAP), атерогенный индекс плазмы (AIP). Проводились общеклинические методики исследования (общий и биохимический анализ крови, анализ мочи). Для анализа липидного метаболизма проводили развернутую липидограмму с определением содержания общего холестерина, триглицеридов, холестерина липопротеинов низкой плотности, холестерина липопротеинов высокой плотности, коэффициента атерогенности (КА). Выполнялись суточное мониторирование АД, ультразвуковое абдоминальное исследование с определением признаков стеатоза печени, эластометрия с измерением жесткости печени (модуль Юнга) и определением степени фиброза по шкале METAVIR. Статистический анализ полученных данных проводился с помощью пакета статистической программы SPSS 27.0 (IBM, USA). Полученные данные интерпретировались как достоверные, а различия между показателями считались значимыми при величине безошибочного прогноза, равной или больше 95% ($p < 0,05$).

Результаты:

При оценке антропометрических данных было установлено, что в группе пациентов с фиброзом печени отмечались более высо-

кие цифры веса пациентов ($105,1 \pm 12,1$ кг против $96,41 \pm 15,5$ кг, $p = 0,035$), ОТ ($114,8 \pm 7,81$ см против $109,1 \pm 8,50$ см, $p = 0,013$), чем у пациентов без фибротических изменений печени. В группе пациентов с фиброзом печени установлены более высокие цифры МИ ($8,55 [5,40-17,3]$ против $6,72 [4,03-11,3]$, $p = 0,026$), LAP ($82,0 [50,1-135,8]$ против $66,8 [46,6-136,9]$, $p = 0,022$), AIP ($1,52 [0,90-3,23]$ против $1,18 [0,73-1,99]$, $p = 0,029$). При проведении корреляционного анализа у пациентов с АГ наблюдалась прямая, умеренной силы корреляционная связь между значениями окружности талии и средней величиной модуля Юнга ($p = 0,039$) и прямая, умеренной силы корреляционная связь между значениями веса пациентов и средней величиной модуля Юнга ($p = 0,034$). При анализе показателей липидного обмена было получено, что у пациентов с фиброзом печени КА был достоверно выше ($4,44 \pm 1,49$ vs $3,72 \pm 0,90$, $p = 0,038$), чем у пациентов с отсутствием фиброза печени. При проведении корреляционного анализа у пациентов с АГ и НАЖБП наблюдалась прямая, умеренной силы корреляционная связь между значениями КА и средней величиной модуля Юнга ($p = 0,003$). По результатам эластометрии среди пациентов с АГ и НАЖБП, у 29 (36,7%) обнаружена 1-я стадия фиброза печени (слабовыраженный, очаговый фиброз), у 11 (13,9%) – 2-я стадия фиброза печени (умеренный фиброз). В результате сравнения показателя КА у исследуемых в зависимости от степени фиброза печени были выявлены статистически значимые различия ($p = 0,010$). С помощью апостериорного критерия Шеффе было установлено статистически значимое увеличение показателя КА у пациентов с умеренным фиброзом печени ($5,77 \pm 1,40$) в сравнении с пациентами с отсутствием фиброза печени ($3,72 \pm 0,91$, $p = 0,005$) или со слабовыраженным фиброзом печени ($4,04 \pm 1,30$, $p < 0,001$).

Заключение:

У пациентов с артериальной гипертензией в сочетании с неалкогольной жировой болезнью печени выявлена взаимосвязь между величиной модуля Юнга, отражающего эластичность тканей печени, и некоторыми антропометрическими показателями (окружность талии, вес). Наличие фиброза печени у пациентов с артериальной гипертензией в сочетании с неалкогольной жировой болезнью печени ассоциировано с более выраженным висцеральным ожирением, избытком массы тела, нарушением липидного обмена, увеличением индекса накопления продуктов липидов, метаболического индекса, атерогенного индекса плазмы, что позволяет рассматривать фиброз печени в качестве дополнительного фактора, увеличивающего риск возникновения неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

ВНУТРИСЕРДЕЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА У ДЕТЕЙ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Хидирова Н.Х., Бекмирзаев А.Э., Амиркулова Г.М.
ТФ ТМА, г. Термез, Узбекистан, ТФ ТМА,
Каршинский государственный университет

Введение (цели/ задачи):

Течение дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) характеризуется преждевременной смертностью и ранней инвалидизацией больных. Нестабильность течения усложняет прогноз и требует непрерывного клинического мониторинга. Цель исследования. Изучение клинико-функциональных параметров у детей с ДКМП на фоне непрерывной терапии

Материал и методы:

Проведена оценка клинических параметров, динамика размеров полостей сердца, систолической функции левого желудочка при динамическом наблюдении 12 пациентов (средний возраст на начало терапии 3,7 лет) с диагнозом дилатационная

кардиомиопатия, на комбинированной терапии не менее тремя препаратами. Длительность наблюдения от 3 до 10 лет

Результаты:

В начале заболевания все дети имели признаки НК, выраженную кардиомегалию, размеры полости левого желудочка значительно превышали нормальные показатели на массу. На фоне терапии, как и ожидалось, достигнута клиническая компенсация состояния у большинства пациентов, нормализовались антропометрические показатели. Достоверно увеличился УО в начале терапии $24 \pm 1,03$; в динамике 39 ± 2 . Несмотря на это, размеры полости ЛЖ увеличены относительно нормы: КДР на начало терапии $4,1 [3,5; 4,6]$ ($p < 0,05$), КДР динамика $4,3 [3,8; 4,7]$, ($p < 0,05$). КСР на начало терапии $3,2 [2,8; 3,8]$ ($p < 0,05$), КСР динамика $3,2 [2,8; 3,8]$, ($p < 0,05$). Однако, при анализе показателей относительно площади поверхности тела была получена противоположная тенденция КДР/Sm² на начало терапии $9,62 \pm 4,70$; динамика $5,73 \pm 2,02$ ($p < 0,05$). При анализе ИММЛЖ на начало терапии показатель отличался от нормы $105,6 [71,0; 182,3]$ ($p < 0,05$); однако в динамике достоверного отличия от нормы не выявлено: $55,6 [32,0; 91,7]$ ($p = 0,12$). Кроме того, отмечена закономерность в длительности процесса дилатации и уменьшении ИММЛЖ значительно ниже нормы, что может служить отправной точкой плохого прогностического течения. Отмечено колебание показателей ИС, у детей со стабильным течением процесса этот показатель приближается к 0,7, на фоне присоединения инфекционного процесса ИС увеличивался в среднем до 0,82. На ухудшение течения процесса оказывали не только инфекционные факторы. В двух случаях при начале посещения детского сада отмечена декомпенсация выражающаяся в уменьшении толерантности к физическим нагрузкам, снижении ФВ, увеличении полостей сердца

Заключение:

Учитывая многогранность факторов оказывающих влияние на течение процесса ДКМП, необходим непрерывный, комплексный, клинико-функциональный мониторинг параметров пациента, который позволит выявить индивидуальные признаки плохого прогностического течения и предотвратить их в последующем.

ВОЗМОЖНОЕ ВЛИЯНИЕ ФЕРМЕНТАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ МИКРОБИОТЫ НА АРТЕРИАЛЬНУЮ ЖЕСТКОСТЬ БОЛЬНЫХ НИЗКОГО/УМЕРЕННОГО РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Смирнова М.Д.¹, Свирида О.Н.¹, Бланкова З.Н.¹, Вицера М.В.¹, Иванова А.Ю.^{1,2}, Агеев Ф.Т.¹, Медведев О.С.^{1,2}

¹ФГБУ НМИЦ Кардиологии МЗ РФ им академика Е.И. Чазова, г. Москва, Российская Федерация;

²ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Последние годы большое внимание уделяется исследованиям, посвященным роли состава микробиоты кишечника и образующимся в нем метаболитам в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний. К основным маркерам метаболической активности микробиоты, оказывающим влияние на сердечно-сосудистую систему, относятся триметиламин (ТМА), триметиламин-N-оксид (ТМАО). Цель: выявление возможных взаимосвязей между ферментативной активностью микробиоты и артериальной жесткостью у пациентов низкого и умеренного риска сердечно-сосудистых осложнений.

Материал и методы:

В исследование было включено 22 больных низкого и умеренного риска ССО по шкале SCORE ($46,5 \pm 6,0$ лет, 30% мужчины, у 22,7% диагностирована артериальная гипертензия 1-2 степени). Среднее офисное систолическое АД (САД) было $130,7 \pm 14,7$ мм рт. ст., диастолическое (ДАД) – $81,7 \pm 10,1$ мм рт. ст. Уровень общего холестерина $5,44 \pm 0,91$ ммоль/л. Терапию получали 4 человека: 4 блокаторы ренин – ангиотензиновой системы, 3 из них – в комбинации с диуретиками. Кроме стандартного клинического обследования проводилась объемная сфигмография с расчетом CAVI (cardio-ankle vascular index – кардио-лодыжечный сосудистый индекс) и определение уровня С – реактивного белка (СРБ вч). Уровень ТМА и ТМАО был определен с помощью ультраэффективной жидкостной хроматографии – квадрупольной времяпролетной масс-спектрометрии (UHPLC Q-TOF MS, Agilent Technologies, CA, USA)

Результаты:

Среднее значение CAVI составило $7,0 \pm 0,7$, СРБвч – $3,89 \pm 6,14$ мг/л, ТМА – $1,60 (1,16; 3,56)$ нг/мл, ТМАО – $207,23 (170,43; 526,1)$ нг/мл. Выявлена умеренная корреляция между маркером системного воспаления СРБвч и ТМА ($r = 0,514$, $p = 0,04$). Взаимосвязь между СРБвч и ТМАО выявить не удалось, также как и с показателями липидного профиля и уровнем артериального давления. Так же не было выявлено статистически значимых корреляций между изученными гемодинамическими и биохимическими параметрами и уровнем ТМА и ТМАО. Была выявлена статистически значимая корреляция между CAVI и ТМАО ($r = 0,489$, $p < 0,05$). По данным многофакторного регрессионного анализа ТМАО показал себя независимым предиктором значения CAVI в модели, включающей САД, ДАД и уровень холестерина ($\beta = 0,411$, $p = 0,03$). Однако при введении поправки на возраст ТМАО потерял свое прогностическое значение

Заключение:

Уровень ТМАО может рассматриваться как один из предикторов повышения артериальной жесткости у больных низкого и умеренного риска ССО

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖПРЕДСЕРДНЫХ СООБЩЕНИЙ С ОЦЕНКОЙ РИСКА ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ЭМБОЛИИ ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ КРИПТОГЕННОГО ИНСУЛЬТА

Мамаева О.П.^{1,2}, Павлова Н.Е.¹, Гусева О.А.^{1,2}, Асиновская А.Ю.^{1,2}, Щербак С.Г.^{1,2}

¹СПбГБУЗ «Городская больница №40», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация;

²СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Криптогенный ишемический инсульт (КИИ) составляет 36% ишемического инсульта ИИ с неустановленным источником эмболии (Embolic Stroke of Undetermined Source, ESUS). Показатель распространенности повторного инсульта среди всех инсультов – 25,5%, что свидетельствует о недостаточной эффективности вторичной профилактики. Цель исследования: поиск источника церебральной эмболии – межпредсердных шунтов при применении комплексной ультразвуковой диагностики сердца и сосудов мозга у пациентов с КИИ.

Материал и методы:

За 2022-2023 гг. в ОФД СПбГБУЗ «Городская больница № 40» обследовано 102 пациента с КИИ неврологического отделения для лечения инсульта мозга: средний возраст 44,7 лет (от 18

до 68 лет), мужчины 56,8%, женщины 43,2%. По локализации КИИ: 73,53% – БЦА, 24,51% – ВББ, 1,96% – инфаркт сетчатки. КИИ-первичный – 62,75%, повторный – 39,22%. Методы: Трансторакальная эхокардиография (ТТЭХОКГ), чреспищеводная эхокардиография (ЧП ЭХОКГ) с пролонгированным инфузионным контрастированием с использованием 0,3% раствора перекиси водорода с последующим транскраниальным ультразвуковым дуплексным сканированием (ТКДС) с эмболодетекцией. (Vivid E9, Vivid E95) с использованием матричного секторного датчика, чреспищеводного датчика с возможностью 3-д визуализации.

Результаты:

При ТТЭХО межпредсердные сообщения в виде ООО и ДМПП выявлялись значительно реже в сравнении с ЧПЭХОКГ (соответственно – 8,82%, 6,86% к 20,59% и 10,78%). При пролонгированном инфузионном контрастировании с использованием 0,3% раствора перекиси водорода с проведением функциональных проб (Вальсальвы, кашлевой, гиперпноз) и последующей транскраниальной ультразвуковой эмболодетекцией выявлялись признаки право-левого шунта: легкой степени (соответственно, 8,8%, 10,7%), умеренная (9,8%, 14,7%), значимая (10,7%, 6,86%). Отсутствие микроэмболии при ТКДС и признаков право-левого межпредсердного шунта у меньшего количества (67,6%) в сравнении с 70% – при ЭХОКГ-могло нацеливать на поиск пульмональных шунтов.

Заключение:

Комплексная ультразвуковая диагностика сердца и сосудов мозга у пациентов с КИИ позволяет выявлять межпредсердные сообщения, степень и риск парадоксальной церебральной эмболии. Нам представляется, что своевременное направление на транскатетерные методы лечения (установка окклюдера МПП при наличии значимых шунтов) будет способствовать повышению эффективности вторичной профилактики и улучшению прогноза у больных с КИИ.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ И ЛИПИДНЫЕ БИОМАРКЕРЫ ПРИ РАННЕМ ДЕБЮТЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА: ПЕРСПЕКТИВЫ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ

Намитокоев А.М.¹, Карабахчиева К.В.², Маляревская О.В.²

¹ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар, Российская Федерация;

²ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 им. С.В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Атеросклероз является ведущей причиной сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленной накоплением липидов и хроническим воспалением в стенках артерий. Ранняя диагностика атеросклероза у молодых людей важна для профилактики сердечно-сосудистых событий. Воспалительные индексы и липидные биомаркеры играют важную роль в патогенезе атеросклероза, однако их взаимодействие до конца не изучено. Цель исследования: Изучить взаимосвязь между воспалительными индексами и липидными биомаркерами у пациентов в возрасте 18-55 лет с атеросклерозом, чтобы определить ключевые предикторы раннего развития заболевания.

Материал и методы:

Дизайн исследования: кросс-секционное исследование, включающее 89 участников, разделенных на две группы: основная группа (62 пациента с атеросклерозом) и контрольная группа

(27 здоровых лиц). Измерения: собраны данные о демографии, анамнезе, лабораторные параметры (общий холестерин, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП, триглицериды), биомаркеры (липопротеид (а), ANGPTL3, липопротеид-ассоциированная фосфолипаза A2, ApoB) и воспалительные индексы (SIRI, NLR, MLR, SII). Статистический анализ: использовались логистическая регрессия, анализ важности признаков (Random Forest, Gradient Boosting), ROC-анализ и кластерный анализ.

Результаты:

1. Пациенты с атеросклерозом имели значимо более высокие уровни воспалительных индексов (SIRI, NLR, MLR) и липидных нарушений (повышенные TC, LDL-C и сниженные HDL-C) по сравнению с контрольной группой. 2. Уровни Lp(a) и ANGPTL3 были значительно выше в основной группе ($p < 0,001$ и $p < 0,01$ соответственно). 3. Логистическая регрессия выявила, что SIRI и ANGPTL3 являются ключевыми предикторами атеросклероза (точность модели – 77%, чувствительность – 93%). 4. Кластерный анализ выявил два подтипа пациентов: одни с доминирующим воспалительным профилем, другие с выраженными нарушениями липидного обмена.

Заключение:

Воспаление и липидные нарушения играют важную роль в раннем развитии атеросклероза у молодых пациентов. Биомаркеры SIRI и ANGPTL3 выступают мощными предикторами заболевания. Интеграция этих показателей в модели предсказания риска способствует улучшению стратификации пациентов и разработке персонализированных стратегий профилактики. Финансирование. Исследование проведено при поддержке Кубанского научного фонда в рамках научного проекта № МФИ-20.1/63

ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИИ СТАТИНОВ С ЗЕТИМИБОМ И ДАПАГЛИФЛОЗИНОМ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Багрий А.Э., Михайличенко Е.С., Андрусак А.Ю., Сабельникова Я.С., Совпель Я.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, ДНР

Введение (цели/ задачи):

Вопросы оптимизации гиполипидемической терапии (ГЛТ) у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и СД2т остаются предметом противоречий и требуют дальнейшего изучения. Отдельный интерес представляет влияние на липидный профиль ингибитора натрий-глюкозного котранспортера 2 типа дапаглифлозина, демонстрирующего в исследованиях высокую вазо-, кардио- и ренопротекторную эффективность. Цель исследования — оценить эффективность и безопасность ГЛТ статинами в комбинации с зетимибом и дапаглифлозином у больных с ИБС и СД2т.

Материал и методы:

В исследование вошли 95 больных с ИБС и СД2т в среднем возрасте $65,4 \pm 11,4$ года. Больные были рандомизированы на 3 группы: в группе 1 ($n=39$) в качестве ГЛТ назначали статины (аторвастатин 40-80 мг/сутки или розувастатин 20-40 мг/сутки); в группе 2 ($n=29$) применяли комбинацию статинов с зетимибом (10 мг/сутки); в группе 3 ($n=27$) – статины комбинировали с дапаглифлозином (10 мг/сутки). В динамике оценивали общие и биохимические анализы крови, а также профиль атерогенных липидов (общий холестерин (ХС), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), триглицериды (ТГ), липопротеин (а) (Lp(a)),

аполипопротеин АпоВ). Оценивали динамику показателей ультразвукового исследования брахиоцефальных артерий и результатов пробы с реактивной гиперемией (РГ). Длительность наблюдения составила 6 месяцев. Статистическую обработку выполняли в программе Microsoft Excel 2007.

Результаты:

У всех больных, вошедших в исследование, имели место различные варианты нарушений липидного профиля. Применение различных вариантов ГЛТ удовлетворительно переносилось и не потребовало отмены ни в одном из случаев. Применение комбинации статинов с эзетимибом ассоциировалось с достоверно более значительным снижением уровней атерогенных компонентов липидного профиля в сравнении с монотерапией статинами: ХС ЛПНП (на $43,5 \pm 7,4\%$ vs $31,1 \pm 6,9\%$), ТГ (на $18,4 \pm 4,2\%$ vs $7,7 \pm 2,3\%$), АпоВ (на $24,3 \pm 8,1\%$ vs $10,2 \pm 2,4\%$), Lp(a) (на $21,4 \pm 7,6\%$ vs $8,3 \pm 2,7\%$), $p < 0,05$. У больных, принимающих статины в сочетании с дапаглифлозином, также наблюдалось более выраженное (в сравнении с монотерапией статинами) уменьшение уровней ХС ЛПНП (на $42,1 \pm 6,9\%$ vs $31,1 \pm 6,9\%$), ТГ (на $19,3 \pm 3,9\%$ vs $7,7 \pm 2,3\%$), АпоВ (на $21,7 \pm 6,3\%$ vs $10,2 \pm 2,4\%$), Lp(a) (на $30,9 \pm 6,4\%$ vs $8,3 \pm 2,7\%$). Также в группах 2 и 3 в сравнении с группой 1 наблюдалось статистически значимое уменьшение толщины комплекса интима-медиа общих сонных артерий (на $16,6 \pm 3,2\%$ и $15,6 \pm 3,0\%$ vs $8,0 \pm 2,7\%$, соответственно) и значимое улучшение эндотелиальной функции в пробе с РГ, все $p < 0,05$.

Заключение:

Результаты исследования продемонстрировали удовлетворительную переносимость и высокую гиполипидемическую эффективность применения статинов в комбинации с эзетимибом, а также статинов с дапаглифлозином у больных с ИБС и СД2т. Применяемые комбинации препаратов также оказывали более выраженное благоприятное влияние на структурно-функциональные показатели сонных артерий и эндотелиальную функцию по сравнению с монотерапией статинами.

ДВУХЛЕТНЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ИБС И СД 2 С ПЕРЕНЕСЕННЫМ COVID 19 В АНАМНЕЗЕ: И-ДПП 4. СООБЩЕНИЕ 1

Ахмедова Д.Т.¹, Алимова Д.А.¹, Мухтарова Ш.Ш.², Тригулова Р.Х.¹, Икрамов А.А.³

¹ГУ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан;

²Ташкентский педиатрический медицинский институт МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан;

³Институт математики им. Романовского АН РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Вопросы переносимости терапия ингибиторами дипептидилпептидазы-4 у пациентов с перенесших COVID-19 остаются открытыми. Цель: ретроспективный анализ эффективности ситаглиптин/метформина (С/М) у пациентов с ИБС и СД2 на фоне перенесенного COVID 19.

Материал и методы:

2 года наблюдения за 55 пациентов ИБС и СД-2 в возрасте $61,4 \pm 5,5$ лет. Две группы: 1- COVID-19 +, $n=10$; 2 группа – COVID-19 –, $n=45$. ОИМ в анамнезе, ЧКВ, курение в 1/2 группах составили $n=7/18$ ($t=1,883$; $p=0,170$); $n=5/18$ ($t=0,051$; $p=0,822$); $n=2/11$ ($t=0,013$; $p=0,911$), длительность СД 2 – $8,1 \pm 2,3$ года. Контроль: липидный спектр, гликемию натощак (ГН), постпран-

диальную (ППГ), HbA1c, pCKФ, NT pro BNP, параметры ЭхоКГ, вес тела, САД и ДАД. Режим терапии: антикоагулянты, антиагреганты, нитраты, блокаторы бета-адренорецепторы, блокаторы РААС, статины, С/М в дозировке $61,7/1191$ мг/сутки.

Результаты:

При равном межгрупповом уровне (1/2 группа) HbA1 $8,9 \pm 2\%$ и $9,1 \pm 2,2\%$ выраженность Δ снижения составила $\Delta - 0,9 \pm 0,4\%$ ($p=0,1$), против 2 $\Delta +0,7 \pm 0,6\%$ ($p=0,28$) соответственно. Снижение Δ ГН в 1/2 группе составило (-) $0,9 \pm 0,5$ мм/л, против (-) $0,07 \pm 0,01$ мм/л ($p=0,05$) соответственно. Зарегистрировано повышение Δ уровня витамина Д в 1/2 группах $6,9 \pm 0,5$ нг/мл ($p=0,03$) против $7,4 \pm 1,1$ нг/мл ($p=0,003$) соответственно. Δ NT pro BNP в 1/2 группе снизились на (-) $321,5 \pm 64,2$ пг/мл ($t=2,145$; $p=0,06$) и (-) $119,5 \pm 62,4$ пг/мл ($t=0,634$; $p=0,43$) соответственно. Исходная фракция выброса (ФВ) составила в 1- $59,6 \pm 5,4\%$ и 2 группе – $58,9 \pm 6,9\%$ ($p=0,76$) сохраняясь весь период наблюдения $57,7 \pm 5,5\%$ и $58,3 \pm 7,1\%$ соответственно. В 1/2 группах А $70,7 \pm 10,2/82,1 \pm 9,66$ м/с ($t=2,423$; $p=0,04$), не меняется в процессе наблюдения. Прослеживаются динамика ХСЛПНП в 1 и 2 группах составила $\Delta - 18,4 \pm 17,3$ ($p=0,06$) мг/дл и $\Delta - 11,4 \pm 4,5$ мг/дл ($p=0,01$) соответственно.

Заключение:

Антигипергликемический выражен в обеих группах. Прием С/М не сопровождался негативным влиянием на NT pro BNP и ФВ, и позитивным действием на пик позднего диастолического наполнения ЛЖ. Терапия С/М переносится хорошо в период болезни COVID 19.

ДВУХЛЕТНЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ИБС И СД 2 С ПЕРЕНЕСЕННЫМ COVID 19 В АНАМНЕЗЕ: А-ГПП. СООБЩЕНИЕ 2

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

¹ГУ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан;

²Ташкентский педиатрический медицинский институт МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Терапия лираглутидом пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 снижала частоту неблагоприятных сердечных событий при изучении исходов, в то время как исследований после перенесенного COVID-19 мы не встретили. Цель: ретроспективный анализ эффективности лираглутида (Л) у пациентов с ИБС с СД2 на фоне перенесенного COVID 19.

Материал и методы:

В исследование включено 30 пациентов находящихся под наблюдением в течении 2 лет с ИБС (ЕОК) и СД-2 (ВОЗ, 1999) в возрасте $64,7 \pm 6$ лет. Больные распределены на две группы: 1 группа – COVID-19 +, $n=12$; 1 группа – COVID-19 –, $n=18$. ИМТ пациентов составил $31,6 \pm 7,5$ кг/м²; длительность СД 2 – $7,3 \pm 1,8$ года. Перенесенный ОИМ в анамнезе, ЧКВ, курение в 1/2 группах составили $n=5/9$ ($t=0,006$; $p=0,941$); $n=2/3$ ($t=0,250$; $p=0,618$); $n=2/3$ ($t=0,007$; $p=0,936$). У пациентов динамике контролировали липидный спектр, гликемию натощак (ГН), постпрандиальную (ППГ), HbA1c, pCKФ, NT pro BNP, параметры ЭхоКГ, вес тела, САД и ДАД. Режим терапии: антикоагулянты, антиагреганты, нитраты, блокаторы бета-адренорецепторы, блокаторы РААС, статины, лираглутид. Эффективность лираглутида оценивали по снижению уровня HbA1c от исходного уровня HbA1c $\geq 0,5\%$.

Результаты:

За период приема лираглутида снижение ППГ у пациентов 2 группы составило $\Delta (-) 2,0 \pm 0,2\%$, у больных 1 группы $\Delta (-) 1,7 \pm 0,01\%$ ($p=0,05$). Снижение HbA1 в 1 группе от $9 \pm 2,4$ до $8 \pm 1,8\%$ ($p=0,09$), а во 2 от $9,3 \pm 1,5$ до $7,9 \pm 1,4\%$ ($t=3,3$; $p=0,001$). Показатели рСКФ до и после лечения в 1 и 2 группах составили $63,2 \pm 9,7$ и $72,3 \pm 12,3$ и $62,7 \pm 13,9$ и $71,2 \pm 15,8$ мл/мин/1,73м². Параметры NT pro BNP в 1 группе снизились к концу наблюдения на $\Delta - 269,0 \pm 32$ пг/мл ($t=2,134$; $p=0,04$), 2 группе $\Delta - 366,0 \pm 146,1$ пг/мл ($t=0,738$; $p=0,462$). По исходным данным фракция выброса (ФВ) в 1- $58,3 \pm 5,6\%$ была выше против 2 группы – $51,1 \pm 11,7\%$ ($t=1,974$; $p=0,06$), и эта же тенденция сохранялась за весь период наблюдения на фоне терапии $59,5 \pm 4,1\%$ и $51,6 \pm 11,4\%$ соответственно. Показатель E/e' несколько повысился у больных 1 группы – $10,3 \pm 1$ см/с, в отличии от 2 и составил $8,4 \pm 2,6$ ($t=2,374$; $p=0,05$). Ни один пациент не прекратил лечение лираглутидом и не сообщил о гипогликемии.

Заключение:

Терапия лираглутидом улучшает гликемический контроль, в большей степени у пациентов не болевших COVID-19. Параметры NT pro BNP были выше в 1 группе, а значимость снижения показателя была одинакова. Все пациенты были с сохранной ФВ, которая сохранялась в динамике, показатель E/e' характеризующий повышение давления наполнения ЛЖ возрастал у пациентов перенесших COVID-19.

ДИНАМИКА БИОМАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ШТАММОВ ИНФЕКЦИИ И ЧАСТОТЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Карпова И.С., Коладка М.Г., Русских И.И., Козлов И.Д.
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
«Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Известно, что как COVID-19, так и постковидный синдром характеризуется значительными сдвигами в иммунной системе. Вне зависимости от перенесенных штаммов SARS-CoV-2 на фоне системного воспаления в организме наблюдается повреждение эндотелия всех сосудистых бассейнов. Увеличение сывороточной концентрации ранних провоспалительных цитокинов – ИI-1 β и ИI-6 определяет выраженность воспалительного процесса в организме. Интерес представляет, как долго после перенесенной инфекции могут сохраняться маркеры воспаления, провоспалительные цитокины. Целью работы явилась оценка динамики биомаркеров системного воспаления у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом после перенесенной коронавирусной инфекции в зависимости от перенесенных штаммов и кратности инфекции.

Материал и методы:

В исследование включены 135 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом: лица, перенесшие коронавирусную инфекцию COVID-19 – 85 человек (I группа) (65,0 (62,0; 71,0) лет) и лица, не перенесшие инфекцию – 50 человек (II группа) (67,9 (65,0; 72,0) лет). Пациенты I группы были взяты в исследование в среднем через 11 месяцев после COVID-19 (0,92 (0,41; 1,30) года). Пациенты I группы в зависимости от сроков заболевания были разделены на 4 подгруппы: переболевшие COVID-19 в 2020 г. – Ia группа (Юханьский штамм); переболевшие COVID-19 в 2021 г. – Ib группа (Дельта штамм); переболевшие COVID-19 в 2022 г. – Ic группа (Омикрон); переболевшие COVID-19 дважды – Id группа. Пациенты обеих групп получали стандартную

медикаментозную терапию, включавшую бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ (сартаны), кардиоаспирин, статины, по показаниям органические нитраты. Данные исследований сравнивались с показателями этих пациентов в доковидном периоде (2017-2018 г.г), имевшиеся в базе данных. Концентрацию высокочувствительного С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке венозной крови определяли иммунотурбидиметрическим методом, содержание высокочувствительного сердечного тропонина I – с помощью хемилюминесцентного иммуноферментного анализа. Концентрацию интерлейкина 1 β (ИI-1 β) и интерлейкина 6 (ИI-6) в сыворотке крови определяли ручной методикой иммуноферментного анализа с измерением оптической плотности на анализаторе Sunrise. Кратность исследований составила 3, 6 и 12 месяцев после взятия в исследование. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась методом вариационной статистики с использованием t критерия Стьюдента с помощью пакета программ STATISTICA 7.0.

Результаты:

У пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, при включении в исследование уровень hsСРБ в сыворотке крови, несмотря на прием статинов в связи с постинфарктным кардиосклерозом, превысил норму, в сравнении со II группой ($p=0,0005$). По данным исследования в постковидном периоде уровень hsСРБ во всех изученных подгруппах превысил исходные показатели (доковидный период). Достоверное повышение уровня тропонина I наблюдалось у лиц подгруппы Ia ($p=0,00000$), подгруппы Ib ($p=0,008$) и подгруппы Id ($p=0,012$). Повышенный уровень СРБ ($p=0,00000$ в сравнении с пациентами без Ковид-19) сохранялся в течение года, повышенный тропонин I ($p=0,03$) – в сравнении с доковидным периодом в течение полугода. Хотя, концентрация ИI-1 β в постковидном периоде в момент взятия в исследование и через 3 месяца наблюдения была в пределах нормы и не отличалась от лиц, не перенесших COVID-19, в то же время уровень ИI-6 в I группе исходно оказался достоверно выше, чем во II группе ($p=0,0003$) и оставался на этом уровне в течение следующих 3 месяцев наблюдения ($p=0,047$).

Заключение:

У пациентов с постинфарктным кардиосклерозом в постковидном периоде выявлено увеличение в сыворотке крови концентрации биомаркеров воспаления (СРБ, тропонин I, интерлейкин 6), свидетельствующих о продолжающемся процессе системного воспаления у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца после года коронавирусной инфекции вне зависимости от перенесенных штаммов COVID-19 и частоты инфекции

ДИНАМИКА ЗАКРЫТИЯ РЕЗИДУАЛЬНОГО ШУНТА В ТЕЧЕНИЕ ОДНОГО ГОДА ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЗАКРЫТИЯ ОТКРЫТОГО ОВАЛЬНОГО ОКНА

Терещенко А.С., Меркулов Е.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. Ак. Е.И. Чазова» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Открытое овальное окно (ООО) – малая аномалия развития сердца, представляющая собой отверстие в области овальной ямки. Распространенность ООО достигает 25%. Несмотря на высокие показатели безопасности и эффективности после эндоваскулярного закрытия может отмечаться неполная окклюзия дефекта. В большинстве случаев после имплантации окклюдера происходит постепенное закрытие межпредсердного сообщения за счет эндокардиализации. Согласно опубликованным данным,

у 20% пациентов может сохраняться остаточный сброс крови в левое предсердие, так называемый «резидуальный шунт» (РШ). «Золотым стандартом» диагностики и оценки объемов правостороннего патологического сброса является проведение «bubble test» (пузырьковая проба). В результате, при тугом заполнении правого предсердия за счет право-левостороннего сброса в левых камерах сердца визуализируются микропузырьки, на основании подсчета которых возможно определить размер РШ. В связи с этим актуальной исследовательской задачей является изучение динамики закрытия РШ после эндоваскулярного закрытия ООС. Цель: изучить динамику закрытия резидуального шунта (РШ) после выполнения эндоваскулярного закрытия открытого овального окна (ООО) в течение 12 месяцев.

Материал и методы:

Проанализированы данные 80 пациентов, которым выполнялось эндоваскулярное закрытие ООО в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. ак. Е.И. Чазова» за период с 2018 по 2022 гг. Всем пациентам выполнялся полный объем обследований согласно действующим клиническим рекомендациям. Степень выраженности РШ непосредственно после имплантации окклюдера, а также через 1, 6 и 12 месяцев после вмешательства оценивалась на основании чреспищеводной эхокардиографии с пузырьковой пробой в рамках контрольного визита пациентов.

Результаты:

В послеоперационном периоде РШ визуализировался у 17,5% (n=14) пациентов. Значимым являлся сброс у 7,5% (n=6) больных. Через 1 месяц после вмешательства остаточный значимый сброс сохранялся у 10,0% (n=8) пациентов. Через 6 месяцев РШ визуализировался у 2,5% (n=2) пациентов, а через 12 месяцев только у 1,3% (n=1) больных. Доля пациентов с РШ через 1 месяц после вмешательства снизилась до 42,9%, через 6 месяцев до 85,7%, а через 12 месяцев до 92,9% (p<0,05).

Заключение:

для большинства пациентов с РШ после эндоваскулярного вмешательства по поводу ООО характерна полная эндокардиализация окклюдера и закрытие ООО в течение первого года.

ДИНАМИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ ВНУТРИСУДУСТОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ В 2021-2023 ГГ. ПО ДАННЫМ РОССИЙСКОГО РЕГИСТРА

Зауралов О.Е., Ардеев В.Н., Соловьев В.А.

ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ»,

г. Всеволожск, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Ежегодно происходит увеличение частоты применения методов внутрисосудистой диагностики у пациентов с хроническим коронарным синдромом. Рост чрескожных коронарных вмешательств у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) должен сопровождаться аналогичным ростом дополнительных способов оценки коронарного кровотока и анатомии. Динамика использования внутрисосудистых методов визуализации и физиологии объективизирована на основании данных Российского регистра (РеВИЗ).

Материал и методы:

РеВИЗ базируется на интернет-платформе (imv-data.ru) с 2021 года. Участие в регистре приняло 26 отделений из 25 клиник Российской Федерации. В 2021 году в РеВИЗ внесены 2632 исследовательские формы, в 2022 году – 5335 форм, а в 2023 году данные уже о 12063 исследованиях. Исследование коронарной физиологии осуществлялось путем измерения фракционного ре-

зерва кровотока (ФПК, FFR – fractional flow reserve), а также негиперемических индексов: МРК (моментальный резерв кровотока); DFR (диастолический резерв кровотока), RFR (коэффициент полного цикла покоя). Внутрисосудистая визуализация (IVI) включала ультразвуковое исследование (ВСУЗИ) и оптическую когерентную томографию (ОКТ). Исследования выполнены на оборудовании: Philips/Volcano, Boston Scientific, Abbott/StJM, Terumo.

Результаты:

У пациентов с ОКС в 2021 году выполнено 462 исследования, в 2022 г – 1168, а в 2023 – 2015; это 17%, 21% и 16% от общего количества исследований, соответственно. 15 клиник, из принимающих участие в регистре, внесли данные по применению внутрисосудистых методов диагностики при ОКС в 2021 – 2023 гг. Наибольшее количество исследований выполнено в ГБУЗ ЛО «Всеволожская клиническая межрайонная больница» (2248 исследований), «Самарский областной клинический кардиологический диспансер им. В. П. Полякова» (849 исследований) и МО «Новая больница» (242 исследований). В 2023 году отмечается значительное (в 2 раза) увеличение количества исследований коронарной физиологии в «СОККД им. В. П. Полякова», как по сравнению с предыдущим годом, так и по сравнению с другими клиниками. Лидирующую позицию по применению внутрисосудистой визуализации сохраняет ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ». На протяжении трех лет наблюдений, основным показанием для выполнения исследования коронарной физиологии у пациентов с ОКС является анализ промежуточных или ангиографически неопределенных поражений – 57%. В 14% исследовались длинные поражения, в 8% – устьевые поражения, в 7% осуществлялся интраоперационный контроль результатов вмешательства. В 2021 году внутрисосудистая визуализация чаще всего использовалась при длинных и устьевых поражениях, а также стенозе ствола ЛКА (29%, 24% и 21%, соответственно). В 2022 году изменился приоритетный спектр показаний для IVI: на подбор оптимального размера инструмента, интраоперационный контроль результатов вмешательства и использование при протяженных стенозах (27%, 21% и 20%, соответственно). В 2023 году сохраняется тенденция по применению внутрисосудистой визуализации для интраоперационного контроля результатов вмешательства (32%), при длинных поражениях (21%) и подборе оптимального размера инструмента (19%). Доминирующее внимание при использовании внутрисосудистых методов диагностики направлено на переднюю межжелудочковую артерию (56%). Применение коронарной физиологии уже на диагностическом этапе определяло тактику ведения пациента. В большинстве случаев, хирургическое лечение не требовалось, так как стеноз расценивался как гемодинамически незначимый (68%). Внутрисосудистая визуализация также существенно влияла на процедурную тактику. Чаще всего это связано с выбором оптимального размера инструмента (65%). Недостаточное раскрытие стента (в 72% случаев) и малаппозиция (в 17%) служили причиной для дополнительного воздействия во время ЧКВ. В случаях, когда внутрисосудистая визуализация и физиология выполнялась для контроля ЧКВ, оптимальный результат зафиксирован в 95% случаев для обеих модальностей. Внутрисосудистые методы исследования не сопровождалась значимыми осложнениями.

Заключение:

По данным Российского регистра РеВИЗ отмечается ежегодный рост применения внутрисосудистых методов визуализации и физиологии при ОКС. Наблюдается увеличение количества клиник, использующих в своей практике методы внутрисосудистой диагностики у экстренных кардиологических пациентов. Результаты наблюдений свидетельствуют о безопасности данных методик, значимости при выборе стратегии и оценки результатов лечения.

ДИНАМИКА ПРОСТРАНСТВЕННОГО УГЛА QRS-T НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ваштанян А.К., Ускач Т.М., Дроздов Д.В.
ФГБУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ ИМ. АК. Е.И. ЧАЗОВА» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Оптимальная медикаментозная терапия (ОМТ) в настоящее время является основой лечения хронической сердечной недостаточности. Важнейшей ее составляющей являются ингибиторы АПФ (иАПФ) / антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРНИ). Вычислительная векторэлектрокардиография (вЭКГ) метод анализа электроактивности сердца, визуализирующий суммарный электрический вектор сердца в трехмерном пространстве на основе 12 общепринятых отведений. Динамика пространственного угла QRS-T, определенного по вЭКГ, может служить показателем течения ХСН и эффективности терапии. Цель: Сравнить динамику пространственного угла QRS-T в годовом наблюдении пациентов с ХСН на медикаментозной терапии иАПФ (периндоприл) и АРНИ (валсартан-сакубитрил).

Материал и методы:

В исследование было включено 100 пациентов с ХСН II-IV функционального класса с фракцией выброса левого желудочка $\leq 40\%$, находившихся на ОМТ, включавшей иАПФ/АРНИ, бета-блокаторы, Антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМКР), ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (ИНГЛТ2), из которых 50 пациентов получали АРНИ и 50 пациентов – иАПФ. Наблюдение продолжалось 12 месяцев. Всем пациентам регистрировались электрокардиограммы (ЭКГ) в 12 стандартных отведениях, проанализированные с применением вЭКГ метода исходно и по окончании исследования.

Результаты:

Исходно показатели пространственного угла были сопоставимы в обеих группах, $p=0,452$ Медиана пространственного угла QRS-T у пациентов, принимавших АРНИ, уменьшилась через 12 месяцев с 152,02о [95;177] до 140,3о [58;166] ($p=0,01$), а у пациентов, принимавших иАПФ с 150,54 о [96;178] до 147,61о [95;175] ($p=0,016$). По окончании наблюдения значение пространственного угла в группе АРНИ было статистически значимо ниже, чем в группе иАПФ ($p=0,032$). Уменьшение значений пространственного угла в обеих группах свидетельствует о положительной динамике течения ХСН, однако большее влияние на снижение показателя оказала терапия АРНИ.

Заключение:

ОМТ ХСН способствует снижению значений пространственного угла QRS-T, определенного по вЭКГ. Назначение АРНИ в составе ОМТ способствует более значимому снижению данного показателя по сравнению с иАПФ.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГИПЕРТЕНЗИОННОГО СИНДРОМА ПРИ АНАЛИЗЕ СМАД У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Чернова А.А., Никулина С.Ю.
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Суточное мониторирование артериального давления существенно облегчает диагностику артериальной гипертензии, позволяет оценить все многообразие изменений артериального давления в течение суток. До настоящего времени не существует одно-

значных дифференциально-диагностических критериев гипертонической болезни I стадии 1 степени и соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы. Случайные измерения артериального давления не позволяют определять особенности гипертензии при этих двух заболеваниях. В последние годы у взрослых с помощью суточного мониторирования артериального давления предприняты попытки дифференциальной диагностики данных заболеваний, но в тоже время до сих пор не предлагается четких дифференциально-диагностических критериев соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы и гипертонической болезни I стадии, 1 степени при применении суточного мониторирования артериального давления, в том числе у мужчин молодого возраста. Недостаточно исследований, касающихся уточнения диагностических критериев гипертензивных состояний у лиц молодого возраста в условиях функциональных проб. Неполно исследованы гемодинамические реакции на физическую нагрузку, в том числе, изменения артериального давления при гипертонической болезни I стадии, 1 степени и соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы.

Материал и методы:

Проведено обследование (в амбулаторном режиме) 84 молодых мужчин в возрасте от 18 до 26 лет, направленных медицинскими комиссиями районных военных комиссариатов с гипертензионным синдромом. Гипертоническая болезнь I стадии, 1 степени (первая группа) диагностирована у 47 человек (56 %), средний возраст $21,81 \pm 2,49$ год; НЦД (вторая группа) – у 37 человек (44 %), средний возраст $21,35 \pm 2,37$ год. Группой контроля были здоровые лица (третья группа) того же возраста (средний возраст $21,75 \pm 1,97$ год), студенты КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, в количестве 20 человек.

Результаты:

Детально изучены показатели суточного мониторирования артериального давления у молодых мужчин и выявлены дифференциально-диагностические особенности данных заболеваний. При гипертонической болезни по средним значениям по суточного мониторирования артериального давления регистрируется систолическая артериальная гипертензия в течение суток, при соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы – артериальная нормотензия. Выявлены различия в реакции артериального давления на пробу с физической нагрузкой, оценены особенности реагирования диастолического артериального давления при гипертонической болезни I стадии, 1 степени и соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы.

Заключение:

При проведении суточного мониторирования АД для пациентов с гипертонической болезнью I стадии, 1 степени характерны достоверно большая вариабельность АД, повышенный индекс времени, пульсовое, среднее гемодинамическое АД в сравнении с большими с соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы.

ДОППЛЕРОГРАФИЯ ПОРТО-КАВАЛЬНОГО КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Барковская М.К., Кушнир В.В., Мартынюк Т.В.
ФГБУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ ИМ. АК. Е.И. ЧАЗОВА» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

С помощью импульсного доплерографического исследования, синхронизированном с ЭКГ, напрямую видно взаимоотношение сердечного цикла с определенной фазой венозной кривой,

которая в норме состоит из 4х зубцов: волны А, которая регистрируется после зубца Р, самая высокоскоростная антеградная волна S образуется в момент сокращения правого желудочка, которая регистрируется в интервале S-T. В начале расслабления правого желудочка, трикуспидальный клапан (ТК) ещё не открыт, давление в печеночных венах растёт и регистрируется V волна, она соответствует Т зубцу. При открытии ТК регистрируется антеградная D волна в интервале P-T.

В литературных источниках сообщается, что для сердечной недостаточности характерно снижение систолической волны S и даже ее отсутствие. Также предположено, что при повышении градиента давления в правом предсердии происходит увеличение амплитуды А волны. В норме отношение A/S $0,724 \pm 0,02$.

Цель. Изучить характер изменений S и А волн и их соотношения на венозной кривой кавальных вен печени у пациентов с прекапиллярной легочной гипертензией.

Материал и методы:

Проведен анализ результатов доплерографии порто-кавального кровотока пациентов 56 пациентов с легочной гипертензией различного генеза, находившихся на госпитализации в Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. ак. Е.И.Чазова за период с 2021 по 2023гг. Медиана возраста 52,7 лет. УЗИ выполнено на аппарате Voluson E-8 конвексным датчиком с частотой 3.5 МГц в В-режиме и с цветовым доплеровским картированием в синхронизации с ЭКГ.

Результаты:

Всем пациентам проведено комплексное обследование с целью верификации ЛГ и уточнения её генеза. По данным катетеризации правых камер сердца у всех пациентов подтверждена прекапиллярная легочная гипертензия. Причины ЛГ среди 56 пациентов: хроническая тромбоэмболическая ЛГ у 19 (34%), у 8 (14%) пациентов верифицирована портолегочная гипертензия, ЛГ, ассоциированная с заболеваниями соединительной ткани выявлена у 14 (25%), диагноз идиопатической ЛГ (ИЛГ) выставлен у 15 (27%) пациентов.

По данным УЗДГ порто-кавального печеночного кровотока у 39 пациентов (69,6%) выявлена трансформация предсердной А-волны в реверсивную систолическую волну с достоверным повышением индекса A/S на фоне перегрузки давлением правых камер сердца по ЭхоКГ. Также отмечено, что медиана отношения A/S у пациентов с хронической тромбоэмболической ЛГ и легочной гипертензией, ассоциированной с заболеваниями соединительной ткани равна 0,87 у пациентов с ИЛГ равна 1,0, а у пациентов с портолегочной гипертензией находится в пределах нормальных значений 0,58.

Заключение:

Анализ полученных результатов позволил предположить, в большинстве случаев у пациентов с прекапиллярной легочной гипертензией отмечается изменение характера А волны и увеличение отношения A/S. Однако такие изменения менее характерны для пациентов с портолегочной гипертензией, что возможно связано с малой выборкой и требует дальнейших исследований.

ЗАВИСИМОСТИ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ОТ ЦЕЛЕВЫХ ЗНАЧЕНИЙ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ ИБС И СД-2

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

¹ГУ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ Научно-практический Медицинский Центр Кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан;

²Ташкентский педиатрический медицинский институт МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Для предупреждения кардиоваскулярных осложнений СД 2 типа, важно проводить терапию в соответствии с целевыми показателями пациента в зависимости от возраста и сопутствующей патологии. Цель: анализ взаимосвязей клинико-анамнестических параметров в зависимости от целевых значений гликированного гемоглобина у больных ИБС и СД-2.

Материал и методы:

В исследование включено 130 больных с СД-2 (ВОЗ, 1999) и ИБС (ЕОК) в возрасте $65,6 \pm 9,7$ лет, стаж СД-2 и ИБС составил $8,8 \pm 5,2$ и $7,5 \pm 3,6$ года соответственно. Проанализированы демографические параметры: возраст, ОИМ, ОНМК/ТИА, COVID в анамнезе, стаж СД 2, ФП (пароксизмы), ЧКВ, КШ в анамнезе. Базисная терапия: антикоагулянты, антиагреганты, нитраты, бета-адреноблокаторы, блокаторы РААС, статины, эмпаглифлозин, и-ДПП-4, аг-ГПП. Пациенты среднего возраста составили -33 (25,3%) – достигли целевого уровня $HbA1c < 7,5\%$ – $n=14$ (42,4%), пожилого возраста – $n=97$ (74,6%), целевого уровня $< 8,0$ составили $n=62$ (63,9%) $p=0,070$ соответственно. Длительность наблюдения 2 года. Статическая обработка проведена методом непараметрического однофакторного дисперсионного анализа Краскела-Уоллиса.

Результаты:

Все пациенты с учетом возраста были распределены в группы $HbA1c < 8\%$ $n=74$ (1 группа) и $HbA1c > 8\%$ $n=56$ (2 группа). Межгрупповой анализ показал, что у пациентов 2 группы в 1,2 раза ($p=0,004$) чаще встречаются женщины, лица перенесшие Ковид ($p=0,037$), стаж СД в 1,5 раза ($p=0,000$) и ИБС в 1,2 ($p=0,025$) выше, чем в 1 группе. Пароксизмы ФВ встречаются чаще у пациентов 1 группы ($p=0,000$). Частота встречаемости ОИМ, ЧКВ, КШ в анамнезе ($p=0,904$, $p=0,798$, $p=0,154$) соответственно не зависит от достигнутого целевого уровня $HbA1c$. Пациенты обеих групп принимали эмпаглифлозин в 100% случаев. Число больных принимавших метформин на 1 и 2 визите было больше в 2 раза против пациентов 1 группы ($p=0,000$) при больших дозах во 2 группе; и-ДПП-4 в 4 раза (0,000) на 1 визите и 6 раз ($p=0,000$) на втором соответственно. Пациенты, у которых был достигнут целевой $HbA1c < 8\%$ принимали чаще и-АПФ ($p=0,000$), антагонисты МКР ($p=0,001$), петлевые диуретики ($p=0,000$). Пациентам 2 группы чаще назначали сартаны ($p=0,000$), тиазидовые диуретики ($p=0,031$), статины ($p=0,000$). Назначение сакубутрил/валсартана на 1 визите чаще в 1 группе ($p=0,000$), но их число снизилось ко 2 этапу ($p=0,06$).

Заключение:

Двухлетняя оценка динамики $HbA1c$ показала, что у пациентов, включенных в анализ ко 2 визиту, регистрируются в 56,9% случаев достижение целевого уровня $HbA1c$. У этой группы чаще встречаются случаи пароксизмов ФП. В 43,07% случаев составили пациенты со стажем СД > 10 , ИБС > 8 лет. Частота встречаемости ОИМ, ЧКВ, КШ не имеет прямой связи с уровнем целевым уровнем $HbA1c$. Отмечено, что класс АРНИ, чаще на-

значае́мый в начале наблюдения в группе с достигнутым уровнем HbA1c к концу наблюдения число больных возрастает во группе с HbA1c>8% ($t=3,454$; $p=0,063$).

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА, МОЛОДОЙ ВОЗРАСТ, КЛИНИКО-АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Ли В.Н., Нагаева Г.А., Журалиев М.Ж.

СП ООО ММЦ «Ezgu Niyat» МЗ РУз,

г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Сравнительный анализ клинико-ангиографических данных у больных ИБС молодого и среднего возраста.

Материал и методы:

Было обследовано 192 пациента с ИБС. Средний возраст $=51,8\pm 5,8$ лет. Соотношение мужчины / женщины – 160/32. Все больные были госпитализированы и обследованы в условиях клиники «Ezgu Niyat». Всем вычислялся индекс массы тела (ИМТ, $\text{кг}/\text{м}^2$), измерялось артериальное давление (систолическое / диастолическое – САД/ДАД, мм рт. ст.) и т.д. Коронароангиографические (КАГ) данные включали в себя: оценка поражений основных коронарных артерий (КА) – ствол левой КА (СЛКА), передняя нисходящая (ПНА), огибающая (ОА) и правая (ПКА); % стеноза; длина поражения (L, мм) и диаметр стеноза (d, мм). В зависимости от возраста были выделены две группы: 1 гр. молодые (18-44 лет) – 26 больных и 2 гр. среднего возраста (45-59 лет) – 166 человек.

Результаты:

Нозологическая структура в 1-й и 2-й группах в процентном соотношении была следующей: острая ИБС – 43,2% и 24,1%; хроническая ИБС – 56,8% и 75,9% (оба $p<0,05$). Средний ИМТ был сопоставим, однако в 1 гр. количество лиц с ожирением было 42,3%, что на 5,0% было больше, чем во 2 гр. ($p=0,071$ и $\chi^2=0,790$). Средние САД/ДАД у больных 1 гр. были ниже на 5,4/4,8 мм рт. ст., чем во 2 гр., однако средняя ЧСС – на 2,8 уд/мин была больше (все $p>0,05$). По КАГ-данным выявлено, что в 1 гр. поражения СЛКА отмечались на 0,5% чаще, чем во 2 гр. По остальным бассейнам, напротив, поражения чаще регистрировались у лиц 2 гр. А именно, поражения ПНА в 1-й и 2-й группах составили 61,5 и 73,5% ($p=0,305$ и $\chi^2=1,053$); поражения ОА – 30,8% и 43,4% ($p=0,319$ и $\chi^2=0,996$) и поражения ПКА – 34,6% и 50,6% ($p=0,192$ и $\chi^2=1,705$), соответственно. Медиана стеноза в бассейне СЛКА у больных 1 гр. оказалась на 23,5% меньше, чем во 2 гр. ($p<0,05$); в бассейне ПНА – на 1,1% меньше; в бассейне ОА – на 1,5% больше и в бассейне ПКА – на 3,4% меньше, чем во 2 гр. (все $p>0,05$). Разница между группами по L составила 1,2 мм в пользу 1 гр.; разница по d была не существенной (0,1 мм), но у молодых d был меньше.

Заключение:

Возраст – как фактор риска, не оказывал влияние на нозологическую структуру ИБС, однако у молодых лиц (18-44 лет) острая ИБС отмечалась чаще, по сравнению с лицами 45-59 лет ($p<0,05$). Молодой возраст на 5,0% чаще ассоциировался с наличием ожирения, без тенденции к гипертонии, но с большим уровнем ЧСС ($p>0,05$). В свою очередь, более частая встречаемость острой формы заболевания, видимо обуславливала, более частое поражение СЛКА и выявление большей длины стеноза именно у молодых пациентов. Однако для получения более достоверных результатов необходимо продолжить анализ на большем количестве выборки.

ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПРОВОДИМОСТИ И АСИСТОЛИЕЙ, ОСЛОЖНИВШИМИ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Пужалов И.А., Сотников А.В.,

Носович Д.В., Бобаков Н.В.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,

г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: изучить влияние нарушений проводимости и асистолии у молодых пациентов с ОИМ на функцию почек.

Материал и методы:

Обработаны данные, полученные при ретроспективном анализе историй болезней 640 пациентов мужчин с острым инфарктом миокарда (ОИМ) в возрасте от 19 до 60 лет. Группа полной блокады левой ножки пучка Гиса (ПБЛНПГ) составила 92 человека (средний возраст $52,78\pm 5,36$ года), контроль – 548 ($51,37\pm 6,25$); группа полной блокады правой ножки пучка Гиса (ПБПНПГ) – 37 человек (средний возраст $52,67\pm 4,87$ года), контроль – 603 ($51,41\pm 6,25$); группа полной АВ-блокады – 22 человека ($51,86\pm 4,71$), контроль 618 ($51,44\pm 6,25$); группа асистолии – 20 пациентов ($51,35\pm 4,85$), контроль – 620 ($51,45\pm 6,25$). Статистически значимых различий в возрасте между группами контроля и исследуемыми группами выявлено не было. Наблюдение длилось в течение трех недель в условиях стационара. Скорость клубочковой фильтрации оценивалась по формулам СКД-ЕП1 и Кокрофта-Голта (КГ) до и после лечения. Значимость различий в скорости клубочковой фильтрации оценивалось по критерию Манна-Уитни.

Результаты:

В группе ПБЛНПГ медиана СКФ до лечения составляла: $74,69\pm 17,32$ мл/мин/1,73 м² по СКД-ЕП1 и $94,20\pm 32,88$ по КГ, в группе контроля: $78,75\pm 17,97$ по СКД-ЕП1 $99,98\pm 28,33$ по КГ, статистически группы не отличались ($p=0,20$ для СКД-ЕП1, $p=0,13$ для КГ). После лечения СКФ по СКД-ЕП1 в группе ПБЛНПГ и контроля достоверно не отличались: $73,50\pm 19,89$ и $68,61\pm 19,48$ соответственно ($p=0,47$). При пересчете по КГ различий в функции почек между данными группами также получено не было ($p=0,95$). До лечения в группе ПБПНПГ и контроля значения СКФ составили соответственно: $79,69\pm 16,64$ и $78,43\pm 18,00$ по СКД-ЕП1 ($p=0,91$); $93,57\pm 18,08$ и $99,70\pm 29,03$ по КГ ($p=0,55$). После лечения в группе ПБПНПГ и контроля значения СКФ составили соответственно: $70,25\pm 17,93$ и $68,86\pm 19,58$ по СКД-ЕП1 ($p=0,86$); $84,00\pm 19,57$ и $91,41\pm 32,16$ по КГ ($p=0,48$). При сравнении группы асистолии и группы контроля до лечения разницы между СКФ выявлено не было: СКФ составила по СКД-ЕП1 $72,00\pm 18,03$ и $72,00\pm 18,03$ ($p=0,32$); по КГ $109,75\pm 38,53$ и $99,39\pm 28,67$ ($p=0,63$) соответственно. После лечения наблюдалось следующее: СКФ составила по СКД-ЕП1 $48,60\pm 12,62$ в группе асистолии и $69,29\pm 19,42$ в группе контроля ($p=0,01$); по КГ $66,80\pm 21,42$ и $91,69\pm 31,83$ ($p=0,01$). До лечения выявлено значимое снижение СКФ по СКД-ЕП1 в группе полной АВ-блокады, по сравнению с группой контроля: $66,07\pm 19,20$ и $78,82\pm 17,80$ соответственно ($p=0,03$); различия в значении СКФ по КГ были статистически не значимы. После лечения: СКФ составила по СКД-ЕП1 $55,10\pm 22,00$ в группе асистолии и $69,44\pm 19,25$ в группе контроля ($p=0,02$); по КГ $90,78\pm 87,82$ и $91,18\pm 27,94$ ($p=0,04$) соответственно.

Заключение:

Блокады ножек пучка Гиса у пациентов с ОИМ значимо не влияют на функцию почек. Снижение функции почек у пациентов с ОИМ, осложнившимся асистолией или АВ-блокадой, свидетельствует о связи данных состояний со значимыми изменениями почечной гемодинамики.

ИЗУЧЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Юсупов Р.Б., Нуриддинова Н.Б.
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ,
г. ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования. Изучить приверженность к лечению пациентов с ишемической болезнью сердца, перенесших стентирование коронарных артерий.

Материал и методы:

Нами изучена приверженность к лечению 94 больных с ишемической болезнью сердца. Больные были разделены на 2 группы: 1-группу составили 69 больных с ишемической болезнью сердца, перенесших стентирование коронарных артерий. 2-группу составили больные, которым по определенным причинам стентирование выполнено не было. Приверженность пациентов к лечению изучали с помощью специальной шкалы Мориски-Грина, состоящей из 4 вопросов. В тесте Мориски — Грина баллы начислялись следующим образом: ответ «Да» — 0, «Нет» — 1. Приверженными, согласно данному тесту, являются больные, набравшие 4 балла; не приверженными — менее 3. Далее определяли причины не приверженности к терапии. В зависимости от конкретной ситуации больным задавали дополнительные вопросы, касающиеся приема препаратов.

Результаты:

По полученным результатам, в 1-группе 85% больных были приверженными к терапии, а во 2-группе у 42% пациентов установлено, что приверженность лечению была высокой. Было установлено, что пациенты, которым было выполнено стентирование, не пропускают прием препаратов в связи с улучшением самочувствия. Больные с низкой приверженностью к лечению в качестве причины приводили то, что они не хотят принимать лекарства в течение длительного времени из-за боязни побочных эффектов, отсутствия достаточных объяснений со стороны врачей, забывчивости. По данным теста установлено, что у 60% больных основной группы до стентирования наблюдалась низкая приверженность лечению.

Заключение:

По результатам исследования установлено, что у пациентов, перенесших стентирование, отмечено достоверное повышение приверженности к лечению. Причинами улучшения приверженности к лечению служат: улучшение самочувствия больных, подробные рекомендации, данные врачом и повышенное доверие пациентов к лечению. Причины низкой приверженности к лечению, в основном обусловлены субъективными факторами. Таким образом, правильные рекомендации, данные пациентам после стентирования коронарных артерий, позволяют повысить их приверженность лечению и, как следствие, повысить качество жизни

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ РЕНАЛЬНОГО КРОВОТОКА И ВЫРАЖЕННОСТИ АТЕРОСКЛЕРОЗА В КОРОНАРНОМ РУСЛЕ ПО ШКАЛЕ GENSINI У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Раджабова Д.И., Аляви А.Л., Туляганова Д.К.,
Юнусова Л.И., Якубов М.М.

ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ТЕРАПИИ И
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ», г. ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/ задачи):

Изучить возможность использования параметров внутриво-

точного кровотока для прогнозирования тяжести поражения коронарного русла у пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших в анамнезе реваскуляризацию путем оценки связи между почечным индексом резистивности, минимальной скоростью кровотока (EDV) и сложностью ИБС, определяемой по шкале GENSINI.

Материал и методы:

Обследовано 46 пациентов, страдающих ИБС, перенесших в анамнезе реваскуляризацию миокарда. Первую группу составили 23 пациента без наличия СД 2 типа. Вторую группу составили 23 пациентов с наличием СД 2 типа. Все пациенты, были сопоставимы по клиническим, антропометрическим, гемодинамическим показателям. Всем пациентам проводилось ультразвуковое доплеровское исследование сосудов почек, селективная коронарная ангиография, количественная оценка коронарных артерий по шкале Gensini. При доплерографическом сканировании проводилась визуализация главных почечных артерий (ГПА). Определяли максимальную скорость кровотока в систолу (PSV, м/с), минимальную скорость кровотока (EDV, м/с), ренальный индекс резистивности (RRI, у.е).

Результаты:

При анализе полученных результатов, у пациентов с наличием СД 2 типа индекс GENSINI был значительно выше, нежели у пациентов без СД ($42,9 \pm 8,14$ против $28,3 \pm 5,12$, $p < 0,05$), что говорит о более тяжелом поражении коронарного русла у пациентов с СД. При изучении ренального кровотока так же выявлены более значимые сдвиги у пациентов 2 группы. Например, RRI был более высоким у пациентов с СД, однако достоверной разницы между группами не выявлено ($p \geq 0,05$). Однако минимальная скорость кровотока (V_{min}) у пациентов с СД была значительно снижена с обеих сторон, но достоверные отличия отмечались при измерении данного параметра на уровне ГПА слева ($12,3 \pm 2,26$ м/с против $16,9 \pm 5,32$ м/с, $p < 0,05$). PSV с обеих сторон вне зависимости от наличия СД достоверно не отличалась ($p \geq 0,05$). Так же проведен корреляционный анализ индекса GENSINI с показателями почечной функции и почечного. У пациентов с наличием СД 2 типа отмечались наиболее сильные корреляционные связи индекса GENSINI с почечными показателями. Так, например, индекс индекса GENSINI имел умеренную отрицательную связь с СКФ у пациентов 2 группы ($r = -0,49$), тогда как данная связь у пациентов без СД имела слабую отрицательную корреляционную связь ($r = -0,27$) ($p \leq 0,05$). Идентичная ситуация отмечалась так же при анализе корреляции индекса GENSINI с креатинином в крови ($r = 0,61$ против $r = 0,26$, $p \leq 0,05$) и RRI ($r = 0,37$ против $r = 0,52$, $p \leq 0,05$). Еще одним показателем, имеющим умеренную отрицательную корреляционную связь с индексом GENSINI была EDV. Однако данный показатель имел более сильную связь у пациентов без наличия СД 2 типа ($r = -0,47$ против $r = -0,21$, $p \leq 0,05$).

Заключение:

Таким образом, у больных ИБС показателями почечной функции, которые имели наиболее сильные корреляционные связи с индексом GENSINI оказались RRI и EDV, что говорит о возможности использования данных показателей для прогнозирования тяжести атеросклероза в коронарных артериях. Определение показателей RRI и EDV при помощи доплерографии почечных артерий можно рассматривать, как легкодоступный диагностический метод, позволяющий улучшить стратификацию сердечно-сосудистого риска и предоставить дополнительную прогностическую информацию у больных ИБС, направленных на инвазивные процедуры.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ БЕТА-БЛОКАТОРОВ НА ПЕРФУЗИЮ МИОКАРДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Шоалимова З.М., Нуритдинова Н.Б., Махмудова М.С.
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ,
г. ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/ задачи):

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – распространенное заболевание, встречающееся у 0,5-2% населения мира. Ассоциируется с высоким уровнем смертности и представляет актуальную проблему здравоохранения всех стран. Цель: оценка влияния карведилола на перфузию миокарда у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) методом однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОЭКТ).

Материал и методы:

Обследованы 30 больных от 40 до 60 лет с ишемической болезнью сердца (ИБС) с ПИКС в возрасте 40-60 лет. Все больные были рандомизированы на группы по функциональному классу (ФК) ХСН согласно Нью-йоркской классификации кардиологов по результатам теста шестиминутной ходьбы (ТШХ) и клинической оценки признаков сердечной недостаточности. Больные были разделены на 2 группы больных по степени сердечной недостаточности: I группу составили 14 больных с II ФК и II группа 16 больных с III ФК ХСН. Больным на фоне приема мочегонных препаратов, ингибиторов АПФ, верошпирона проводили титрование дозы карведилола с учетом показателей АД (не менее 90/60 мм рт. ст.) и ЧСС (не менее 55 в одну минуту) с 3,125 мг до 25-50 мг/сут целевой дозы. Всем больным исходно и через 6 месяцев терапии проводилась двухмерная эхокардиография (ЭхоКГ) и ОЭКТ с радиофармпрепаратом (РФП) ^{99m}Tc Sestamibi в покое и с нитроглицериновым (НТГ)- тестом с определением общей фракции выброса (ОФВ), дефектов слабого наполнения радиофармпрепарата (РФП) в миокарде левого желудочка (ЛЖ). Локальные нарушения перфузии миокарда оценивались по 4-х бальной шкале.

Результаты:

Анализ исходных показателей ОЭКТ миокарда у больных III ФК ХСН, развившейся после инфаркта миокарда, выявил значительные нарушения перфузии миокарда с наличием стойких зон аперфузии и гипоперфузии по сравнению с больными II ФК ХСН. У больных ХСН III ФК по сравнению со II ФК ХСН как по данным ЭхоКГ, так и ОЭКТ отмечалось снижение ОФВ на 16% и 20% соответственно. После проведения ОЭКТ с НТГ-тестом у больных ХСН II и III ФК отмечалось достоверное улучшение регионарной перфузии и ОФВ, что указывало на наличие жизнеспособного миокарда ЛЖ. У больных со II ФК ХСН через 6 месяцев наблюдения отмечалось увеличение перфузии миокарда: ОФВ в покое повысилась на 23%, после НТГ-теста на 24,4%. Наблюдение больных с тяжелой сердечной недостаточностью (III ФК ХСН) в динамике 6-месячного лечения карведилолом показало улучшение параметров перфузии миокарда: ОФВ в покое и в динамике НТГ-теста увеличилась на 20,85 и 20,3% ($p < 0,005$), улучшились показатели локальной перфузии миокарда ЛЖ с достоверным уменьшением индекса нарушенной перфузии миокарда в покое и после НТГ-теста на 23,4% ($p < 0,05$) и 45,2% ($p < 0,02$) соответственно, а индекса аперфузии – на 35,1% ($p < 0,05$) в покое от исходного.

Заключение:

Таким образом, ОЭКТ с НТГ-тестом является информативным методом для определения наличия жизнеспособного миокарда ЛЖ у больных ПИКС, а шестимесячный прием карведилола способствует достоверному улучшению перфузии миокарда.

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Шоалимова З.М., Нуритдинова Н.Б., Махмудова М.С.
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ (ТМА),
г. ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/ задачи):

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одним из самых распространенных, прогрессирующих и прогностически неблагоприятных заболеваний сердечно-сосудистой системы, а также одной из наиболее частых причин госпитализаций. Цель: Изучить взаимосвязь фактора Виллебранда (фВ) с сосудодвигательной функцией эндотелия у больных с постинфарктным кардиосклерозом, осложненного хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы:

Обследовано 45 мужчин с постинфарктным кардиосклерозом в возрасте от 40 до 60 лет. Больные были разделены на две группы по функциональному классу (ФК) ХСН согласно NYHA: 1 группу составили 25 больных с II ФК и 2 группу 20 больных с III ФК ХСН. Исследование вазорегулирующей функции эндотелия проводилось с использованием проб с реактивной гиперемией с использованием системы ACUSON 128 XP/10 США, оснащенный линейным датчиком с фазированной решеткой с частотой 7 МГц путем лоцирования изображения правой плечевой артерии, измерением диаметра артерии и скорости кровотока. Реактивную гиперемию вызывали применением манжеточной пробы. Измерение диаметра плечевой артерии производили на 60 секунде после компрессии. Изменение диаметра вычисляли как процентное соотношение диаметра, полученного после компрессии, и исходного. Уровень фактора Виллебранда определяли с помощью иммуноферментного метода на анализаторе «VIDAS». Для определения уровня фВ при выполнении «манжеточной» пробы забор крови производили в горизонтальном положении, непосредственно перед компрессией плечевой артерии и после пятиминутного пережатия, не снимая манжеты.

Результаты:

У больных первой группы в покое диаметр плечевой артерии составил $4,47 \pm 0,06$ мм. В фазу реактивной гиперемии отмечалось увеличение диаметра плечевой артерии на 8,7%, составляя $5,17 \pm 0,89$ мм ($P > 0,05$). У больных второй группы исходный диаметр плечевой артерии составил $3,30 \pm 0,48$ мм, в фазу реактивной гиперемии диаметр плечевой артерии увеличился на 7,4%, составляя $3,97 \pm 0,54$ мм ($P > 0,05$), что свидетельствует о более выраженном дисфункции эндотелия у больных III ФК ХСН. У больных первой группе уровень фВ в крови исходно составлял $58,02 \pm 4,6\%$. После компрессии данный показатель возрос до $90,9 \pm 14,5\%$. У больных второй группы уровень фВ в крови исходно составлял $60,2 \pm 12,2\%$, после компрессии $112 \pm 8,6\%$. Увеличение уровня фВ в крови после компрессии плечевой артерии у больных с II ФК ХСН 38,2%, с III ФК ХСН 53,7% соответственно.

Заключение:

Таким образом, у больных постинфарктным кардиосклерозом, осложненного II-III ФК ХСН отмечается нарушение функции эндотелия и повышение уровня фактора Виллебранда в крови, который более выражен у больных с III ФК ХСН.

ИНДЕКС MELD-XI КАК ИНСТРУМЕНТ ДИАГНОСТИКИ КАРДИОГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ДРАГОМИРЕЦКАЯ Н.А., Толмачева А.В., Подзолков В.И.
ФГАОУ ВО ПЕРВЫЙ МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава РФ (Сеченовский Университет),
г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Типичным проявлением терминальной стадии ХСН, патогенез которой сложен и включает целый ряд системных и локальных гемодинамических нарушений, дисбаланс нейрогуморальных систем, эндотелиальную дисфункцию, активацию воспалительных реакций, окислительный стресс и другие, является развитие полиорганной дисфункции. Традиционно большое внимание у пациентов с ХСН уделяется состоянию почек и печени, а их структурно-функциональные нарушения описываются в рамках кардиоренального и сердечно-печеночного синдромов. В связи с тем, что в формуле расчета индекса MELD-XI (Model for End-Stage Liver Disease eXcluding INR) используются значения наиболее частых суррогатных маркеров печеночной и почечной дисфункции – креатинина и общего билирубина, можно предположить, что данный индекс возможно использовать в качестве одного из методов интегральной оценки морфофункционального состояния печени и почек, а его повышение рассматривать как скрининговый критерий кардиогепаторенального синдрома. Цель исследования: выявить пороговое значение MELD-XI, отражающее тяжесть течения ХСН и полиорганной дисфункции, и на основании клинико-диагностических показателей определить факторы, влияющие на повышение MELD-XI.

Материал и методы:

В исследование включено 182 пациента (92 мужчины и 90 женщин), госпитализированные в терапевтическую клинику УКБ №4 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова с симптомами ХСН II-IV ФК по NYHA и подписавших информированное согласие. Для расчета MELD-XI использовалась формула: $MELD-XI = 5,11 (\ln [\text{общий билирубин, мг/дл}]) + 11,76 (\ln [\text{креатинин, мг/дл}]) + 9,44$. Статистическая обработка результатов проводилась программами Statistica 12.0 и Medcalc 20.218.

Результаты:

Медиана MELD-XI в обследуемой когорте пациентов с ХСН составила 11,4 [8,67; 13,78] баллов. На основании значений MELD-XI относительно медианы были выделены 2 группы больных — с высокими и низкими значениями шкалы MELD-XI. Пациенты с высокими значениями были преимущественно мужчины (63,5%) с более выраженными клиническими проявлениями ХСН (IIБ – III стадии по Н. Д. Стражеско — В.Х. Василенко), большей частотой отеочно-асцитического синдрома и значимо более высокими маркерами почечной (мочевина 8,6 [7,1; 11,9] и 7,15 [5,7; 8,9] ммоль/л, креатинин 118,3 [107,8; 139,9] и 94,7 [86; 108,7] мкмоль/л, $p < 0,001$ соответственно) и печеночной (общий билирубин 18,7 [14,5; 27,6] и 11,5 [9,1; 15,9] $p < 0,001$ соответственно) дисфункции. По данным ЭхоКГ в подгруппе с MELD-XI $> 11,4$ баллов выявлены более выраженные признаки эксцентрического ремоделирования левых камер сердца (ФВ ЛЖ 42,5 [37; 50] vs 52 [40; 60]%, $p < 0,001$, КДО ЛЖ 108 [85; 116] vs 98,6 [82; 138], $p = 0,29$) и более высокие значения СДЛА (39 [25; 49,9] vs 30 [21; 44] мм рт. ст., $p = 0,02$). По данным корреляционного анализа отмечена значимая отрицательная связь величины ФВ ЛЖ и индекса MELD-XI ($r = -0,29$, $p < 0,05$). С целью определения влияния различных клинико-антропометрических, функциональных и лабораторных показателей на повышение индекса MELD-XI у больных с ХСН был проведен одно- и многофакторный регрессионный ана-

лиз. Значимое влияние на повышение индекса MELD-XI оказывали такие факторы, как мужской пол (ОШ 2,18; 95% ДИ 1,125-4,22 $p = 0,021$), тяжелое течение ХСН в виде IIБ-III стадий ХСН по Н.Д. Стражеско — В.Х. Василенко (ОШ 1,961; 95% ДИ 1,169-3,29; $p = 0,011$), ФВ ЛЖ $< 40\%$ (ОШ 1,03; 95% ДИ 1-1,06; $p = 0,05$), которые были включены в модель логистической регрессии, описываемую формулой: $p = 1/(1+e^{-z}) \times 100$, где $z = -1,0363 - 0,0288 * \text{ХФВ ЛЖ} + 0,6736 * \text{ХСТАДИЯ ХСН} + 0,7791 * \text{ХПОЛ}$. Пороговое значение логистической функции p составило 0,48. По данным ROC-анализа чувствительность модели составила 65%, специфичность – 64,6%, диагностическая эффективность – 64,8%. АUC модели составила 0,707.

Заключение:

Шкала MELD-XI является простым и надежным методом диагностики полиорганной дисфункции у госпитализированных пациентов. Превышение значения показателя более 11,4 баллов является диагностическим критерием тяжелого течения ХСН с развитием кардиогепаторенального синдрома.

ИНТЕРЛЕЙКИН-6 – МАРКЕР СУБКЛИНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ И У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ

Тополянская С.В.^{1,2}, Васильева Ю.Ю.¹, Елисеева Т.А.¹,
Вакуленко О.Н.¹, Пилярова М.Х.¹, Романова М.А.¹,
Бубман Л.И.¹, Лыткина К.А.¹, Мелконян Г.Г.¹

¹Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), г. Москва, Российская Федерация;

²Госпиталь для ветеранов войн №3,
г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Интерлейкин-6 (ИЛ-6) играет важную роль в возникновении и прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе, ИБС. Сывороточный ИЛ-6 представляет собой основной стимулятор острофазовых реакций, сопровождающихся повышенной вязкостью крови и увеличением числа и активности тромбоцитов. Наряду с этим ИЛ-6 снижает активность липопротеинлипазы, повышая тем самым поглощение липидов макрофагами и ускоряя процессы атерогенеза. Повышенные уровни ИЛ-6 в крови сопряжены с развитием ИБС и смертью от сердечно-сосудистых заболеваний. Цель – определить концентрацию интерлейкина-6 в крови и оценить взаимосвязь этого цитокина с рядом патологических состояний у больных старческого возраста и долгожителей с ИБС.

Материал и методы:

В одномоментное исследование включено 128 больных: 94 пациента с ИБС – в основную группу, 34 без ИБС – в группу контроля. Средний возраст больных достигал 88,3±5,3 года (76-98 лет); 49,2% были старше 90 лет. Большинство больных (68,7%) составляли женщины. Концентрацию ИЛ-6 в крови ($N < 7,0$ пг/мл) определяли методом иммуноферментного анализа.

Результаты:

Повышенный уровень ИЛ-6 обнаружен у 45,3% больных. Среднее содержание ИЛ-6 составило 8,2±6,3 пг/мл (1,5-36,2 пг/мл). У больных ИБС средняя концентрация ИЛ-6 достигала 9,0 пг/мл, у пациентов без ИБС – 5,8 пг/мл ($p = 0,001$). При наличии ХСН выявлены достоверно более высокие уровни ИЛ-6, по сравнению с пациентами без ХСН – 11,2 и 6,6 пг/мл, соответственно ($p = 0,00005$). Вероятность обнаружения повышенной концентрации ИЛ-6 у больных ХСН увеличивалась в 3,1 раза, сравнительно с соответствующими показателями в группе без ХСН (Отношение шансов=3,1; $p = 0,005$). Среди больных с бессимптомной гиперурикемией средние значения ИЛ-6 в крови достигали 10,8±4,8 пг/мл,

у пациентов с нормальным уровнем мочевой кислоты – 6,9±4,5 пг/мл ($p=0,001$). Вероятность обнаружения повышенного уровня ИЛ-6 у больных с гиперурикемией повышалась в 5,7 раза, по сравнению с соответствующими показателями у пациентов с нормальным содержанием мочевой кислоты (Отношение шансов=5,7; 95% ДИ=1,8-18,1; $p=0,002$). Установлена прямая корреляция между концентрацией ИЛ-6 и общим числом лейкоцитов ($r=0,29$; $p=0,002$), числом нейтрофилов ($r=0,37$; $p=0,00002$) и уровнем фактора некроза опухоли- α ($r=0,39$; $p=0,007$). У больных с повышенным содержанием ИЛ-6 отмечены более низкие показатели базовой функциональной активности по индексу Бартел (70,7 и 80,7, $p=0,003$) и инструментальной функциональной активности по шкале IADL (3,4 и 5,0, $p=0,0002$).

Заключение:

Результаты исследования свидетельствуют о частом повышении уровня интерлейкина-6 у больных старческого возраста и долгожителей с ИБС. Повышение ИЛ-6 ассоциируется, прежде всего, с ХСН и гиперурикемией.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНДЕКСА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ПРОГНОСТИЧЕСКОГО ИНДЕКСА В КАЧЕСТВЕ ПРЕДИКТОРОВ РАЗВИТИЯ ТРОМБОЗА УШЕК ПРЕДСЕРДИЙ И СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Кондратьев Ф.В.¹, Булгак А.Г.², Мараховская П.К.³

¹УЗ «1-я ГКБ», г. Минск, Республика Беларусь;

²УО «БГМУ», г. Минск, Республика Беларусь;

³РНПЦ «Детская хирургия», г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Известно, что нейтрофилы играют одну из ключевых патогенетических ролей в развитии, прогрессировании и возникновении осложнений фибрилляции предсердий (ФП) и атеросклеротической болезни сердца (ИБС). К широко используемым индексам в клинической практике на основе абсолютного числа нейтрофилов относят: воспалительно-прогностический индекс (IPI) и индекс системного воспаления (SII). Данные показатели используются в качестве дополнительных инструментов в прогнозировании течения различных воспалительных заболеваний и эффективности их лечения. У пациентов с персистирующей ФП (ПФП) как предиктор субклинического коронарного атеросклероза не исследован. Учитывая высокие ишемические и тромбоемболические риски данной категории пациентов, требуется комплексный инструментальный подход к обследованию. Для данных целей приемлемо использовать компьютерную томографическую ангиографию (КТА) сердца для одномоментной диагностики тромботических масс в ушках предсердий и расчета индекса коронарного кальция (ИКК), коррелирующим с тяжестью атеросклеротического поражения. Цель и задачи: изучения показателей IPI и SII в качестве предикторов развития тромбоза ушек предсердий и субклинического атеросклероза по данным компьютерной томографии у пациентов с ПФП.

Материал и методы:

Обследовано 75 пациентов (средний возраст 60.1±6.84 лет) с ПФП без верифицированной ИБС. В качестве группы контроля 30 относительно здоровых лиц. Все группы сопоставимы по полу и возрасту. Суммы баллов CHADS₂-VASc статистически в группах не различались. ПФП ассоциировалась с артериальной гипертензией 1 и 2 степени без гипертрофии миокарда левого желудочка (78,7%). В остальных случаях имелась изолированная форма ПФП (21,3%). На основании результатов КТА паци-

енты разделены на подгруппы с низким (1-10), умеренным (11-400) и высоким (>400) индексом коронарного кальция (ИКК). На момент исследования у пациентов не отмечалось признаков острого или обострения хронического заболевания, а также грубой структурной патологии сердца. Выполнялись общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, гемостазиограмма. IPI рассчитывался как C-реактивный белок × ([абсолютное число нейтрофилов/абсолютное число лимфоцитов]/альбумин), SII – (абсолютное число нейтрофилов/абсолютное число лимфоцитов) × абсолютное число тромбоцитов. КТА проводилась на аппарате Siemens Somatom Drive (Германия), в режиме Dual Sources с кардиосинхронизацией. Трансторакальная эхокардиография выполнялась на стационарном аппарате Esaote mylab X8 (Италия) секторным датчиком 1-5 МГц. Статистическая обработка осуществлялась с помощью пакетов программ MS Excel и Jamovi 2.4.14.

Результаты:

В группе пациентов с ПФП и наличием тромбов в ушках предсердий показатели IPI и SII были статистически значимо выше, чем у пациентов с ПФП без тромбоза и группе контроля (SII: 857.6 [616.6-1015.4], против 448.4 [311.3-595.9], против 251.7 [197.1 – 328.3] соответственно, $p<0,05$; IPI: 0.446 [0.288 – 0.522], против 0.159 [0.091-0.199], 0.081 [0.032-0.098] соответственно, $p<0,05$). Тромбоз правого ушка встречался в 9.5% случаев от общего числа тромбозов. При проведении мультивариантного анализа высокие показатели IPI и SII являлись независимыми предикторами тромбоза ушек предсердий (IPI [AUC 0.87 95% ДИ 0.79-0.94, $p<0,001$], SII [AUC 0.81 95% ДИ 0.74-0.87, $p<0,001$]). В подгруппе пациентов с ИКК >400 показатели IPI и SII были максимальными в сравнении и другими подгруппами (SII: ИКК >400, 786.95 [632.79-949.11], ИКК 11-400, 451.7 [381.9 – 526.5], ИКК<10, 306.21 [269.91 -349.51], $p<0,05$; IPI: ИКК >400, 0.4 [0.295-0.511], ИКК 11-400, 0.265 [0.201-0.286], ИКК<10, 0.092 [0.061-0.133], $p<0,05$). Однако данные индексы, по нашим данным, не являются независимыми предикторами субклинического атеросклероза коронарных артерий.

Заключение:

Показатели IPI и SII могут быть использованы в качестве независимых предикторов развития тромбоза ушек предсердий и дополнительным предиктором возникновения субклинического атеросклероза коронарных артерий у пациентов с ПФП.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИКРОИНКАПСУЛИРОВАННЫХ ЧАСТИЦ ФИБРИНА ДЛЯ МОДЕЛИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У КРЫС

Карпов А.А., Шиленко Л.А., Ваулина Д.Д., Сидорова Е.Е., Ахметова А.А., Буненков Н.С., Воротилов А.В., Карпенко В.В., Галагудза М.М.

ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Хроническая тромбоемболическая легочная гипертензия (ХТЭЛГ) является осложнением тромбоемболии легочной артерии. Для изучения патогенеза ХТЭЛГ, а также исследования новых фармакологических субстанций для лечения данной патологии целесообразна разработка модели ХТЭЛГ, сочетающей преимущества естественных тромбоемболов, таких как биологические эффекты фибрина и высвобождение продуктов его деградации, и искусственных частиц, обладающих необходимым размером и заданной скоростью биодеградации. Целью настоящей работы стала разработка экспериментальной моде-

ли ХТЭЛГ у крыс с помощью эмболизации сосудистого русла легких микроинкапсулированным фибрином.

Материал и методы:

В эксперименте были использованы 62 крысы-самцы стока Wistar. Для моделирования ХТЭЛГ все животные были разделены на 4 группы методом случайных чисел: 1. Контроль (КОН) (n=8) – в хвостовую вену вводилось 1,5 мл физиологического раствора 8 раз с интервалами в 4 дня. 2. НФ8 (n=14) – в качестве эмболизирующих частиц вводился неинкапсулированный фибрин в объеме, эквивалентном группам МФ5 и МФ8, суспензированный в 1,5 мл физиологического раствора, 8 раз с интервалами в 4 дня. 3. МФ5 (n=14) – микроинкапсулированный фибрин в объеме 0,5 мл (9047±430 частиц) вводился в хвостовую вену 5 раз с интервалами в 5 дней. Перед инъекцией раствор хлорида бария полностью удалялся, а микроинкапсулированный фибрин суспензировался в 1,5 мл физиологического раствора. 4. МФ8 (n=14) – микроинкапсулированный фибрин в том же объеме вводился в хвостовую вену 8 раз с интервалами в 4 дня. Через 6 недель после последнего введения эмболизирующих частиц проводилось измерение систолического давления в правом желудочке (СДПЖ) и гистологическое исследование легких с определением процента коллагеновых волокон в структуре сосудистой стенки ветвей легочной артерии и индекса гипертрофии.

Результаты:

По данным катетеризации сердца СДПЖ в группе МФ8 было значимо выше по сравнению с крысами из групп КОН и НФ8 ($p < 0,05$). Между крысами из групп КОН, НФ8 и МФ5 не было выявлено значимых отличий в уровне СДПЖ. По результатам гистологического исследования индекс гипертрофии и процент коллагеновых волокон в структуре сосудистой стенки в группах МФ5 и МФ8 были значимо выше, чем в группах КОН и применения неинкапсулированного фибрина ($p < 0,01$). Значимых различий между группами МФ5 и МФ8 выявлено не было.

Заключение:

В результате проведенной работы была создана новая экспериментальная модель ХТЭЛГ, характеризующаяся стабильным повышением давления в правом желудочке и значительным ремоделированием сосудов малого круга кровообращения. Разработанная модель может быть использована как для изучения патогенеза ХТЭЛГ, так и для тестирования новых терапевтических подходов для лечения этого заболевания. Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 23-75-10122, <https://rscf.ru/project/23-75-10122/>

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Луговская А.Ю.¹, Иловайская И.А.¹, Блинова Н.В.²

¹ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва, Российская Федерация;

²ФГБУ «Национальный медицинский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация;

Введение (цели/ задачи):

Опухоли надпочечников встречаются до 15% во взрослой популяции, и частота встречаемости увеличивается с возрастом. Опухоли надпочечников часто ассоциированы с наличием артериальной гипертензии, частота которой также увеличивается с возрастом и составляет около 30–45% среди взрослого

населения. Целью исследования стал сравнительный анализ кардиоваскулярной симптоматики при доброкачественных гормонально-неактивных образованиях надпочечников и злокачественных образований надпочечников, таких как феохромоцитомы и адренокортикальный рак.

Материал и методы:

Мы проанализировали данные 123 пациентов с образованиями надпочечников, прооперированных за период с 2011 по 2023 гг в ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. Из них 88 женщин и 35 мужчин в возрасте 22–81 лет (медиана возраста 53 лет), которые были разделены на 3 группы исходя из гистологически верифицированного диагноза: 63 пациента с феохромоцитомой (ФХЦ), 30 пациентов с адренокартикальным раком (АКР) и 30 с гормонально-неактивными опухолями надпочечников (ГНОН).

Результаты:

Возраст пациентов и гендерное распределение не отличались в обследованных группах: ФХЦ – 22–81 лет (медиана возраста 53 лет), 40 женщин, 23 мужчин; АКР – 28–68 лет (медиана возраста 54 лет), 23 женщины, 7 мужчин; ГНОН – 27–79 лет (медиана возраста 54 лет), 26 женщин, 4 мужчин. Самым распространенным симптомом была артериальная гипертензия (АГ), частота которой статистически значимо не различалась между группами и составила 93,5%–79,3%–88,8% в группах с ФХЦ – АКР – ГНОН, соответственно. Интересно, что во всех группах преобладал кризовый (пароксизмальный) характер АГ, который наблюдался в 89,8%–96% – 70% случаев, соответственно. Медиана максимального систолического АД при ФХЦ была статистически значимо выше по сравнению с АКР и ГНОН: 200 [181; 228] – 168 [150; 195] – 170 [143; 190] мм рт. ст. ($p < 0,001$), соответственно. Медиана максимального диастолического АД также была статистически значимо выше при ФХЦ по сравнению с АКР и ГНОН: 110 [100; 120] – 100 [83; 100] – 100 [73; 100] мм рт. ст. ($p < 0,001$), соответственно. Медиана ЧСС не отличалась в группах ФХЦ – АКР – ГНОН: 75 [65,5; 88,5] – 74 [68,5; 84] – 69,5 [62,2; 76,8] уд/мин ($p = 0,058$), соответственно. При этом частота тахикардии (более 80 уд/мин) при ФХЦ была выше, чем при АКР и ГНОН: 33,3%–13,3% – 10% ($p = 0,016$), соответственно. Из сопутствующих симптомов можно отметить головную боль, слабость и боль в поясничной области. Головная боль встречалась при ФХЦ статистически значимо чаще по сравнению с АКР и ГНОН: 57,1% – 30% – 10% ($p < 0,001$), соответственно; в то время как слабость и боль в поясничной области встречались при ФХЦ статистически значимо реже по сравнению с АКР и ГНОН: слабость 15,9% – 63,3% – 56,7% ($p < 0,001$) и боль в поясничной области 19% – 60% – 73,3% ($p < 0,001$), соответственно. Частота других симптомов (головокружения, озноб, мышечная слабость, дрожь в теле, потливость, тошнота, приступы чувства тревоги, изменение массы тела) не отличалась между группами.

Заключение:

Артериальная гипертензия кризового течения характерна для пациентов с различными опухолями надпочечников, и должна рассматриваться как повод для исключения опухолей надпочечников. Кризовый характер АГ может создавать ложное впечатление об эффективности антигипертензивной терапии. Более высокие показатели систолического и диастолического АД во время криза (в нашем исследовании >180 и >100 мм рт. ст., соответственно) ассоциированы с вероятностью наличия феохромоцитомы.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФИЦИТОМ ЖЕЛЕЗА ПОСЛЕ ЕГО КОРРЕКЦИИ В ТЕЧЕНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

ХАСТИЕВА Д.Р., ТАРАСОВА Н.А.,
ЭРКИНОВА Д.Э.К., ХАСАНОВ Н.Р.
ГАУЗ «ГКБ №7», г. КАЗАНЬ, РЕСПУБЛИКА
ТАТАРСТАН, РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

Введение (цели/ задачи):

Коррекция дефицита железа (ДЖ) рекомендована пациентам с сердечной недостаточностью (СН) с целью улучшения их качества жизни. Инфаркт миокарда (ИМ) является одной из наиболее частых причин развития СН, а также снижения продолжительности и качества жизни пациентов. Однако, вопрос влияния коррекции ДЖ на качество жизни пациентов после перенесенного ИМ является менее изученным. Цель. Оценить качество жизни пациентов с ДЖ в ассоциации с его компенсацией в течение 12 месяцев после ИМ.

Материал и методы:

В открытое проспективное исследование было включено 83 пациентов, 46 мужчин (56%) и 37 женщин (44%), госпитализированных в отделение неотложной кардиологии ГАУЗ «Городская клиническая больница №7 имени М.Н. Садыкова» (г. Казань) в период 2022-2023 года по поводу ИМ. У всех пациентов был диагностирован ДЖ, установленный при снижении уровня ферритина плазмы <100 мкг/л (абсолютный ДЖ) или 100-299 мкг/л при коэффициенте насыщения трансферрина железом <20% (функциональный ДЖ). Всем пациентам проведена медикаментозная коррекция ДЖ. Средний возраст пациентов составил 62±11 лет. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от компенсации ДЖ по истечению 12 месяцев наблюдения. Группу 1 составили 58 (70%) пациентов, у которых ДЖ был компенсирован, группу 2 – 25 пациентов (30%) с сохраняющимся ДЖ. Качество жизни оценивалось путем подсчета суммарного клинического показателя «Канзасского опросника для больных кардиомиопатией» (КССС). Опросник заполнялся пациентами самостоятельно после стабилизации состояния во время госпитализации, а также повторно через 6 и 12 месяцев. Улучшение качества жизни фиксировалось при увеличении суммарного клинического показателя КССС на 10% от исходного.

Результаты:

Группы были сопоставимы по половому составу, возрасту, большинству сопутствующих заболеваний и медикаментозной терапии. Показатели клинического анализа крови и параметров ЭХО-КГ также не отличались. Ме КССС во время госпитализации была ниже в группе 1 по сравнению с группой 2: 68 [57; 75] и 79 [72; 91] соответственно ($p=0,002$). В группе 1 в течение 12 месяцев наблюдалось увеличение суммарного клинического показателя КССС: Ме КССС через 6 месяцев составила 73 [65-90], что было статистически выше результатов, полученных во время госпитализации ($p<0,001$), Ме КССС через 12 месяцев составила 79 [67-97], что также было статистически значимо выше результатов, полученных во время госпитализации ($p<0,001$). В группе 2 показатель качества жизни не менялся в течение 12 месяцев. Ме КССС не отличалась от исходной через 6 месяцев и составила 78 [65-88] ($p=0,46$), и через 12 месяцев – 79 [62-84] ($p=0,31$). Таким образом, не смотря на изначально лучшие показатели качества жизни в группе пациентов с сохраняющимся ДЖ, через 6 и 12 месяцев наблюдения Ме суммы баллов КССС в группе не отличались. В течение 12 месяцев наблюдения у 28 (48%) пациентов в группе 1 наблюдалось улучшение качества жизни. В группе 2 ни у одного пациента улучшения качества жизни не наблюдалось ($p<0,001$). У пациентов с компенсиро-

ванным ДЖ шанс улучшения качества жизни в течение 12 месяцев после ИМ был в 23,3 раза выше, чем у пациентов с сохраняющимся ДЖ (ОШ=23,3; 95% ДИ: 3,0 – 183,2).

Заключение:

Компенсация ДЖ ассоциирована с улучшением качества жизни пациентов в течение 12 месяцев после ИМ.

КЛЕТочНЫЕ МАРКЕРЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ЛИЦ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

СОЛОВЕЙ С.П.¹, ДЕНИСЕВИЧ Т.Л.¹, КОЛЯДКО М.Г.¹,
КОВАЛКИНА Е.Е.¹, ЗАТОЛОКА Н.В.¹, ОГУРЦОВА С.Э.²

¹ГУ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
«КАРДИОЛОГИЯ», г. МИНСК, РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ;

²ГНУ «ИНСТИТУТ БИООРГАНИЧЕСКОЙ ХИМИИ НАН
БЕЛАРУСИ», г. МИНСК, РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ

Введение (цели/ задачи):

Циркулирующие эндотелиальные (ЭК) и прогениторные клетки (ПК), являясь клеточными биомаркерами, отражающими функциональное состояние эндотелия, его повреждение и репаративную способность, по данным ряда исследований могут свидетельствовать о риске развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у лиц с ишемической болезнью сердца (ИБС). Тем не менее, для создания точных прогностических моделей требуется дальнейшее изучение особенностей межклеточных взаимодействий. В этой связи представляется актуальным оценить количество ЭК и ПК в периферической крови у пациентов с ИБС и установить наличие ассоциаций с показателями клинико-лабораторного обследования.

Материал и методы:

В исследование были включены 99 чел.: 50 чел. – пациенты со стабильной ИБС, 49 чел. – лица без анамнеза ИБС. Определение количества ЭК и ПК в периферической крови осуществляли на проточном цитофлуориметре CYTOMICS FC 500 (BeamanCoulter, США) с использованием меченных флуорохромами моноклональных антител к поверхностным маркерам клеток. Циркулирующие ЭК идентифицировали как негативные по маркеру CD45 (CD45-) и позитивные по CD146 (CD146+), ПК – как негативные по CD34 (CD34-) и позитивные по CD306 (CD306+). Выполняли эхокардиографическое исследование, дуплексное сканирование периферических артерий, подсчет коронарного кальциевого индекса, биохимический и общий анализ крови с определением лейкоцитарной формулы и воспалительных индексов, общий и биохимический анализ мочи. Для сравнения групп применяли критерий Манн-Уитни, F-критерий, рассчитывали коэффициент корреляции Спирмена и точечно-биссеральный, проводился кластерный анализ. Данные представлены в виде медианы, интерквартильного диапазона.

Результаты:

У пациентов с ИБС и лиц без ИБС значимых различий по количеству ЭК не получено (2 (1; 3) и 1 (1; 2) соответственно, $p=0,127$), в то время как количество ПК у лиц с ИБС оказалось достоверно выше (62 (9; 187) в сравнении с 9 (2; 56), $p<0,001$). В обеих группах выявлена значительная вариабельность количества ЭК и особенно – ПК, коэффициент вариации которых в группе лиц с отсутствием ИБС был наибольшим – 156%, коэффициент вариации ЭК в группах составил $\geq 80\%$. Обнаружено, что низкий уровень ЭК в крови у лиц с ИБС ассоциируется с более низким уровнем глюкозы ($r_{\text{bp}}=0,42$, $p=0,047$), в то время как повышение количества ЭК – со снижением уровня ХСЛПВП ($r_s=-0,45$, $p=0,018$), скорости клубочковой фильтрации (СКФ), а также с более выраженными атеросклеротическими изменениями в

прецеребральных артериях: количеством ($rs=0,53$, $p=0,005$), степенью стенозирования ($rs=0,46$, $p=0,015$) и частотой кальциноза ($grb=0,53$, $p=0,005$) атеросклеротических бляшек. Если при этом регистрируется увеличение количества ПК, наблюдается обратная взаимосвязь уровня ПК с величиной общего холестерина (ОХ) ($rs=-0,41$, $p=0,038$) и белка АроВ ($rs=-0,39$, $p=0,042$), а также с соотношением креатинин/микроальбумин и показателями конечного систолического и диастолического объемов (КСО и КДО) левого желудочка сердца. В целом же рост ПК у лиц с ИБС ассоциируется с меньшим значением в крови белка АроА1, ОХ и также сопровождается большей выраженностью атеросклероза прецеребральных артерий. Высокое содержание ПК напрямую связано с величиной КСО, КДО, ударного индекса. Количество ПК на фоне низкого уровня ЭК находится в обратной взаимосвязи с уровнем АроА1, моноцитов крови и их отношения к ХСЛПВП (индекс МНН) ($rs=-0,52$, $p=0,012$) и прямо связано с величиной СКФ ($rs=0,84$, $p=0,036$). В целом низкое содержание в крови ПК ассоциируется с высоким уровнем АроА1 ($rs=-0,61$, $p=0,002$), моноцитов ($rs=-0,57$, $p=0,005$), а также – с увеличением микроальбуминурии, соотношения креатинин/микроальбумин и показателя коронарного кальциевого индекса.

Заключение:

Прямой взаимосвязи ЭК и ПК выявлено не было. В то же время обнаружен ряд ассоциаций, которые могут являться отражением механизмов, посредством которых у лиц с ИБС осуществляется взаимосвязь эндотелиальных биомаркеров – ЭК и ПК при их участии в сердечно-сосудистом ремоделировании.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИБС БЕЗ ОБСТРУКТИВНОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ (ИНОСА). АКТУАЛЬНА ЛИ ПРОБЛЕМА?

Мовсисян Д.М., Комиссаров Е.А., Алиджанова Х.Г.
НИИ СП им. Н.В. Склифосовского,
г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время ИНОСА (ишемия без обструкции коронарных артерий) заняла главенствующую позицию в структуре ишемической болезни сердца (ИБС), сместив обструктивные поражения коронарных артерий (КА). В 2021 году в США было проведено исследование, по данным которого выяснилось, что только на пациентов с ИНОСА из-за нарушения их физической активности, временных и психологических ограничений, тратится более 21 миллиарда долларов ежегодно. Недообследованные пациенты без подтвержденного диагноза неоднократно повторно госпитализируются, тратятся средства на нерационально назначенные исследования, в том числе проводятся повторные коронарографии (КГ). В отличие от обструктивной ИБС соотношение женщин, страдающих ИНОСА, к мужчинам составляет 2:1-3:1. Основными патогенетическими механизмами являются: микрососудистая дисфункция, вазоспазм КА, мышечный миокардиальный мостик (МММ). ИНОСА достоверно ухудшает качество жизни пациентов, повышает риск развития сердечно-сосудистых осложнений. На данный момент не разработан единый лечебно-диагностический алгоритм ИНОСА. Цель. Изучить клинико-инструментальную характеристику и частоту госпитализаций пациентов с ИНОСА.

Материал и методы:

В исследование включены 70 пациентов (55 женщин (78,6%) и 15 (21,4%) мужчин, средний возраст составил $57,6 \pm 9,2$ лет и $70,5 \pm 7,9$ лет соответственно), которые находились на лечении в кардиологическом отделении НИИ им. Н.В. Склифосовского в период с сентября 2022г. по май 2024г. Критериями включения

являлись проведенная КГ с выявлением интактных коронарных артерий (КА) или наличие гемодинамически незначимых стенозов до 70% (для ствола левой КА до 50%) при наличии стенокардии или ее эквивалента.%) Риск смерти по шкале GRACE составил, в среднем, 132 балла. Сравнение качественных переменных проводилось с помощью критерия Х2 (при частоте ожидаемых явлений ≤ 10). Статистически значимыми различиями признавались при $p \leq 0,05$.

Результаты:

Все госпитализированные пациенты ранее уже проходили обследование и лечение в других стационарах города по поводу ИБС с ранее проведенным КГ исследованием. Интервал между госпитализациями с КГ исследованием составил от 20 дней до 1 года. При этом 41 (58,6%) пациент до госпитализации в НИИ им. Н.В. Склифосовского однократно проходил стационарное лечение в другой клинике, 9 (12,9%) человек – дважды и 20 (28,6%) – трижды и более раз. Выявлены следующие факторы риска и сопутствующие заболевания: артериальная гипертония (91,4%), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) IIA (88,6%), ожирение I-II степени (45,7%), дисфункция щитовидной железы (41,4%), сахарный диабет II типа (37,1%), курение (31,4%), инфаркт миокарда в анамнезе (17,1%), ревматические заболевания (11,4%), инсульт в анамнезе (10%). При этом достоверно чаще у женщин наблюдались ХСН с сохранной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) ($p=0,003$) и дисфункция щитовидной железы ($p=0,013$); у мужчин преобладали ожирение ($p=0,003$) и курение ($p<0,001$). На ЭКГ наиболее часто наблюдали инверсию зубца Т (45,7%), депрессию сегмента ST (40%) и ЭКГ без патологии (35,7%). Гендерных различий по ЭКГ не выявлено. По данным трансторакальной эхокардиографии большая часть пациентов имела сохранную ФВ $>50\%$ (81,1%). Гипертрофию ЛЖ наблюдали у 44,2% пациентов (у мужчин достоверно чаще, $p=0,049$). По данным КГ выявлены следующие изменения: извитость КА (32,8%), замедление пассажа контрастного вещества (32,8%), гемодинамически незначимые стенозы (18,6%), МММ (12,8%), спазм КА (5,7%). Только у 12,8% пациентов КА интактны, достоверных различий по полу не выявлено. По результатам скинтиграфии миокарда выявлены признаки очаговых изменений в миокарде, свидетельствующие о перенесенном ИМ. С учетом анамнеза и особенностей клинико-инструментального обследования у 49 (70%) пациентов диагностировали микрососудистую стенокардию, у 21 (30%) – вазоспастическую. В структуре вазоспазма у 12 пациентов (57,1%) выявлен МММ, а у 9 (42,9%) пациентов спазм КА имел функциональный характер.

Заключение:

Пациенты с ИНОСА – это доминирующая группа больных ИБС, преимущественно женского пола с гетерогенной коморбидностью и многократными госпитализациями. Основными патогенетическими механизмами являются микрососудистая дисфункция, вазоспазм (функциональный или с мышечным мостиком) и их сочетание. В связи с нерациональными финансовыми затратами на повторные госпитализации и обследование пациентов с ИНОСА необходимо дальнейшее изучение и разработка единой тактики ведения и лечения.

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ТАБЛЕТИРОВАННОЙ ФОРМЫ РОССИЙСКОГО АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА III КЛАССА КАВУТИЛИД (РЕФРАЛОН)

Юричева Ю.А., Дзаурова Х.М., Беляева М.М., Миронов Н.Ю., Соколов С.Ф., Голицын С.П.
ФГБУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ» им. ак. Е.И. Чазова Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Доказана высокая эффективность в/в формы российского антиаритмического препарата III класса кавутилида (рефралона) в купировании фибрилляции и трепетания предсердий (ФП/ТП) различной продолжительности. Для использования с целью профилактики приступов аритмии была разработана таблетированная форма препарата. В результате доклинических испытаний показано, что кавутилид не влияет на основные функции и системы организма, не мутагенен, не канцерогенен, не эмбриотоксичен и не тератогенен, а также рассчитана минимальная терапевтическая (1 мг на человека весом 70 кг) и максимальная безопасная доза (6 мг) для использования в ходе I фазы клинических испытаний препарата. Цель: Оценка переносимости и безопасности таблетированной формы российского антиаритмического препарата III класса кавутилид при его однократном и многократном приеме здоровыми добровольцами, а также изучение его фармакокинетических (ФК) параметров.

Материал и методы:

Здоровые мужчины в возрасте 18 – 45 лет были распределены на 7 когорт: 1, 2,4 и 6 мг приема исследуемого препарата однократно, 1 мг в/в введения (эти когорты состояли из 6 человек каждая), когорту из 11 человек, которые принимали ежедневно 2 мг кавутилида в течение 5 дней, и когорту из 6 добровольцев, получавших на протяжении 10 дней по 2 мг препарата. Прием/введение кавутилида, а также контроль анализов крови и мочи, забор проб крови для фармакокинетического анализа, оценка жизненно-важных функций, регистрация ЭКГ в установленные точки, суточное мониторирование ЭКГ были выполнены в условиях стационара.

Результаты:

В исследование вошло 47 здоровых добровольцев, средний возраст составил 35±5 лет, средний вес 72±5 кг. Клинически значимого изменения анализов крови и мочи и жизненно-важных показателей не было зарегистрировано ни в одной из когорт. Среди добровольцев, получавших кавутилид внутрь однократно, стойкое статистически значимое увеличение продолжительности интервалов QT и QTc выявлено только в когорте приема максимальной дозы 6 мг. В случае многократного приема 2 мг кавутилида регистрируется достоверное увеличение продолжительности интервалов QT и QTc с максимальным приростом к 4-5 суткам наблюдения при 5-дневном приеме и к 9-10 суткам при 10-дневном. Нарушения атриовентрикулярной и внутрижелудочковой проводимости, проаритмогенного действия кавутилида, стойкого значимого изменения частоты сердечных сокращений ни в одной из когорт не выявлено. В когортах однократного приема кавутилида отмечалось дозозависимое и непропорциональное увеличение ФК параметров. Равновесие между процессами всасывания и выведения препарата при его многократном приеме достигалось к 8-9 дню.

Заключение:

Продолжительность интервалов QT/QTc остается в пределах допустимых значений весь период наблюдения при приеме внутрь кавутилида 2 мг многократно и всех используемых доз однократно. Достоверное стойкое увеличение длительности

интервалов QT/QTc регистрируется только в случае использования максимальной исследуемой дозы 6 мг однократно и при многократном дозировании 2 мг препарата. Был сделан вывод, что таблетированная форма препарата кавутилид (рефралон), в исследованных дозировках при его однократном и многократном приеме обладает хорошими переносимостью и профилем безопасности, что подразумевает испытание его безопасности и эффективности в рамках II фазы клинических исследований. В настоящее время начат набор пациентов для участия многоцентровом рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании с целью предотвращения рецидивов ФП/ТП после купирования ее персистирующей формы.

КРИБАЛЛОННАЯ АБЛАЦИЯ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Шашкина Я.Р.^{1,2}, Потешкина Н.Г.^{1,2}, Ковалевская Е.А.^{1,2}, Горев М.В.², Карасёв А.А.^{1,2}

¹ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова,

г. Москва, Российская Федерация;

²ГБУЗ «ГКБ№ 52 ДЗМ», г. Москва,

Российская Федерация;

Введение (цели/ задачи):

Инвазивная стратегия при фибрилляции предсердий (ФП) – один из методов лечения первой линии для профилактики рецидивов и улучшения симптомов. Актуально изучение влияния катетерной криобаллонной абляции (КБА) при ФП на течение хронической сердечной недостаточности (ХСН). Цель. Оценить влияние КБА при пароксизмальной и персистирующей ФП на течение ХСН.

Материал и методы:

Обследовано 33 пациента (медиана возраста 66 [56–75] лет, 54,5% мужчины) с ХСН, из них пациенты с пароксизмальной ФП: n=18 (54,5%) – I группа, персистирующей: n=15 (45,5%) – II группа. Всем пациентам проведена КБА. Исходно и через 3 месяца после операции проведена оценка функционального статуса при помощи теста 6-минутной ходьбы (6МХТ), качества жизни по Миннесотскому опроснику (MLHFQ), баллов по шкалам H2FPEF, уровня N-терминального фрагмента прогормона мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP), эхокардиография (ЭхоКГ).

Результаты:

До абляции группы I и II достоверно не отличались по дистанции 6МХТ: 386,6±97,4 м и 413,8±149,7 м, p=0,726; качеству жизни по MLHFQ: 43,0±3,7 и 23,5±15,9, p=0,065; баллам по шкалам H2FPEF: 7,0±1 и 7,0±2,45 (p=1,000). В обеих группах наблюдались пациенты с ХСН с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ХСНсФВ ЛЖ): 60,4±4,0% и 55,4±5,7%, p=0,060. Отношение пиковых скоростей трансмитрального кровотока и движения фиброзного кольца митрального клапана – E/e': 8,77±1,66 и 10,27±2,99, p=0,454; индекс объема левого предсердия (ИОЛП): 31,33±7,31 и 37,74±6,24, p=0,103, соответственно, для I и II групп. Уровень NT-proBNP в группе II был статистически значимо выше, чем в группе I: 503,00 [337,00–639,00] пг/мл и 116,0 [73,00–170,00] пг/мл, p=0,005. Рецидив ФП в течение 3-х месяцев отмечался у 3-х пациентов I группы (16%) и 1-го пациента II группы (6%). Через 3 месяца после абляции группы I и II достоверно не отличались по качеству жизни по MLHFQ: 40,75±23,30 баллов и 16,50±15,04, p=0,052; ФВ ЛЖ: 55,4±5,7% и 58,8±4,4%, p=0,138; диастолической дисфункции: E/e' в группе I – 8,77±1,66 и 7,73±2,65, p=0,563, ИОЛП: 31,00±6,53 и 37,57±6,02,

$p=0,074$, соответственно. Уровень NT-proBNP у пациентов группы II статистически значимо снизился с 503,00 [337,00–639,00] пг/мл до 130,0 [73,00–170,00], $p=0,012$ и показатели через 3 месяца после КБА не различались между группами: 127,00 [42,90–206,75] пг/мл в группе I и 130,00 [73,00–170,00] в группе II, $p=0,50$. После КБА в группе II было установлено статистически значимое снижение баллов по шкале H2FPEF с $7,00 \pm 2,45$ до $6,00 \pm 2,00$, $p=0,012$, а также дистанция 6МХТ в группе II выросла с $413,88 \pm 149,75$ до $442,62 \pm 163,81$ м, $p=0,023$.

Заключение:

У пациентов с персистирующей фибрилляцией предсердий через 3 месяца после проведения катетерной криобаллонной абляции наблюдалась улучшение функционального класса, снижение балла по шкале H2FPEF, снижение концентрации NT-proBNP. положительная динамика показателей, характеризующих течение хронической сердечной недостаточности: повышение толерантности к физической нагрузке.

ЛЕГочная артериальная гипертензия, ассоциированная с вирусом иммунодефицита человека: особенности клинико-функционального и гемодинамического статуса пациентов в сравнении с идиопатической легочной гипертензией

Читанова В.Л.¹, Валиева З.С.¹, Мартынюк Т.В.^{1,2}

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. акад. Е.И. Чазова» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация;

²ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Провести сравнительный анализ ключевых параметров, характеризующих функциональный и гемодинамический статус пациентов с легочной артериальной гипертензией, ассоциированной с вирусом иммунодефицита человека (ЛАГ-ВИЧ) с пациентами с идиопатической легочной гипертензией (ИЛГ).

Материал и методы:

В исследование были включены 15 пациентов с ЛАГ-ВИЧ (группа 1) и 15 пациентов с ИЛГ (группа 2), сопоставимых по возрасту, полу и функциональному классу на момент установления диагноза. Выполнен сравнительный анализ функциональных параметров методом теста шестиминутной ходьбы и оценки функционального класса по Всемирной организации здравоохранения. Гемодинамические показатели группы 1 ($n=7$) и группы 2 ($n=7$) сравнивались по данным катетеризации правых отделов сердца (КПОС).

Результаты:

Возраст пациентов в группе 1 составил 45 [42;48] лет, в группе 2 42 [41;44] лет, $p=0,2$. В обеих группах преобладали женщины (80%). Функциональный класс также был сопоставим в обеих группах: в группе 1 он составил 3 [2;3], в группе 2 2 [2;3], $p=1$, одышка по Боргу в первой группе составляла 2 [1;4] балла, во второй 2 [2;3] балла, $p=0,08$. При КПОС у пациентов группы 1 были получены следующие результаты: Систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) 82 [61;98] мм рт. ст., среднее давление в легочной артерии (срДЛА) 49 [37;64] мм рт. ст., давление заклинивания легочной артерии (ДЗЛА) 8 [6;9] мм рт. ст., сердечный выброс (СВ) 2,9 [2,6;4,2] л/мин, легочное сосудистое сопротивление (ЛСС) 954 [613;1628] дин \times с \times см $^{-5}$, насыщение венозной крови кислородом (SVO2) 58 [51;98]. У группы 2: СДЛА 107 [68;120] мм рт. ст., $p=0,22$, срДЛА 67 [44;70] мм рт. ст., $p=0,21$, ДЗЛА 8 [5;12], $p=0,89$, СВ 4 [2,9;4,5] л/мин, $p=0,34$, ЛСС 1162 [800;1457] дин \times с \times см $^{-5}$, $p=0,92$; SVO2 67 [62;70], $p=0,72$.

Заключение:

В результате сравнительного анализа показано, что пациенты с ЛАГ-ВИЧ и ИЛГ сходного возраста, пола, функционального класса имеют сопоставимые гемодинамические нарушения.

ЛЕПТИН У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ С ИБС

Тополянская С.В.¹, Елисеева Т.А.², Вакуленко О.Н.², Пилярова М.Х.², Романова М.А.², Лыткина К.А.², Мелконян Г.Г.²

¹Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), г. Москва, Российская Федерация;

²Госпиталь для ветеранов войн №3, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Лептин участвует в развитии некоторых, связанных с возрастом, патологических состояний, в частности, метаболического синдрома, ожирения, сахарного диабета и атеросклероза. Учитывая старение населения и высокую распространенность сердечно-сосудистых заболеваний и смертность от них в старшей возрастной группе, достаточно актуально изучение различных факторов риска сердечно-сосудистой патологии (в том числе, гиперлептинемии) в популяции лиц старческого возраста и у долгожителей. Цель исследования – определение концентрации лептина и оценка взаимосвязи этого адипокина с ожирением и рядом других патологических состояний у больных ИБС в старческом возрасте и долгожителей.

Материал и методы:

Данная работа представляла собой одномоментное («поперечное») исследование. В исследование было включено 110 больных старческого возраста и долгожителей; 90 пациентов страдали ИБС и составили основную группу, 20 без ИБС – группу контроля. Средний возраст включенных в исследование больных достигал 88,5 \pm 4,5 лет; 48,2% были в возрасте 90 лет и старше. Концентрацию лептина в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа. Нормальные значения лептина для женщин составили 2,6-11,1 нг/мл, для мужчин – 2,0-5,6 нг/мл. С одержание жировой ткани в организме оценивали методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии.

Результаты:

Повышенное содержание лептина в сыворотке крови найдено у 58,2% больных, низкое – у 16,4%, нормальное – у 25,4% пациентов. Повышение концентрации лептина обнаружено у 67,1% женщин и у 40,5% мужчин ($p=0,007$). У больных ИБС средняя концентрация лептина достигала 16,7 нг/мл, в группе пациентов без ИБС – 15,3 нг/мл ($p=0,6$). У больных с хронической сердечной недостаточностью вероятность обнаружения низкой концентрации лептина повышалась в 3,2 раза, по сравнению с соответствующими показателями у больных без ХСН (ОШ=3,2; 95% ДИ=1,1-9,9; $p=0,03$). У больных с ожирением средние показатели лептина составляли 28,5 нг/мл, тогда как у лиц без ожирения – 12,2 нг/мл ($p=0,00002$). Обнаружена высоко достоверная корреляция между содержанием лептина и индексом массы тела больных ($p<0,000001$). Зарегистрирована достоверная позитивная корреляция между уровнем лептина в сыворотке крови и содержанием жировой ткани ($p=0,000001$). Уровень лептина позитивно коррелировал с концентрацией общего холестерина ($p=0,02$) и триглицеридов в сыворотке крови ($p=0,003$). У больных сахарным диабетом наблюдались более высокие значения лептина (26,3 нг/мл по сравнению с 13,5 нг/мл в группе пациентов без диабета; $p=0,0003$); обнаружена до-

стоверная прямая корреляция между содержанием лептина и глюкозы в сыворотке крови ($p=0,0003$). В группе пациентов с низкой концентрацией лептина отмечены более низкие показатели минеральной плотности костной ткани ($p=0,0003$).

Заключение:

Полученные результаты свидетельствуют о большой распространенности патологии лептина у больных старческого возраста и долгожителей, как с ИБС, так и без ИБС. Более высокие уровни лептина ассоциируются с различными метаболическими нарушениями (ожирением, дислипидемией и сахарным диабетом). Низкое содержание лептина характерно для пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

МЕЖПРЕДСЕРДНАЯ БЛОКАДА КАК НЕЗАВИСИМЫЙ ФАКТОР РИСКА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И КАРДИОМИОПАТИЯМИ

Вайханская Т.Г., Коптюх Т.М., Воробьев А.П., Мельникова О.П., Козлов И.Д., Фролов А.В.
ГУ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «КАРДИОЛОГИЯ», г. Минск, РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования – изучение ассоциации ЭКГ маркеров электрической предсердной дисфункции с развитием неклапанной фибрилляции предсердий (ФП) и оценка распространенности межпредсердной блокады (МПБ) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и кардиомиопатией (КМП).

Материал и методы:

В исследование проспективно включили 776 амбулаторных участников с синусовым ритмом и стабильным течением заболевания: 397 пациентов с ИБС (ср. возр. $63,9 \pm 14,2$ лет; 35,8% жен.) и 379 пациентов с дилатационной и гипертрофической КМП (возр. $55,6 \pm 13,8$ лет, 36,4% жен.; ГКМП/180; ДКМП/199). Всем участникам в динамике (период наблюдения – медиана 38 [33; 45] мес.) проведен комплекс исследований: цифровая ЭКГ в 12 отведениях, ЭхоКГ и ХМ. По данным поверхностной ЭКГ во время синусового ритма в автоматическом режиме (Intecard-8, BY) анализировали параметры электрической активации предсердий – морфологию, длительность и вольтаж зубцов P с интегральной оценкой по шкале MVP. Признаки МПБ определяли в соответствии с новыми критериями, установленными Bayés de Luna в 2022г: в частности, частичную МПБ, или МПБ 1 ст., фиксировали при длительности зубца P ≥ 120 мс. Далеко зашедшую, или МПБ 3 ст., регистрировали при пролонгации P ≥ 120 мс с двухфазной (+/-) морфологией P волны во всех 3-х нижних отведениях (II, III и aVF: типичный паттерн). Учитывали также 5 морфологических вариантов атипичной МПБ 3 ст. и вариант МПБ 1 ст. с терминальной негативной фазой зубца P в 2-х отведениях III, aVF (обусловленных ретроградной активацией ЛП вследствие полной блокады Бахмана при МПБ 3 ст. или частичной блокады пучка Бахмана при МПБ 1 ст.). Конечной точкой приняты впервые зарегистрированные эпизоды пароксизмальной/персистирующей ФП.

Результаты:

При включении в исследование МПБ 1 ст. обнаружена у 67,2% пациентов с ИБС и у 69,7% лиц с КМП. Паттерн МПБ с двухфазной (+/-) P волной, регистрируемой исходно минимум в 2-х из 3-х нижних отведений (II, III и aVF), выявлен у 10,6% пациентов с ДКМП, у 12,1% пациентов с ИБС и у 14,4% пациентов с ГКМП. Далеко зашедшая МПБ 3 ст. наблюдалась значительно реже: в 4% случаев ДКМП, у 5,6% лиц с ГКМП и у 4,8% пациентов с ИБС. В 3-летнем периоде у 180 (23,2%) пациентов впервые зарегистри-

рованы устойчивые пароксизмы ФП. Эпизоды ФП развивались значительно чаще у пациентов с ИБС по сравнению с КМП (29,5% против 16,6%, $\chi^2=18,2$; $p<0,001$). В результате логистического однофакторного регрессионного анализа выявлены независимые предикторы ФП в общей выборке: старший возраст, увеличение ЛП, расширение P волны, удлинение интервала PR, МПБ 1–3 ст., снижение амплитуды P во II-м отведении, индекс аномальной P волны по шкале MVP ≥ 4 балла, удлинение QTc, индекс торможения ритма DC, увеличение пространственного угла QRS-T и фрагментированный QRS комплекс. В результате многофакторного логит-регрессионного анализа конечной точки ФП в когорте КМП (с помощью обратного пошагового метода Вальда) прогностическая значимость подтверждена для следующих предикторов ФП: диаметра ЛП (OR 2,01; 95% ДИ 1,41–2,87; $p=0,0001$), индекса торможения ритма DC (OR 1,23; 95% ДИ 1,10–1,38; $p=0,0001$) и паттерна МПБ с 2-фазной P волной минимум в 2-х нижних отведениях ЭКГ (OR 7,28; 95% ДИ 1,72–30,8; $p=0,007$). При оценке КМП-модели-риска-ФП характеристики конкордации продемонстрировали высокую прогностическую значимость (C-индекс детерминации 0,89; 95% ДИ 0,86–0,93; $-2LL=66,8$; R-квадрат Нэйджелкерка 0,811). В многофакторный логит-регрессионный анализ включили все предикторы ФП согласно однофакторной регрессии конечной точки в когорте ИБС (метод Вальда с пошаговым исключением переменных). В результате логистического анализа прогностическая значимость подтверждена для следующих предикторов ФП: старший возраст (OR 1,13; 95% ДИ 1,08–1,18; $p=0,0001$), снижение индекса торможения ритма DC (OR 1,04; 95% ДИ 1,01–1,08; $p=0,004$), удлинение интервала PR (OR 1,02; 95% ДИ 1,01–1,033; $p=0,004$) и паттерна МПБ с 2-фазной P волной минимум в 2-х нижних отведениях ЭКГ (OR 5,53; 95% ДИ 1,796–17,06; $p=0,003$). При оценке ИБС-модели-риска-ФП характеристики продемонстрировали хорошую прогностическую значимость (C-индекс конкордации 0,79; 95% ДИ 0,75–0,84; $-2LL=181$; R-квадрат Нэйджелкерка 0,537).

Заключение:

Частичная МПБ регистрируется, в среднем, у 2-х из 3-х пациентов с ИБС/КМП старше 50 лет. Однако только МПБ с паттерном ретроградной активации предсердий ассоциирована с 5-кратным повышением риска ФП у пациентов с ИБС и с 7-кратным увеличением риска ФП для пациентов с КМП в 3-летнем периоде.

МИКРОСОСУДИСТОЕ РЕПЕРFUЗИОННОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Русак Т.В., Гелис Л.Г., Шибекко Н.А., Медведева Е.А., Горбат Т.В., Модель А.Д.
ГУ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «КАРДИОЛОГИЯ», г. Минск, РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ

Введение (цели/ задачи):

Микрососудистая обструкция (МСО) и геморрагическое пропитывание миокарда (ГПМ) являются результатом нарушения микроциркуляции, несмотря на реканализацию инфаркт-связанной артерии и ассоциируются с неблагоприятным ремоделированием левого желудочка и плохим прогнозом. МРТ сердца с контрастным усилением является значимым неинвазивным методом верификации МСО и ГПМ. Цель: оценить частоту развития МСО и определить ее влияние на сократимость миокарда у пациентов с ИМпST после первичного чрескожного коронарного вмешательства (пЧКВ).

Материал и методы:

В исследование включено 154 пациентов с ИМпST, перенесших пЧКВ (139 мужчин, 15 женщин, возраст $54,1 \pm 10,3$ года). МРТ-

визуализация выполнялась на 5±3 сутки и через 3 месяца после пЧКВ. Были получены Cine, T2-ВИ, T2* и отсроченные серии. Проанализировано влияние размера МРП на размер мионекроза и отека миокарда, фракцию выброса (ФВ) и объемы ЛЖ. В зависимости от наличия МРП, выявленного по данным МРТ, пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 74 пациентов с микрососудистым реперфузионным повреждением, во вторую группу вошли 79 пациентов без данных изменений.

Результаты:

У пациентов с МРП наблюдался значительный размер некроза миокарда, выраженный в% от массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ) и размер отека миокарда, выраженный в% от ММЛЖ, по сравнению с пациентами без МРП ($p < 0,0001$). Установлена достоверная положительная корреляция между размером МРП и размером мионекроза ($p < 0,0001$), размером отека миокарда ($p < 0,0001$). Выявлена отрицательная корреляция между размером МРП и значениями ФВ ЛЖ ($p < 0,001$), а также положительная корреляция между размером МРП и индексированными показателями конечно-систолического и конечно-диастолического объемов, измеренные к 3 месяцу наблюдения ($p < 0,01$ и $p < 0,001$ соответственно). Было обнаружено, что размер МРП $> 2,01\%$ от ММЛЖ может быть предиктором снижения ФВЛЖ к 3 месяцу от ИМ (AUC=0,75 (95% ДИ, 0,65-0,82, $p < 0,0001$).

Заключение:

МРП ассоциируется со значительным размером отека миокарда, размером инфаркта, а также с дилатацией ЛЖ и снижением ФВ ЛЖ в динамике. Размер МРП может быть предиктором снижения ФВ ЛЖ в раннем постинфарктном периоде.

НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Крылова С.Г., Абдраманова С.С.,
Рахимова А.Б., Каримова З.З.

КГП на ПХВ «ПОКЦ»,

г. Павлодар, Республика Казахстан

Введение (цели/ задачи):

Острый коронарный синдром является проявлением коронарной катастрофы, в результате которой резко ухудшается или прекращается вовсе кровоснабжение участка сердечной мышцы. В этой ситуации, в зависимости от совокупности разных факторов (продолжительности, распространенности, возраста пациента, анамнеза жизни и заболевания, инструментальных и лабораторных данных и далее) очень важно оценить степень риска развития фатальных осложнений для определения тактики ведения пациентов. Цель. Определить наиболее часто встречаемые нарушения сердечного ритма при остром коронарном синдроме на догоспитальном этапе.

Материал и методы:

Проанализированы 150 случаев с острым коронарным синдромом, которым проводилось электрокардиографическое исследование сердца с мониторингом сердечного ритма.

Результаты:

У 33 пациентов (22%) регистрировались различные виды нарушения ритма сердца. Наджелудочковые экстрасистолы имели место у 11 пациентов (33,3%). У всех пациентов гемодинамика оставалась стабильной. После купирования болевого синдрома в 4-х случаях экстрасистолы «ушли» без применения антиаритмических препаратов, в 3-х экстрасистолы купированы применением В – блокаторов. Пароксизм фибрилляции предсердий зафиксирован у 4-х пациентов, бригадой скорой помощи применялся амиодарон в/в 300-450 мг в комплексе оказания по-

мощи при остром коронарном синдроме. Гемодинамика была стабильной, на догоспитальном этапе достигнута нормосистолия. В большинстве случаев у 22 пациентов (66,7%) имели место желудочковые нарушения ритма. Основную часть представляли желудочковые экстрасистолы. Редкие желудочковые экстрасистолы – у 13 пациентов, что составило 59%, частые желудочковые экстрасистолы – у 5 пациентов (22,7%) и у 4 пациентов (18%) зафиксированы политопные экстрасистолы. АВ блокада 3 степени сопровождала острый коронарный синдром в 2-х случаях, в одном случае – АВ блокада 2 степени Мобитц 2 с частотой сокращения желудочков 50 в мин.

Заключение:

При остром коронарном синдроме с сопутствующими нарушениями сердечного ритма, чаще встречаются желудочковые формы аритмий. Некоторые из них представляли реальную угрозу для жизни пациента. Это в очередной раз подтверждает необходимость мониторинга сердечного ритма при остром коронарном синдроме на догоспитальном этапе для своевременного принятия мер по стабилизации состояния пациента.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ АОРТОАРТЕРИИТ: СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Попова А.А., Кайро В.А.

ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России,

г. Новосибирск, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Неспецифический аортоартериит (НАА) или болезнь Такаюсу – заболевание, характеризующееся неспецифическим продуктивным воспалением стенок аорты, ее ветвей с облитерацией их устьев, а также крупных артерий мышечного типа. Патология очень редко встречается, в том числе на амбулаторном этапе, что определяет ее актуальность.

Материал и методы:

Описание клинического случая.

Результаты:

Пациентка К., 35 лет, обратилась с жалобами на головную боль без четкой локализации, которую она связывала с подъемами АД до 170/100 мм. рт. ст., боль в шее, онемение левой руки, головокружение при подъеме левой руки вверх, слабость и зыбкость левой верхней конечности, общую слабость. Из анамнеза известно, что в 2018 г. (с 29 лет) впервые появилась головная боль, купировалась НПВС. С 2019 г. пациентка начала регистрировать частые эпизоды повышения АД, с целью контроля АД по назначению врачей принимала различные антигипертензивные препараты, без стойкого эффекта. Существенное ухудшение отметила в марте 2020 года, когда после стресса появились вышеописанные жалобы. Неоднократно обращалась по этому поводу к кардиологу и терапевту поликлиники, однако эффективной терапии подобрать так и не удалось. В этом же году был поставлен диагноз: НАА тип 5, хроническое течение с поражением восходящего и брюшного отделов аорты, подключичных, сонных артерий с формированием стеноза левой общей сонной артерии, левой внутренней сонной артерии и наружной сонной артерии, активность II. Осложнение основного заболевания: Симптоматическая артериальная гипертензия II степени, стадия 2, риск 3. Не курит. Наследственность по заболеваниям сердечно-сосудистой системы не отягощена. Объективно: над левой общей сонной артерией и подключичной артерией слева систолический шум, акцент 2 тона на аорте. АД 160/84 мм. рт. ст. на левой руке и 152/80 мм. рт. ст. на правой руке. В обследовании: в ОАК лейкоцитоз, СОЭ 65 мм/ч. ОАМ: протеинурия (300 мг/дл). Б/Х крови: холестерин 7,64 ммоль/л, сиаловые кислоты 3,2 моль/л, ЦИК 113 ед.,

при норме 6-66 ед, СРБ 42,0 мг/л, гипергаммаглобулинемия 38 г/л, креатинин 89,0 мкмоль/л, СКФ 85 мл/мин/1,73 м². повышенный уровень антиинкулеарного фактора титры 1:160. ЭхоКГ: утолщение стенки восходящей аорты и дуги аорты (5-6 мм) и концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка. Оценка глазного дна: выявлена ангиопатия сетчатки в виде сужения артерий и расширения вен. УЗИ сонных артерий: резкое утолщение медиа-интимального слоя общей сонной артерии справа (1,2-1,5 мм) до уровня средней трети, а также ее расширение; сужение просвета левой общей сонной артерии на всем протяжении (до 70%) за счет резкой гипертрофии медиа-интимального слоя (1,4-1,6 мм), более выраженное в области бифуркации (около 90%), сужение устья внутренней сонной артерии (на 70-80%), ускорение кровотока в области левой общей сонной артерии внутренней сонной артерии (до 2,5 м/с в сравнении с правой внутренней сонной артерией, где скорость не превышала 0,40 м/с). КТ в ангиорежиме: диффузное утолщение стенок аорты и отходящих от нее сосудов, наблюдающееся до отхождения нижней брыжеечной артерии и максимально выраженное в дуге аорты (просвет до 5 см), субокклюзия просвета левой общей сонной артерии (просвет до 1,3 мм), сужение просвета левой подключичной артерии (до 6 мм) и окклюзия чревного ствола (с формированием множественных коллатералей).

Заключение:

Данный клинический случай доказывает сложность диагностики и терапии пациентов с болезнью Такаюсу, так как от начала клинического проявления до установления диагноза прошло 2 года, при этом эффективной терапии на протяжении 6 лет так и не удалось подобрать.

НЕФАТАЛЬНЫЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ СОБЫТИЯ И ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛЕВЫХ ЗНАЧЕНИЙ ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Седых Д.Ю., Кашталап В.В., Барбараш О.Л.

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

Введение (цели/ задачи):

Цель работы: изучить различия частоты экстренных нефатальных сердечно-сосудистых событий и их характера в зависимости от достижения целевых значений параметров кардиоваскулярного благополучия через год после инфаркта миокарда (ИМ).

Материал и методы:

150 пациентов, госпитализированных с ИМ в 2021 году, были включены в проспективное годовое наблюдение, по результатам которого оценивались: 1) частота и характер нефатальных экстренных сердечно-сосудистых событий (госпитализаций); 2) достижение живыми пациентами целевых значений основных параметров, так называемого, кардиоваскулярного благополучия (артериального давления (АД) <130/80 мм рт. ст., холестерин липопротеидов низкой плотности (Хс-ЛПНП) <1,4 ммоль/л, частоты сердечных сокращений (ЧСС) в покое 55-60 в минуту). Возраст пациентов исследования составлял 60 (50; 66) лет, 68,7% пациентов – мужчины, 78,7% – состояли в браке или проживали с партнером, 71,3% – городские жители, 52% – работающие, 28% – с высшим образованием, 86% – с имевшимся ранее сердечно-сосудистым анамнезом. Сбор информации осуществлялся на очном визите с помощью анализа данных медицинской документации (выписные эпикризы, амбулаторная карта) и сбора анамнеза, проведенного физикального обследования. Далее выполнялся сравнительный статистический анализ.

Результаты:

В течение года после ИМ развились 23 (15,3%) нефатальные экстренные сердечно-сосудистые госпитализации: в 5 (3,3%) случаях их причиной стал повторный ИМ, в 15 (10%) – нестабильная стенокардия, в 1 (0,7%) – ишемический инсульт, в 2 (1,3%) – декомпенсация постинфарктной хронической сердечной недостаточности (ХСН). 8 (5,3%) пациентов были исключены из дальнейшего анализа в виду развития смерти в течение года после ИМ. Среди оставшихся живыми 142 пациентов с ИМ целевые значения АД были достигнуты 78,2%, ЧСС в покое – 47,9%, Хс-ЛПНП – 26,1%. Пациенты, не достигшие каждого из трех показателей через год от ИМ, по сравнению с достигшими, чаще имели экстренные нефатальные госпитализации по сердечно-сосудистому поводу, с большей частотой нестабильной стенокардии в качестве причины нахождения в стационаре (в зависимости от достижения/недостижения АД: $p=0,001$ и $p=0,001$; ЧСС в покое: $p=0,023$ и $p=0,023$; Хс-ЛПНП: $p=0,039$ и $p=0,016$).

Заключение:

У 15,3% пациентов с ИМ развиваются однолетние нефатальные экстренные кардиоваскулярные события (3,3% повторных ИМ, 10% нестабильных стенокардии, 0,7% ишемических инсульта, 1,3% декомпенсации постинфарктной ХСН). Целевые значения АД через год достигают 78,2% живых пациента с ИМ, ЧСС в покое – 47,9%, Хс-ЛПНП – 26,1%. Недостижение пациентами каждого из трех показателей, в отличие от достижения, характеризуется значимо большей частотой развития экстренных нефатальных сердечно-сосудистых событий, преимущественно нестабильных стенокардий, что следует учитывать при оптимизации вторичной профилактики

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Полозкова И.Г.¹, Корчажкина Н.Б.¹, Рыбаченко М.С.², Евсеев Е.П.¹, Фролова Ю.В.¹

¹ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского», г. Москва, Российская Федерация;
²ГКБ № 67 имени Л.А. Ворохобова ДЗМ, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Фибрилляция предсердий (ФП) является широко распространенной формой наджелудочковой аритмии, частота которой продолжает расти в связи со старением населения, и растущим бременем факторов риска, таких как ожирение, артериальная гипертония, метаболический синдром, ишемическая болезнь сердца (ИБС), обструктивное апноэ сна, чрезмерное употребление алкоголя, курение и гиподинамия, сахарный диабет (СД). В настоящее время распространенность ФП составляет 1%-2% населения в целом, с значительным увеличением частоты встречаемости с возрастом и сопутствующей патологией <1,0% в 50 лет, до 4% в 65 лет и 12% в 80 лет. Известно, что повторный пароксизм ФП регистрируется у 75% больных в течение года после первого эпизода. В настоящее время для профилактики и лечения ФП, доступны различные методы, направленные на электропатологию, включающие модификацию образа жизни, фармацевтическую и нутрацевтическую терапию, катетерную абляцию, нейромодуляцию. За последнее десятилетие ряд проведенных исследований демонстрируют, что для наилучшего лечения ФП требуется множество заинтересованных сторон, приверженных предоставлению комплексной медицинской высокотехнологичной помощи, ориентированной на пациен-

та. Цель исследования: оценить эффективность и ближайший результат криобаллонной абляции (КБА) устьев легочных вен в сочетании с антиаритмической терапией (ААТ) на тяжесть симптомов аритмии с помощью оценки функционального класса по модифицированной шкале mEHRA, а также влияние КБА на систолическую функцию левого желудочка (ЛЖ), динамику уровня NT-про BNP.

Материал и методы:

В исследование приняли участие 59 пациентов (26 женщин и 33 мужчин) от 45 до 75 лет (средний возраст составил 63,3 года) с высокосимптомной пароксизмальной и персистирующей формами ФП, без существенного клинического результата от проводимой ААТ, с отягощенным коморбидным фоном. Все пациенты получали оптимальную лекарственную терапию, учитывая сопутствующую патологию и антикоагулянтную терапию. Пациенты были разделены на 2 группы. Первая группа пациентов включала тех, у кого была пароксизмальная фибрилляция предсердий (n=39), вторая группа – пациенты, у кого наблюдалась персистирующая фибрилляция (n=20). Всем 59 пациентам провели хирургическое лечение фибрилляции предсердий с использованием КБА. Длительность наблюдения составила 6 месяцев после процедуры КБА (контрольные точки – три и шесть месяцев). Клиническое состояние оценивалось по шкале mEHRA, параметрам трансторакальной эхокардиографии (ЭхоКГ), уровня сердечного биомаркера NT-проBNP. Кроме того, было проанализировано количество повторных госпитализаций после проведения оперативного вмешательства.

Результаты:

Через 3 и 6 месяцев после вмешательства в группе с пароксизмальной и персистирующей ФП наблюдалось статистически достоверное снижение уровня NT-про BNP. 1-ая группа: изначально- 1842,00 пг/мл, через 3 мес. – 897,67 пг/мл, через 6 мес. – 471,72 пг/мл. 2-ая группа: изначально- 5493,50 пг/мл, через 3 мес. – 854,00 пг/мл, через 6 мес. – 127,70 пг/мл. Через 6 месяцев наблюдения пациентов данных групп отмечено нарастание ФВ ЛЖ, по сравнению с данными до операции: 1-ая группа: изначально – 52,72%, через 3 мес. – 56,22%, через 6 мес. – 59%. 2-ая группа: изначально – 28,50%, через 3 мес. – 52,50%, через 6 мес. – 61,00%. Через шесть месяцев после вмешательства все пациенты из группы с пароксизмальной ФП относились к первому классу mEHRA. Что касается группы с персистирующей ФП, большинство пациентов 90% остались в первом классе, класс IIa – 5%, класс IIb – 5% mEHRA. После выполнения КБА, в течение шести месяцев мониторинга, количество повторных госпитализаций в обеих группах статистически не отличалось. В группе с пароксизмальной формой ФП однократно было госпитализировано с целью проведения электрической кардиоверсии по поводу рецидива ФП 3 (8%) пациента; во второй группе однократно подвергались госпитализации 3(15%) пациента, 1 (5%) был госпитализирован за период наблюдения трижды; однократно 3 участника из группы персистирующей ФП были госпитализированы в связи с развитием пароксизма трепетания предсердий. Важно отметить, что повторные пароксизмы ФП преимущественно наблюдались у пациентов с метаболическим синдромом, которые не были привержены к терапии и игнорировали рекомендации по модификации образа жизни.

Заключение:

Ежегодный уровень заболеваемости ФП постоянно растет, несмотря на то что фибрилляция предсердий редко представляет острую опасность для жизни, она значительно влияет на качество жизни и ассоциируется со значительными рисками развития кардиоваскулярных патологий, приводящих к летальному исходу. В последние несколько лет внимание кардиологическо-

го сообщества направлено на изучение хирургических методик лечения наджелудочковых аритмий. Опубликованные результаты рандомизированных исследований, демонстрируют эффективность КБА для восстановления и удержания синусового ритма у пациентов с фибрилляцией предсердий, в том числе в качестве терапии первой линии. Еще одним важным фактором является расширение доступности в использование абляции. На сегодняшний день КБА в сочетании с ААТ у пациентов с пароксизмальной и персистирующей формами ФП, в том числе с осложненным коморбидным фоном, является эффективной альтернативой медикаментозному ритм-контролю лечению для удержания синусового ритма при долгосрочном наблюдении.

О БАЗОВЫХ ВОЗМОЖНОСТЯХ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ДИАГНОСТИКЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Аляви А.Л., Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А.,
Узиков Ж.К., Муминов Ш.К., Исхаков Ш.А.,
Вирхов И.П., Аширбаев Ш.П.

ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ»,

г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Изучение базовых возможностей некоторых моделей искусственного интеллекта(ИИ) для диагностики ишемической болезни сердца(ИБС).

Материал и методы:

Создается разработка модели RET Found из представленных данных ЭКГ, ЭхоКГ, МСКТ основных клинико-биохимических показателей с помощью SSL для выявления заболеваний. Базовая модель ИИ, обученная на большом количестве данных в любом масштабе, которую можно применять для решения последующих задач. Для диагностики заболеваний идентифицированы и использованы для классификации четко определенные патологии. При выполнении задач наблюдали анатомические структуры, связанные с заболеваниями (мышцы, сосуды, клапанный аппарат, проводящая система). Для каждой задачи обучается модель с различными случайными начальными числами с перетасовкой обучающих данных.

Результаты:

Общее количество эпох обучения — 50, а первые десять эпох предназначены для повышения скорости обучения (от 0 до скорости обучения 5×10^{-4}), за которым следует график косинусного отжига (от скорости обучения от 5×10^{-4} до 1×10^{-6} в остальные 40 эпох). После каждого эпохального обучения модель будет оцениваться на проверочном наборе. Системные данные о состоянии здоровья получены на основе данных статистики больничных эпизодов (HES), касающихся госпитализации пациентов, с упором на сердечнососудистые заболевания. RETFound обеспечивает производительность и эффективность этикетирования при адаптации к этим задачам по сравнению с другими моделями, в том числе предварительно обученными на ImageNet-21k с традиционным трансферным обучением. Выявляется интерпретация эффективности обнаружения заболевания RETFound с помощью качественных результатов по контролю переменных, показывая, что заметные области изображения отражают установленные знания из литературы. Для задач диагностики заболеваний выбрали общедоступные наборы данных. Для задач прогнозирования использовали группу из исследования Moorfields AlzEye (MEH-AlzEye). Наборы проверочных данных, используемые для диагностики заболеваний, проверялись исключительно на набо-

рах данных Узбекистана. При этом создается модель RETFound из представленных данных ЭКГ, ЭхоКГ, МСКТ с помощью SSL и используем его для выявления заболеваний. RETFound обеспечивает производительность и эффективность этикетирования при адаптации к этим задачам по сравнению с другими моделями, в том числе предварительно обученными на ImageNet-21k с традиционным трансферным обучением. Модели адаптируются к тщательно подобранным наборам данных МЕН-AlzEye путем точной настройки и внутренней оценки тестовых данных. Внешняя оценка. Модели настраиваются на МЕН-AlzEye и проходят внешнюю оценку. RETFound достиг значительно более высокого AUROC во всех внутренних оценках и большинстве внешних оценок. Для каждой задачи мы обучали модель с различными случайными начальными числами, определяя перетасовку обучающих данных, и оценивали модели на тестовом наборе, чтобы получить пять реплик. Системные данные о состоянии здоровья получены на основе данных статистики больничных эпизодов (HES), касающихся госпитализации пациентов, с упором на сердечно-сосудистые заболевания. Для каждого пациента включается изображение введенных данных только за одно посещение, чтобы избежать потенциальной систематической ошибки из-за непоследовательных индивидуальных посещений. Для внутренней оценки мы разделили группы пациентов на обучающие, проверочные и тестовые наборы в соотношении 55:15:30%. Обучающий набор используется для пересмотра параметров модели для достижения целевой функции. Для предварительной обработки изображений CFP использовали AutoMorph, автоматизированный инструмент анализа изображений с использованием кубической интерполяции. Кодировщик использует большое видение Transformer — (ViT-large) с 24 блоками Transformer и размером вектора внедрения 1024. Результаты выполнения задач оцениваются с помощью AUROC и AUPR, вычисляемых на основе рабочих характеристик приемника и кривых точности отзыва классификаторов соответственно. Применяя развитые алгоритмы, способные обрабатывать огромные объемы данных и в течение нескольких секунд предоставлять врачу всестороннюю оценку имеющейся медицинской информации, можно существенно повысить эффективность работы врача, не удлиняя время приема и даже сокращая нагрузку.

Заключение:

Предварительно сформирован набор технологий для создания ИИ по диагностике ИБС. Результаты практического применения этого сравнительного тестирования будут представлены по завершению исследований.

ОБЪЕМНАЯ ФРАКЦИЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО КОЛЛАГЕНА МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ШУМА

Мясоедова Е.И.¹, Тарасова Е.А.²,

Степанов М.М.³, Егорова Л.А.¹

¹ФГБУ ДПО «ЦГМА» УДП РФ,

г. Москва, Российская Федерация;

²ФГБУЗ Клиническая больница № 85 ФМБА России,

г. Москва, Российская Федерация;

³ФГБУ Клиническая больница № 1 УДП РФ,

г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Оценить в сравнительном аспекте объемную фракцию интерстициального коллагена (ОФИК) миокарда левого желудочка у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), работающих в

условиях производственного шума и пациентов с артериальной гипертензией (АГ), не имеющих вредных производственных факторов.

Материал и методы:

В исследование включено 40 пациентов с АГ II стадии, работающих в условиях производственного шума (1 группа) (средний возраст 47 [39; 61] лет) и 40 пациентов с АГ II стадии, не имеющих вредных производственных факторов (2 группа) (средний возраст 48 [40; 62] лет). Диагноз устанавливался в соответствии с клиническими рекомендациями «Артериальная гипертензия у взрослых» (2020 год) Министерства здравоохранения Российской Федерации и формулировался по Международной классификации болезней (МКБ-10, Женева, 1992 год). Расчет ОФИК миокарда левого желудочка производился по формуле разработанной Shirani J. и соавторами на основании показателей общего вольтажа комплекса QRS в двенадцати стандартных отведениях ЭКГ, роста пациента и показателя ММЛЖ по данным ЭхоКГ (по формуле Penn Convention): $ОФИК (\%) = (1 - 1,3 \times (\text{общий } QRS(\text{мм}) \times \text{рост (м)}) / (\text{ММЛЖ (г)})) \times 100$, где ОФИК — объемная фракция интерстициального коллагена, ММЛЖ — масса миокарда ЛЖ. Референсными значениями ОФИК считался диапазон 2-6%. Статистическую обработку данных проводили с использованием программы «Statistica 12.0» (Stat Soft, Inc., США).

Результаты:

В 1 группе пациентов показатель ОФИК миокарда левого желудочка составил 9,1 [6,5-10,4]%, во 2 группе пациентов он был статистически значимо ниже и составил 7,9 [6,2; 9,1] (p=0,038). Это можно объяснить тем, что пациенты 1 группы помимо основных факторов риска развития АГ подвергались воздействию производственного шума, который вызывает перенапряжение нервной системы и сердечно-сосудистой системы и приводит к трансформации сердечной мышцы посредством молекулярных, метаболических и ультраструктурных изменений кардиомиоцитов и внеклеточного матрикса.

Заключение:

У пациентов с артериальной гипертензией II стадии, работающих в условиях производственного шума более выражены фиброзные изменения в миокарде, чем у пациентов артериальной гипертензией II стадий, не имеющих вредных производственных факторов. Это может в более ранние сроки приводить к снижению растяжимости миокарда и развитию его дисфункции, а в долгосрочном периоде ускорять развитие сердечной недостаточности и сердечно-сосудистых осложнений.

ОНЛАЙН-КАЛЬКУЛЯТОР ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Колоцей Л.В., Сагун Я.Р.

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

Введение (цели/ задачи):

Стратификация риска у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца (ИБС) важна для принятия решений о дальнейшей тактике ведения (консервативной или инвазивной). Однако существующие шкалы не могут использоваться для верификации развития и прогрессирования обструктивного коронарного атеросклероза, «золотым стандартом» диагностики которого остается инвазивный метод – коронароангиография (КАГ). Стоит отметить, что проведение КАГ сопряжено с определенным риском для пациента; по разным данным, он составляет до 2% и коррелирует с опытом оператора и используемой тех-

ной. Кроме того, необходимо учитывать такие особенности, как высокая стоимость исследования и побочные эффекты, связанные с введением контрастного вещества, что подчеркивает необходимость оптимизации отбора лиц, подлежащих обследованию. В настоящее время не существует оптимального алгоритма учета данных клинико-анамнестических и лабораторных параметров для стратификации риска при хронической ИБС, поэтому они должны быть рассмотрены в качестве дополнения к стандартным критериям расчёта предстеновой вероятности (ПТВ) для того, чтобы определить общую клиническую вероятность наличия ИБС, особенно у пациентов с ПТВ от 5 до 15%. Целью исследования была разработка онлайн-калькулятора для прогнозирования выявления гемодинамически значимого поражения КА у пациентов с хронической ИБС на основе выявления клинико-анамнестических показателей, лабораторных и инструментальных маркеров.

Материал и методы:

В исследование включено 100 пациентов с хронической ИБС и ССН ФК I–III, направленных для проведения диагностической КАГ с целью верификации диагноза ССН. Всем пациентам была выполнена КАГ по методике Judkins (1967 г.) в условиях рентгеноперационной на ангиографических установках «Philips Azurion 7» и «GE Innova 3100 IQ». Всем пациентам выполнялись инструментальные и лабораторные методы исследования, в том числе определение уровней липидных фракций сыворотки крови энзиматическим колориметрическим методом и уровня интегрин бета-3 сыворотки крови методом иммуноферментного анализа. Статистический анализ выполнялся с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 12.0. Для разработки онлайн-калькулятора и оценки его диагностической точности использовали метод дискриминантного анализа. Исследование было выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики и принципами Хельсинкской Декларации.

Результаты:

Алгоритм пошагового дискриминантного анализа был оставлен на шестом шаге, в результате чего в конечную модель включено шесть достоверных предикторов: индекс массы тела $\geq 29,0$ кг/м² ($p=0,036$), ССН ФК III ($p=0,004$), фрагментация комплекса QRS в 2 и более отведениях стандартной ЭКГ ($p=0,012$), уровень ОХС $\geq 5,0$ ммоль/л ($p=0,035$), индекс атерогенности $\geq 1,57$ ($p=0,017$) и уровень интегрин бета-3 ≥ 92 пг/мл ($p=0,0001$). Таким образом, для оценки риска развития обструктивного поражения КА у пациентов с хронической ИБС получено уравнение: $Z=0,41 \cdot X_1 + 0,86 \cdot X_2 + 0,42 \cdot X_3 + 0,22 \cdot X_4 + 0,4 \cdot X_5 + 0,6 \cdot X_6 - 1,27$, где X_1 – индекс массы тела ($1 - \geq 29,0$ кг/м², $0 - < 29,0$ кг/м²); X_2 – ССН ФК III ($1 -$ да, $0 -$ нет); X_3 – fQRS в 2 и более отведениях стандартной ЭКГ ($1 -$ да, $0 -$ нет); X_4 – уровень ОХС сыворотки крови ($1 - \geq 5,0$ ммоль/л, $0 - < 5,0$ ммоль/л); X_5 – индекс Каstellи II ($1 - \geq 1,57$, $0 - < 1,57$); X_6 – уровень интегрин бета-3 сыворотки крови ($1 - \geq 92$ пг/мл, $0 - < 92$ пг/мл). Для практического применения был произведен пересчет данных. Стандартизированные коэффициенты были округлены до целых чисел, и проведена замена зашифрованных показателей на значения коэффициентов. Таким образом, общая сумма набранных пациентом баллов может составлять от 0 до 8. При проведении ROC-анализа на исходной выборке получено пороговое значение в 4 балла (AUC – 0,83 (0,75–0,91, $p < 0,001$), чувствительность – 69,7%, специфичность – 90%). Применение шкалы на тестовой выборке продемонстрировало чувствительность – 57,2%, специфичность – 75,1%, AUC – 0,734 (0,643 – 0,865, $p=0,011$).

Заключение:

Возможность расчета показателя вероятности развития обструктивного поражения КА у пациентов с хронической ИБС ре-

ализована посредством онлайн-калькулятора. Простота и удобство использования данной модели определяют возможность её использования как на амбулаторном этапе, так и в условиях стационара любого уровня с целью уточнения показаний к проведению инвазивных методов исследования и лечения, применение которых позволит оптимизировать диагностику, возможности прогнозирования и выбор стратегии терапии ИБС.

ОПЫТ КОРРЕКЦИИ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ НА БАЗЕ ГБУЗ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

ГУМЕРОВА Г.М., НИКОЛАЕВА И.Е.,
РАХМАТУЛЛИНА Ю.З., ЕРМОЛАЕВ Е.Н.
ГБУЗ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР, г. УФА, РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

Введение (цели/ задачи):

Организация медицинской помощи пациентам кардиологического профиля, находящихся на противоопухолевой терапии

Материал и методы:

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов пролеченных на кардиоонкологической койке в ГБУЗ РКЦ. Госпитализированным пациентам проведена: 1) количественная оценка структур сердца – толщина стенок, объемы камер сердца, состояние клапанного аппарата. Оценка систолической функции выполнена путем определения: фракции выброса методом «Симпсона», глобального продольного strain левого желудочка (GLSLV), диастолической дисфункции (IVRT) с использованием тканевого доплера. 2) коронароангиография, 3) УЗДС магистральных артерий, 4) холтеровское мониторирование ЭКГ, 5) определение NTpro BNP

Результаты:

За период с января 2019– март 2024 гг. в ГБУЗ РКЦ пролечено 626 пациентов имеющих онкологические заболевания. Наиболее часто встречались пациенты с раком молочной железы – 156 случаев (24,9%), раком предстательной железы 110 случая (17,6%) и 76 случая с колоректальным раком (12,1%). Все госпитализированные пациенты были на учете у онколога по месту жительства, получали противоопухолевую терапию с применением различных схем, чаще всего использовались схемы включающие антрациклины. По результатам анализа наибольшее количество пациентов в анамнезе имели различные формы ишемической болезни сердца – 393 пациента (62,8%), 45 пациентов (7,2%) были госпитализированным с острым инфарктом миокарда, у 105 пациентов (16,8%) диагностировали нарушения ритма сердца ит.д. По результатам коронароангиографии стентирование коронарных артерий проведено 102 пациентам (16,3%), 15 (2,4%) проведено аортокоронарное шунтирование, 3 пациентам (0,7%) имплантировали ЭКС. Большинство пациентов эхокардиографические исследования проводились на фоне ранее назначенной противоопухолевой терапии, в результате анализа были получены следующие результаты: фракция выброса составила $64 \pm 1,5\%$, глобальный продольный стрейн левого желудочка в среднем $14 \pm 2,5\%$, показатели диастолической функции Епик – 45 ± 3 см/сек, Апик – 63 ± 3 см/сек, соотношение Е/А = $0,70 \pm 0,1$, время ускорения раннего диастолического наполнения 50 ± 5 мс, время замедления раннего диастолического наполнения 150 ± 4 мс, время изоволюметрического расслабления (IVRT) 120 ± 1 мс. После начала кардиопротективной терапии направленной на профилактику кардиотоксичности, с использованием ИАПФ, БРА, БАБ, АМКР (дозы препаратов подбирались индивидуально) пациентам про-

веден контроль ЭХОКГ, по результатам которого выявлено, что фракция выброса осталась прежней и составила 64%, выявили средние показатели фракции выброса 65%, глобальный продольный стрейн ЛЖ увеличился до $16\pm 2\%$. При оценке диастолической функции максимальная скорость раннего диастолического наполнения (Епик) составила 65 ± 1 см/сек, максимальная скорость кровотока во время предсердной систолы (Апик) – 40 ± 2 см/сек, соотношение $E/A=1,62\pm 1,2$. Время ускорения раннего диастолического наполнения (Тасс) 72 ± 2 мс. Время замедления раннего диастолического наполнения (Тдес) 141 ± 3 мс. Время изоволюметрического расслабления левого желудочка (IVRT) $69\pm 1,0$ мс. Исходя из вышеизложенных результатов, следуют, что показатели фракции выброса, определенные методом Симпсона, существенно не изменялись. Более чувствительным методом оценки сократимости миокарда является глобальный продольный strain ЛЖ, т.к. он реагирует уже на ранних этапах кардиопротективной терапии.

Заключение:

Таким образом, очевидно, что для решения задач такой важной междисциплинарной проблемы, как кардиоонкология, для разработки и внедрения единой стратегии профилактики, диагностики и успешного лечения пациентов с сочетанными онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями необходимо объединение усилий кардиологов, онкологов, химиотерапевтов, лучевых терапевтов и специалистов в области визуализирующих технологий.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Абдуллаев А.Х.¹, Аляви Б.А.¹, Узоков Ж.К.¹, Орзиев Д.З.¹, Пулатов Н.Н.¹, Курмаева Д.Н.², Азизов Ш.И.¹

¹ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ», г. Ташкент, Узбекистан;
²Центр передовых технологий, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Изучить эффективность комплексного подхода к лечению и кардиореабилитации (КР) пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС) с сахарным диабетом после стентирования коронарных артерий (СКА).

Материал и методы:

Под наблюдением были больные ИБС стабильной стенокардией (СС) напряжения III-IV функционального класса (ФК) с сахарным диабетом 2 типа (СД2), подвергшиеся СКА (50) и получавших стандартную терапию (аспирин+клопидогрел, β-адреноблокаторы, статины, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента) и сахароснижающие препараты по рекомендации эндокринолога. Пациенты I-й группы (20) получали дополнительно растительный препарат Миокардин по 2 таблетке 2-3 раза в день за 5-10 минут до еды, в течение 20 дней. Все больные занимались ЛФК по соответствующей программе, е/д. 20 пациентов (по 10 из каждой группы) дополнительно занимались на аппарате FCXT fluid recumbent cycle с тренировкой по индивидуально подобранным программам. Исходно и в динамике (через 3 и 6 месяцев) изучали показатели ЭКГ, стесс-ЭХОКГ, оценивали жизнеспособность миокарда, доплерографию, ВЭМ, липидов (общий холестерин (ОХС), ХС липопротеидов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП и ХСЛПВП), триглицериды (ТГ), полиморфизм генов 9p21 (rs 2383206 и rs 10757272).

Результаты:

У 64% обследованных выявлена атерогенная дислипидемия и более высокий индекс массы тела. При сочетанных поражениях КА (две-три) чаще выявляли более низкий уровень ХСЛПВП. Изучение липидного спектра выявило более высокие показатели ОХС – $7,2\pm 0,6$; ТГ – $2,3\pm 0,2$; ХСЛПНП – $3,7\pm 0,26$ ммоль/л у больных ИБС СС IV ФК по сравнению с таковыми у больных с III ФК: $6,6\pm 0,29$; $3,0\pm 0,28$; $1,2\pm 0,11$ ммоль/л и более низкое содержание уровня ХСЛПВП у больных ИБС СС IV ФК, чем у больных с III ФК: соответственно $1,2\pm 0,1$ и $1,15\pm 0,14$ ммоль/л. ХС после трехмесячной терапии аторвастатином снизился на 23% ($p<0,05$), ХСЛПНП на 26%. Розувастатин уменьшил эти показатели соответственно на 30 и 36%. ХСЛПВП на фоне терапии аторвастатином увеличился на 6%, а содержание ТГ уменьшилось на 30% ($p<0,05$). Розувастатин увеличил первый показатель на 8% и уменьшил второй на 38%. При анализе распределения генотипов и аллелей в изучаемой группе было выявлено: Аллель G – 41 (68%), аллель A – 19 (32%), наблюдается преобладание аллеля G в 2,1 раз. Генотип GG выявлен у 14 пациентов (47%), а мутантный генотип AA только у 3 пациентов (10%), тогда как гетерозиготы обнаружены в 43% случаев ($n=13$). По результатам генотипирования полиморфного локуса G681A идентифицированы 3 генотипа – GG, AG и AA. Наиболее распространенным генотипом является генотип GG (47%), а у носителей гетерозиготного генотипа GA (43%) регистрируется сниженная активность фермента. Генотип AA обнаружен у 10% пациентов. Пациентам с медленным типом метаболизма необходимо снижение дозы клопидогрела с целью уменьшения побочных реакций. Индивидуально дозированные физические тренировки (ФТ) повышали их физическую работоспособность, улучшали показатели центральной гемодинамики. При применении длительных контролируемых ФТ умеренной интенсивности на этапе КР у больных ИБС с полной реваскуляризацией миокарда после СКА, ранние признаки нормализации диастолической функции определяются уже через 3 месяца, а у больных с неполной реваскуляризацией – позже. Длительно контролируемые ФТ умеренной интенсивности увеличивали толерантность к физической нагрузке. Интенсивность и длительность упражнения 20-30 мин 3-4 раза в неделю. Рекомендуемая общая продолжительность занятий 25-60 мин., а ритм их выполнения должен быть структурирован — разминка 5-10 мин., непосредственно нагрузка 20-40 мин., расслабление 5-10 мин. Чем старше пациент, тем менее он тренирован, тем более длительной должна быть стадия разминки. Достаточными для поддержания здоровья считают физические нагрузки с регулярной частотой не реже 3-4 раз в неделю. В программы КР включаются не только физические упражнения, но и другие лечебные физические факторы, модулирующие ФР развития ИБС. Пациенты с хронической ИБС и СД2 характеризовались низким уровнем приверженности терапии (43-78%), при этом «критическим» является период после 6 месяцев от начала лечения и КР.

Заключение:

Эффективность и прогноз оперативных вмешательств зависят от тактики ведения больных ИБС, выбора оптимального метода реваскуляризации (стентирование или шунтирование), адекватности программ КР, в том числе от использования наиболее эффективных способов ФТ.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕФРАЛОНА ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ/ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С/БЕЗ ОРГАНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА

Эшонкулов Ш.А., Райимбердиев Р.У.,
Махмудов Х.Н., Саломов А.А., Ёров Дж.Э.,
Дехконов О.Х., Эшонкулов М.Ш.

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

Введение (цели/ задачи):

Фибрилляция/трепетание предсердий (ФП/ТП) считаются одним из самых распространенных нарушений ритма сердца во всем мире. Они развиваются примерно у 1-3% населения планеты. По данным Фремингемского исследования (2015 г.) за последние 50 лет распространенность ФП у мужчин увеличилась в 4,7 раз, у женщин в 3,6 раза. Разобщенность работы предсердий и желудочков при ФП ведет к перегрузке и нарушению насосной функции сердца, а также возникновению условий для тромбообразования и к серьезным последствиям. Одним из наиболее серьезных осложнений ФП является инсульт: ФП является причиной развития около 25% ишемических инсультов, и её наличие у человека увеличивает в 5 раз частоту развития кардиоэмболического инсульта и системных тромбоэмболий, при этом следует отметить, что 25% инсультов при ФП имеют атеротромботическую природу, что, по-видимому, связано с сосудистой коморбидностью и системностью таких заболеваний, как атеросклероз и артериальная гипертензия (АГ), а также с установленной повышенной активностью свертывающей системы крови у пациентов с ФП. В течение жизни 30–35% пациентов с нелеченой ФП переносят инсульт. В наибольшей степени (в 17,6 раза) риск кардиоэмболий повышается, если у пациента имеются ФП и стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. Целью нашего исследования было изучить эффект Рефралона при купировании персистирующих форм ФП/ТП у пациентов с/без органического поражения сердца.

Материал и методы:

Группа исследуемых лиц составила 12 пациентов, из них: 8 мужчин (66,7%) и 4 женщины (33,3%). В исследование были включены пациенты с персистирующими формами ФП/ТП. С персистирующей формой ФП 8 пациентов (66,7%) и трепетанием предсердий (ТП) 2-пациента (16,7%), ФП/ТП отмечалось у 2-х пациентов (16,7%). Давность аритмического анамнеза от 12 до 190 дней, средний возраст $67 \pm 8,6$ лет. 92% составили больные с органическими поражениями сердца: ХРБС с протезированием аортального и митрального клапана (4 пациента – 36,4%), АГ, ИБС и ХСН с низкой фракцией выброса (ФВ) $34 \pm 6\%$ II-III ф/к (NYHA) (7 пациентов – 63,6%) и 8% больных без органических поражений сердца. Сопутствующие состояния: 66,7% желудочковые экстрасистолы (ЖЭС) II-IV градации по Лауну, 8,3% – предсердные экстрасистолы (ПЭС) и 16,7% – анемия, печеночная и почечная недостаточность. Всем пациентам проводились дополнительные методы исследования: ЭКГ, ЭхоКГ, Суточный холтер ЭКГ, лабораторные методы исследования (ОАК, ОАМ, АЧТВ, МНО, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевины, общий белок, альбумин, калий, натрий, холестерин и т.д.). На ЭхоКГ у 41,7% больных были расширены все полости сердца, у 41,7% оба предсердия и у 16,6% расширены только ЛП. Для восстановления синусового ритма у пациентов нами был применён препарат Рефралон – относящийся к антиаритмическим препаратам III класса. Введение препарата Рефралона производилось в условиях палаты интенсивной терапии! Введение препарата проводился в виде трех последовательных этапов: 1. Введение препарата в дозе 10 мг/кг массы тела, внутривенно в течение 2-3 мин. 2. При отсутствии эффекта (восстановление синусового ритма не произошло) через 15 мин повторное в/в введение в дозе 10 мг/кг массы тела (суммарная доза препарата 20 мг/кг массы тела). 3. При отсутствии эффекта (восстановление синусового ритма не произошло) через 15 мин повторное в/в введение в дозе 10 мг/кг массы тела (максимальная суммарная доза препарата 30 мг /кг массы тела). Следует отметить, что введение препарата прекращается на любом из этапов в случае: восстановления синусового ритма; урежения ЧСС < 50 уд/мин; увеличения длительности интервала QT > 500 мс; развития проаритмических эффектов.

Результаты:

Результаты:

Восстановление синусового ритма в разные сроки наблюдения отмечалось у всех пациентов, из них у 91,7% пациентов в течение 30 мин (из них у 1 пациента (8,3%) появилась ЖТ по типу Torsade de pointes во время и после 48 ч с последующим стойким восстановлением синусового ритма) и у 8,3% восстановление синусового ритма в течение 48 ч (с дополнительным приемом Кордарона 400 мг/сутки). Во время введения препарата восстановление ритма сердца отмечалось у 8,3% пациентов без появления дополнительных нарушений ритма сердца, у 25% пациентов отмечались ЖЭС I градации по Лауну и у 66,7% пациентов зарегистрированы ЖЭС II-III градации по Лауну. В течении 10-30 дней наблюдения повышение ФВ отмечалось у 41,7% пациентов и составляла $52 \pm 2\%$, у 58,3% пациентов ФВ составляла в среднем $42 \pm 4\%$. В течении 24-160 дней наблюдения на фоне приема поддерживающих доз антиаритмических препаратов (Биспролола 5 мг/сутки или Кордарона 400 мг/сутки) рецидивы ФП/ТП (пароксизм ФП на фоне приема биспролола) был отмечен у 1 пациента (8,3%).

Заключение:

Введение Рефралона при персистирующей форме ФП/ТП для восстановления синусового ритма оказалась эффективным у 100% пациентов. У одного пациента (8,3%) появились ЖТ по типу Torsade de pointes, но с благоприятным исходом, другие осложнения в виде ИМ, ОНМК, тромбозы периферических сосудов, летального исхода и т.д. не зарегистрированы.

ОСОБЕННОСТИ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С КОВИД-19

Теплова Н.В., Евсиков Е.М., Байрова К.И.,
Джексембеков А.Г., Варданян А.Г.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

По мере изучения последствий пандемии COVID-19 стало появляться больше информации о нереспираторных эффектах коронавируса. В целом ряде эпидемиологических исследований было установлено, что вирус COVID-19, SARS-CoV-2, поражает несколько систем органов, особенно легкие и сердце человека. Повышение уровня сердечных биомаркеров, особенно высокочувствительного тропонина и/или креатинкиназы MB, часто встречается у пациентов с инфекцией COVID-19. Оказание своевременной эффективной помощи этим больным в скоромпомощных условиях осложняется необходимостью экстренной диагностики и проведения интракоронарного вмешательства в условиях вирусного инфицирования пациентов и выбора тактики антитромботической терапии в послеоперационном периоде. Целью данного исследования стала попытка оценить эффективность и характер антитромботической и патогенетической терапии у больных с COVID-19 и вирусной пневмонией,

осложненных острым коронарным синдромом и инфарктом миокарда с подъемом сегмента-ST и без него, путем сравнения в группах с благоприятными и летальными исходами.

Материал и методы:

Всего в исследование было включено 83 больных COVID-19 с острым коронарным синдромом (ОКС) диагнозом острый инфаркт миокарда (ОИМ) или нестабильная стенокардия с вирусной пневмонией (или острыми нарушениями газообмена), из которых 45 пациентов умерли в стационаре, возраст от 53 до 87 лет, в том числе 25 мужчин, и 20 женщин, средний возраст $76,4 \pm 6,5$ года (группа 1). 38 больных с ОИМ были выписаны на амбулаторное долечивание, возраст от 45 до 85 лет, в том числе 24 мужчины, средний возраст $64,6 \pm 9,8$ года и 14 женщин, возраст $71,8 \pm 9,7$ года (группа 3). Группу сравнения составили 77 умерших в стационаре пациентов без ОИМ, с достоверными признаками острого почечного повреждения (ОПП), с повышением уровня сывороточного креатинина в 1,56-6,64 раза и нарушениями динамики мочевого выведения – 77 больных, в том числе 34 мужчины (возраст 41-85 лет, в среднем $70,1 \pm 7,8$ года) и 43 женщины (возраст от 47 до 88 лет, в среднем $72,5 \pm 7,4$ года), с летальными исходами в стационаре (группа 2).

Для диагностики острого коронарного синдрома и инфаркта миокарда использовали клинические, электрокардиографические, ангиографические (коронароангиография) и биохимические (ферментные) критерии острого коронарного синдрома (ОКС) и инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST. При госпитализации у 66 пациентов из 83 (79,5%) были экстренно выполнены чрезкожное интракоронарное вмешательство (ЧКВ), транслюминальная ангиопластика (ТЛАП) и стентирование, а в 3 случаях, в подостром периоде оперативная реваскуляризация — аортокоронарное или маммарокоронарное шунтирование.

Результаты:

Терапия антитромботическими препаратами в послеоперационном периоде проводилась при наличии признаков острого коронарного синдрома и почечной дисфункции, с учетом имеющихся Европейских рекомендаций [2017], так как у 40% умерших больных ОКС были диагностированы признаки острого почечного повреждения. Получены статистические данные свидетельствующие об улучшении жизненного прогноза у больных с ковид-19 и ОКС при применении препарата из группы блокаторов P2Y₁₂ АДФ-рецепторов тромбоцитов — прасугрела.

Заключение:

Терапия прасугрелом и тромбоцитарными антиагрегантами из группы ингибиторов P2Y₁₂ у больных с острым коронарным синдромом и инфарктом миокарда, осложненными вирусной инфекцией ковид-19 и пневмонией оперативного восстановления коронарного кровотока положительно связана с факторами влияющими на жизненный прогноз. Терапия профилактическими дозами низкомолекулярных гепаринов, в том числе в сочетании с антиагрегантами, может быть недостаточно эффективной у таких больных.

ОСОБЕННОСТИ АССОЦИАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВОСПАЛЕНИЯ, ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ, МАРКЕРОВ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА И ПОЧЕК С ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У КУРЯЩИХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ясюкайт Н.В., Барбук О.А., Денисевич Т.Л.,

Затолока Н.В., Русских И.И.,

Колядко М.Г., Павлова О.С.

ГУ РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) и курение имеют негативное однонаправленное влияние на сердечно-сосудистую систему, включая развитие эндотелиальной дисфункции, нарушение микроциркуляции, повышение жесткости крупных артерий, ремоделирование и гипертрофию миокарда левого желудочка (ЛЖ). Одним из патогенетических механизмов данных процессов может являться неспецифическое воспаление, интенсивность которого может отличаться у курящих и некурящих лиц с АГ. **Цель:** Изучить особенности взаимосвязи показателей воспаления, гематологических индексов и биохимических маркеров поражения сердца и почек с показателями ремоделирования и гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ) у курящих пациентов с АГ.

Материал и методы:

В исследование были включены 135 пациентов с неосложненной эссенциальной АГ I-II степени в возрасте от 18 до 60 лет, из них 70 мужчин и 65 женщин, средний возраст которых составил $51,53 \pm 6,88$ лет. Все пациенты имели неэффективный контроль АД (офисное АД $\geq 140/90$ мм рт. ст.). Критериями исключения являлись инфаркт миокарда, инсульт в анамнезе, сахарный диабет, ожирение III степени, нарушение функции щитовидной железы, наличие онкологических, аутоиммунных и воспалительных заболеваний. Проводился клинический осмотр с измерением офисного АД и выявлением факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний; выполнялись общий анализ крови с лейкоцитарной формулой и оценкой гематологических индексов (индекс системного иммунного воспаления (SII) – количество тромбоцитов, умноженное на количество нейтрофилов, разделенное на количество лимфоцитов; индекса системного воспалительного ответа (SIRI) – количество нейтрофилов, умноженное на количество моноцитов, разделенное на количество лимфоцитов; соотношение нейтрофилов к лимфоцитам (NLR); соотношение тромбоцитов к лимфоцитам (PLR); соотношение лимфоцитов к моноцитам (LMR); соотношение моноцитов к холестерину липопротеинов высокой плотности (MHR)); биохимический анализ крови с определением высокочувствительного СРБ, тропонина I и цистатина C; иммуноферментный анализ с определением концентрации в сыворотке крови интерлейкина-1 β , интерлейкина-6, интерлейкина-8, фактора некроза опухоли- α (ФНО- α); эхокардиографическое исследование сердца.

Результаты:

Доля курящих лиц из 135 пациентов с АГ, включенных в исследование, составила 20,74% (28 человек), из них 10 женщин и 18 мужчин, средний возраст которых составил $51,49 \pm 6,42$ лет. При проведении корреляционного анализа была выявлена связь курения с повышением гематологического индекса NLR ($r=0,23$; $p=0,009$). В подгруппе курящих пациентов с АГ отмечена положительная корреляционная связь концентрации ФНО- α и тропонина I с увеличением индекса массы миокарда (ИММ) ЛЖ ($r_{pb}=0,43$; $p=0,044$ и $r_{pb}=0,47$; $p=0,022$ соответственно), относительной толщины стенок (ОТС) ЛЖ ($r_{pb}=0,43$; $p=0,049$ и $r_{pb}=0,51$; $p=0,009$ соответственно) и толщиной межжелудочковой перегородки в диастолу (ТМЖПд) ($r_s=0,48$; $p=0,024$ и $r_s=0,42$; $p=0,037$ соответственно). Кроме того, увеличение

толщины задней стенки левого желудочка в диастолу и МЖПД было ассоциировано с повышением в сыворотке крови цистатина С ($r_{pb}=0,62$; $p<0,001$ и $r_s=0,61$; $p<0,001$ соответственно) в подгруппе курящих пациентов с АГ. Описанные корреляции не были выявлены в подгруппе некурящих пациентов с АГ.

Заключение:

В группе курящих лиц с АГ получена положительная ассоциативная связь с увеличением гематологического индекса NLR, а также ФНО- α , тропонина I и цистатина С с показателями гипертрофии ЛЖ, что может свидетельствовать о более тесной связи неспецифического воспаления с поражением органов-мишеней у данной категории пациентов.

ОСОБЕННОСТИ И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Хайдаров Ж.Г., Нуриллаева Н.М.

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ,

г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) у лиц молодого возраста становится всё более актуальной проблемой здравоохранения, что связано с изменением образа жизни и ростом факторов риска. Молодые люди подвержены воздействию таких факторов, как гиподинамия, стресс, неправильное питание, курение и злоупотребление алкоголем, что способствует развитию АГ. Особенностью заболевания в данной возрастной группе является бессимптомное или малосимптомное течение, что затрудняет раннюю диагностику и приводит к развитию осложнений в зрелом возрасте. Цель исследования: Определить факторы риска развития артериальной гипертензии у лиц молодого возраста, а также разработать и оценить эффективность профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости артериальной гипертензией в этой возрастной группе.

Материал и методы:

В исследование включены 150 молодых людей в возрасте от 18 до 35 лет. Участники разделены на две группы: Основная группа (лица с диагностированной артериальной гипертензией). Контрольная группа (лица с нормальным артериальным давлением). Источниками данных являются медицинские карты, анкеты и результаты обследований (анализы крови, уровень артериального давления, индекс массы тела и т.д.). Методы исследования: Разработаны анкеты для сбора данных о демографических характеристиках участников (возраст, пол), их образе жизни (уровень физической активности, привычки питания, наличие вредных привычек, уровень стресса), а также наличии семейной предрасположенности к артериальной гипертензии. Артериальное давление измерялось трижды в течение дня (утром, днём и вечером). Для более точной диагностики применялось суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Включало антропометрические измерения (рост, вес, индекс массы тела) для оценки наличия избыточной массы тела или ожирения. Биохимический анализ крови проводился для оценки уровня холестерина, липидного профиля, глюкозы и других показателей, ассоциированных с риском сердечно-сосудистых заболеваний и метаболических нарушений.

Результаты:

Установлено, что 23% ($n=35$) участников имели повышенное артериальное давление, соответствующее критериям артериальной гипертензии ($\geq 130/85$ мм рт. ст.). В контрольной группе, состоящей из лиц без гипертензии, доля таких участников составила 5% ($n=8$). Курение: 38% ($n=23$) участников с артериальной гипертензией курили, в то время как в контрольной группе

этот показатель составил 15% ($n=9$). Низкий уровень физической активности: 42% ($n=25$) участников с гипертензией вели малоподвижный образ жизни, по сравнению с 20% ($n=12$) в контрольной группе. Избыточная масса тела: 34% ($n=20$) участников с артериальной гипертензией имели индекс массы тела (ИМТ) >25 , что значительно выше, чем 10% ($n=6$) в контрольной группе. Средний уровень холестерина у участников с артериальной гипертензией составил 5,8 ммоль/л, что выше нормального диапазона ($\leq 5,2$ ммоль/л), в то время как у лиц в контрольной группе средний уровень холестерина составлял 4,6 ммоль/л. Индекс массы тела снизился в среднем на 1,8 кг/м² (с 27,5 до 25,7) у участников программы, тогда как в контрольной группе изменения были незначительными (с 26,8 до 26,4 кг/м²). У 55% ($n=28$) участников программы наблюдалось снижение уровня холестерина на 10-12%, а также улучшение показателей липидного профиля.

Заключение:

Артериальная гипертензия среди лиц молодого возраста является значимой медицинской проблемой, которая часто протекает бессимптомно, но сопровождается наличием ряда факторов риска, таких как малоподвижный образ жизни, неправильное питание, стрессы, курение и злоупотребление алкоголем.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА И ЭКСТРЕННОГО ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Арсеничева О.В.

ФГБОУ ВО «Ивановский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Иваново, Российская Федерация.

Введение (цели/ задачи):

У пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), согласно многочисленным исследованиям, повышен риск развития инфаркта миокарда (ИМ), по сравнению с популяцией в целом. Кроме того, наличие ХОБЛ ухудшает ранний и отдаленный прогноз у больных ИМ, в том числе прошедших экстренное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). В связи с этим представляет интерес характеристика атеросклероза венечных артерий и ЧКВ для определения возможных предикторов осложненного течения ИМ в дальнейшем. Цель исследования – выявить особенности морфологии поражения коронарного русла и экстренного ЧКВ у больных ИМ с сопутствующей ХОБЛ.

Материал и методы:

В группу наблюдения включены 48 больных ИМ с сопутствующей ХОБЛ (3 женщины и 45 мужчин, медианный возраст 67 [59; 74] лет), группу сравнения – 64 пациента с ИМ без ХОБЛ (19 женщины и 45 мужчин, медианный возраст 62 [53; 72] лет). Проспективное наблюдательное исследование проведено на базе кардиологического отделения для больных с острым коронарным синдромом Ивановской областной клинической больницы. Всем больным выполнялось комплексное лабораторное и инструментальное обследование, экстренно проводили коронарографию и стентирование симптомсвязанной венечной артерии. Статистическая обработка результатов исследования выполнялась с помощью программы IBM SPSS Statistics 26,0. Категориальные переменные представлены в виде абсолютных значений и процентов, количественные – медианы и межквартильного размаха. Количественные признаки сравнивались с помощью t-критерия

Стюдента, качественные – критерия χ^2 . Различия показателей оценивались как статистически значимые при $p < 0,05$.

Результаты:

По результатам коронарографии, у больных ИМ с ХОБЛ, по сравнению с пациентами без сопутствующей бронхолегочной патологией было значимо выше количество трехсосудистых поражений венечного русла (37,5% (n=18) и 20,3% (n=13) соответственно, $p=0,045$) и среднее число гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий (2,5 [1,5; 3,0] и 1,0 [1,0; 2,0] соответственно, $p=0,0001$). При анализе экстренного ЧКВ в группе наблюдения среднее число имплантируемых стентов (1,0 [1,0; 2,0] и 1,0 [1,0; 1,0] соответственно, $p=0,048$) и количество пациентов с установленными 2 и более сосудистыми протезами (31,3% (n=15) и 14,1% (n=9) соответственно, $p=0,028$) оказалось больше, чем в группе сравнения. Показатель среднего времени от начала клиники ИМ до интракоронарного вмешательства был приблизительно в 1,8 раз выше у пациентов с ХОБЛ (210 [105; 300] и 120 [90; 150] минут соответственно, $p=0,0001$).

Заключение:

У больных ИМ с ХОБЛ чаще наблюдалось множественное трехсосудистое атеросклеротическое поражение венечных артерий. Экстренное ЧКВ у этой категории пациентов характеризовалось более поздним проведением от начала болевого синдрома и необходимостью множественного стентирования венечных артерий для адекватной реперфузии миокарда по сравнению с больными без ХОБЛ.

ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ДИНАПЕНИЕЙ, ПРЕСАРКОПЕНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Неешпапа А.Г.¹, Каретникова В.Н.^{1,2}, Сваровская П.К.²

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт

комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», г. Кемерово, Российская Федерация;

²ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Кемерово, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Саркопения – генерализованное заболевание скелетной мускулатуры, характеризующееся низкой мышечной силой, уменьшением количества/качества мышц и снижением физической работоспособности. Отдельно выделяется термин «пресаркопения», которая является доклинической стадией саркопении и характеризуется снижением массы скелетных мышц без снижения мышечной силы или функции. В 2008 году Clark BC, et al. ввели термин динапения – изолированное снижение мышечной силы. Предполагается, что ИБС и саркопения имеют общие механизмы развития. Цель. Оценить распространенность динапении, пресаркопении у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), а также выявить особенности клинического портрета пациентов с сочетанием данных патологий.

Материал и методы:

В исследование включено 136 человек со стабильными формами ИБС. Для измерения мышечной силы пациентам выполнялась динамометрия. У женщин в качестве признака снижения мышечной силы рассматривалось уменьшение захвата <16 кг, у мужчин – менее 27 кг (что согласуется с рекомендациями Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 от 2019 г). Всем пациентам выполнялась компьютерная томография с последующим расчетом скелетно-мышечного индекса (СМИ, см²/м²) и эхокардиография по стан-

дартной методике. Пороговыми значениями СМИ, снижение относительно которых расценивалось как уменьшение объема мышечной ткани по сравнению с нормой, являлись 52,4 см²/м² для мужчин и 38,5 см²/м² для женщин. В случаях наличия у пациентов снижения СМИ по данным компьютерной томографии состояние расценивалось как пресаркопения; при снижении мышечной силы по данным динамометрии, состояние классифицировалось как динапения.

Результаты:

Установлено, что лица с пресаркопенией были представлены мужским полом и, закономерно, имели более высокий рост 175 (168; 179) см по сравнению с лицами, обладающими нормальной мышечной массой: рост 166 (159; 172,5) см ($p=0,001$), однако индекс массы тела при наличии пресаркопении был меньше – 27,3 (24,4; 30,3) кг/м² и 29,5 (25,8; 33,1) – у лиц без данной патологии ($p=0,02$). При сравнении эхокардиографических параметров установлено меньшее значение медианы фракции выброса левого желудочка среди пациентов с пресаркопенией – 62% (52,2; 64), при медиане фракции выброса, раной 65% (61; 69) в группе пациентов без пресаркопении ($p=0,0040$). Конечный диастолический объем, конечный систолический объем, конечный диастолический размер и конечный систолический размер были в группе пациентов с пресаркопенией больше в сравнении с остальными пациентами ($p < 0,05$), при этом конечный систолический объем в группе пресаркопении превышал верхнюю границу нормы, а остальные показатели соответствовали нормативному диапазону. У пациентов с пресаркопенией чаще регистрировался перенесенный инфаркт миокарда (24 пациента, 68,6% от данной группы) против 41 пациента (46,6%) – из группы без пресаркопении ($p=0,02$). Пациенты с динапенией отличались по следующим параметрам: соответствовали более старшему возрасту – 68 (65,6; 71,4) лет по сравнению с остальной выборкой – 65 лет (63; 67,9), большей своей частью были представлены женщинами (74,2%) с менее высоким ростом – 164 (159,6; 165,4) см по сравнению с лицами без динапении – 170 (168; 172) см ($p < 0,05$). У пациентов с динапенией чаще в анамнезе встречался сахарный диабет 2 типа и хроническая болезнь почек, ($p < 0,05$).

Заключение:

Пациенты с пресаркопенией и ИБС были представлены мужским полом, чаще имели в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда и, закономерно, большие размеры и объемы полости левого желудочка. Пациенты с динапенией и ИБС чаще принадлежали к женскому полу, имели более низкий рост, чаще имели сопутствующую патологию в виде хронической болезни почек и сахарного диабета.

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК

Тагаева Д.Р., Машарипова Д.Р., Закирова Г.А., Ибабекова Ш.Р., Утемуратов Б.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Поражения сердца и почек широко распространены в популяции и часто сочетаются, увеличивая смертность и риск осложнений. Развитие дисфункции почек (ПД) является одним из наиболее распространенных состояний, коморбидных с

ХСН. Снижение сократимости миокарда приводит к ухудшению функционального состояния почек, что, в свою очередь, может стать причиной прогрессирования ХСН. Цель исследования. Изучить показатели почечного кровотока у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в зависимости от степени дисфункции почек (ДП).

Материал и методы:

Обследовано 205 больных ХСН с I (59 больных), II (91) и III (55) функциональным классом (ФК) ХСН по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации. Средний возраст больных составил 60,5±7,16 лет. У всех больных определялся уровень креатинина сыворотки крови методом расчета скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-EPI. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от СКФ.

Результаты:

У больных с I ФК ХСН на уровне правой и левой почечной артерии Vs составил 57,7±7,6 см/сек и 54,7±9,3 см/сек, а Vd см/сек — 17,32±3,1 см/сек и 16,04±4,3. Показатель PI у данной группы больных среди группы больных составил 28,1% (p<0,001) и 23,7% (p<0,001), PI составил 0,71±0,05 при 6,7% (p<0,001) и 1,2% (p>0,05), снижение скорости Vmean — на 41,9% (p<0,001) и 36,5% (p<0,001), снижение Vd — на 22,4% (p<0,005) и 3,1% (p>0,05) см/сек соответственно по сравнению с показателями контрольной группы. У больных с ХСН II класса на уровне правой и левой почечной артерии отмечено увеличение PI — на 31,2% (p<0,001) и 23,6% (p<0,001) и PI — на 7,5% (p<0,001) и 1,1% (p>0,05), снижение скорости Vmean — на 55,9% (p<0,001) и 57,2% (p<0,001), Vd — на 35,3% (p<0,001) и 18,7% (p<0,001), Vs — на 16,8% (p<0,001) и 14,6% (p<0,001) соответственно по сравнению с контрольной группой; при ХСН III ФК на уровне правой и левой почечной артерии отмечено увеличение PI — на 29,7% (p<0,001) и 22,9% (p<0,001), снижение показателя Vmean — на 60,6% (p<0,001) и 56,2% (p<0,001), Vd — на 36,1% (p<0,001) и 19,1% (p<0,001), Vs — на 21,5% (p<0,001) и 18% (p<0,001) соответственно по сравнению с показателями контрольной группы. Нарушение функции почек ассоциировалось с ухудшением почечного кровотока: у пациентов с рСКФ≤60 мл/мин наблюдалось снижение Vs на 15,4% (p<0,01) и 17,8% (p<0,01) в правой и левой почечных артериях, Vd на 17,1% (p<0,05) и 18,3% (p<0,01), увеличение индекса резистивности на 12,9% (p<0,05) и 13,4% (p<0,05), индекса пульсативности на 9,9 и 11,1% по сравнению с этими показателями у пациентов с рСКФ>60 мл/мин.

Заключение:

У пациентов с ХСН и ПД показатели почечного кровотока были связаны как с тяжестью клинического течения заболевания, так и со снижением СКФ.

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОТЕЛИНА-1 И ФАКТОРА РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Тошев Б.Б., Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Юнусова Л.И., Раджабова Д.И.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

С помощью нашего исследования мы обнаружили, что анализ факторов VEGF и ET-1 является очень надежным кандидатом для прогнозирования ИБС и очень полезным фактором для оценки терапевтического эффекта L-аргигинина аспартата. Диагноз основывался на клинической картине — клинических признаках стенокардии напряжения II-III функционального

классов, перенесенном инфаркте миокарда (ИМ) в анамнезе или по электрокардиографическим признакам. Верификация диагноза основывалась на проведенной коронароангиографии и коронарной реваскуляризации.

Материал и методы:

В исследование были включены 52 больных ИБС, находящихся на амбулаторном наблюдении в ГУ «РСНПЦТ и МР» МЗ РУз. Средний возраст больных составил 55,94±1,29 лет, рост — 170,24±1,12 см, вес — 77,72±1,79 кг. В качестве контрольной группы (КГ) в исследование включены 20 здоровых добровольцев без признаков поражения сердечно-сосудистой системы, сопоставимого возраста и антропометрических характеристик.

Результаты:

В ходе исследования обнаружено, что гуморальные маркеры эндотелиальной дисфункции были достоверно повышены у больных ИБС по сравнению с группой здоровых добровольцев. Так концентрация VEGF у больных ИБС была увеличена в 10,1 раз (p<0,001), ET-1 — в 9,68 раз (p<0,001). У больных ИБС, несмотря на развитие эндотелиальной дисфункции, диаметр ПА не отличался от диаметра сосуда в группе здоровых лиц, как исходно, так и после 5-ти минутной компрессии артерии (результаты ПА у больных ИБС по сравнению с группой здоровых добровольцев).

Заключение:

С помощью нашего исследования мы обнаружили, что у людей, перенесших инфаркт миокарда, факторы VEGF и ET-1 значительно увеличились (p<0,05), в то время как ЭЗВД заметно снизился (p<0,05). Кроме того, выраженность дисфункции ЭЗВД также положительно связана с уровнем VEGF и ET-1.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И ЕГО ДИНАМИКА НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ

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

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России,

г. Краснодар, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Изучить особенности психоземotionalного статуса и его динамику на фоне комбинированной фармакотерапии у женщин с артериальной гипертонией (АГ) и тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР) в период менопаузы.

Материал и методы:

В исследование включены 60 пациенток женского пола с АГ и ТДР в менопаузальном периоде, без предшествующей, либо недостаточно адекватной антигипертензивной и психокорректирующей терапии: 29 пациенток (медиана возраста 58 лет) получали периндоприл+амлодипин+антидепрессант тразодон (группа 1), 31 пациентка (медиана возраста 59 лет) — кандесартан+амлодипин+антидепрессант тразодон (группа 2). Исходно и через 6 месяцев всем женщинам оценивался психоземotionalный статус с использованием Госпитальной Шкалы Тревоги и Депрессии (HADS). Статистическая обработка материала проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 12.0. Результаты считались статистически значимыми при p<0,05.

Результаты:

Проведенное в начале исследования тестирование выявило преобладание клинически выраженной тревоги в обеих женских группах: у 23 (79,4%) пациенток 1 группы и у 23 (74,1%) 2 группы. Параметры депрессии регистрировались реже, но также преобладали клинически выраженные: у 17 (58,7%) лиц 1

группы и 19 (61,3%) – 2 группы. На фоне проводимой терапии в обеих группах выявлен статистически регресс всех проявлений тревожно-депрессивной симптоматики. Однако детальный анализ показал более значимое улучшение по параметрам клинически выраженной тревожности, которые нивелировались у 19 (65,5%) человек из 1 группы и 22 (70,8%) – 2 группы. Менее выраженная позитивная динамика зафиксирована у пациентов по показателям клинически выраженной депрессии, которая снизилась в равных количествах в обеих группах: у 14 (48,4%) пациентов 1 группы и 15 (70,8%) – 2 группы.

Заключение:

У женщин с АГ и ТДР в менопаузальном периоде преобладает клинически выраженная тревога. Исследование продемонстрировало высокую эффективность в отношении проявлений тревожно-депрессивных расстройств обоих вариантов комбинированной фармакотерапии: периндоприл+амлодипин+тразодон и кандесартан+амлодипин+тразодон при лечении пациентов данной клинической группы. Однако более выраженное позитивное влияние отмечалось у женщин с клинически выраженной тревожностью. Полученные данные могут быть учтены при подборе и коррекции терапии женщин с АГ и ТДР в период менопаузы для возможного обеспечения более благоприятного прогноза.

ОСОБЕННОСТИ СОПРЯЖЕННОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И МАРКЕРОВ НЕКРОЗА МИОКАРДА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В СРАВНЕНИИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

ТАБАРОВ А.И.¹, КАСЫМОВ Ш.М.²,
РАХИМОВ З.Я.¹, НАРЗУЛЛАЕВА А.Р.¹

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

²ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино», г. Душанбе, Республика Таджикистан

Введение (цели/ задачи):

Сердечно-сосудистые заболевания составляют почти половину (48%) в структуре общей смертности, доля мужчин составляет – 43%, а женщин – 54% [2,4]. В США ИБС поражает 6,6 млн. женщин, из них 2,7 млн. переносят инфаркт миокарда, более 53 тыс. умирают вследствие его [1,8]. Среди причин смерти европейских женщин доля ИБС составляет 22%, среди мужчин – 21%. Уровень госпитальной смертности значительно выше у женщин, несмотря на снижение этого показателя за последние годы, чем у мужчин (более чем в 2 раза), особенно у женщин до 50 лет. Цель исследования: Изучить электрокардиографические нарушения острых форм ишемической болезни сердца у женщин в сравнении с мужчинами.

Материал и методы:

Нами было обследовано 127 пациентов с острыми формами ИБС: инфаркт миокарда (ИМ) с и без подъема сегмента ST, нестабильной стенокардией, госпитализированных в реанимационное отделение РКЦК. Больные были разделены на две группы по гендерному принципу: 1-ую группу составили женщины – 57 человек в возрасте 66±10 лет, 2-ую – мужчины в возрастном диапазоне – 63±11 лет. Всем больным проводилось антропометрия, клиническое исследование, электрокардиография (ЭКГ) и другие инструментальные методы исследования. проанализированы такие показатели, как ритм сердца, электрическая ось сердца

(ЭОС), наличие патологического зубца Q/QS, подъем (↑ST) или депрессия сегмента ST (↓ST), наличие отрицательного зубца T, а также локализация признаков ишемии, повреждения и некроза.

Результаты:

Синусовый ритм (СР) среди женщин встречался у 53 (92,9%), фибрилляция предсердий (ФП) у 4 (7,0%), трепетания предсердий (ТП) не наблюдалось, среди мужчин СР – в 62 (88,6%) случаев, ФП – 5 (7,1%), ТП – 2 (2,8%). Среди женщин направление ЭОС было следующим: нормальная – 16 (28%), горизонтальная – 8 (11%), отклонение влево – 37 (53%), тогда как среди мужчин: нормальная – 20 (29%), горизонтальная – 2 (3,5%), отклонение влево – 39 (68%), вертикальная – 4 (5,7%), отклонение вправо в 1 (1,4%). Что касается глубины изменений миокарда в результате действия гипоксии, то патологический зубец Q как признак некроза миокарда встречался у женщин в 24 (42,1%), у мужчин – 45 (64,3%) случаев. ↑ST среди женщин наблюдался в 21 (36,8%), тогда как среди мужчин этот показатель был выше – 33 (47,1%), признаки ишемии в виде ↓ST у женщин встречались в 18 (31,6%), у мужчин – в 15 (21,4%), отрицательный зубец T у женщин – 18 (31,6%), у мужчин – в 21 (30%) случаев. Что касается топической диагностики то среди женщин признаки некроза миокарда (патологический з. Q/QS) задней стенки встречался в 8 (14,0%) случаев, передней стенки – 16 (28,1%), у мужчин – 17 (29,8%) и 28 (40%) соответственно. Среди женщин ишемическое повреждение (↑ST) задней стенки наблюдалось в 6 (10%), передней стенки – в 15 (26,3%), тогда как у мужчин – 17 (24,3%) и 16 (22,8%), соответственно. Среднее значение тропонина I у женщин составил 4,1±5,2, у мужчин – 3,9±6,8 нг/мл. Высокий уровень кардиоспецифического фермента тропонина I (<2,4 нг/мл) был обнаружен среди женщин в 22 (38,6%) случаев, у мужчин – 26 (37,1%) случаев, и очень высокий уровень тропонина I (>2,4 нг/мл) – среди женщин в 25 (43,9%) случаев, у мужчин – 20 (28,6%) случаев. Таким образом среди женщин незначительно, но выше составляют показатели как высокого, так и очень высокого тропонина I, что может быть свидетельством более тяжелого течения инфаркта миокарда, также более обширной зоны ишемического повреждения и некроза.

Заключение:

ЭКГ-картина у женщин чаще представлена ишемическими изменениями, тогда как у мужчин – признаки некроза и ишемического повреждения, при этом маркеры некроза выше у женщин. Такое несоответствие в своевременности изменений ЭКГ высокому уровню тропонина I вносит женщин в группу риска лиц с недооценкой тяжести состояния особенно на догоспитальном периоде, и как следствие неблагоприятному течению острого инфаркта миокарда с формированием осложнений

ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИНГА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПО ГИПЕРТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ

ШАБАН Н.И.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького» Минздрава России, г. Донецк, ДНР

Введение (цели/ задачи):

Одной из важных проблем современной медицины является неуклонный рост кардиальной патологии, которая значительно сокращает продолжительность жизни и занимает ведущее место в структуре причин смертности населения. В педиатрической практике кардиальная патология представлена преимущественно невоспалительными заболеваниями, среди которых

в последнее десятилетие наблюдается превалирование вегетативных дисфункций, составляющих от 20% до 50% случаев в общей популяции. При этом нередко развивается именно гипертонический тип последней. Следствием длительно существующей вегетативной дисфункции с повышением артериального давления, является формирование артериальной гипертензии (АГ), которая регистрируется у 8-25% школьников, высокой вероятностью ее трансформации в ишемическую и гипертоническую болезни (ГБ). Данные обстоятельства диктуют необходимость своевременного скрининга и лечения данных пациентов для предупреждения формирования устойчивых форм АГ у детей. С этой целью в педиатрии перспективно внедрено суточное мониторирование артериального давления (СМАД), позволяющее достоверно оценить реальную распространенность заболевания, вариабельность систолического (САД) и диастолического (ДАД) компонентов АД, влияние средовых факторов на систему регуляции АД и оценить эффективность профилактических и лечебных мероприятий. Цель исследования: оценка показателей СМАГ у детей с синдромом вегетативной дисфункции (СВД) по гипертонзивному типу.

Материал и методы:

Обследовано 33 ребёнка в возрасте от 12 до 16 лет (20 мальчиков и 13 девочек) с СВД с повышением АД. Ведущими клиническими симптомами были: головные боли (72,7%), выраженная слабость (48,5%), снижение работоспособности и физической активности (75,8%), кардиалгии (24,2%), чувство нехватки воздуха (15,2%), расстройства сна (36,4%), боли в животе (9,2%). Всем пациентам проводили СМАД с помощью аппарата «Ритм-2000», оценивали: средние показатели систолического АД, диастолического АД, среднего АД (ср. АД) в сутки в дневное и ночное время, изучали суточный индекс (СИ). Полученные данные оценивались по центильным таблицам. Для расчетов параметров СМАД использовали значения 95-го перцентиля АД индивидуально для каждого пациента с учётом роста, возраста и пола.

Результаты:

Анализ результатов СМАГ выявил у 66,7% пациентов средний показатель суточного АД (дневного и ночного систолического и диастолического) соответствовал не более 90-го перцентиля. В 24,2% наблюдений отмечалось значительное учащение пульса ночью, что свидетельствовало о беспокойном сне ребёнка. Нормальное высокое АД зарегистрировано у 12,1% детей по уровню среднего дневного САД и у 6,1% по результатам среднего ДАД. У 9,1% обследованных по среднему ночному САД и у 6,0% по среднему ДАД находились в пределах 90-95-го перцентилей. У 6,1% детей выявлены значения АД выше 95-го перцентиля в дневное время по среднему САД и ДАД. Анализ СИ выявил, у большинства (75,8%) пациентов нормальные показатели САД и ДАД, соответствующий физиологическому типу суточного профиля АД (dippers). Недостаточное снижение ночного САД (тип non-dippers) отмечено у 9,1% детей. Таким образом, результаты СМАД позволили подтвердить у 72,7% детей вегетативную дисфункцию, а у 27,3% – АГ с последующим проведением им дополнительного обследования и назначения адекватной терапии.

Заключение:

Таким образом, в современных условиях чрезвычайно важно раннее выявление изменений уровня АД у детей. СМАД позволяет верифицировать отклонения в суточном ритме и величине АД и является важным методом для диагностики и лечения детей, как с СВД, так и с АГ. Своевременная диагностика и лечение вегетативных нарушений, артериальной гипертензии в детском и юношеском возрасте имеют первостепенное значение для снижения частоты сердечно-сосудистых заболеваний не только среди детей, но и среди взрослых.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Чернова А.А., Никулина С.Ю., Згневич И.М.
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Около 11% случаев развития артериальной гипертонии верифицируется в группе беременных женщин. Клинические варианты артериальной гипертензии при беременности включают артериальную гипертензию, имевшуюся до беременности (хроническая артериальная гипертензия — гипертоническая болезнь или симптоматическая артериальная гипертензия), гестационную артериальную гипертонию, хроническую артериальную гипертензию, осложненную преэклампсией, и преэклампсию/эклампсию. Наиболее грозное осложнение гипертонической болезни у беременных – преэклампсия. Следует учитывать влияние преэклампсии на дальнейшую жизнь и здоровье женщины, так как доказано, что перенесенное осложнение беременности (преэклампсия) способствует, провоцирует или утяжеляет существующие ранее заболевания сердца и сосудов у матери и ребенка в будущем. Этим, в том числе, обусловлена немаловажная роль диспансерного наблюдения за беременными женщинами с артериальной гипертонией. Точной этиопатогенетической картины преэклампсии до сих пор нет, наиболее жизнеспособной является плацентарная теория развития преэклампсии, определяемая распространенным вазоспазмом, развитием эндотелиального воспаления и дисфункцией, а также прогрессирующей полиорганной недостаточностью.

Материал и методы:

С целью ранней диагностики высокого риска преэклампсии и своевременного назначения профилактической терапии, в настоящее время используется, рекомендованный Министерством Здравоохранения Российской Федерации, алгоритм скрининга преэклампсии. Данный протокол включает в себя: выявление анамнестических факторов преэклампсии, суточный мониторинг артериального давления, анализ маркеров в сыворотке крови (связанный с беременностью плазменный протеин, и плацентарный фактор роста).

Результаты:

Парадигма развития артериальной гипертензии у беременных, согласно результатам последних исследований, это комплекс патогенетических нарушений, от гормонального дисбаланса до повреждения периферической сосудистой системы в целом и эндотелиальная дисфункция в частности. Основной мишенью во время беременности является сердечно-сосудистая система, так как с каждым триместром беременности происходит прирост массы тела женщины и плода, отмечается физиологическая гиперволемия, активизация маточно-плацентарного обмена. В период беременности, как следствие гипоксии юкста-гломерулярного аппарата, увеличивается выработка ренина, что запускает далее ренин-ангиотензин-альдостероновый каскад, что, в свою очередь, приводит к увеличению объема жидкости в организме беременной. Стратификация риска развития осложнений у пациенток с артериальной гипертензией в период беременности была проведена в исследовании Centre for Maternal and Child Enquiries» (СМАСЕ, 2010)[6]. Основным выводом этого исследования: коморбидность заболеваний у матери в период беременности увеличивает риск осложнений в период гестации от 2 до 10 раз (учитывая количество и тяжесть заболеваний). Опасность развития артериальной гипертензии во время беременности, несомненно, связана с развитием осложнений. Перечень осложнений определяется во многом тя-

жестью и длительностью артериальной гипертензии. На первом месте среди осложнений гипертонической болезни у беременных, несомненно, эклампсия, хотя значительный процент среди осложнений приходится и на рождение детей с низкой массой тела, ишемией головного мозга плода, возможная перинатальная смертность и другие. Развитие осложнений при артериальной гипертензии связаны с внутренними патологическими патогенетическими процессами в организме женщины: нарушения в коагуляционном каскаде, плацентарном кровотоке, развитии эндотелиального воспаления.

Заключение:

Перенесенная преэклампсия – это «мина замедленного действия», которая может проявить себя в любой период жизни матери и ребенка в виде целого спектра сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений. Дальнейшие исследования в этой области должны быть направлены на выяснение этиологического фактора развития преэклампсии, а также триггеров прогрессирования этого опасного заболевания. В настоящее время эти пробелы в наших знаниях не обеспечивают своевременную профилактику, а нередко и адекватное лечение этого заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Жалилов Ш.З., Шоалимова З.М.
Ташкентская Медицинская Академия,
г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Острые формы ишемической болезни сердца (ИБС) продолжают оставаться одной из наиболее актуальных проблем в медицине. Несмотря на несомненные успехи в изучении патогенеза и клиники, внедрение современных методов лечения и профилактики частота развития острых коронарных синдромов (ОКС) не снижается. Цель исследования. Выявление клинических, функциональных и лабораторных особенностей течения острого коронарного синдрома у пациентов с метаболическим синдромом, определение дополнительных прогностических маркеров неблагоприятного исхода заболевания.

Материал и методы:

В исследование включено 130 пациентов с ОКС: 38 человек с ОКС_{сн}ST, 92 – с ОКС_{бн}ST, находившихся на лечении в кардиореанимации многопрофильной клиники ТМА. Средний возраст пациентов составил 62,6±2,1 года. Диагноз устанавливался на основании клинико-anamnestических данных, инструментального и лабораторного обследования. Критериями включения явились: доказанный диагноз ОКС, согласие пациента на участие в исследовании. Группу контроля (n=52) составили пациенты, не имеющие необходимого для диагностики МС сочетания факторов риска. Все пациенты в госпитальном периоде и после выписки из стационара получали стандартизованную терапию, в соответствии с существующими рекомендациям ВНОК: бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, дезагреганты, антикоагулянты, статины, нитраты, в индивидуально подобранных дозах, с учетом противопоказаний. На всех этапах проводилось комплексное обследование пациентов, включающее антропометрию, определение степени ожирения путем вычисления индекса массы тела (ИМТ, ВОЗ, 1997 г.), оценку состояния углеводного, липидного и пуринового обмена, расчет индекса инсулинорезистентности НОМА-IR. Выявление клинических, функциональных и лабораторных особенностей течения острого коронарного синдрома у пациентов с метаболическим синдромом, определение дополнительных прогностических маркеров не-

благоприятного исхода заболевания.

Результаты:

В исследуемой группе (I) у всех (100%) пациентов регистрировалось абдоминальное ожирение (основной критерий МС, ВНОК 2009г.). Средний объем талии у женщин и у мужчин составил соответственно 90±1,7 и 103±2,1 см. При этом избыточная масса тела (ИМТ=25,0-29,9 кг/м²) отмечалась у 48 (61,5%) пациентов, ожирение I ст. – у 13 (16,7%), ожирение II ст. – у 12 (15,4%), ожирение III ст. – у 5 (6,4%) пациентов. Из дополнительных критериев МС дислипидемия отмечалась у 79,5% больных, дисгликемия – у 88,5% больных, эссенциальная гипертензия – у 74,4% пациентов I группы. В группе контроля абдоминальный тип ожирения не встречался, дислипидемия наблюдалась у 65,4% пациентов, дисгликемия – у 26,9%, артериальная гипертензия – у 69% больных. Больные с МС имели более выраженные нарушения углеводного обмена: у них достоверно чаще регистрировалась гипергликемия при поступлении в стационар, тощачковая и постпрандиальная гипергликемия и гиперинсулинемия, уровень гликированного гемоглобина и индекс инсулинорезистентности НОМА-IR был достоверно выше, чем в группе сравнения. Была выявлена прямая зависимость между степенью абдоминального ожирения и выраженностью инсулинорезистентности (НОМА-IR) (r=0,51; p<0,01). У пациентов с МС в 1,5 раза чаще наблюдалось осложненное течение ОКС, как в подгруппе ОКС_{сн}ST, так и в подгруппе ОКС_{бн}ST, причем более значимые различия регистрировались у пациентов с ОКС_{бн}ST. Наиболее частыми осложнениями явились нарушения ритма и проводимости (фибрилляция желудочков, желудочковая тахикардия, атриовентрикулярная блокада) и повторные эпизоды ишемии миокарда (развитие ранней постинфарктной стенокардии, рецидив ИМ). Для пациентов с МС отмечалась большая частота развития сердечной недостаточности (Killip class >II) и кардиогенного шока. Показатель летальности в госпитальном периоде у больных ОКС в I и II группах достоверно не различались, что вероятно обусловлено недостаточной статистической мощностью исследования.

Заключение:

Таким образом, метаболический синдром оказывает существенное влияние на течение и прогноз острых форм ИБС. ОКС в сочетании с МС характеризуется более тяжелым течением, частым развитием осложнений в остром периоде, таких как, желудочковые нарушения ритма, развитие острой левожелудочковой недостаточности, повторных эпизодов ишемии миокарда, тенденцией к прогрессированию сердечной недостаточности, удлинению сроков госпитализации. У пациентов с ОКС ассоциированным с МС отмечается высокая частота нарушений углеводного, пуринового обмена, липидный спектр крови обладает наибольшим атерогенным потенциалом. Сравнительная оценка клинической эффективности стандартизированной терапии ОКС, свидетельствует о необходимости интенсивного метаболического контроля в остром периоде ИБС, коррекции гипергликемии, инсулинорезистентности.

ОЦЕНКА ДЕЗАГРЕГАНТНОГО ЭФФЕКТА ИНГИБИТОРОВ P2Y12-РЕЦЕПТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТОВ В СРАВНЕНИИ С ПАЦИЕНТАМИ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

МАРКОВА А.С., БОГОВА О.Т., МИРЗАЕВ К.Б.

РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ,

Г. МОСКВА, РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: Сравнительная оценка антитромбоцитарного эффекта клопидогреля и тикагрелора у пациентов с острым коронарным синдромом среднего, пожилого возрастов с пациентами старческого возраста.

Материал и методы:

Исследование пациентов проводилось в отделении кардиореанимации на базе ГКБ №15 им. О.М. Филатова города Москвы. Все пациенты поступали в экстренном порядке в реанимационное отделение, при поступлении общее состояние пациентов после проведенного клинического и клинико-лабораторного обследования расценивалось, как средней степени тяжести или тяжелое. В исследование были включены пациенты с острым коронарным синдромом среднего, пожилого возрастов (45-74 лет) и старческого возраста (75-90 лет), принимающие дезагрегантную терапию ингибиторами P2Y12-рецепторов. Для определения антитромбоцитарного эффекта клопидогреля и тикагрелора проводилось исследование цельной нестабилизированной крови аппаратным методом на агрегометре VerifyNow P2Y12 («Accumetrics», США) на 2-ые сутки поступления пациента в стационар после проведения дезагрегантной терапии. В качестве индукторов агрегации тромбоцитов использовали АДФ. В основную группу вошли 70 пациентов старческого возраста, со средним возрастом 79,5 (75,0-83,0) лет, средней массой тела 85,4 (75,0-102,0) кг, средним ростом 152,9 (148,0-185,0) см и средним индексом массы тела (ИМТ) 26,9 (20,9-29,9) кг/м². Все пациенты получали антиагрегантную терапию ацетилсалициловой кислотой в дозе 125 мг и ингибитором P2Y12-рецепторов (клопидогрелем в нагрузочной дозе 600 мг однократно и в последующем по 75 мг в сутки или тикагрелором в нагрузочной дозе 180 мг однократно и в последующем по 90 мг в сутки). Контрольную группу составили 70 пациентов среднего и пожилого возраста, со средним возрастом 58,0 (53,0-65,0) лет, средней массой тела 81,0 (72,0-88,0) кг, средним ростом 169,0 (165,0-175,0) см и средним ИМТ 28,4 (25,4-29,8) кг/м². Все пациенты принимали ацетилсалициловую кислоту в дозе 125 мг и ингибитор P2Y12-рецепторов (клопидогрел в нагрузочной дозе 600 мг однократно и в последующем по 75 мг в сутки или тикагрелор в нагрузочной дозе 180 мг однократно и в последующем по 90 мг в сутки). Статистическая обработка проводилась с помощью программного пакета «STATISTICA 10.0» (StatSoft, USA). Проверку на нормальность распределения признака определяли с помощью W-теста Шапиро-Уилка. Описательный анализ включал расчет квартилей (Me, Q1-Q3) для не нормально и не симметрично распределенных параметров. Сравнительный анализ основывался на определении достоверности разницы показателей по критерию Манна-Уитни. Статистически значимыми считали различия между группами при $p < 0,05$.

Результаты:

При оценке тестирования агрегации тромбоцитов с помощью аппаратного метода VerifyNow у пациентов старческого возраста (основная группа) на 2-е сутки показатель единицы измерения агрегации тромбоцитов (PRU) составил 120,9 (48,5-205,0)

реакционных единиц (РЕ), что было статистически значимо выше ($p=0,03$), чем в группе пациентов среднего и пожилого возрастов (группа контроля) 96,06 (17,0-174,5) РЕ.

Заключение:

Таким образом, нами было выявлено, что при лечении острого коронарного синдрома ингибиторами P2Y12-рецепторов (клопидогрелем, тикагрелором) старческий возраст пациента коррелирует с более высокими показателями агрегации тромбоцитов (PRU) по сравнению со средним и пожилым возрастными пациентами.

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ К ТЕРАПИИ НОВЫМИ ПЕРОРАЛЬНЫМИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ

ТИМОШЕНКО О.Е.

УО «ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ», АССИСТЕНТ КАФЕДРЫ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ С КУРСОМ ФПКИП, Г. ГОМЕЛЬ, РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ

Введение (цели/ задачи):

Необходимость назначения антикоагулянтной терапии пациентам с различными формами фибрилляции предсердий с целью профилактики инсульта определяется по шкале CHA(2)DS(2)-VASc. В амбулаторной практике используются антикоагулянты непрямого действия, или оральные антикоагулянты, также они называются антагонистами витамина К, или непрямыми антикоагулянтами, а именно используется препарат данной группы варфарин, также используется новые оральные антикоагулянты, они имеют сопоставимую с варфарином эффективность в профилактике инсульта, данная группа включает такие препараты, как ривароксабан, апиксабан. Одним из преимуществ группы новых оральных коагулянтов является отсутствие необходимости контроля международного нормализованного отношения Цель: оценить приверженность к приему новых оральных коагулянтов, а именно ривароксабана и апиксабана, у пациентов с фибрилляцией предсердий, назначенных с целью профилактики инсульта. Задачи: определить количество и процент пациентов с различными формами фибрилляции предсердий, продолжающих прием антикоагулянтных препаратов, а именно ривароксабана и апиксабана, через 6 месяцев месяца после назначения им данных препаратов.

Материал и методы:

Исследование проводилось на базе поликлинического учреждения здравоохранения, изучены электронные амбулаторные карты 124 пациентов, которым назначались ривароксабан и апиксабан, с целью определить принимает ли пациент данные препараты через 6 месяцев после из назначения, для этого изучался раздел медицинской информационной системы «Леккар», в котором сохраняется информация о получении пациентами препаратов в аптеке, выписанных в форме электронного рецепта, у пациентов при личном визите на прием, посредством опроса по телефону. Пациенты были разделены на 3 группы. К первой группе были отнесены пациенты с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, без тромбоземболических осложнений в анамнезе, данная группа включала 34 человека. Ко второй группе были отнесены пациенты с постоянной и персистирующей формами фибрилляции предсердий без тромбоземболических осложнений в анамнезе, данная группа включала 77 пациентов. К третьей группе были отнесены пациенты с различными формами фибрилляции предсердий с перенесёнными инсультом, инфарктом в анамнезе – 13 человек

Результаты:

В первой группе пациентов продолжали регулярный прием новых оральных антикоагулянтов 16 человек – 47,0%, 3 пациента – 8,9% – прекратили прием препаратов по медицинским показаниям, рекомендации по отмене препарата даны лечащим врачом, 15 пациентов – 44,1% прекратили прием препаратов самостоятельно, без имеющихся на то медицинских показаний. Во второй группе 18 пациентов – 23,4% – прекратили прием препаратов самостоятельно, 2 пациента – 2,6% прекратили прием препаратов по медицинским показаниям, по рекомендации лечащего врача, 57 пациентов – 74% – продолжили прием препаратов. В третьей группе 1 человек – 7,7% прекратил прием по медицинским показаниям, 12 – 92,3% продолжили прием, рекомендованных препаратов.

Заключение:

Низкая приверженность к приему новых оральных антикоагулянтов сохраняется в группе пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий. Приверженность пациентов с постоянной и персистирующей формой выше, чем у пациентов с пароксизмальной формой, однако достаточно высок процент пациентов, прекративших прием лекарственных препаратов. В третьей группе пациентов, имеющих тромбоэмболические осложнения высокая приверженность пациентов к лечению, самостоятельного прекращения приема препарата не отмечалась. Получение данные свидетельствуют о необходимости повышения приверженности к лечению у пациентов с фибрилляцией предсердий, а именно повышению уровня информированности пациентов о возможных осложнениях имеющегося у них заболевания, потенциально приводящего к инвалидизации, а также возможно рассмотрение вопроса о льготном обеспечении пациентов с различными формами фибрилляцией предсердий бесплатными лекарственными средствами.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА ФОРТЕЛИЗИНА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Вязова Н.Л.¹, Колединский А.Г.², Рахими Н.А.², Маркин С.С.³, Семенов А.М.³

¹СМ-клиника, г. Москва, Российская Федерация;

²ГБУЗ Московской области «Сергиево-Посадская больница», г. Сергиев Посад, Российская Федерация;

³ФГАУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Изучить эффективность применения препарата фортелизин в реальной клинической практике.

Материал и методы:

Фортелизин вводился однократно болюсно в единой дозе 15 мг в течение 10 с вне зависимости от массы тела пациентов. Препарат метализе вводился однократно болюсно в течение 10 с в дозе 30–50 мг в зависимости от массы тела. Однолетние результаты исследования ФРИДОМ1 оценивались клиническими центрами путем телефонного контакта. Мониторинг применения препарата фортелизин осуществлялся врачами, врачами и фельдшерами скорой медицинской помощи путем заполнения листа мониторинга в период с июня 2013 г. по декабрь 2022 г. у 21 524 пациентов с ОИМпСТ.

Результаты:

В исследовании ФРИДОМ1 распределение пациентов в зависимости от массы тела в группах препаратов фортелизин (n=190) и

метализе (n=191) составило: до 60 кг — по 4 человека (p=1,00); от 60 до 70 кг — 21 и 23 (p=0,87); от 70 до 80 кг — 39 и 43 (p=0,71), от 80 до 90 кг — 63 и 47 (p=0,07); от 90 до 100 кг — 30 и 41 (p=0,19); свыше 100 кг — по 33 человека (p=1,00) в каждой из групп. Эффективность тромболиза по данным электрокардиографии в группах фортелизина и метализе составила: до 60 кг — по 75% (p=1,00); от 60 до 70 кг — 76% против 83% (p=0,72); от 70 до 80 кг — 82% против 86% (p=0,76); от 80 до 90 кг — 81% против 77% (p=0,64); от 90 до 100 кг — 80% против 81% (p=1,00); свыше 100 кг — 79% против 76% (p=1,00); всего 80% против 80% (p=0,87). Эффективность тромболиза по данным коронарной ангиографии (TIMI 2-3) в группах фортелизина и метализе составила: до 60 кг — 100% против 50% (p=0,43); от 60 до 70 кг — 81% против 67% (p=0,48); от 70 до 80 кг — 74% против 84% (p=0,41); от 80 до 90 кг — 70% против 72% (p=1,00); от 90 до 100 кг — 67% против 66% (p=1,00); свыше 100 кг — 58% против 64% (p=0,80); всего — 70% против 71% (p=0,76). Однолетняя выживаемость в исследовании ФРИДОМ1 в группах фортелизина и метализе составила 94% (p=0,91). По данным мониторинга, при введении фортелизина у пациентов с ОИМпСТ восстановление кровотока: по данным электрокардиографии отмечено у 16 573 из 21 524 пациентов (77%), по данным коронарной ангиографии (TIMI 2–3) — у 3724 из 5102 пациентов (73%). Госпитальная летальность составила 5,2% (1119 из 21524 пациентов), внутричерепное кровоизлияние развилось у 0,47% (у 101 из 21524 пациентов).

Заключение:

Применение препарата фортелизин в исследовании ФРИДОМ1 и реальной клинической практике в виде однократного быстрого (10 с) болюса в единой дозе 15 мг у пациентов с ОИМпСТ с любой массой тела показало свою высокую эффективность и безопасность, в том числе и на догоспитальном этапе в условиях скорой медицинской помощи.

ПАЦИЕНТ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ТАХИИНДУЦИРОВАННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ: ВЛИЯНИЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ

Бубешко Д.А.¹, Лискович Т.Г.², Санько Э.Г.²

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

²Гродненский областной клинический кардиологический центр, г. Гродно, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Практический интерес представляет сочетание фибрилляции предсердий (ФП) и сердечной недостаточности (СН) как двух наиболее распространенных заболеваний, ассоциированных с увеличением смертности. Стойкая тахикардия при ФП даже в отсутствии других причин может привести к дисфункции левого желудочка (ЛЖ), известной как тахи-индуцированная кардиомиопатия (ТикМП), которая при своевременном выявлении и выборе оптимальной тактики ведения является потенциально обратимой. Цель: оценить динамику ФВ ЛЖ у пациентов с ТикМП в зависимости от избранной стратегии ведения фибрилляции предсердий.

Материал и методы:

Обследовано 256 пациентов с персистирующей ФП и систолической дисфункцией ЛЖ (фракция выброса (ФВ) ЛЖ < 50% в В-режиме). При анализе возможных причин снижения ФВ ЛЖ у 143 пациентов – группа 1, выявлен ишемический генез, у 26 (10,2%) пациентов определены другие причины, у 87 пациентов – группа 2, исключен ишемический генез и единственной

вероятной причиной снижения ФВ ЛЖ явилась неконтролируемая тахисистолия. Диагноз был подтвержден ретроспективно у 62 (71,3%) из 87 пациентов после нормализации ФВ ЛЖ $\geq 50\%$ после устранения тахикардии или восстановления синусового ритма.

Результаты:

В группе пациентов с восстановлением ФВ ЛЖ $\geq 50\%$ у 45 (72,5%) пациентов была избрана тактика контроля ритма (электрическая кардиоверсия + поддерживающая антиаритмическая терапия). Среди пациентов с тактикой контроля ритма (группа 1) у большего числа пациентов отмечено восстановление ФВ ЛЖ $> 50\%$ (78,9%) по сравнению с лицами, кому была избрана тактика контроля ЧСС – группа 2 (21,1%) ($p < 0,01$). Исходное значение ФВ ЛЖ в обеих группах было сопоставимо, и составляло 41 (37,5; 46)% и 40,5 (37; 45)% соответственно. По показателям объемов и размеров предсердий и левого желудочка также не выявлено значимых различий. При сравнении имеющихся клинических, анамнестических и лабораторных данных исходно пациенты также были сопоставимы. Давность существования ФП составляла 7 (1; 7) и 9 (1; 10) месяцев, в обеих группах преобладали лица с длительностью симптомов СН < 6 месяцев (29 (76,3%) и 18 (75%) и 2-м функциональным классом (30 (78,9%) и 13 (54,2%), в группах 1 и 2 соответственно. Среднесуточная ЧСС (103 (92; 111) и 102 (94; 113) уд/мин) и дисперсии комплекса QRS (24 (15; 27) и 25 (15; 28) мсек) статистически значимо не различались. Не было выявлено различий и в уровне N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP, который в обеих группах превышал референсное значение и составлял 1354 (1003; 1820) пг/мл в группе 1 и 1463 (925; 1782) пг/мл в группе 2. При оценке скорости клубочковой фильтрации по формуле СКД-ЕРІ в обеих группах отмечено умеренное снижение функции почек: 53,7 (43,1; 67,5) и 55,3 (45,8; 69,6) мл/мин/1,73 м² в группах 1 и 2 соответственно. При проспективном наблюдении с медианой 18 (14; 25) месяцев пациентов с ТикМП оценивалась частота госпитализаций по причине прогрессирования СН. За время наблюдения 25 (40%) пациентам потребовалась госпитализация в стационар по причине прогрессирования симптомов СН. Критериями прогрессирования СН являлись нарастание клинических признаков/симптомов СН, снижение ФК NYHA, повышение концентрации NT-proBNP. По стратегии лечения среди пациентов с прогрессированием симптомов СН доминировала тактика контроля ЧСС – у 20 (80%) пациентов, по сравнению с лицами без прогрессирования СН, где в 88,9% случаев исходно была избрана тактика контроля ритма. При избрании тактики контроля ЧСС, придерживались стратегии «жесткого контроля ЧСС», однако не у всех пациентов это было достижимо. Средняя ЧСС на фоне проводимого лечения составляла 86 (74; 97) уд/мин.

Заключение:

Для пациентов с ТикМП избрание тактики контроля ритма позволяет достичь нормализации или улучшения систолической функции ЛЖ у большего числа пациентов по сравнению с тактикой контроля ЧСС. У пациентов с ТикМП избрание тактики контроля ритма ассоциировано с меньшей частотой прогрессирования симптомов СН, и связанных с этим госпитализаций по сравнению с тактикой контроля ЧСС.

ПЕРЦЕПЦИЯ БОЛИ И УРОВЕНЬ ЭНДОТЕЛИНА-1 У ПАЦИЕНТОВ С МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

ПЕТРОВА В.Б.¹, ПЕТРОВА А.Б.²,
ПЕТРОВА А.И.¹, ШУМКОВ В.А.¹

¹СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. И.И. МЕЧНИКОВА, Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ;

²ФГБУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ИМ. В.А. АЛМАЗОВА» МИНЗДРАВА РОССИИ, Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

Введение (цели/ задачи):

Патогенез микроваскулярной стенокардии (МВС) в настоящее время до конца не ясен, некоторые авторы считают одной из причин могут быть нарушения болевой (ноцицептивной) чувствительности. Целью настоящего исследования являлось изучение восприятия боли и уровня сыровоточного эндотелина-1 у больных МВС.

Материал и методы:

Всего обследовано 45 пациента с диагнозом МВС от 41 до 75 лет (средний возраст $58,02 \pm 1,15$ года) из них 34 женщины (76,1%) и 11 мужчин (23,9%). Критерии включения в группу с МСС (49 больных): боли в грудной клетке, положительный стресс-тест с физической нагрузкой, неизмененные коронарные артерии (КА) по данным коронарографии, наличие нарушения перфузии миокарда и снижение коронарного резерва по данным позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) миокарда в покое, при пробе с аденозином и холодовом тесте. Болевой синдром в грудной клетке отмечался у всех 45 больных. Всем испытуемым проводилось исследование функциональной активности ноцицептивных и антиноцицептивных систем методом ноцицептивного флексорного рефлекса на аппаратуре экспертного класса Nicolet VikingSelect, фиксировались значения порога боли (Пб), порога рефлекса (Пр) и для точного определения соотношения между болью и порогом рефлекса вычисляли коэффициент Порог боли/Порог рефлекса (Пб/Пр), который у здоровых равен примерно 0,9-1,0. Содержание эндотелина-1 в сыровотке периферической крови определяли методом ИФА (иммуноферментного анализа) с использованием коммерческих тест-систем «Endotelin 1-21» фирмы Biomedica Gruppe. Свежие образцы немедленно после забора крови были помещены на лед и центрифугированы в течение дня.

Результаты:

При исследовании НФР у пациентов с МВС по группе в целом были выявлены снижение порога боли, порога рефлекса и соотношения (Пб/Пр) по сравнению с нормальными значениями. В группе МВС Пб равнялся $9,5 \pm 0,59$ мА; Пр= $12,1 \pm 0,58$ мА; Пб/Пр= $0,78 \pm 0,02$. При изучении уровня эндотелина-1 у пациентов с МВС методом ИФА при норме 0,26 фмоль/л отмечалось повышение уровня данного пептида до $2,6 \pm 0,5$ фмоль/л. Был проведен корреляционный анализ между уровнем эндотелина-1 и параметрами НФР. Наблюдалась обратная выраженной силы корреляционная связь между уровнем эндотелина-1 и порогом боли ($-0,382$; $p < 0,01$), а также между уровнем эндотелина-1 и соотношением Пб/Пр ($-0,787$; $p < 0,01$).

Заключение:

У пациентов с МВС было выявлено снижение болевого порога и повышенный уровень эндотелина-1. Мы наблюдали достоверную связь между повышенным уровнем эндотелина-1 и сниженным болевым порогом у пациентов с МВС.

ПОЛ-АССОЦИИРОВАННЫЕ РАЗЛИЧИЯ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА УШКА ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Старченко А.Д., Лискова Ю.В.
ФГБОУ ВО ОРГМУ Минздрава России,
г. Оренбург, Российская Федерация;
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава
России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования. Изучить гендерные различия структурно-функциональных изменений миокарда ушка правого предсердия (УПП) у пациентов с сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ) в зависимости от её функционального класса (ФК).

Материал и методы:

В исследовании приняли участие 120 пациентов (n=60 мужчин и n=60 женщин) с СНсФВ I-IIА стадии, I-III ФК, поступавшие для проведения планового аортокоронарного шунтирования на базе кардиохирургического отделения ГАУЗ «ООКБ имени В.И. Войнова». У всех пациентов осуществлялся забор миокарда УПП для комплексного гистологического, морфологического и морфометрического анализа. Проведено попарное сравнение морфометрических показателей в исследуемых группах мужчин и женщин. Данные считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты:

У 120 пациентов причиной развития СНсФВ была ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия. Средний возраст мужчин и женщин, включенных в исследование, составил $65,18 \pm 6,04$ лет. При морфологическом исследовании биоптатов УПП выявлен диффузный характер повреждения всех структурных компонентов миокарда у пациентов исследуемых групп. Независимо от ФК СН происходило изменение размера и формы кардиомиоцитов (КМЦ) и их ядер – фенотипическая гетерогенность клеток (гипертрофически и атрофически измененные КМЦ). Обнаружены дистрофические (очаговый миоцитоз) изменения в структуре миокарда. Кроме того, выявлены изменения на уровне сосудов микроциркуляторного русла (извилистость и полнокровие синусоидов, сладжирование эритроцитов в просвете капилляров, периваскулярный склероз). Морфометрический анализ показал ряд гендерных различий структурно-функциональных изменений в биоптатах УПП в зависимости от ФК СНсФВ. При СН ФК I в миокарде женщин определялись преимущественно гипертрофированные КМЦ в отличие от мужчин той же группы (диаметр (d) КМЦ ($12,29 \pm 2,78 / 15,27 \pm 5,13$ мкм у мужчин и женщин, соответственно, $p = 0,000006$) и их ядер ($5,11 \pm 1,29 / 5,98 \pm 1,95$ мкм, $p = 0,0006$), площадь (S) ядер КМЦ ($30,85 \pm 11,79 / 42,57 \pm 26,48$ мкм², $p = 0,0007$) и S цитоплазмы ($168,34 \pm 53,77 / 255,80 \pm 181,49$ мкм², $p = 0,00003$)). Установлена тенденция к увеличению объемной плотности (ОП) КМЦ в миокарде мужчин ($41,71 \pm 10,11 / 37,20 \pm 12,44\%$, $p = 0,065$); при этом ОП стромы оказалась сопоставимой ($53,83 \pm 10,85 / 54,49 \pm 14,79\%$, $p = 0,59$). ОП капилляров ($8,24 \pm 6,76 / 18,87 \pm 14,75\%$, $p = 0,0031$) и, соответственно, трофический индекс (ТИ) ($0,27 \pm 0,25 / 0,67 \pm 0,57$, $p = 0,021$) оказались достоверно выше в группе женщин. При СН ФК II d ($4,99 \pm 1,16 / 5,12 \pm 1,68$ мкм, $p = 0,914$) и S ядер ($29,79 \pm 9,11 / 30,35 \pm 14,03$ мкм², $p = 0,34$) и S цитоплазмы ($163,50 \pm 58,14 / 156,91 \pm 69,96$, $p = 0,13$) сердечных миоцитов оказались сопоставимы у пациентов обоего пола. Установлена тенденция к увеличению d КМЦ ($12,58 \pm 2,53 / 12,18 \pm 3,46$ мкм², $p = 0,066$), а также достоверно более высокая ОП стромальных

соединительнотканых компонентов ($58,56 \pm 8,59 / 49,96 \pm 9,01\%$, $p = 0,0003$) в группе мужчин в сравнении с женщинами. В свою очередь, ОП капилляров ($6,64 \pm 5,69 / 14,33 \pm 9,69\%$, $p = 0,006$) и ТИ ($0,20 \pm 0,24 / 0,41 \pm 0,32$, $p = 0,021$), как и при ФК I, оказались достоверно более высокими в женской субпопуляции. Морфометрический анализ биоптатов УПП пациентов с СН ФК III показал, что d КМЦ ($12,88 \pm 12,45 / 13,14 \pm 3,16$ мкм, $p = 0,0001$) и их ядер ($4,98 \pm 1,34 / 5,54 \pm 1,53$ мкм, $p = 0,0002$), S ядер КМЦ ($30,80 \pm 13,42 / 34,49 \pm 15,31$ мкм², $p = 0,012$) и S цитоплазмы ($160,02 \pm 146,99 / 186,53 \pm 76,05$ мкм², $p < 0,001$) у мужчин достоверно ниже, чем в группе женщин. Показатели ОП стромы ($53,29 \pm 10,92 / 50,56 \pm 9,28\%$, $p = 0,27$), ОП КМЦ ($39,96 \pm 8,97 / 42,56 \pm 9,31\%$, $p = 0,32$), ОП капилляров ($11,01 \pm 7,51 / 11,02 \pm 7,43\%$, $p = 0,89$) оказались сопоставимы у пациентов обоего пола.

Заключение:

По результатам проведенного исследования установлены гендерные различия структурно-функциональных изменений миокарда УПП, сохраняющиеся независимо от ФК СНсФВ. Выраженная адаптивная реорганизация миокарда при ФК I в группе женщин (увеличение числа гипертрофированных КМЦ, рост ОП капилляров и ТИ), вероятно, связана с большим резервом и особенностями компенсаторных механизмов в женском сердце. Данная тенденция продолжает сохраняться и при увеличении тяжести СНсФВ, характеризуясь, при ФК II нарастанием дезадаптивных изменений в миокарде мужчин (рост ОП стромы, снижение ОП капилляров), но не женщин. При этом при III ФК СНсФВ в миокарде мужчин наблюдается тенденция в снижении темпов дезорганизации миокарда (уменьшение ОП стромы, увеличение ОП капилляров), а в группе женщин истощение компенсаторного потенциала миокарда.

ПОЛИМОРФИЗМ T-786C ГЕНА РЕГУЛЯТОРА NO-СИНТАЗЫ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК

Тагаева Д.Р., Машарипова Д.Р.,
Закирова Г.А., Садиева З.А.
ГУ «Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
терапии и медицинской реабилитации»,
г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Анализ скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у пациентов с различными аллельными и генотипическими вариантами полиморфизма T-786C гена NOS3 и выявление возможных ассоциаций между этими вариантами и нарушением функции почек у пациентов с ХСН. Полиморфизм T-786C связан с изменением экспрессии гена NOS3, что может приводить к дисбалансу продукции оксида азота (NO) и, как следствие, к развитию сердечно-сосудистых и почечных заболеваний.

Материал и методы:

В исследование было включено 200 пациентов с ХСН, из них 110 пациентов с СКФ > 60 мл/мин/1,73 м² и 90 пациентов с СКФ < 60 мл/мин/1,73 м². В качестве контроля использовались образцы ДНК от 120 практически здоровых доноров узбекской национальности.

Результаты:

В основной группе пациентов и контрольной выборке частота аллелей T и C составила 64,5% и 35,5% против 71,7% и 28,3% соответственно ($\chi^2 = 3,5$ и $p = 0,1$). Рассчитанный относительный шанс выявления мутантного аллеля C среди пациентов со-

ставил $OR=1,4$ (95%ТI: 0,98–1,97) по сравнению с контролем. Следовательно, носительство данного аллельного варианта полиморфизма T-786C гена NOS3 связано с повышенным риском развития почечной дисфункции у пациентов с ХСН. Частота распределения генотипов T/T, C/T и C/C в группе пациентов составила: 47,3%, 36,4%, 16,4% и 54,2%, 35%, 10,8% в контрольной группе. В подгруппе пациентов с $eGFR >60$ мл/мин/1,73 м² наблюдается незначительное повышение частоты неблагоприятного генотипа C/C по сравнению с группой с $eGFR <60$ мл/мин/1,73 м² (16,4% против 15,6%, $p=0,4$). Генотип T/T также незначительно чаще встречается у пациентов с $eGFR >60$ мл/мин/1,73 м² (47,3% против 42,2%, $\chi^2=1,1$ и $p=0,3$). Частота распределения гетерозиготного генотипа C/T в подгруппах $eGFR <60$ мл/мин/1,73 м² и $eGFR >60$ мл/мин/1,73 м² составила 36,4% и 42,2% соответственно при $\chi^2=1,1$ и $p=0,3$. В то же время, согласно отношению шансов, риск развития рСКФ >60 мл/мин/1,73 м² и СКФ <60 мл/мин у пациентов, являющихся носителями неблагоприятного аллельного варианта C, может возрасти с ОШ =1,3 (95% ДИ: 0,94–1,98) до ОШ =1,5 (95% ДИ: 0,97–2,21).

Заключение:

Таким образом, пациенты с неблагоприятным аллельным вариантом C полиморфизма T-786C гена NOS3, как правило, связаны как с более высокой СКФ >60 мл/мин, так и с более низкой СКФ <60 мл/мин/1,73 м². Эти результаты могут указывать на потенциальную роль генетических факторов в восприимчивости к почечной дисфункции и могут быть полезны для дальнейших исследований в области нефрологии и генетики.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Мадаминов А.М., Шоалимова З.М., Шукурджанова С.М.
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ,
г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – одна из основных причин смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Несмотря на развитие современных методов диагностики, лечения ХСН, регулярно обновляемым клиническим рекомендациям, вопросы качества медикаментозной терапии и приверженности к ней не теряют своей актуальности. Целью исследования является изучение приверженности к назначенному лечению больных с хронической сердечной недостаточностью и её влияние на исходы заболевания.

Материал и методы:

Включено 75 пациента, из них 42 пациентов наблюдались в кардиологическом отделении многопрофильной клиники ТМА, 33 пациента обратились впервые. Средний возраст пациентов составил $71 \pm 9,1$ лет, средняя ФВ 42% по Симпсону, уровень BNP, NT-proBNP определен у 35 пациентов и превышал нормативные значения. Включено 75 пациента, которым диагноз ХСН был уточнен при включении. Из них 23 женщины, 52 мужчин. Более чем у половины пациентов на момент включения в исследование отмечалась одышка ($n=52$), увеличение времени восстановления после нагрузки ($n=60$), отеки лодыжек ($n=49$), утомляемость ($n=67$), усталость ($n=69$), что подтверждает тяжесть включенной когорты больных. После оценки приверженности по опроснику «Шкала приверженности НОДФ» пациенты были разделены на 2 группы: приверженные к лечению – т.е. кто соблюдал полностью врачебные назначения (0 баллов по шкале приверженности НОДФ) и неприверженные (≥ 1 баллов по шкале приверженности НОДФ). Группы приверженных и неприверженных

пациентов статистически не отличались друг от друга по возрасту, основным клиническим характеристикам и сопутствующим нозологиям. Следует отметить, что только перенесенный ОИМ в анамнезе встречался в группе приверженных пациентов чаще.

Результаты:

Основными факторами неприверженности при включении в исследование являлись забывчивость и нежелание принимать много лекарственных препаратов. Через год наблюдения забывчивость продолжала оставаться ведущим фактором, но количество пациентов, которые не хотят принимать препараты существенно уменьшилось, что, вероятно, обусловлено работой врачей. Спустя год наблюдения отклик составил 92%, 6 пациентов отказались от контакта по разным причинам, и их данные не вошли в окончательный анализ. В течение года умерло 6 (8%) чел., 3 (4%) чел. перенесли ОНМК, 15 (20%) пациентов были госпитализированы с декомпенсацией ХСН, у 1 (1%) развился ОКС без подъема сегмента ST с последующим стентированием коронарных артерий, 5 (7%) чел. обращались за амбулаторной помощью в связи с декомпенсацией ХСН с последующей коррекцией терапии. Таким образом, больные с ХСН не всегда принимают терапию, соответствующую клиническим рекомендациям. Общая приверженность к терапии пациентов с ХСН невысокая. Основными факторами неприверженности являются забывчивость, назначение большого количества лекарственных препаратов, опасение побочных эффектов.

Заключение:

Основными факторами неприверженности являются забывчивость и большое количество лекарственных препаратов. Выявлена статистически значимая связь между неприверженностью к лечению и частотой сердечно-сосудистых событий, риск которых возрастает в 3,8 раза у неприверженных при сравнении с приверженными пациентами.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Мацкевич С.А., Кожанова И.Н., Романова И.С., Чак Т.А.
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

В современной клинической медицине наблюдается увеличение количества пациентов с несколькими заболеваниями одновременно. К тому же, пациенту с коморбидными заболеваниями назначается большее количество лекарственных препаратов, а это увеличивает вероятность нарушения правил рациональной фармакотерапии. Цель работы: оценить приверженность к проводимой фармакотерапии у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы на фоне патологии мочевыделительной системы.

Материал и методы:

Ретроспективно проанализировано 1762 истории болезни пациентов в возрасте от 45 до 88 лет с патологией мочевыделительной системы (мочекаменная болезнь, кисты почек, ДГПЖ, хронический пиелонефрит), проходивших лечение в урологическом отделении в 2019-2024 гг. Всем пациентам было проведено общеклиническое исследование в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения. Статистический анализ проведен с применением общепринятых методов математической статистики.

Результаты:

В результате проведенного исследования выявлено, что у 433 (24,6%) пациентов (из них 40,2% женщин и 59,8% мужчин) имеется патология сердечно-сосудистой системы. Средний возраст

пациентов составил $69,67 \pm 9,06$ года). Давность заболеваний сердечно-сосудистой системы составила в среднем $13,21 \pm 5,34$ года. Наиболее часто встречалась артериальная гипертензия II-III ст. (92,1% пациентов) и нарушения сердечного ритма (постоянная или пароксизмальная форма фибрилляции предсердий и суправентрикулярная и/или желудочковая экстрасистолия) – у 55,4% пациентов). Признаки хронической сердечной недостаточности II-III функционального класса (по NYHA) выявлены у 86,1% пациентов. Сахарный диабет или нарушенная толерантность к глюкозе выявлены в 45,2% случаев. Реже встречается стенокардия напряжения (8,31% пациентов) и инфаркт миокарда (13,6% случаев) в анамнезе, пороки клапанов сердца (12,8% пациентов), операции на сердце (АКШ, стентирование коронарных артерий, РЧА – 6,7% пациентов), а также ОНМК (9,5% случаев). Проводимая фармакотерапия (до госпитализации и продолжающаяся в стационаре) по поводу заболевания сердечно-сосудистой системы представлена следующими группами лекарственных препаратов. Чаще всего пациенты принимали бета-адреноблокаторы (58,6%), дезагреганты (45,9%) и блокаторы РААС (ингибиторы АПФ (44,5%) или блокаторы рецепторов ангиотензина (31%)). Несколько реже назначались блокаторы кальциевых каналов (29,9%), статины (29,3%), диуретики (26,8%), антикоагулянты (16%), препараты метаболической терапии (9,6%), антиаритмические препараты (7,9%), нитраты и нитратоподобные препараты (3,8%). Выявлено также, что только 48,5% пациентов соблюдали рекомендации кардиолога (терапевта) и принимали все назначенные ранее лекарственные препараты, т.е. приверженность терапии наблюдается почти у каждого второго пациента. Обращает на себя внимание тот факт, что 12,7% пациентов вовсе не принимали назначенной ранее лекарственной терапии по поводу заболевания сердечно-сосудистой системы в течение нескольких лет, а 10,2% пациентов длительное время принимали только один из нескольких назначенных лекарственных препаратов.

Заключение:

В результате исследования выявлено, что каждый четвертый пациент с патологией мочевыделительной системы имеет заболевание сердечно-сосудистой системы, в большинстве случаев это артериальная гипертензия и нарушения сердечного ритма, хроническая сердечная недостаточность, и почти каждый второй пациент имеет сахарный диабет. Фармакотерапия патологии сердечно-сосудистой системы представлена широким спектром лекарственных препаратов. Однако комплаентность пациентов недостаточна для предотвращения прогрессирования заболевания сердечно-сосудистой системы, что может способствовать также прогрессированию патологии мочевыделительной системы.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Попель О.Н.¹, Кошлатая О.В.¹, Суджаева О.А.¹,
Мещеряков Ю.В.², Колядко М.Г.¹,
Русских И.И.¹, Ковш Е.В.¹

¹ РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь;

² ИПКиПКЗ УО «БГМУ», г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Определить прогностические факторы риска развития хронической болезни (ХБП) почек у пожилых пациентов с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС).

Материал и методы:

Обследовано 64 пациента (40 женщин и 24 мужчины) с ХИБС без органического заболевания почек в анамнезе в возрасте

74,4±4,5 года. Все, включенные в исследование пациенты, были коморбидными или имели несколько факторов сердечно-сосудистого риска, такие как наличие в анамнезе инфаркта миокарда (ИМ) и/или реваскуляризации миокарда, артериальной гипертензии, сахарного диабета, ожирения, патологии щитовидной железы. Всем обследуемым были проведены: биохимический анализ крови на автоматическом анализаторе «Architect с 4000» (Abbot, США) с определением цистатина С иммунотурбидиметрическим методом, креатинина с применением кинетического метода Яффе, основанного на реакции с щелочным пикритом, биохимический анализ утренней и суточной мочи выполняли на автоматическом анализаторе мочи iQ 200 Select (Beckman Coulter, США) с определением содержания альбумина в суточной моче пробой с сульфосалициловой кислотой и методом с пирогаллоловым красным, натрия мочи, эхокардиография (ЭхоКГ) на аппарате экспертного класса GE Vivid 7 (GE HealthCare, США). ХБП диагностировалась всем пациентам при выявлении нарушения их структуры и/или функции длительностью более 3 месяцев. Для выявления факторов риска (ФР) развития ХБП через 3 месяца проведен линейный регрессионный анализ. Вклад каждого ФР в развитие дисфункции почек оценивался методом отношения шансов (Odd Ratio). В качестве функции активации выбран сигмоид ($f(x)$). Если значение $f(x) > 0,5$, то пациент выйдет на ХБП через 3 месяца с вероятностью 95%. Если значение $f(x) < 0,5$, то пациент не выйдет на ХБП через 3 месяца с вероятностью 95%. Статистический анализ выполнен с помощью программы «STATISTICA 12.0» (StatSoft Inc.).

Результаты:

Пациентам, исходно не имевшим почечной дисфункции, через 3 месяца проведено комплексное обследование, по результатам которого был выставлен диагноз ХБП: у 18% пациентов в стадии С1, у 6% – С2, у 18% – С3А, у 3% – С3Б. После проведения регрессионного анализа выявлены ФР, оказавшие статистически значимое влияние ($p < 0,05$) на возникновение ХБП: 1) по данным ЭхоКГ: пиковая скорость раннего диастолического наполнения-Е ($U=678, p=0,039$), время замедления пика Е- DT ($U=514, p=0,0168$), пиковая скорость позднего диастолического наполнения А ($U=682, p=0,013$); 2) биохимические показатели: содержание альбумина в суточной моче ($U=690, p=0,049$), натрия мочи ($U=135, p=0,013$), цистатина С ($U=634, p=0,009$), креатинин крови ($U=557, p=0,014$); 3) клинические данные: возраст, наличие/отсутствие в анамнезе ИМ. Для предсказания развития ХБП через 3 месяца по выявленным ФР составлено уравнение регрессии: $X = -1,2953 + 0,006 \times \text{Возраст} + 0,322 \times \text{Наличие ИМ в анамнезе} + 0,149 \times E - 0,108 \times A + 0,003 \times DT - 0,02 \times \text{Натрий мочи} + 0,02 \times \text{Альбумин суточной мочи} + 1,09 \times \text{Цистатин С} - 0,0015 \times \text{Креатинин}$, где «X» – входное значение для расчета сигмоидной функции активации, «Возраст» – возраст пациента в годах, «Наличие ИМ» – при наличии ИМ в анамнезе принимается за 1, при отсутствии ИМ в анамнезе принимается за 0, «Е» – пиковая скорость раннего диастолического наполнения в м/с, «А» – пиковая скорость позднего диастолического наполнения в м/с, «DT» – время замедления пика раннего диастолического наполнения в мс, «Натрий мочи» – содержание натрия в суточной моче в ммоль/л, «Альбумин суточной мочи» – содержание альбумина в суточной моче в мг/сут, «Цистатин С» – содержание цистатина С в сыворотке крови в мг/л, «Креатинин» – содержание креатинина в сыворотке крови в мкмоль/л. Все факторы коррелировали между собой на высоком уровне ($R=0,79$), коэффициент детерминации $R^2=0,62$, критерий Фишера 0,04.

Заключение:

У пожилых пациентов с ХИБС имеется высокий риск развития нарушения функции почек, которое взаимосвязано не только с

возрастными изменениями, но и с наличием и степенью выраженности патологии сердечно-сосудистой системы, что диктует необходимость проведения профилактики в обоих направлениях.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПРИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОМ ЗАКРЫТИИ ОТКРЫТОГО ОВАЛЬНОГО ОКНА

Терещенко А.С., Меркулов Е.В., Азимова М.Р., Гришин Н.С., Сивакова О.А.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. Ак. Е.И. Чазова» Минздрава России,
г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Инфекционный эндокардит (ИЭ) может возникать в случае микро- и макроповреждений сердца при дегенеративных процессах, пороках клапанов, хирургических манипуляциях и имплантации внутрисердечных устройств. К группе вмешательств с малым объемом доказательной базы, потенциально способных приводить к развитию ИЭ, относится эндоваскулярное закрытие открытого овального окна (ООО). Это связано с тем, что в большинстве случаев такие пациенты исключались из исследований или оценивались с другими группами, прошедшими вмешательство. Следствием является отсутствие указаний в клинических рекомендациях о необходимости профилактической антибиотикотерапии перед эндоваскулярным закрытием ООО. Цель исследования. Изучить влияние профилактической антибиотикотерапии у пациентов, перенесших эндоваскулярное закрытие ООО.

Материал и методы:

В исследовании приняли участие 276 пациентов, которым проводилось закрытие ООО. Длительность наблюдения – 12 месяцев. В зависимости от проведения профилактической антибиотикотерапии (АБП) пациенты были разделены на 2 группы – не получавшие (n=115) и получавшие АБП (n=161).

Результаты:

В качестве АБП пациентам назначались цефалоспорины, а при наличии аллергических реакций они заменялись на гликопептиды. Послеоперационные осложнения присутствовали у 37 (22,98%) пациентов, получавших АБП, и у 12 (10,43%), не проходивших профилактику (p=0,0072). Наиболее часто выявлялись осложнения места доступа, однако они не носили воспалительного характера. Повышение температуры тела более 37,1°C наблюдалось у 19 (11,80%) пациентов, получавших АБП, по сравнению с 5 (4,35%), не проходивших профилактику (p=0,0303). При этом выраженный лейкоцитоз отсутствовал в обеих группах. Длительность повышения температуры тела в группах не отличалась. Также у них была установлена большая длительность госпитализации – 7,00 [6,00; 8,00] койко-дней, в сравнении с 6,00 [4,00; 7,00].

Заключение:

Гипертермия может быть связана с профилактическим приемом антибактериальных препаратов, вызывающим гибель постоянной микрофлоры. У пациентов, не получавших АБП, их концентрация была меньше, что не привело к повышению температуры тела. Так как указания на необходимость АБП перед проведением эндоваскулярного закрытия ООО в клинических рекомендациях отсутствуют, то предлагается оценивать ее целесообразность для каждого пациента индивидуально.

РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИЕМА ИНГИБИТОРОВ НАТРИЙ-ГЛЮКОЗНОГО КО-ТРАНСПОРТЕРА 2 ТИПА (SGLT2I)

Занина Т.В.¹, Тавлуева Е.В.²
¹ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ»,
г. Москва, Российская Федерация;
²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины»,
г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

У пациентов с острым коронарным синдромом все еще может сохраняться вторичная сердечная недостаточность вследствие инфаркта миокарда или вторичного реперфузионного повреждения несмотря на то, что чрескожное коронарное вмешательство может эффективно устранить стеноз коронарной артерии и восстановить коронарное кровоснабжение. Вопрос о том, является ли раннее назначение SGLT2i после инфаркта миокарда (ИМ) эффективным и безопасным, имеет ключевое значение, поскольку инфаркт миокарда является основной причиной возникновения сердечной недостаточности в течение 12 месяцев. Цель. Оценить уровень NTproBNP у пациентов с острым инфарктом миокарда в сочетании с фибрилляцией предсердий и диагнозом ХСН в анамнезе до назначения SGLT2i и на момент выписки из стационара

Материал и методы:

В исследование было включено 110 пациентов, госпитализированных в отделение реанимации и интенсивной терапии для больных с острым инфарктом миокарда с подтвержденным диагнозом острый инфаркт миокарда. У всех пациентов в анамнезе регистрировалась фибрилляция предсердий с формированием хронической сердечной недостаточности II-IV ФК по NYHA. Во время госпитализации пациентам было проведено комплексное лечение инфаркта миокарда, включая реваскуляризацию инфаркт-связанной артерии. Пациенты были разделены на две группы. Контрольную группу составили 55 больных, получающих стандартную медикаментозную терапию, которая включала в себя аспирин, клопидогрел, ПОАК, статины, В-блокаторы, иАПФ. Основную группу 55 пациентов, которым к стандартной терапии был добавлен SGLT2i. Всем пациентам при поступлении и в динамике при выписке контролировался NTproBNP.

Результаты:

При поступлении медиана Me [IQR] уровня NTproBNP у пациентов в основной группе составила 350 [133,6-752] пг/мл. Me [IQR] уровня NTproBNP при выписке составила 406 [162-725] пг/мл (p=0,367). Снижение уровня NTproBNP отмечалось у 43,65% пациентов. При поступлении медиана Me [IQR] уровня NTproBNP у пациентов в контрольной группе составила 435 [130-675] пг/мл. Me [IQR] уровня NTproBNP при выписке составила 480 [135-755] пг/мл (p=0,002). Снижение уровня NTproBNP в динамике отмечалось у 27,3% пациентов. В группе пациентов со стандартной медикаментозной терапией были установлены статистически значимые различия уровня NTproBNP между поступлением и выпиской p=0,002

Заключение:

Таким образом, результаты наблюдения на ограниченной популяции больных с острым инфарктом миокарда в сочетании с фибрилляцией предсердий показали статистически значимое повышение уровня NTproBNP к моменту выписки в группе пациентов, которые не получали SGLT2i в период госпитализации

РАЗРАБОТКА ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО ОТБОРА ПАЦИЕНТОВ С ГКМП НА РЕДУКЦИЮ МЖП: ХИРУРГИЧЕСКОЕ (СМЭ, РМЭ) ИЛИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ (САА) НА ОСНОВЕ КОМПЛЕКСА ДАННЫХ О КЛИНИЧЕСКИХ, ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЯХ ПАЦИЕНТОВ С ГКМП

Чернова А.А., Никулина С.Ю., Дробот Д.Б., Сакович В.А., Юськив Ю.А.
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Частота встречаемости ГКМП в общей популяции составляет 1:500 (0,2%) [Elliott, P.M. et al., 2014]. Однако при использовании чувствительных методов визуализации (МРТ, КТ) и генетического тестирования и каскадного скрининга для родственников распространенность ГКМП соответствует 0,6% (1:167). Частота в общей популяции превышает встречаемость ГКМП в кардиологической практике, так как большая часть пациентов остается неидентифицированной ввиду бессимптомности [Gersh B.J. et al., 2011]. Манифестация может наблюдаться в любом возрасте человека. В большинстве случаев возраст постановки диагноза ГКМП находится в интервале от 30 до 58 лет с пиком заболеваемости в 40–45 лет. Ежегодная смертность больных ГКМП колеблется в пределах 1–6% [Houston B.A. et al., 2015]. Выбор метода хирургического вмешательства при ГКМП основан на данных о возрасте, значимой экстракардиальной патологии, необходимости сопутствующего оперативного вмешательства, величины ТМЖП, риска развития АВБ 3 степени и наличия ПБНПГ, но не всегда дает клинический результат в динамике после проведения редукции МЖП по изменению качества жизни пациента, уменьшению симптомов и проявлений ХСН, ишемических изменений в миокарде ЛЖ, в том числе ремоделирования миокарда и дисфункции ЛЖ; а так же нарушений сердечного ритма. Поэтому алгоритм отбора пациентов с ГКМП на редукцию МЖП исходя из индивидуальных особенностей ремоделирования миокарда по результатам оценки продольной деформации ЛЖ (2Dstrain) и тканевого доплеровского исследования при ЭХОКГ, синдромальной характеристики ГКМП, нарушений сердечного ритма и проводимости и ОНВ генов rs4799426 FHOD3 (Andrew R. Harper et al., 2021), rs8033459 ALPK3 (Rafik Tadros et al., 2023) представляется актуальным исходя из позиций предиктивной медицины. 1. Изучить клинические проявления и частоту встречаемости синдромов ГКМП (синдром обструкции ВТЛЖ; синдром ишемии миокарда ЛЖ, синдром дисфункции ЛЖ; синдром нарушений сердечного ритма и проводимости; синкопальный синдром; синдром внезапной сердечной смерти; синдром хронической сердечной недостаточности) 2. Проанализировать ЭхоКГ- проявления ГКМП по расширенному протоколу (толщина миокарда ЛЖ (в 16 сегментах ЛЖ), тип гипертрофии ЛЖ Паттерн морфологии МЖП, толщина миокарда ПЖ и размеры ПЖ, визуальная оценка кинетики миокарда ЛЖ и ПЖ, размер и объем ЛП и ПП КДР, КСР, КДО и КСО; визуальная оценка клапанов (МК, АК, ТК, ПК); оценка клапанной регургитации, особенно МР; текстура миокарда ЛЖ, толщина МПП; папиллярные мышцы (количество, дислокация); наличие и степень обструкции (ВТЛЖ, срединно-желудочковой обструкции, ВТЛЖ) + проба Вальсальвы (лежа и стоя); исследование систолической функции ЛЖ и ПЖ; исследование диастолической функции ЛЖ; наличие жидкости в полости перикарда; оценка диаметра и степени коллабироваия нижней полой вены; оценка продольной деформации ЛЖ (2Dstrain). 3. Выявить ассоциативную роль полиморфных вариантов генов: rs4799426 FHOD3

(Andrew R. Harper, 2021), rs8033459 ALPK3 (Rafik Tadros, 2023) с риском развития тяжести ГКМП. 4. Проанализировать результаты оперативного вмешательства у пациентов с ГКМП (проведение ЭКГ, эхокардиоскопии через полгода после оперативного вмешательства). 5. Оценить качество жизни пациентов с ГКМП до лечения и после лечения, в том числе кардиохирургического. 6. Разработать и протестировать алгоритм выбора оперативного вмешательства на редукцию МЖП: хирургическое (СМЭ, РМЭ) или эндоваскулярное (САА)

Материал и методы:

60 пациентов с ГКМП, как поступивших в ФГБУ ФЦССХ г. Красноярск на оперативное вмешательство, так и для неотложной помощи в КГБУЗ КМКБ № 20 г. Красноярск 120 пациентов без заболеваний сердечно-сосудистой системы, клинических проявлений кардиомиопатии и без ремоделирования сердца (группа сравнения для молекулярно-генетического исследования)

Результаты:

Основные направления дальнейшего использования предполагаемых результатов: Полученные результаты исследования в виде алгоритма персонализированного отбора пациентов с ГКМП на редукцию МЖП: хирургическое (СМЭ, РМЭ) или эндоваскулярное (САА) на основе комплекса данных о клинических, лабораторных, инструментальных и молекулярно-генетических данных позволят выбрать оптимальную хирургическую тактику по выбору оперативного вмешательства. Результаты исследования найдут свое применение в работе специализированных кардиологических отделений и кабинетов, где наряду с клинико-инструментальным исследованием пациента, должна проводиться молекулярно-генетическая оценка тяжести развития гипертрофической кардиомиопатии.

Заключение:

Результаты исследования найдут свое применение в работе специализированных кардиологических отделений и кабинетов, где наряду с клинико-инструментальным исследованием пациента, должна проводиться молекулярно-генетическая оценка тяжести развития гипертрофической кардиомиопатии. Практическое значение темы исследования. По рекомендациям Экспертного совета кардиологов и МЗ РФ, решением проблемы раннего выявления среди трудоспособного населения лиц с рисками ССЗ и профилактики их развития, является создание Центров профилактики в регионах, работа по созданию Регистра больных для углубленного обследования, мониторинга, проведения адекватной медикаментозной профилактики и своевременного проведения (плановой) радиочастотной катетерной абляции сердечных аритмий как осложнений ГКМП в результате ремоделирования сердца.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВООПУХОЛЕВУЮ ТЕРАПИЮ

Азарапетян Л.Г.^{1,2}, Григорян С.В.^{1,2}, Зелвеян П.А.³.
ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»,

¹ Ереванский государственный медицинский университет имени Мхитара Гераци, г. Ереван, Республика Армения;

² Научно-медицинский центр «Ереван», г. Ереван, Республика Армения;

³ Центр превентивной кардиологии, г. Ереван, Республика Армения

Введение (цели/ задачи):

Дисфункция миокарда, развивающаяся во время или после завершения противораковой терапии, является растущей про-

блемой общественного здравоохранения. При этом особая роль отводится базовой оценке сердечно-сосудистого риска у онкологических больных и степени кардиотоксичности применяемых противоопухолевых препаратов. Мониторинг развития субклинической кардиотоксичности имеет решающее значение для предотвращения развития сердечной недостаточности (СН). Исходя из этого особое значение приобретает исследование маркеров раннего повреждения миокарда и выявление начальных признаков диастолической и систолической дисфункции сердца. Целью нашего исследования является определение возможности раннего выявления повреждения и дисфункции сердечной мышцы у оперированных по поводу рака молочной железы больных и получающих противоопухолевую терапию антрациклинами (в основном Доксорубин), лучевую терапию и длительную терапию Анастрозолом.

Материал и методы:

Под нашим наблюдением находились 42 женщины с раком грудной железы, получавшие антрациклиновую химиотерапию, лучевую терапию и длительную терапию Анастрозолом. Клиническое обследование пациентов включало изучение жалоб, физикальное, лабораторное и инструментальное обследование, а также определение дополнительных кардиальных биомаркеров: высокочувствительный сердечный тропонин Т (вч-ТпI) и N-концевой предшественник мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP). Анализы крови определялись методом иммунохроматографии. При помощи тканевого доплеровского режима определялось $e'_{пер}$ – скорость движения межжелудочковой перегородки в раннюю диастолу, $e'_{бок}$ – скорость движения боковой стенки митрального кольца в раннюю диастолу, отношение скорости митрального кровотока E и усредненной скорости движения митрального кольца e' – показатель E/ e' , VIP – время изоволюмического расслабления левого желудочка (ЛЖ). У всех обследованных пациентов (средний возраст 46±9 лет) была исключена СН или сердечная дисфункция до начала противоопухолевого лечения. Наблюдаемые пациенты обследовались до начала химиотерапии и оперативного вмешательства, затем в течение 3 и 6 месяцев после получения противоопухолевой терапии. Исследования проводились на основе простых открытых протоколов с использованием универсальных статистических пакетов SPSS 13.0.

Результаты:

Через 3-6 месяцев после противоопухолевого лечения 42% больных жаловались на сердцебиение, изменение артериального давления выявлено у 19% больных, у 48% больных появились неясные боли в области сердца, у 56% появилась одышка, особенно при небольшой физической активности. Синусовая тахикардия выявлена у 37% больных, эктопическая активность у 33%, удлинение интервала QT у 14% больных. При анализе эхокардиограмм у 44% больных было выявлено снижение фракции выброса ЛЖ. У 89% пациентов, получавших химиотерапию за 3-6 месяцев была выявлена нарастающая диастолическая дисфункция ЛЖ – $e'_{бок}$ с 11,2-12,4 см/с уменьшалась через 3 месяца до 8,8-9,6, а через 6 месяцев до 6,2-8,1 см/с; $e'_{пер}$ с 8,4-10,2 см/с через 3 месяца 6,6-7,4 см/с, а через 6 месяцев до 5,7-6,8 см/с; E/ e' с 7-8 см/с через 3 месяца увеличивалось до 9-11 см/с, а через 6 месяцев до 12-14 см/с; VIP с 70-90 мс до 90-100 мс и через 6 месяцев ≥ 110 мс. Анализ биомаркеров показал, что через 6 месяцев у 49% пациентов было выявлено повышение уровня вч-ТпI (≥ 7 нг/л), а у 51% пациентов – повышение уровня NT-proBNP (≥ 125 нг/мл).

Заключение:

Возникновение диастолической дисфункции и повышение уровня вч-ТпI и NT-proBNP у больных с раком молочной железы,

получавших противоопухолевую терапию свидетельствует о возможности развития СН. При этом у подобных больных часто превалирует бессимптомная фаза сердечной дисфункции, в течение которой можно предпринять профилактические меры для предупреждения возникновения или прогрессирования СН.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КАЛЬЦИНИРОВАННОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Черников А.О.¹, Константинова Е.В.^{1,2},

Чернышова В.А.², Лебедева А.Ю.^{1,3}

¹ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава

России, г. Москва, Российская Федерация;

²ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, г. Москва,

Российская Федерация;

³ГГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ»,

г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Распространённость ишемической болезни сердца (ИБС), в частности её острых форм, и кальцинированного аортального стеноза (КАС) увеличивается с возрастом. Установлены единые механизмы в патогенезе КАС и атеросклероза – основной причины ИБС. Имеются данные о наличии единых факторов риска развития этих заболеваний. В настоящее время активно изучаются особенности их взаимосвязи, хотя опубликованы данные пока ещё единичных исследований. Наименее изучены клинические особенности КАС у пациентов с острым коронарным синдромом с подъёмом сегмента ST (ОКпСТ). Цель исследования: определение частоты встречаемости КАС среди популяции пациентов ОКпСТ и сопоставление клинико-демографических характеристик групп пациентов ОКпСТ, выделенных в зависимости от наличия у них КАС.

Материал и методы:

В исследование включены 871 пациент с ОКпСТ. Не включались пациенты с инфарктом миокарда без обструкции коронарных артерий; пациенты с врождённой или приобретённой клапанной патологией (в том числе хирургически скорректированной). Средний возраст включенных пациентов составил 65±7,4 лет, мужчины составили 68% (n=592), женщины 32% (n=279). Первичный осмотр пациентов осуществлялся в приёмном отделении, откуда пациенты далее направлялись в рентгеноперационную для проведения коронароангиографии с решением вопроса о выполнении чрескожного коронарного вмешательства. Для анализа собраны данные результатов проводившегося клинико-инструментального обследования и лечения. Критериями диагностики КАС служили эхокардиографические признаки: площадь открытия AVA (aortic valve area) $\leq 2,0$ см², средний градиент ≥ 10 мм рт. ст. Анемию диагностировали при снижении уровня гемоглобина < 130 г/л у мужчин и < 120 г/л у женщин. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалась по формуле СКД-EPI (мл/мин/1,73 м²). Ожирение диагностировали при расчётном индексе массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м². Статистическая обработка проводилась с помощью программы Jamovi 2.3.38. Уровень значимости менее 0,05 в проведённом исследовании был принят за статистическую значимость.

Результаты:

Распространённость КАС среди пациентов с ОКпСТ составила 2,5% (n=22); среди мужчин 2,5% (n=15), среди женщин 2,5% (n=7), p=0,883. В зависимости от наличия, либо отсутствия КАС пациенты были разделены на 2 группы. I группу составили 22

пациента с ОКСпСТ с КАС: мужчины 68% (n=15), женщины 32% (n=7). Во II группу вошли 849 пациентов (без КАС): мужчины 68% (n=577), женщины 32% (n=272). В I группе пациентов средний возраст был $77 \pm 5,4$ года, во II группе – $64 \pm 7,6$ лет ($p < 0,001$). При анализе коморбидной патологии в каждой группе были получены следующие данные. В I группе пациентов фибрилляция предсердий встречалась в 40,9% (n=9), во II группе в 14,6% (n=124), $p < 0,001$. Анемия была диагностирована в I группе у 8 пациентов (36,4%), во II группе – у 180 пациентов (21,2%), $p = 0,044$. Более тяжёлая стадия ХБП (СКФ < 45 мл/мин/1,73см²) статистически значимо выявлена у пациентов группы I – 31,8% (n=7), в сравнении с пациентами группы II – 14,6% (n=124), $p < 0,001$. Медианы значений СКФ также достоверно отличаются в подгруппах. В группе I – 52,5 [41,7; 69,5], у пациентов группы II – 67,4 [53,6; 80,3], $p = 0,004$. У пациентов I группы также чаще встречалась артериальная гипертензия в 100% случаев (n=22) и в 94% во II группе (n=799), $p = 0,24$. Хотя различия не вышли на значимо достоверный уровень. В I группе ожирение было диагностировано в 22,7% (n=5), во II в 32,6% (n=277), $p = 0,367$; сахарный диабет – в 18,2% (n=4) и 23,6% (n=200) случаев соответственно, $p = 0,799$. Фракция выброса левого желудочка по данным эхокардиографии снизилась менее 40% у 5 пациентов I группы (22,7%), и у 153 пациентов II группы (18,4%), $p = 0,583$. Летальный исход в стационаре наступил в I группе у 3 пациентов (13,7%) и у 77 пациентов II группы (9,1%), $p = 0,275$.

Заключение:

Распространённость КАС в популяции пациентов ОКСпСТ составила 2,5%, без различий в гендерных группах пациентов. Такая коморбидная патология, как анемия, фибрилляция предсердий и ХБП чаще наблюдается у пациентов с ОКСпСТ при наличии сопутствующего КАС, в сравнении с пациентами без КАС. Наличие КАС, по данным проведенного исследования, не ассоциировано со снижением фракции выброса левого желудочка у пациентов ОКСпСТ в период индексной госпитализации и с частотой наступления летального исхода в стационаре.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ЛИПОПРОТЕИНА (А) У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СТАРШЕГО ВОЗРАСТА С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Медведева Е.А., Гелис Л.Г., Кузнецова Т.В.,
Русак Т.В., Колядко М.Г., Чайбахш Л.П.

ГУ Республиканский научно-практический центр
«Кардиология»,

г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Изучить распространенность и клиническое значение уровня липопротеина (а) у пациентов молодого и старшего возраста с острым инфарктом миокарда и стентированием коронарных артерий.

Материал и методы:

Включено 180 пациентов с инфарктом миокарда, которым проводилась эндоваскулярная реваскуляризация миокарда. ОГ составили 130 лиц молодого возраста (18-44 года), КГ представлена 50 пациентами старше 44 лет. Средний возраст в ОГ составил $38,9 \pm 10,4$ лет, в КГ $57,8 \pm 9,5$ лет. Всем пациентам, включенным в проспективное исследование, проводились общепринятые клинико-инструментальные и лабораторные обследования, включавшие в себя сбор анамнестических данных, комплекс лабораторных исследований: общий анализ крови, биохимический анализ крови с определением высокочувствительного С-реактивного белка, липидного спектра, уровня ли-

попротеина (а) (ЛП(а)) (показатель считали повышенным при концентрации более 30 мг/дл).

Результаты:

Установлено, что для 54,5% участников ОГ и 70% КГ ($p = 0,07$) уровень Лп(а) соответствовал оптимальному, т.е. не превышал 30 мг/дл и для этих пациентов в ОГ средний уровень составил 6,8 мг/дл, в КГ 2,4 мг/дл. Повышенный уровень ЛП(а) выявлен у 45,5% пациентов ОГ и 30% лиц КГ. При анализе нарушений липидного обмена у пациентов ОГ и КГ выявлена достоверная разница по уровню ЛПНП ($p = 0,03$) и уровню липопротеина (а) ($p = 0,002$), средние значения которых были значимо выше у пациентов молодого возраста. В ОГ и КГ повышение уровня ЛПНП выявлено у 89,2% и 84% пациентов соответственно. Достоверных различий по количеству пациентов, имеющих повышенный уровень ОХС, ЛПНП, ТГ в исследуемых группах не выявлено. Уровень Лп(а) ≥ 180 мг/дл у пациентов ОГ зарегистрирован у 6% пациентов, причем у большинства из них это был единственный фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Впервые выставлен диагноз семейной гиперхолестеринемии у 8,5% пациентов. Сочетание СГХС с гиперлипопротеинемией (а) установлено у 6,2% лиц. Средний возраст инфаркта миокарда при указанном сочетании составил $28 \pm 7,2$ лет. Пациенты ОГ характеризовались достоверно большим числом лиц с однососудистым поражением коронарного русла ($p = 0,014$), тогда как в КГ преобладали пациенты с многососудистым поражением ($p = 0,03$). Наиболее выраженное поражение коронарного русла в ОГ зарегистрировано у пациентов с СГХС в сочетании с гиперлипопротеинемией (а) и составило 2,4 коронарных артерии с критическим стенозированием на пациента.

Заключение:

Скрининг на гиперЛп(а) продемонстрировал высокую распространенность данных нарушений липидного обмена у молодых пациентов с инфарктом миокарда. Полученные данные о распространенности разных видов нарушений липидного обмена, в том числе СГХС и гиперЛП(а), свидетельствуют о необходимости исследовать у пациентов молодого возраста, особенно при семейном анамнезе ранних ССЗ, не только уровень общего холестерина, но и другие показатели липидного спектра (ЛПНП, уровень липопротеина (а)), что позволит проводить своевременную медицинскую профилактику с учетом всех выявленных нарушений.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ БЛОКАДЫ И ДРУГИХ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Вайханская Т.Г., Коптюх Т.М., Воробьев А.П.,
Мельникова О.П., Козлов И.Д., Фролов А.В.

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

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования – изучение распространенности межпредсердной блокады (МПБ) и типов МПБ у пациентов с широким спектром сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и у здоровых лиц, а также оценка ассоциаций ранее предложенных экспертами параметров Р волны со структурными аномалиями левого предсердия (ЛП) и неклапанной фибрилляцией предсердий (ФП).

Материал и методы:

В исследование проспективно включили 1346 участников с синусовым ритмом: 1089 пациентов с ССЗ (кардиомиопатии –

n=543: в т.ч. ГКМП/180; ДКМП/199; другие КМП/164; ИБС с АГ – n=546: в т.ч. ИБС/ 397 и АГ/149) и 257 здоровых лиц, составивших контрольную группу (КГ). Всем участникам в динамике (период наблюдения – медиана 38 [33; 45] мес.) проведен комплекс исследований: цифровая ЭКГ в 12 отведениях, ЭхоКГ и ХМ. По данным поверхностной ЭКГ во время синусового ритма в автоматическом режиме (Intecard-8, ВУ) анализировали параметры электрической активации предсердий – морфологию, длительность и вольтаж зубцов Р с интегральной оценкой по шкале MVP. Признаки МПБ определяли в соответствии с новыми критериями, установленными Bayés de Luna; в частности, частичную МПБ (или МПБ 1 ст) фиксировали при длительности зубца Р ≥ 120 мс. Далеко зашедшую (или МПБ 3 ст) регистрировали при пролонгации зубца Р ≥ 120 мс с двухфазной (+/-) морфологией Р волны во всех нижних отведениях (II, III и aVF: типичный паттерн). Учитывали также 5 морфологических вариантов атипичной МПБ 3 ст. и 1 вариант атипичной МПБ 1 ст. с терминальной негативной фазой зубца Р минимум в 2-х отведениях III, aVF (обусловленных ретроградной активацией ЛП вследствие полной или частичной блокады пучка Бахмана). Период наблюдения составил 3 года (медиана 38 [33; 45] месяцев). Симптомы сердечной недостаточности III ФК по NYHA выявлены у 28,7% пациентов (n=313). В качестве первичной конечной точки приняты впервые зарегистрированные эпизоды устойчивой ФП.

Результаты:

Аномальный параметр PTFV1 ($>4,0$ мВ*мс) исходно обнаружен у 517 (38,4%) участников из общей когорты, в т.ч. у здоровых лиц в 14,4%. Аномальная ось зубца Р $>75^\circ$ выявлена у 85 (6,32%) пациентов: у лиц с ИБС и ДКМП отклонение оси зубца Р вправо наблюдалось чаще по сравнению с ГКМП (10,2% vs 3,3%; $\chi^2=7,18$; $p=0,008$). У 213 пациентов (15,8%) оценка аномальной Р волны по шкале MVP превысила 3 балла. В общей когорте частичная (МПБ 1 ст.) и далеко зашедшая (МПБ 3 ст.) выявлены у 824 (61,2%) и 40 (2,97%) лиц, соответственно. Интактное межпредсердное проведение наблюдалось в 482 (35,8%) случаев. Распространенность МПБ отличалась в группах: в КГ здоровых лиц частичная МПБ 1 ст. наблюдалась у каждого третьего участника (33,9%; 87 из 257), у пациентов с ССЗ – в 2-х из 3-х случаев (67,7% vs 33,9%; $\chi^2=98,8$; $p=0,0001$). МПБ 3 ст. не обнаружена в КГ, однако выявлена у 40 (3,67%) пациентов с ССЗ (атипичный вариант МПБ 3 ст. составил 80%). Интермиттирующая МПБ 2 ст. зафиксирована в двух случаях ИБС при ХМ. Паттерн МПБ с двухфазной (+/-) Р волной, регистрируемой минимум в 2-х нижних отведениях (II, III, aVF), выявлен у 3,11% здоровых лиц КГ, у 6,04% пациентов с АГ, у 10,6% больных ДКМП, у 11,6% пациентов с другими КМП (АКМП, РКМП, НКМ, смешанные и синдромальные КМП), у 12,1% пациентов с ИБС и у 14,4% пациентов с ГКМП. Обнаружены положительные корреляции между диаметром ЛП и интервалом PR ($r=0,38$; $p=0,007$), длительностью зубца Р ($r=0,33$, $p=0,023$) и МПБ 1–3 ст. ($r=0,35$; $p=0,015$). Корреляции между объемом ЛП и PTFV1 ($r=0,36$; $p=0,011$), осью зубца Р ($r=0,31$, $p=0,036$) наряду с длительностью зубца Р и интервалом PR показали умеренную силу связи. В 3-летнем периоде у 206 (18,9%) пациентов впервые зарегистрированы устойчивые пароксизмы ФП. Эпизоды ФП развивались значительно чаще у пациентов с ИБС по сравнению с кардиомиопатиями (29,5% против 14,4%, $\chi^2=30,6$, $p<0,001$). В результате логистического однофакторного анализа выявлены независимые предикторы ФП: старший возраст, увеличение ЛП, расширение Р волны, удлинение интервала PR, МПБ 1–3 ст., снижение амплитуды Р во II-м отведении, индекс аномальности Р волны по шкале MVP ≥ 4 баллов. В результате многофакторного логит-регрессионного анализа прогностическая значимость подтверждена для

следующих предикторов ФП: диаметра ЛП (OR 1,15; 95% ДИ 0,07-1,23; $p=0,0002$), низкой амплитуды Р волны во II-м отведении (OR 0,99; 95% ДИ 0,985-0,998; $p=0,004$); паттерна МПБ с 2-фазной Р волной минимум в 2-х нижних отведениях ЭКГ (OR 4,92; 95% ДИ 2,41-10,02; $p=0,0001$); MVP шкалы ≥ 4 баллов (OR 2,51; 95% ДИ 1,42-4,41; $p=0,0014$). Так, развитие МПБ с паттерном ретроградной активации предсердий ассоциировано с почти 5-кратным повышением риска присоединения ФП в 3-летнем периоде.

Заключение:

Представленные аномальные параметры Р волны на ЭКГ отражают электрофизиологические и структурные аномалии предсердий. Комплекс ЭКГ-маркеров электрической дисфункции предсердий, таких как МПБ (2-фазный паттерн Р волны в нижних отведениях), высокие баллы по MVP шкале оценки аномальности Р волны (морфология, вольтаж, длительность ≥ 4 балла) и снижение амплитуды Р волны во II отведении (менее 0,15 мВ), позволяет идентифицировать пациентов с высоким риском ФП.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Ризванова Р.Т., Максимов Н.И., Герцен К.А., Быданова С.С., Смирнова Е.С.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия», г. Ижевск, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

В Российской Федерации около 8% в возрасте 20-29 лет страдают артериальной гипертензией (АГ). В настоящее время отмечается рост заболеваемости АГ среди лиц призывного возраста. Данная нозология является наиболее часто встречаемым фактором риска среди пациентов с метаболическими нарушениями. Цель: проанализировать факторы сердечно-сосудистого риска у молодых мужчин с артериальной гипертензией и артериальной гипертензией при метаболическом синдроме (МС)

Материал и методы:

В исследовании приняли участие 86 мужчин призывного возраста. Среди них с АГ (n=25), АГ при МС (n=37) и группа сравнения (практически здоровые) (n=24). Средний возраст мужчин составил 23 года [22.0; 25.0]. Все пациенты проходили обследование по линии призывной комиссии на базе БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР» г. Ижевск. Группы были сопоставимы по возрасту и по продолжительности течения АГ.

Результаты:

Из анамнестических факторов риска наиболее частыми были: курение и наследственность. Наследственная отягощенность в группах 15 (62,5%) / 9 (36%) / 26 (70,27%). Число курящих в группах – 11(45,8%) / 10 (40%) / 19 (51,3%) случаев. В группе (АГ) гиперхолестеринемия отмечалась в 20% случаев, дислипидемия – 36%, а триглицеридемия – у 32% случаев. В группе АГ при МС – гиперхолестеринемия в 43,24% случаев, дислипидемия – 59,45%, а триглицеридемия в 61,16% случаев. В группе сравнения (практически здоровые) повышенный уровень ОХС отмечался в 16,6%, дислипидемия – в 41,6% случаев. Гликемия натощак ($\geq 6,1$ ммоль/л) в группе АГ при МС была установлена у 10 пациентов (27,02% случаев) по сравнению с группой АГ (12%).

Заключение:

Выявлен высокий риск сердечно-сосудистых осложнений в обеих группах наблюдения. Мужчины призывного возраста с АГ при МС характеризуются более выраженными сдвигами липид-

ного спектра, уровня гликемии крови по сравнению с практически здоровыми мужчинами и мужчинами с АГ.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Кузьмин В.П.¹, Давыдкин И.Л.², Костомарова С.В.¹, Балькина К.В.¹, Шанина И.Ю.¹, Соснова Ю.Г.¹, Осадчук Е.А.¹, Хайретдинов Р.К.², Кривова С.П.²

¹САМАРСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР ИМ. В.П. ПОЛЯКОВА, г. САМАРА, РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ;

²САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, г. САМАРА, РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: дать оценку эффективности физических нагрузок в постгоспитальный период и оценить функциональное состояние больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) после реваскуляризации миокарда.

Материал и методы:

Под наблюдением находились 86 больных ИБС, осложненной ХСН 2 – 3 ФК по NYHA (медиана возраста 52,6±4,7 лет), после чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ). На фоне оптимальной медикаментозной терапии (ОМТ) пациенты занимались кардиореабилитацией по индивидуальной программе с учётом переносимости физических нагрузок (расслабление мышц, дыхательные статические и динамические упражнения с дозированным усилением нагрузки, тренировка диафрагмы и скелетных мышц грудной клетки) и, соответственно, 2-й или 3-й степенями двигательного режима лечебной физической культуры (ЛФК). Для оценки эффективности реабилитации исходно и в динамике оценивали артериальное давление (АД), частоту сердечных сокращений (ЧСС), частоту дыхания (ЧД), проводили пробы Генча и Штанге, оценивали состояние больных по шкале ШОКС, в модификации Мареева В.Ю., определяли липидный спектр крови (холестерин, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды) и уровень ЛП (а). Также оценивали показатели ЭКГ, велоэргометрической пробы (ВЭП), в ряде случаев проводили стресс ЭхоКГ (при изначально измененной ЭКГ – БЛНПГ, изменение конечной части комплекса QRST) и тест 6- минутной шаговой ходьбы. Тренировочный уровень определялся как сумма пульса покоя и 60% от его прироста при нагрузке.

Результаты:

Нарушения липидного профиля выявлены у 51% пациентов, в т.ч. гиперхолестеринемия – у 67%, гипертриглицеридемия – у 35%, повышение ЛПНП – у 36% больных. К концу наблюдения выявлено снижение уровней холестерина, ЛПНП, триглицеридов. Целевого уровня холестерина достигли 86% пациентов, триглицеридов – 77%, ЛПНП – 89% пациентов. К концу наблюдения через 3 месяца у больных, занимавшихся ЛФК по 2-й степени нагрузки (щадящий тренирующий двигательный режим), по сравнению с исходными данными и группой контроля, выявлена тенденция к повышению толерантности к выполняемым физическим нагрузкам, уменьшению одышки с 4 баллов до 2 баллов (с 3 баллов до 2,5 баллов в контроле), урежению ЧД, ЧСС, увеличению пороговой нагрузки с 61 до 100 Вт и положительной динамики дыхательных проб. У больных ХСН, занимавшихся ЛФК по 3-й степени нагрузки (щадяще-тренирующий, переход к тренирующему режиму), наблюдалось увеличение двигательных возможностей, ослабление одышки при быстром подъеме по

лестнице с 2 до 1 баллов при неизменности показателя в группе контроля. Увеличилась пороговая нагрузка с 30 до 141Вт. Отмечено увеличение времени задержки дыхания с 12 до 26 сек (с 15 до 22 сек в контроле) по данным пробы Генча, увеличение времени задержки дыхания с 24 сек до 45 сек (с 27 до 33 сек в группе контроля) по данным пробы Штанге. По шкале ШОКС отмечалось более быстрое и стабильное улучшение состояния пациентов, что подтверждалось повышением сократительной способности миокарда по данным ЭхоКГ и по расчетному показателю глобального продольного стрейна. Комплексная реабилитация с включением ЛФК способствовала повышению показателей теста с 6 минутной ходьбой (в среднем на 15-23%). Дозированную ЛФК пациентам ИБС с учётом ФК ХСН и толерантности к физическим нагрузкам, рекомендуется проводить после реваскуляризации миокарда. Комплексный подход с дозированной ЛФК улучшает микроциркуляцию в мышцах и органах, легочную вентиляцию, повышает толерантности к физическим нагрузкам и предупреждают возможные осложнения после ЧКВ.

Заключение:

Постстационарная оценка функции миокарда с определением фракции выброса по Симпсону и показателя продольного глобального стрейна способствует лучшей оценке эффективности выполняемых физических нагрузок. И улучшение функционального состояния миокарда отмечается при применении расширенного реабилитационного комплекса, включающего оптимальную медикаментозную терапию, кардиореабилитацию и специальный комплекс ЛФК.

РЕЗУЛЬТАТЫ 12-МЕСЯЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СЛОЖНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТОВ YUKON CHROME PC

Костин А.В., Касьянова О.В., Скрыпник Д.В.
ФГБУ ВО «РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ МЕДИЦИНЫ»

Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Стентирование коронарных артерий является наиболее частым способом реваскуляризации миокарда у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС). Совершенствование и прогресс технологии изготовления стентов направлены на улучшение технических характеристик, позволяющих оператору добиться не только оптимального результата во время чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ), но и обеспечить наилучший отдаленный исход. В настоящей работе мы демонстрируем 12-месячные результаты использования стента третьей генерации Yukon Chrome PC у пациентов с комплексным поражением коронарного русла. Цель: оценить отдаленные результаты эффективности и безопасности применения платформы Yukon Chrome PC у пациентов с комплексным поражением коронарного русла, подвергнутым коронарной реваскуляризации. Задачи: – оценить частоту наступления летальных исходов; – определить частоту нефатального инфаркта миокарда; – проанализировать частоту повторной реваскуляризации миокарда; – оценить возврат клинической картины стенокардии и определить ее связь с реваскуляризованным сосудом; – определить частоту тромбоза стента в целевом сосуде.

Материал и методы:

В одноцентровое наблюдательное исследование, выполненное на базе ФБУЗ «ГКБ им. И.В. Давыдовского ДЗМ» с декабря 2022 года по сентябрь 2023 года было включено 120 пациентов, которым проводилось ЧКВ по поводу различных форм ИБС. В рамках работы преимущество отдавалось пациентам со сложными коронарными поражениями, куда входили хронические окклю-

зии, бифуркационные поражения, интракоронарный тромбоз и выраженные кальциноз или извитость в области планируемого ЧКВ. Критериями исключения являлись кардиогенный шок на момент поступления, некардиальная патология, влияющая на госпитальный прогноз, а также потребность в имплантации стента иного производителя в целевую артерию. У 100% пациентов контроль стентирования осуществлялся с применением технологий усиления визуализации стента (StentBoost, Philips) и совмещения стента со стенкой артерии (StentBoost Subtract, Philips). В сомнительных случаях у 45 (35,8%) пациентов вмешательство дополнялось контролем ВСУЗИ. В дальнейшем пациенты находились под наблюдением в течение 12 месяцев для оценки основных клинических исходов.

Результаты:

Успех процедуры на первоначальном этапе был достигнут в 100% случаев, госпитальный период у всех пациентов протекал без осложнений. У одного пациента (0,8%) наблюдался острый интраоперационный тромбоз разрешившийся на фоне блокаторов IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов. Этапная стратегия реваскуляризации (запланированное вмешательство на другой артерии) осуществлялась после индексной госпитализации у 28 пациентов (23,3%) в соответствии с показаниями в рамках текущих клинических рекомендаций по лечению пациентов с ИБС. Информация о конечной точке к 12-му месяцу была достигнута у 102 пациентов (85%). За этот период наблюдение 2 пациента (1,9%) имели летальный исход по некардиальной причине, 8 пациентов (7,8%) были повторно госпитализированы в плановом порядке в связи с рецидивом стенокардии, однако во всех случаях причиной симптомов оказалась нецелевая коронарная артерия. Повторный нефатальный инфаркт миокарда и реваскуляризация в целевой артерии произошли у 1 пациента (1,0%) по причине подострого тромбоза стента.

Заключение:

Результаты 12-месячного наблюдения за пациентами, которыми выполнялось ЧКВ при ИБС с применением платформы Yukon Chrome PC, показывают хороший профиль безопасности и эффективности стента у пациентов со сложным поражением коронарного русла.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ТУРБУЛЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПО ДАННЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Алейникова Т.В.

УО «ГомГМУ»,

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Турбулентность сердечного ритма (ТСР) является отражением барорефлекторной чувствительности, то есть изменения частоты сердечного ритма в ответ на колебания артериального давления (АД). Согласно стандартам определения, значения ТСР в норме должны быть следующими: TO (начало турбулентности – turbulence onset – величина учащения синусового ритма после желудочковой экстрасистолы) – меньше 0%, а TS (наклон турбулентности – turbulence slope – интенсивность замедления синусового ритма, следующего за его учащением) – больше 2,5 мс/RR. Наличие патологической ТСР у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) может прогнозировать более высокую смертность. Цель исследования: оценить ТСР по данным холтеровского мониторирования (ХМ) у пациентов с ИБС.

Материал и методы:

В исследовании участвовали 230 пациентов в возрасте 65±7,7 года, страдающих ИБС. Из них 69,6% (160 пациентов) – женщи-

ны, 30,4% (70 пациентов) – мужчины. Группу сравнения составили 108 пациентов с АГ I-II степени без документально подтвержденной ИБС в анамнезе, из них 42,6% мужчины (46 пациентов) и 57,4% женщины (62 пациента) в возрасте 60,4±9,2 лет. Всем пациентам было проведено ХМ с последующей оценкой показателей variability сердечного ритма (BCP) и турбулентности сердечного ритма (TCP). Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программы «Statistica», 10.0. Достоверность различий учитывалась при $p < 0,05$.

Результаты:

Проведена оценка параметров TCP у пациентов с ИБС: TO = -0,36±3,1%; TS = 4,14±3,94 мс/RR. Редукция параметра TO (%) была выявлена в 10,4% случаев (24 пациента), редукция TS – в 14,4% (33 пациента), тотальная редукция параметров TCP – в 8,3% (19 пациентов). Выявлена значимая отрицательная корреляция между TO и SDNN ($r = -0,25$; $p = 0,02$), TO и SDANNi ($r = -0,24$; $p = 0,03$), положительная корреляция между TS и SDNN ($r = 0,39$; $p = 0,0002$), TS и SDANNi ($r = 0,36$; $p = 0,0007$), TS и SDNNi ($r = 0,34$; $p = 0,001$). Выявлена отрицательная корреляция между TO и значениями циркадного индекса (ЦИ) ($r = -0,33$; $p = 0,003$), положительная корреляция между TS и значениями ЦИ ($r = 0,33$; $p = 0,002$). Имеет место значимая отрицательная корреляция между TO и TS ($r = -0,35$; $p = 0,003$). Были определены значения параметров TCP у пациентов с АГ I-II степени, без наличия документально подтвержденной ИБС: TO = -0,9±3,44%; TS = 6,32±6,96 мс / RR. Редукция параметра TO была выявлена в 18,5% случаев (20 пациентов), редукция TS – 13,9% случаев (15 пациентов), тотальная редукция TCP – в 3,7% (4 пациента). Установлено, что значения TS у пациентов с документально подтвержденной ИБС достоверно ниже, чем у пациентов с АГ I-II степени, без наличия ИБС ($p = 0,01$).

Заключение:

У пациентов с ИБС изменения TCP представлены в большей степени редукцией параметра TS, тотальная редукция TCP имеет место в 2,2 раза чаще, чем у пациентов с АГ I-II степени, без наличия ИБС, что предполагает более выраженное поражение автономной регуляции сердца и может быть ассоциировано с развитием неблагоприятных сердечно-сосудистых событий. Выявлена взаимосвязь TCP с временными показателями BCP, тестирующими разброс сердечного ритма (SDNN, SDANNi, SDNNi), циркадным профилем сердечного ритма, оцениваемым по циркадному индексу (ЦИ).

РЕЗУЛЬТАТЫ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Егорова И.С., Везикова Н.Н.

ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет»,

г. Петрозаводск, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Цель: оценить результаты оценки риска госпитальной и 6-месячной летальности при остром коронарном синдроме (ОКС) в условиях реальной клинической практики на основании данных долгосрочного регистра

Материал и методы:

В исследование включены 8347 пациентов, последовательно госпитализированных по поводу ОКС в Региональный сосудистый центр Республики Карелия в период с 15.10.2008 по 14.10.2023. Все пациенты включены в Федеральный регистр ОКС. Проведена оценка результатов стратификации риска госпитальной и 6-месячной летальности с применением шкалы GRACE. Исследование выполнено на Уникальной научной установке «Многокомпонент-

ный программно-аппаратный комплекс для автоматизированного сбора, хранения, разметки научно-исследовательских и клинических биомедицинских данных, их унификации и анализа на базе ЦОД с использованием технологий искусственного интеллекта».

Результаты:

В исследование включены 8347 пациентов, преобладали мужчины (60,5%). Среди всех больных у 4741 (56,8%) диагностирован ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST), у 3606 (43,2%) – ОКС с подъемом ST (ОКСпST). В подгруппе пациентов с ОКСбпST риск по шкале GRACE был оценен у 52,4%. Распределение по риску госпитальной летальности оказалось следующим: низкий риск (0-108 баллов) определен у 20,7% больных, средний (109-140 баллов) – у 27,8%, высокий (более 140 баллов) – у 51,5%. В ходе анализа 6-месячной летальности установлено, что низкий риск (1-88 баллов) имели 16,6% пациентов, средний – 25,6%, высокий – 57,8%. При этом госпитальная летальность в данной подгруппе составила 2,4%. В группе больных с ОКСпST стратификация риска по шкале GRACE проведена у 73,8%. Распределение пациентов в зависимости от риска госпитальной летальности оказалось следующим: низкий риск (49-125 баллов) определен у 24,1% больных, средний (126-154 балла) – у 35,3%, высокий (155-319 баллов) – у 40,6%. Результаты оценки риска 6-месячной летальности оказались следующими: низкий риск (27-99 баллов) определен у 52,5% пациентов, средний (100-127 баллов) – у 25,4%, высокий (128-263 балла) – у 22,1%. При этом госпитальная летальность у пациентов с ОКСпST составила 4,5%.

Заключение:

Полученные данные продемонстрировали, что в реальной клинической практике оценка риска по шкале GRACE проводится не всем пациентам (в группе лиц с ОКСбпST лишь каждому второму). При этом по результатам стратификации высокий риск госпитальной летальности имеют более половины пациентов, переносящих ОКСбпST, и 40,6% больных с ОКСпST. Отмечено, что на фоне современного лечения ОКС госпитальная реальность в реальной практике невысока

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ СЕРДЦА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ДАПАГЛИФЛОЗИНОМ У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Сайпудинова К.М., Ускач Т.М.,
Шария М.А., Устюжанин Д.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. ак. Е.И. Чазова» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Сочетание хронической сердечной недостаточности (ХСН) и фибрилляции предсердий (ФП) имеет широкую распространенность и неблагоприятный прогноз. Возникновение и прогрессирование ХСН у пациентов с ФП, также как и развитие ФП у пациентов ХСН тесно связаны с ремоделированием сердца. Процессы обратного ремоделирования сердца могут служить ключом к прерыванию порочного круга прогрессирования ХСН и ФП. Цель. Определить влияние дапаглифлозина на параметры ремоделирования сердца и масса миокарда левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с ХСН со сниженной фракцией выброса и ФП.

Материал и методы:

В исследование участвовали 60 пациентов с ХСН II-IV функционального класса (ФК NYHA) со сниженной фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) и ФП, получавших ранее терапию

АРНИ/иАПФ, бета-блокаторами и АМКР, которые были разделены на две группы. Пациентам первой группы (n=30) был назначен дапаглифлозин, пациенты второй группы (n=30) составили группу сравнения. В процессе исследования анализировались масса миокарда ЛЖ и объемные показатели сердца, измеренные при помощи МРТ исходно и через 6 месяцев в зависимости от формы ФП.

Результаты:

По исходным параметрам МРТ группы были сопоставимы как в случае пароксизмальной, так и постоянной ФП. На фоне терапии дапаглифлозином в течение 6 месяцев наблюдалось значимое снижение массы миокарда ЛЖ как при пароксизмальной форме ФП (n=9) от 146,5 (120-160) г до 112 (96- 148) г, $p<0,001$, так и при постоянной форме (n=21) от 156 (130- 180) г до 109 (98-145) г, $p<0,001$. У пациентов в группе сравнения динамика массы миокарда была не значимой как при пароксизмальной ФП (n=10) от 168 (150-172) г до 164 (144-168) г, $p<0,532$ так и при постоянной (n=20) от 156,4 (134-171) г до 150 (154- 174) г, $p<0,601$. При оценке объемных параметров на фоне дапаглифлозина у пациентов с пароксизмальной формой ФП наблюдались статистически значимые изменения показателей ЛП с 48 ± 5 (44-47) мм до 42 ± 6 (40-44) мм, КДР с 68 (62-71) мм до 60 (58-68) мм $p<0,001$, КСР с 55 ± 7 (54-56) мм до 50 ± 7 (45-50) мм $p<0,003$, с постоянной формой ФП: ЛП 50 ± 5 (46-49) мм до 47 ± 6 (43-46) мм, КДР с 70 (62-72) мм до 64 (59-69) мм $p<0,001$, КСР с 57 ± 7 (56-60) мм до 52 ± 7 (46-51) мм $p<0,003$. В группе сравнения значимых изменений объемных параметров через 6 месяцев не произошло.

Заключение:

У пациентов с ХСН со сниженной ФВЛЖ и ФП терапия дапаглифлозином способствует снижению массы миокарда и процессам обратного ремоделирования сердца вне зависимости от формы ФП.

РИСК КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ НЕОБРАТИМО ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ПОСТЛУЧЕВОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА

Вилижинская К.А., Евсеев Е.П., Айдамиров Я.А.,
Фомин М.А., Бутенко А.В., Иванов В.А., Фролова Ю.В.
ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В.Петровского»,
г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Лучевая терапия (ЛТ) новообразований органов средостения, являясь одним из важнейших этапов онкологического лечения, через десятилетия способствует развитию ишемической болезни сердца (ИБС), структурным изменениям клапанного аппарата сердца, констриктивному перикардиту с необратимым прогрессированием хронической сердечной недостаточности (ХСН). Учитывая резистентность к консервативной терапии этой особой категории кардиоонкобольных, со временем возрастает роль кардиохирургии в лечении постлучевого поражения сердца, несмотря на то, что предыдущая ЛТ грудной клетки увеличивает риск операции на сердце из-за образования плотных внутригрудных спаек, радиационного повреждения легких, плохим заживлением тканей в месте операции. ЦЕЛЬ: оценить роль кардиохирургического вмешательства у пациентов с прогрессирующей ХСН на фоне постлучевого поражения сердца.

Материал и методы:

В отделении хирургического лечения пороков сердца ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Петровского Б.В.» за период с 01.2012 г. по

03.2024 г. было прооперировано 35 пациентов с постлучевым поражением сердца, из них 23 (65%) женщины. Средний возраст пациентов составил $58,5 \pm 10,1$ лет. У всех пациентов исходно ХСН: 27 (77%) пациентов находились в III функциональном классе (ФК) по NYHA, 4 (8%) – во II ФК и 8% – в IV ФК. У всех пациентов отмечен выраженный кальциноз клапанного аппарата сердца с диастолической дисфункцией левого желудочка (ЛЖ) по рестриктивному типу. ЛТ проводилась по поводу лимфогранулематоза у 24 (68%) пациентов, рака молочной железы у 10 (28%), у 1 тератобластома средостения. Срок от первого курса ЛТ до кардиохирургического этапа $24,1 \pm 12,3$ года. Сопутствующее поражение коронарных артерий выявлено у 21 (60%) пациента. По данным ЭХО-КГ средняя фракция выброса ЛЖ составила $57,2 \pm 2,7\%$.

Результаты:

В условиях искусственного кровообращения хирургическая коррекция пороков сердца была выполнена 33 (94%) пациентам, 7 (20%) пациентам одномоментно выполнено коронарное шунтирование, 3 пациентам проведена субтотальная перикардэктомия. В раннем послеоперационном периоде – 1 летальный исход (пациентка с трехклапанным поражением сердца и ХСН IV ФК (NYHA), двусторонним гидротораксом, гидроперикардом, кардиальным циррозом печени). В раннем послеоперационном периоде в ОРИТ у 18 (51%) пациентов отмечено прогрессирование ХСН, потребовавшей в/в кардиотонической и вазопрессорной поддержки; пароксизмальная фибрилляция предсердий возникла у 12 (34%) пациентов: у 8 из них восстановление синусового ритма на фоне медикаментозной кардиоверсии, у 4 – электрической. В послеоперационном госпитальном периоде у 10 (28%) пациентов отмечался умеренный экссудативный плеврит, у 1 – гемодинамически значимая парапротезная фистула с последующей успешной реоперацией, у 1 – гемоперикард с выполнением успешной перикардиальной пункции; 1 пациенту имплантирован постоянный ЭКС в связи с развитием АВ-блокады 3-й степени.

Заключение:

Оценка исходного клинического статуса кардиоонкологических пациентов с постлучевым поражением сердца и необратимо прогрессирующей ХСН, возникшей спустя десятилетия после проведения ЛТ новообразований органов средостения, обуславливает необходимость разработки персонализированного плана наблюдения у таких пациентов с высоким кардиохирургическим риском. Считаем, что это способствует определению показаний для своевременного кардиохирургического лечения, снижая возможные риски сердечно-сосудистых событий в послеоперационном периоде.

РОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РЕМОДЕЛИРОВАНИИ СЕРДЦА

Шамкенов Е.А.

КГП на ПХВ «ПОКЦ», г. Павлодар,

Республика Казахстан

Введение (цели/ задачи):

Заболееваемость населения Павлодарской области артериальной гипертензией остается большой проблемой для практического здравоохранения. Постоянный рост данного заболевания (от 1539,7 на 100 тыс в 2017 году до 1663,9 в 2022 году), на фоне поздней обращаемости и выявляемости, неадекватности пациентов к лечебному процессу ведет к неминуемым осложнениям со стороны сердечно-сосудистой системы. Цель: Изучить динамику влияния артериальной гипертензии на сердечную деятельность.

Материал и методы:

В исследование было включено 280 пациентов с артериальной гипертензией. Из них мужчин 193 (69%) пациента в среднем воз-

расте $60,64 \pm 13,57$ (от 30 до 80 лет), женщин 87 (31%) – $66,3 \pm 6,31$ (от 46 до 76 лет). По тяжести артериальной гипертензии пациенты были разделены в три группы: №1 с артериальной гипертензией 1 степени-20 человек, группа №2 артериальная гипертензия 2 степени-51, №3 артериальная гипертензия 3 степени-209. Кроме того, для выявления отличительных особенностей в выделенных группах провели дифференциацию исследуемых пациентов по половому признаку. Всем пациентам выполняли трансторакальную эхокардиографию на ультразвуковом сканере «Vivid 9» General Electric (USA). Анализу подвергли отдельные показатели общеклинического и эхокардиографию (КДР, КСР, МЖП, ЗСЛЖ, КДО, КСР, ФВ) параметров исследования. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ IBM SPSS Statistics 23. Количественные признаки представлены как $M \pm SD$ для показателей с нормальным распределением, M – арифметическое среднее, SD – стандартное отклонение. Значимость различий между группами считалась при $p < 0,05$.

Результаты:

Анализ полученных результатов показал, что у мужчин с артериальной гипертензией 1-3 степени основные показатели ультразвукового исследования, характеризующие систолическую и диастолическую функцию сердца, находились в пределах допустимых норм, что свидетельствовало о сохранности структурно-функционального состояния сердца и большом миокардиальном ресурсе, не смотря на нагрузку повышенным давлением. В отличие от них у женщин было установлено утолщение межжелудочковой перегородки в группе с артериальной гипертензией 3 степени до $14,1 \pm 3,1$ мм против межжелудочковой перегородки $12 \pm 1,2$ мм в группе с артериальной гипертензией 2 степени с достоверной значимостью ($p < 0,05$). Это отклонение от нормы было единственным на фоне всех остальных параметров эхокардиографического исследования.

Заключение:

У пациентов мужского пола с повышенным артериальным давлением ремоделирование сердца в исследуемых группах не установлено, т.е. даже при артериальной гипертензии 3 степени клинически значимого влияния на сердечную деятельность не происходило. Очевидно нужны дальнейшие исследования с увеличением сроков наблюдения. А вот в группе у женщин выявлен факт раннего ремоделирования в виде утолщения межжелудочковой перегородки и это должно расцениваться как предиктор будущих сердечных осложнений.

РОЛЬ БИОИМПЕДАНСОМЕТРИИ В ОПТИМИЗАЦИИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ СОПРОТИВЛЕНИЕМ

Олимжонов Д.Д., Аляви А.Л., Давлатова Л.Ш.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний в мире, сопровождаясь значительными рисками развития осложнений, таких как инсульт и инфаркт миокарда. Оптимизация антигипертензивной терапии, направленная на снижение периферического сопротивления, является ключевым аспектом лечения АГ, особенно у пациентов с высоким общим периферическим сопротивлением (ОПС). В последние годы биоимпедансометрия зарекомендовала себя как эффективный метод оценки и мониторинга состояния сосудистой системы у таких пациентов. При-

менение биоимпедансометрии позволяет более точно оценить эффективность антигипертензивной терапии и своевременно корректировать ее в соответствии с динамикой изменения сосудистого сопротивления. **Задачи исследования:** Изучить роль биоимпедансометрии в оценке сосудистого тонуса и ОПС у пациентов с АГ. Оценить эффективность антигипертензивной терапии, направленной на снижение периферического сопротивления, с использованием биоимпедансометрии. Определить оптимальные стратегии применения биоимпедансометрии для индивидуализации лечения и повышения эффективности антигипертензивной терапии. **Цель:** Определить роль биоимпедансометрии в оптимизации антигипертензивной терапии у пациентов с высоким периферическим сопротивлением.

Материал и методы:

Исследование проведено у 62 пациентов с АГ в возрасте от 29 до 60 лет (средний возраст $44,3 \pm 2,4$ года). Среди них 30 женщин и 32 мужчины. Средняя продолжительность заболевания составила $8,75 \pm 1,6$ лет. У всех обследованных оценивались общеклинические показатели, показатели эхокардиографии (ЭХОКГ), суточного мониторирования артериального давления (СМАД), а также проводился расчет ОПС по системному расчету $770-1500 \text{ дин} \times \text{с} \times \text{см}^{-5}$ с помощью аппарата NICaS. Всем пациентам с повышенным периферическим сопротивлением назначались препараты антагонисты кальция.

Результаты:

Более 85% пациентов (53 человека) имели высокие значения TPR, превышающие $1200 \text{ дин} \times \text{с} \times \text{см}^{-5}$. Это подтверждало наличие повышенного периферического сопротивления сосудов, что требует коррекции с использованием медикаментозной терапии. Пациентам с повышенными показателями TPR были назначены препараты из группы антагонистов кальция, которые показали высокую эффективность в снижении периферического сопротивления. После курса терапии наблюдалось значительное снижение TPR у большинства пациентов. Средние значения сопротивления снизились с уровня $>1200 \text{ дин} \times \text{с} \times \text{см}^{-5}$ до уровня $850-950 \text{ дин} \times \text{с} \times \text{см}^{-5}$ ($P < 0,01$), что свидетельствует о позитивной динамике в лечении артериальной гипертензии и улучшении состояния сосудистой системы.

Заключение:

Применение биоимпедансометрии для оценки периферического сопротивления и назначение антагонистов кальция пациентам с высоким TPR показало высокую эффективность в оптимизации антигипертензивной терапии. Результаты исследования подтвердили значительное снижение артериального давления и улучшение сердечно-сосудистых показателей, что подтверждает целесообразность данного подхода в клинической практике.

РОЛЬ КОМОРБИДНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ КАРДИООНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 60 ЛЕТ С РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Цацурова С.А., Тюрина Е.А., Корчажкина Н.Б., Михайлова А.А., Бутенко А.В., Петренко К.Н., Беджанян А.Л., Фролова Ю.В.

ГНЦ РФ ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского», г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Злокачественные онкологические заболевания, в частности колоректальный рак, наряду с сердечно-сосудистыми, входят в первую тройку причин смертности, особенно среди населения

пожилого возраста. Сердечно-сосудистая и онкологическая коморбидность относится к частым случаям у возрастных пациентов, что требует особой диагностической настороженности. Это связано, как с высокой распространенностью сердечно-сосудистой патологии у онкопациентов из-за общих факторов риска и патогенетических механизмов развития, так и с многочисленными кардиальными осложнениями лечения злокачественных новообразований, в т.ч. хирургического, от которых умирают столько же пациентов, сколько и от онкологии. При выявлении подобного сочетания двух патологий возникает проблема выбора тактики ведения, в т.ч. этапности хирургического вмешательства. **Цель.** Анализ роли коморбидных сердечно-сосудистых заболеваний в выборе тактики ведения кардиоонкологических пациентов старше 60 лет с резектабельным колоректальным раком.

Материал и методы:

В исследование включено 105 пациентов в возрасте от 60 до 90 лет (59 мужчин и 46 женщины) с коморбидной сердечно-сосудистой патологией, которым по поводу колоректального рака было выполнено оперативное вмешательство. Средний возраст составил $75 \pm 6,5$ лет. Исходно из ССЗ у 80 (76,2%) пациентов были выявлены АГ, атеросклероз периферических сосудов – у 94 (89,5%), нарушения проводимости сердца – у 43 (40,9%), ИБС – у 29 (27,6%), ФП – у 31 (29,5%), клапанные пороки сердца – у 6 (5,9%), СД 2 типа – у 30 (28,6%), ОНМК в анамнезе – у 5 (4,8%), висцеральное ожирение – у 31 (29,5%), ХОБЛ – у 19 (18,1%), ХБП – у 22 (20,9%) пациентов. У 59 пациентов исходно отмечался I ФК (по NYHA), у 32 – II ФК, у 14 – III ФК, определенных с помощью теста 6-минутной ходьбой. Индекс коморбидности Чарльсона (CCI) составил от 5 до 13 баллов. У 95 пациентов было ≥ 3 ССЗ. В анализах крови средний уровень NT-proBNP составил $593,6 \pm 54,3$ пг/мл, СКФ $51,7 \pm 3,5$ мл/мин/1,73 м², ЛПНП $3,1 \pm 0,9$ ммоль/л. По данным ЭХО-КГ ФВ ЛЖ составила $58,8 \pm 2,7\%$, нарушения локальной сократимости миокарда выявлены у 28,4% пациентов, среднее давление в легочной артерии составило $31,3 \pm 1,6$ мм рт. ст. Стратификация 30-дневного риска развития ССО проводилась на основании шкалы RCRI: 77% пациентов имели 6% риск развития ССО, 6,3% пациентов – 10,1%, 16,7% пациентов – 15%.

Результаты:

Из-за тяжелой степени деменции и высокого индекса коморбидности Charlson 3 пациентам старше 80 лет с RCRI 10,1% было отказано в хирургическом лечении КРР. Длительность операции по поводу КРР в среднем составила 200 минут, средняя кровопотеря – 263 мл. 30-дневная послеоперационная летальность составила 1,1% на фоне полиорганной недостаточности. В раннем послеоперационном периоде у 7 (5,8%) пациентов развились СС осложнения: у 5 была ФП с последующим восстановлением синусового ритма (4 пациентам выполнена внутривенная медикаментозная кардиоверсия, 1 пациенту – электрическая импульсная терапия). У 2 пациентов (с дооперационным уровнем NT-proBNP 81,2 пг/мл и 324 пг/мл) развился инфаркт миокарда 2-го типа. Частота хирургических послеоперационных осложнений составила 18%; серьезные осложнения (III–V степени по Clavien–Dindo) возникли у 9% пациентов. Мультидисциплинарным консилиумом многопрофильного хирургического стационара принималось решение об этапности лечения. 3 пациентам с выявленным при предоперационном обследовании гемодинамически значимым стенозом БЦА 1-м этапом выполнили каротидную эндартерэктомию, а затем оперативное лечение КРР. 1 пациенту с выявленным атеросклеротическим поражением КА с окклюзией ПМЖВ и стенозом ПКА до 70% сперва была выполнена реваскуляризация миокарда, а затем – резекция КРР. На всех этапах лечения пациенты полу-

чали кардиальную терапию, на предоперационном этапе коррекция терапии потребовалась 64 (60,9%) пациентам. В отделении 96 прооперированных пациентов были выписаны из стационара без прогрессирования клинических симптомов ССЗ.

Заключение:

Пациенты с онкологическими заболеваниями и сопутствующей кардиальной патологией должны оставаться под наблюдением междисциплинарной команды на всех этапах лечения для определения оптимальной тактики ведения, включая этапность хирургии и своевременную коррекцию кардиальной терапии. Подобный подход позволит снизить количество осложнений и увеличить выживаемость кардиоонкологических пациентов.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМОМ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Канунова Т.А., Сатуева К.А., Ашина Д.А.,
Алиджанова Х.Г., Гигинеишвили Л.Р.
ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»,
г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Согласно литературным данным в НИИ с отделением неотложной травматологии по сравнению с обычными горбольницами, чаще привозят наиболее тяжелых пациентов с переломом шейки бедренной кости, большинство из которых составляют гериатрические пациенты с часто бессимптомной хрупкостью костей, которые связаны со значительной заболеваемостью, потерей функциональной независимости и смертностью (увеличивается до 8 раз в первые 3 месяца после перелома). Смертность при переломе бедра выше, чем при инфаркте миокарда (ИМ). Интерес представляют инструменты стратификации риска смерти (РС) и прогноза в периоперационном и постгоспитальном периоде. Для прогнозирования периоперационных исходов используется классификация физического статуса пациента, предложенной ASA (американского общества анестезиологов), согласно которой количество сопутствующих заболеваний, анемия, мужской пол и сахарный диабет являются независимыми факторами риска послеоперационных осложнений у пожилых с переломами бедра. Цель исследования. Анализ причин смерти пациентов, перенесших оперативное вмешательство по поводу перелома шейки бедренной кости.

Материал и методы:

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 57 умерших пациентов с переломом шейки бедренной кости (14 мужчин и 43 женщин, средний возраст соответственно $74 \pm 3,5$ и $85 \pm 8,7$ лет). Всем пациентам было проведено оперативное вмешательство.

Результаты:

Все пациенты были коморбидны и на одного человека приходилось от 4-х до 10-ти заболеваний. Физический статус пациентов по классификации ASA, соответствовал III и IV классам с высоким РС. У всех диагностирован остеопороз и артериальная гипертензия. За время госпитализации ИМ развился в 13 (22,8%) случаях. Постинфарктный кардиосклероз и перенесенное ранее нарушение мозгового кровообращения диагностировали у 10 (17,5%) и 7 (12,5%) умерших соответственно. Сахарный диабет и фибрилляция предсердий (ФП) в анамнезе отмечены у 28 (49,1%) и 26 (45,6%) умерших. Анемия от средней до тяжелой степени тяжести и гипопротейнемия диагностирована одинаково у 47 (82,5%), гипергликемия – 45 (77,2%) умерших. Хроническая болезнь почек 3А стадии определена у 15 (26,3%), 3Б – 28 (42,1%), 4 стадия – у 2 (3,5%) пациентов. Перелом бедренной

кости сопровождался следующими осложнениями: тромбоэмболия лёгочных артерий (ТЭЛА) – у 38 (66,7%) пациентов, полиорганная недостаточность – 30 (52,6%), сепсис – 19 (33,3%), гидроторакс – 28 (49,1%), пневмония – 27 (47,4%), прогрессирующая сердечная недостаточность (СН) – 6 (10,50%), тромбоз камер сердца – 4 (7,00%), кардиогенный шок – 2 (3,5%), отек легких – 4 (7,0%) умерших пациентов. Уровни тропонина I превышали нормальные значения у 26 (45,6%), у 19 пациентов уровень тропонина I находился в пределах нормы (33,3%); в остальных 12 (21,1%) случаях данное исследование не проводилось. При эхокардиографическом исследовании гипертрофия миокарда левого желудочка (ЛЖ) диагностирована у 37 пациентов (64,9%), нарушение локальной сократимости миокарда – у 10 (17,5%), дилатация полостей сердца – 40 (70,2%), легочная гипертензия встречалась – 37 пациентов (64,9%). Нормальная сократительная способность миокарда ЛЖ наблюдалась у 35 пациентов (61,4%). По данным ЭКГ у 21 (36,8%) пациентов диагностирована ФП, ритм ЭКС у 1 (1,8%); трепетание предсердий и брадикардия по 4 (7,0%) случая, соответственно; ишемия миокарда наблюдалась у 21 (36,8%), картина острого ИМ – у 6 (10,5%). Увеличение скорректированного QT наблюдалось у 8 (14,0%) умерших. По данным аутопсии основными причинами смерти были: острая СН – 20 (35,10%) умерших, ТЭЛА – 13 (22,80%), лёгочно-сердечная недостаточность – 10 (17,50%), пневмония – 9 (15,80%), жировая эмболия сосудов лёгких/головного мозга/почки – 4 (7,00%), ИМ – у 1 (1,80%).

Заключение:

Умершие пациенты с переломом шейки бедра были старших возрастов, преимущественно лицами женского пола с множественной коморбидностью, метаболическими нарушениями (остеопороз, анемический синдром, гипергликемия, гипопротейнемия) и высоким РС. Физический статус пациентов по классификации ASA, соответствовал III и IV классам. Результаты исследования позволяют сделать вывод о внедрении мультидисциплинарного подхода в тактике ведения пациентов в периоперационном и постоперационном периодах и проведении у лиц старших возрастов профилактических мероприятий до травмы.

СЛОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТА С АНОМАЛИЕЙ СТРОЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Гузёва В.М.¹, Степанова В.В.¹, Мамаева О.П.^{1,2},
Павлова Н.Е.¹, Щербак С.Г.^{1,2}

¹ СПб ГБУЗ ГБ №40,

г. Санкт-Петербург, Российская Федерация;

² Санкт-Петербургский государственный университет,

г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Точная встречаемость коронарных аномалий неизвестна. По данным литературы, она варьируется от 0,1 до 5% в различных популяциях. В зарубежной литературе среди аномалий коронарных артерий (КА) выделяют вариант отхождения огибающей артерии (ОА) под острым углом (менее или равно 45 градусам) от ствола левой коронарной артерии. Данный паттерн американские кардиологи предложили называть «Acute Takeoff of the circumflex artery» и определили частоту его встречаемости – менее 1% в популяции. Широкое использование визуализирующих методов исследования привело к увеличению выявляемости аномалий развития КА, однако, отсутствие доказательной базы в отношении данной патологии затрудняет выбор тактики ведения таких пациентов.

Материал и методы:

Пациент М., 65 лет, мужчина, амбулаторно обратился к кардиологу с жалобами на ощущение перебоев в работе сердца в течение нескольких месяцев. Боль в грудной клетке, одышку, синкопальные состояния отрицал. В анамнезе: гипертоническая болезнь, нарушение толерантности к глюкозе, не курил, вел активный образ жизни. По результатам обследования: дислипидемия, ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 62 уд/мин, диффузные изменения процессов реполяризации. По трансторакальной эхокардиографии (ТТЭхоКГ): утолщение миокарда ЛЖ, дополнительные хорды ЛЖ. По Холтеровскому мониторингованию (ХМ-ЭКГ): 5320 наджелудочковых и 1839 желудочковых экстрасистол в том числе эпизоды тригеминии. ТТЭхоКГ – система «Vivid E95», стресс-ЭхоКГ с ФН – e-Bike EL&BP (GE USA).

Результаты:

Проведена стресс-ЭхоКГ по протоколу «50x25»: выполнено 4 ступени нагрузки (125Вт), достигнута субмаксимальная ЧСС, ангинозных приступов не было. Тест положительный по ЭхоКГ и ЭКГ критериям (появление зон гипокинезии верхушечно-передне-бокового сегмента, срединных передне-бокового и ниже-бокового сегментов ЛЖ, горизонтальной депрессии в отведениях II, III, aVF, V5-6 до 2 мм). Проведена МСКТ-ангиография КА: данных за атеросклероз КА не получено, ОА изогнута в устье под острым углом, диффузное расширение восходящего отдела аорты. По результатам дообследования выставлен диагноз: ИБС. Безболевого ишемия миокарда. Частая наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия. Рекомендовалось консервативное лечение. Через три месяца лечения наблюдалось уменьшение экстрасистолии, однако, сохранялись ишемические изменения при проведении стресс-эхоКГ. Полученные результаты клинического случая позволяют предположить значимость аномального строения ОА в развитии стресс-индуцируемой ишемии. Пациенту назначена медикаментозная терапия, отвечающая клиническим стандартам. Однако, согласно клиническим рекомендациям (ESC 2020, ACC 2018) острый угол отхождения КА является критерием высокого риска, в связи с чем остаётся открытым вопрос о целесообразности выполнения хирургического лечения у нашего пациента и дальнейшей тактике ведения.

Заключение:

Аномалии КА встречаются в настоящее время и могут служить причиной развития ишемических и клинических проявлений. Неинвазивные визуализирующие методы исследования (стресс-ЭхоКГ и МСКТ-ангиография) являются взаимодополняющими. Определение тактики ведения пациентов с аномалиями КА, особенно в отношении бессимптомных пациентов, ограничено отсутствием доказательной базы, в связи с чем является актуальной проблемой современной кардиологии.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Гумерова Г.М.¹, Николаева И.Е.¹, Билалов Ф.С.¹, Ермолаев Е.Н.¹, Рахматуллина Ю.З.¹

¹ ГБУЗ Республиканский кардиологический центр, г. Уфа, Российская Федерация;

² ГБУЗ Республиканский медико-генетический центр, г. Уфа, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Организация липидных центров с целью раннего выявления пациентов с нарушением липидного обмена и снижения смерт-

ности от болезней системы кровообращения в Республике Башкортостан

Материал и методы:

Проведен анализ организации и работы липидных центров на базе медицинских организаций Республики Башкортостан, осуществляющих первичную медицинскую помощь. Организован единый регистр пациентов с гиперхолестеринемией, сформированы показания для направления в липидные центры и алгоритмы обследования и маршрутизации пациентов в липидные центры

Результаты:

С 2023 года согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Башкортостан № 385-А от 03.03.2023г. «Об организации работы Липидных центров в Республике Башкортостан» кардиологами ГБУЗ Республиканский кардиологический центр начата работа по отбору пациентов с семейной гиперхолестеринемией с целью раннего выявления пациентов с нарушениями липидного обмена и снижению смертности от болезней системы кровообращения в Республике Башкортостан. Всего по республике организовано 12 межмуниципальных липидных центров, 13 центр организован на базе ГБУЗ РКЦ для подбора и коррекции ранее назначенной гиполипидемической терапии, в том числе для подбора терапии генно-инженерным препаратами из группы ингибиторов PCSK-9. В настоящее время по Республике Башкортостан выявлено 1163 пациента с показателем общего холестерина более 10 ммоль/л, и показателями ЛПНП более 6 ммоль/л из которых 10 пациентам выставлен диагноз Семейной гиперхолестеринемии и проведено молекулярно-генетическое исследование подтверждающее наследственный тип нарушения обмена холестерина. Всем пациентам в соответствии с алгоритмами работы липидных центров проводится дуплексное сканирование сонных артерий с определением толщины комплекса интима-медиа, по результатам данных у всех пациентов наблюдается утолщение комплекса интима медиа до 1,8±0,8) мм. На фоне проводимой гиполипидемической терапии у пациентов уровень общего холестерина составил 4±0,5) ммоль/л, и ЛПНП 2,2±0,5) ммоль/л. По результатам УЗДС МАГ в динамике отмечается уменьшение КИМ до 1,2±0,4) мм. Помимо проведения подбора терапии, ежеквартально проводится видеоселекторное совещание с участием главного внештатного специалиста кардиолога Министерства здравоохранения Республики Башкортостан руководителями медицинских организаций и ответственными за организацию работы липидного центра, где разбираются дефекты в работе центров и проводится организационно – методическая работа.

Заключение:

При анализе работы липидных центров выявлен ряд сложностей при дообследовании пациентов: отсутствие доступности бесплатной молекулярно-генетической диагностики наследственных нарушений липидного обмена, проведении исследований сосудистого русла и консультаций врачей других специальностей, недостаточная информированность врачей и пациентов, низкая приверженность больных периодическим повторным визитам в липидный центр, ограничение обеспечения эффективными, но дорогостоящими препаратами. В тоже время формирование липидных центров и регистр пациентов с гиперхолестеринемией облегчает внесение пациентов в региональные и федеральные льготные программы по обеспечению их препаратами из группы ингибиторов PCSK9. Организация липидных центров позволила реализовывать стратегию по регулированию нарушений липидного обмена как на уровне групп высокого риска, так и на популяционном уровне. Внедрение единых стандартов ведения пациентов с дислипидемии

обеспечивает высокое качество помощи для каждого пациента, а сетевая структура — доступность консультации высококвалифицированных специалистов.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С УЧЕТОМ РИСКА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Деева Е.С.¹, Фомин В.В.¹, Исайкина М.А.¹, Трушина О.Ю.¹, Погонин А.В.², Тамкаева М.К.²

¹ФГАОУ ВО Первый Московский Государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация;

²ГБУЗ г. Москвы «Городская Клиническая Больница им. М.П. Кончаловского Департамента Здравоохранения города Москвы», г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Сердечно-сосудистые заболевания по-прежнему остаются на лидирующих позициях по причинам смертности во всем мире. Стоит отметить, что пациент с сердечно-сосудистой патологией, как правило, коморбидный пациент, имеющий экстракардиальную патологию. При этом обращает на себя внимание рост распространенности заболеваний желудочно-кишечного тракта. Целью данного исследования является выявление прогностических факторов риска развития желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК) на фоне двойной антиагрегантной терапии (ДААТ) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и разработать мероприятия по совершенствованию алгоритма их ведения.

Материал и методы:

Исследование представляет собой одноцентровое проспективное наблюдательное когортное исследование, в которое включено 150 пациентов с ИБС, поделенных на группы: 1-я – 50 пациентов с ИБС и стентированием коронарных артерий в течение предшествующего года на ДААТ, 2-я – 50 пациентов со случившимся ЖКК на фоне монотерапии ацетилсалициловой кислотой или ДААТ, 3-я – 50 пациентов с острым коронарным синдромом после чрескожного коронарного вмешательства, находящихся на ДААТ. Стандартное обследование включает в себя лабораторные показатели, такие как клинический, биохимический анализ крови, коагулограмму, анализ кала на скрытую кровь (при положительном результате – выполнение колоноскопии), проведение эзофагогастродуоденоскопии, выполнение 13С-уреазного дыхательного теста, ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Средний возраст пациентов к началу исследования составляет 74±15 лет.

Результаты:

Предварительные результаты данного проспективного исследования показывают, что пациенты с ИБС и выявленными патологическими изменениями в желудочно-кишечном тракте, в том числе инфицированные *Helicobacter pylori* (HP) имеют больший риск развития желудочно-кишечных осложнений. Инфицированность HP среди исследованных пациентов из 1-й исследуемой группы составило 18% (9 пациентов из 50), эрозивный гастрит выявлен в 30% случаев (15 из 50 пациентов), в 6% выявлен кандидозный эзофагит 1 степени по Kodsí, острые язвы желудка с состоявшимся ЖКК составили 4%.

Заключение:

Таким образом, необходима разработка алгоритма и рекомендаций по оптимальной тактике ведения пациентов с ИБС на ДААТ с учетом риска желудочно-кишечных осложнений.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ В ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ КАРДИОЛОГИИ ПРИ ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМАХ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Абдужабборова Д.Э., Мухамедова Б.Ф.

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

Введение (цели/ задачи):

Острые коронарные синдромы с подъемом сегмента ST (STEMI) представляют собой одну из основных причин смертности и инвалидности среди сердечно-сосудистых заболеваний. Современная диагностика и эффективное лечение критически важны для снижения риска осложнений и улучшения прогноза пациентов. Первичная чрескожная коронарная интервенция (ЧКВ) стала золотым стандартом лечения STEMI, позволяя минимизировать повреждение миокарда и улучшить исходы. Цель: Оценить эффективность первичной ЧКВ при STEMI и её влияние на частоту осложнений у пациентов.

Материал и методы:

Исследование включало 180 пациентов с диагнозом STEMI, проходивших лечение в нашем центре. Пациенты были разделены на две группы: 100 с передним инфарктом миокарда (ПИМ) и 80 с задним инфарктом миокарда (ЗИМ). Основные методы включали первичную ЧКВ с установкой стентов в течение 90 минут с момента постановки диагноза. В исследовании учитывались пораженные сосуды и количество установленных стентов. В группе с ПИМ у 70 пациентов поражена левая передняя нисходящая артерия (ЛПНА), у 20 – правая коронарная артерия (ПКА), и у 10 – огибающая артерия (ОА). В группе с ЗИМ у 60 пациентов поражена ПКА, у 15 – ЛПНА, и у 5 – ОА. В общей сложности установлено 220 стентов: 130 в группе с ПИМ и 90 в группе с ЗИМ.

Результаты:

Исследование показало значительное улучшение клинических исходов и снижение частоты осложнений у пациентов, прошедших ЧКВ. Тромбоз стента наблюдался у 5 пациентов (2,8%) в группе с ПИМ и у 3 пациентов (3,8%) в группе с ЗИМ ($p < 0,05$). Отек легких развился у 8 пациентов (4,4%) в группе с ПИМ и у 5 пациентов (6,3%) в группе с ЗИМ ($p < 0,05$). Разрыв миокарда произошел у 2 пациентов (1,1%) в группе с ПИМ и у 1 пациента (1,3%) в группе с ЗИМ ($p < 0,05$). В результате применения ЧКВ общая частота осложнений снизилась на 30% по сравнению с контрольной группой, получавшей стандартное медикаментозное лечение ($p < 0,01$).

Заключение:

Современные принципы интервенционной кардиологии, включая первичную ЧКВ, обеспечивают значительное улучшение клинических исходов у пациентов с STEMI. Применение этих методов позволяет снизить уровень осложнений и улучшить прогноз, что подтверждается значимыми различиями в частоте осложнений и клинических исходов.

СРАВНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ОККЛЮДЕРОВ ДЛЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЗАКРЫТИЯ ОТКРЫТОГО ОВАЛЬНОГО ОКНА

ТЕРЕЩЕНКО А.С., МЕРКУЛОВ Е.В.,
АЗИМОВА М.Р., СИВАКОВА О.А.

ФГБУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ ИМ. АК. Е.И. ЧАЗОВА» МИНЗДРАВА
РОССИИ, г. МОСКВА, РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

Введение (цели/ задачи):

Окклюдеры для эндоваскулярного закрытия ООО, применяемые в Российской Федерации, имеют схожий тип конструкции и несколько размеров право- и левопредсердных дисков. Это позволяет подобрать устройство с учетом индивидуальных анатомических особенностей сердца каждого пациента и обеспечивает закрытие ООО за счет плотного смыкания первичного и вторичного листков межпредсердной перегородки (МПП), а также ее стабилизацию при наличии аневризмы. Наиболее часто используемыми окклюдерами являются Amplatzer PFO Occluder (компания Abbott Medical, США), Figulla Flex UNI и Figulla Flex PFO (компания Occlutech Holding AG, Швейцария). Прямое сравнение различных типов окклюдеров для закрытия открытого овального окна в настоящее время. Цель исследования заключалась в сравнении эффективности и безопасности окклюдеров Figulla Flex UNI, Figulla Flex PFO и Amplatzer PFO Occluder для эндоваскулярного закрытия открытого овального окна (ООО).

Материал и методы:

В исследовании приняли участие 275 пациентов, средний возраст составил 43,00 [35,00; 52,00] года. Закрытие ООО выполнялось окклюдерами Figulla Flex UNI, Figulla Flex PFO и Amplatzer PFO Occluder, в зависимости от устройства выборка была разделена на три группы. Длительность наблюдения составила 12 месяцев.

Результаты:

Группы пациентов были сравнимы по исходным клинико-анамнестическим данным. Наибольший риск ишемического инсульта (ИИ) по шкале AF RoPE был в группе Figulla Flex UNI и составил 12,00 [10,00; 13,50] баллов. Наименьшие длительность манипуляции, время и доза облучения были в группе Figulla Flex PFO – 50,00 [30,00; 65,00] минут, 441,00 [293,75; 687,75] секунд и 7,50 [5,25; 13,16] мЗВ соответственно. Остаточное шунтирование в данной группе по завершении операции определялось у 1,96% пациентов и при обследовании через 1 месяц у 4,30%. В дальнейшем различия между группами отсутствовали. Осложнения в виде нарушения ритма сердца и гемоперикарда развились у 17 пациентов из всей выборки. При наблюдении в течение 12 месяцев ИИ развился у 2 (0,78%) пациентов, а транзиторная ишемическая атака у 1 (0,39%).

Заключение:

Показана безопасность и высокая эффективность всех типов окклюдеров при закрытии ООО в отношении повторных ишемических событий. В более сложных случаях предпочтение отдавалось устройству Figulla Flex PFO.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

БУБЕШКО Д.А., ЛИСКОВИЧ Т.Г.

ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ, г. ГРОДНО, РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ;
ГРОДНЕНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР, г. ГРОДНО, РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ

Введение (цели/ задачи):

Стойкая тахикардия при фибрилляции предсердий (ФП) даже в отсутствии других причин может привести к дисфункции левого желудочка (ЛЖ), известной как тахи-индуцированная кардиомиопатия. В настоящее время отсутствуют единые общепринятые критерии дифференциальной диагностики с систолической дисфункцией ЛЖ ишемического генеза, что диктует необходимость в дальнейшем более детальном изучении данных категорий пациентов. Цель работы: сравнить клинические, анамнестические, лабораторные и инструментальные параметры у пациентов с персистирующей ФП в сочетании с систолической дисфункцией ЛЖ различного генеза.

Материал и методы:

Обследовано 187 пациентов с персистирующей ФП и систолической дисфункцией ЛЖ (фракция выброса (ФВ) ЛЖ < 50% в В-режиме).

Результаты:

При анализе возможных причин снижения ФВ ЛЖ у 96 пациентов – группа 1, выявлен ишемический генез (перенесенный инфаркт миокарда, реваскуляризация миокарда в анамнезе, стенозы коронарных артерий по результатам ангиографии в данную госпитализацию), у 14 (10,2%) пациентов определены другие причины (перенесенный миокардит, тиреотоксикоз, злоупотребление алкоголем), у 77 – группа 2, исключен ишемический генез по результатам дообследования (коронароангиография, магнитно-резонансное исследование сердца) и единственной вероятной причиной снижения ФВ ЛЖ явилась неконтролируемая тахисистолия. Диагноз был подтвержден ретроспективно у 62 (71,3%) из 77 пациентов после нормализации ФВ ЛЖ ≥ 50% после контроля над тахикардией или восстановления синусового ритма. Средний возраст пациентов группы 2 составил 57 (50; 60) лет, что оказалось значимо ниже по сравнению с пациентами группы 1 – 64 (55; 69) года, $p < 0,05$. В обеих группах преобладали мужчины (113 (79%) и 70 (80%) мужчин в группах 1 и 2 соответственно). При оценке функционального класса (ФК) СН большее число пациентов с дисфункцией ЛЖ ишемического генеза имело ФК 4: 16 (13,3%) против 3 (3,4%) пациентов, и ФК 3: 80 (58%) против 20 (24,1%) пациентов, в группах 1 и 2 соответственно, $p < 0,05$. Во время как в группе с тахи-индуцированной дисфункцией ЛЖ преобладали лица с ФК 2 – 52 (67,8%) против 37 (25,8%) пациентов в группе 1, $p < 0,05$. При оценке коморбидного статуса среди пациентов группы 1 чаще встречался сахарный диабет 2 типа: 87 (60,8%) против 23 (26,4%) пациентов в группе 2, $p < 0,01$. В обеих группах индекс массы тела был выше нормы, но среди группы 1 большее число пациентов имели ожирение 2 степени (65 (45%) против 15 (17,2%) пациентов в группе 2; $p < 0,01$) и ожирение 3 степени (37 (25,8%) против 7 (8%) пациентов в группе 2; $p < 0,05$). Уровень N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) в обеих группах был выше референсных значений: 1750 (1250; 2320) пг/мл в группе 1 и 1420 (1020; 2350) пг/мл в группе 2, $p > 0,05$. Среднесуточная частота сердечных сокращений (ЧСС) у пациентов группы 1 составляла 82 (66; 96) уд/мин, а у пациентов группы 2 – 104 (92; 114) уд/мин. В группе 1 чаще фиксировались желудочковые нарушения ритма: полиморфные

ЖЭС встречались у 43% по сравнению с пациентами 11% пациентов из группы 2, пароксизмы неустойчивой (32% в группе 1 и 7% в группе 2) и устойчивой желудочковой тахикардии (14% и 3% в группах 1 и 2 соответственно). У пациентов с ишемических генезом систолической дисфункции отмечалась более выраженная дилатация камер сердца: индекс объема левого предсердия (76,1 [67,1; 84] мл/м² против 64,4 [57,4; 80,1] мл/м², $p=0,015$), конечно-диастолический диаметр ЛЖ (64 [61; 65] мм против 59,1 [55; 61] мм, $p=0,002$), конечно-диастолический объем ЛЖ (200 [170; 226] мм против 176 [152; 204] мм, $p=0,01$), а также более низкая ФВ ЛЖ (38 [33,5; 43]% против 44 [39; 47]%, $p=0,02$).

Заключение:

Распространённость тахи-индуцированной систолической дисфункции среди пациентов с персистирующей формой ФП и сниженной ФВ ЛЖ составила – 34%. Возможными диагностическими критериями тахи-индуцированной систолической дисфункции могут служить более молодой возраст, менее тяжелый функциональный класс СН, менее выраженная коморбидность, меньшая распространенность желудочковых нарушений ритма. Для пациентов с ФП и систолической дисфункцией ЛЖ ишемического генеза характерно увеличение объемов и размеров камер сердца и более значительное снижение ФВ ЛЖ по сравнению с тахи-индуцированным генезом. Уровень NT-proBNP в обеих группах значительно превышал верхнюю границу нормы, но не имел статистических различий.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Аникин В.В., Николаева Т.О.
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России,
г. Тверь, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Изучить особенности показателей временного и спектрального анализа суточной вариабельности сердечного ритма при инфаркте миокарда у женщин и мужчин.

Материал и методы:

Проведено суточное мониторирование ЭКГ при углубленном клинико-функциональном обследовании 120 женщин среднего возраста 56,1±1,9 лет (в возрасте до 60 лет было 65, старше 60 лет — 55 больных) и 50 мужчин (55,8±1,2 лет) с острым Q-инфарктом миокарда (Q-ИМ). При этом оценивались временные (SDNN, SDANN, rMSSD) и спектральные показатели (TP, VLF, LF, HF, LF/HF) за сутки, в дневные и ночные часы.

Результаты:

Суточный анализ вариабельности ритма сердца выявил тенденцию к снижению вариабельности сердечного ритма, то есть появлению более ригидного ритма сердца при ИМ. Наблюдалось относительное преобладание тонуса симпатической нервной системы в регуляции сердечной деятельности, что проявлялось уровневими изменениями показателя SDNN. Его значения оказались ниже у женщин, что выявлялось у больных ИМ преимущественно в ночные часы. При этом наиболее выраженные изменения были в старшей возрастной группе женщин (у женщин 38,4±2,7 мс, у мужчин 46,6±3,0 мс; $p<0,05$). Симпатикотония сочеталась с ослаблением парасимпатических влияний, о чём свидетельствовало повышение показателя rMSSD (соответственно, у мужчин днём 17,1±2,5 мс, ночью 22,8±3,7 мс; у женщин днём 25,3±3,0 мс, ночью 28,5±3,1 мс; $p<0,05$). Выявленные тенденции подтверждались данными спектрального анализа; снижением общей мощности спектра (TP у женщин 1462,6±160,4 мс, у мужчин 1098,0±207,5 мс), мощности волн

низкой (LF) и высокой (HF) частоты. Важно отметить очень высокий вклад волн очень низкой частоты (VLF) в изменение мощности спектра. Это свидетельствовало о большей степени активации симпатoadреналовой системы у женщин в связи с развитием ОИМ. Можно полагать, что выявленные более выраженные нарушения вегетативного равновесия при ИМ у женщин являются существенным ассоциативным фактором, способствующим повышению уровня стационарной летальности у этой категории больных.

Заключение:

Таким образом, у женщин при ОИМ отмечены большая, по сравнению с мужчинами, степень активации симпатической нервной системы и реципрокного угнетения её парасимпатического отдела с преимущественной выраженностью неблагоприятных влияний на сердечную деятельность в ночные часы и у женщин старшей возрастной группы. Среди них были особенно заметными снижение SDNN и значительное повышение вклада VLF-волн в общую мощность спектра. Неблагоприятные изменения были, преимущественно, выражены ночные часы и в старшей возрастной группе женщин и способствовали более тяжёлому течению заболевания.

СТВОЛОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ

Журалиев М.Ж., Ли В.Н., Нагаева Г.А.
СП ООО ММЦ «Ezgu Niyat» МЗ РУз,
г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Сравнительный анализ клинико-лабораторных, функциональных и коронароангиографических (КАГ) данных у больных ИБС с поражениями ствола левой коронарной артерии в зависимости от степени ожирения.

Материал и методы:

Было обследовано 44 больных ИБС с ожирением. Ожирение определялось путем вычисления ИМТ >30 кг/м². Из лабораторных данных анализировались показатели уровня Hb (г/л), общего холестерина (ОХ, мг/дл) крови. По ЭхоКГ-данным определяли объёмные показатели (КДО и КСО, мл) и фракцию выброса левого желудочка (ФВЛЖ, %). По КАГ-данным определяли локализацию (устье, проксимальная (П/З), средняя (С/З) и дистальная (Д/З) треть), средний процент стеноза (%), тип стеноза (А, В, С) и класс бифуркации по Medina. В зависимости от значений ИМТ пациенты были разделены на три группы: 1 гр. – 33 больных с ИМТ=30,0-34,9 кг/м² (т.е. с ожирением 1ст.); 2 гр. – 8 больных с ИМТ=35,0-39,9 кг/м² (ожирением 2ст.) и 3 гр. – 3 человека с ИМТ ≥40,0 кг/м² (ожирением 3ст.).

Результаты:

Нозологическая структура обследуемых была следующей: диагноз NSTEMI – 77,3%; STEMI – 6,8% и стабильная ИБС – 15,9% случаев. Во всех трех группах превалировал NSTEMI (75,8% – в 1гр; 87,5% – во 2 гр. и 66,7% – в 3 гр.). Диагноз стабильной ИБС имел место лишь среди пациентов 1-й и 2-й групп (18,2% и 12,5%, соответственно). Диагноз STEMI регистрировался только среди больных 1-й и 3-й групп. Средний уровень Hb крови во 2-й и 3-й группах был ниже на 3,5 и 3,7 г/л, чем в 1 гр. (оба $p>0,05$). Напротив, медиана ОХ – уменьшалась, по мере увеличения значений ИМТ ($p=0,038$; $t=-2,073$; $r=-0,104$), т.е. между показателями ИМТ и ОХ отмечалась обратная зависимость. Со стороны ЭхоКГ-показателей имелся некий парадокс. Несмотря на увеличение объемных размеров сердца от 1 гр. до 3 гр., со стороны ФВЛЖ отмечалась снижение её уровня лишь от 1 гр.

до 2 гр., а в 3 гр. ФВЛЖ оказалась сопоставима с таковым из 1 гр. (все $p > 0,05$). Т.е. увеличение ИМТ ассоциировалось с увеличением объемных показателей сердца с тенденцией к сохранности сократительной функции миокарда. Так называемый «парадокс ожирения» отмечался и со стороны КАГ-показателей. А именно, медиана стеноза была наименьшей у больных 3 гр. (разница с 1 гр. – 11,3% ($p=0,049$) и со 2 гр. – 5,7%). Но, в тоже время, в 3 гр. регистрировались более сложные поражения: у всех пациентов регистрировался С-тип стенозов, которые локализовались в Д/З. При этом 66,6% случаев этих поражений сопровождалось наличием бифуркаций (классы по Medina 1.1.1 и 1.1.0).

Заключение:

Таким образом, у больных ИБС со стволовыми поражениями коронарного русла, повышение значений ИМТ сопровождалось обратной корреляцией с уровнем ОХ и тенденцией к сохранности сократительной функции миокарда. Со стороны КАГ-данных, наличие ожирения 3ст. хоть и характеризовалось меньшими референсными значениями стенозов, тем не менее, эти стенозы носили более сложный характер и в 66,6% случаев сопровождалось наличием бифуркационных поражений.

СТРУКТУРНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

ТАБАРОВ А.И. ¹, КАСЫМОВ Ш.М. ²,
РАХИМОВ З.Я. ¹, НАРЗУЛЛАЕВА А.Р. ¹

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

² ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино», г. Душанбе, Республика Таджикистан

Введение (цели/ задачи):

Изучить структурные особенности осложнённых форм инфаркта миокарда у женщин в сравнении с мужчинами

Материал и методы:

Нами было обследовано 127 пациентов с острыми формами ИБС: инфаркт миокарда (ИМ) с и без подъёма сегмента ST, нестабильной стенокардией, госпитализированных в реанимационное отделение РКЦК. Больные были разделены на две группы по гендерному принципу: 1-ую группу составили женщины – 57 человек в возрасте 66 ± 10 лет, 2-ую – мужчины в возрастном диапазоне – 63 ± 11 лет. Всем больным проводилось антропометрия, клиническое исследование, электрокардиография (ЭКГ) и эхокардиография (ЭхоКГ), коронароангиография (КАГ) с расчётом при необходимости риска наступления неблагоприятных событий в течение 14 дней после их возникновения при ОКС с помощью шкалы TIMI. Учитывая клинические и экономические трудности не всем пациентам была проведена КАГ, нами было проанализировано 14 (24,6%) случаев среди женщин и 33 (47,1%) случая у мужчин.

Результаты:

Среди анамнестических данных было отмечено, что перенесенный инфаркт миокарда среди женщин имел место в 11 (19,3%), а среди мужчин – в 9 (12,9%) случаев, чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) в 4 (7,02%) и в 2 (2,9%) случаях. По данным ЭхоКГ индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) и относительная толщина задней стенки левого желудочка (ОТЗСЛЖ) одинаково велики в обеих группах, однако частота встречаемости ГЛЖ статистически более значима среди женщин, чем среди мужчин – 50 (89,4%) против 45 (64,3%),

особенно ее концентрического типа – 32 (56,1%) против 27 (38,6%), тогда как у мужчин чаще встречается концентрическое ремоделирование, при котором при нормальных значениях ИММЛЖ толщина стенок более выражена – 19 (27,13%) против 3 (5,3%). Результаты проведенной ангиографии свидетельствуют о тяжёлом поражении кровеносных сосудов как среди мужчин, так и среди женщин. Однако есть определённые гендерные особенности, так несмотря на поражения передненисходящей коронарной артерии, которые наблюдаются в обеих группах, более чем в 2 раза чаще они встречаются среди женщин (12 (92,3%) против 26 (37,1%)). Также в 2 раза чаще встречается поражение правой коронарной артерии (8 (61,5%) против 21 (30%)). У мужчин чаще, чем у женщин встречается поражение ствола левой коронарной артерии (6 (8,6%) против 1 (7,7%)). При анализе тяжести поражения в зависимости от количества вовлечённых сосудов 2-х сосудистое и 5-ти сосудистое поражение встречается чаще у мужчин, также нами было выявлено, что при 3-х и 4-х сосудистом поражении у мужчин наблюдались окклюзии 2-х, 3-х сосудов, что увеличивало вероятность расширения площади поражения миокарда. В целом окклюзии чаще встречались среди женщин, хотя это не имело статистической значимости. Для прогнозирования и дальнейшей тактики нами была проведена оценка наступления неблагоприятных событий (смерти, (ре)инфаркта миокарда, повторяющейся тяжелой ишемии, требующей инвазивного вмешательства) в течение 14 дней после их возникновения при остром коронарном синдроме по шкале TIMI, оценивая возраст больных старше 65 лет, наличия более 3-х факторов риска, более 2-х приступов стенокардии за 24 часа, значимый стеноз более 50%, смещение сегмента ST, прием аспирина в течение недели и повышенный уровень биомаркеров. Несмотря на то, что среднее значение шкалы почти не отличается в обеих группах, среди женщин прогноз неблагоприятных исходов 26-процентной вероятности встречается чаще чем у мужчин – 50% против 42,4%, однако у мужчин незначительно чаще встречается более серьёзный прогноз (41% вероятность развития неблагоприятных исходов) – 24,2% против 21,4%.

Заключение:

Отягощающими факторами у женщин являются часто встречающаяся гипертрофия левого желудочка и окклюзии сосудов, хотя у мужчин чаще наблюдались многососудистые окклюзионные поражения сосудов, а также более высокая вероятность развития осложнений по значениям шкалы TIMI.

СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ И ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВЫХ ЗНАЧЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Тимошенко О.Е.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», ассистент кафедры поликлинической терапии и общеврачебной практики с курсом ФПКП, г. Гомель, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Суточное мониторирование артериального давления – метод исследования показателей артериального давления непрерывно, на протяжении суток, позволяет оценить колебания показателей артериального давления в различное время суток, минимизировав эффект подъема артериального давления в случае посещения пациентами поликлиники, гипертензии «бе-

лого халата», что позволяет более точно оценить эффективность антигипертензивной терапии и контроля артериального давления у пациентов, страдающих артериальной гипертензией и проходящих лечение по поводу данного заболевания. Цели: определить эффективность антигипертензивной терапии и контроль артериального давления у пациентов, принимающих антигипертензивные препараты по поводу артериальной гипертензии по результатам суточного мониторирования артериального давления. Задачи: изучить результаты суточного мониторирования артериального давления у пациентов, принимающих антигипертензивные препараты

Материал и методы:

Исследование проводилось на базе поликлинического учреждения здравоохранения, изучены 118 карт пациентов, состоящих на диспансерном учете с установленным диагнозом артериальной гипертензии и получающих антигипертензивную терапию не менее 3 месяцев, которым по истечению 3 месяцев было выполнено суточное мониторирование артериального давления. Пациенты разделены на три группы. Первая группа – пациенты по результатам самоконтроля в домашних условиях и результатам офисных измерений достигли целевых значений артериального давления. Количество пациентов в данной группе 35. Вторая группа – пациенты, которые по результатам самоконтроля в домашних условиях достигли целевых значений, однако при офисных измерениях значения величин артериального давления превышали целевые значения. Количество пациентов в данной группе 66. Третья группа – пациенты, не достигшие целевых значений по результатам офисных измерений и результатам самоконтроля артериального давления в домашних условиях. Количество пациентов в данной группе 17.

Результаты:

По результатам исследования в первой группе выявлены следующие отклонения по результатам суточного мониторирования: у 2 пациентов первой группы выявлены повышенные показатели средней величины артериального давления в ночное время и дневное время, а также недостаточное ночное снижение артериального давления (менее 10%) в ночное время. Во второй группе у 32 пациентов не выявлено отклонений по результатам исследования, у 15 пациентов выявлено превышение средних величин артериального давления, индекс времени гипертензии превышал значения 25% у 10 пациентов, также отмечалось увеличение скорости утреннего подъема систолического и диастолического артериального давления у 5 пациентов, у 2 пациентов выявлено недостаточное ночное снижение артериального давления – менее 10%, у 3 пациентов отмечались отрицательные значения суточного индекса – ночная гипертензия. В третьей группе пациентов у 3 пациентов не отмечалось отклонений от нормы по результатам суточного мониторирования артериального давления. У остальных 14 пациентов отмечались различные отклонения в показателях суточного мониторирования артериального давления: превышение показателей средней величины артериального давления в ночное время, недостаточное ночное снижение артериального давления, отрицательные значения суточного индекса.

Заключение:

Использование суточного мониторирования артериального давления в комплексной оценке эффективности антигипертензивной терапии и достижения целевых значений артериального давления позволяет увеличивать точность полученных результатов, у ряда пациентов суточное мониторирование позволяет выявить эпизоды подъема артериального давления, недоступные для исследования при домашнем самоконтроле и офисных измерениях, в частности в ночное время, нацеливает лечащего

врача на индивидуальный подход в коррекции антигипертензивной терапии, в зависимости от особенностей колебания артериального давления а разное время суток. По результатам исследования пациентам с отсутствием отклонений по результатам суточного мониторирования артериального давления может быть заподозрена «гипертензия белого халата». По результатам суточного мониторирования возможно принятие решения о дальнейшей терапии артериальной гипертензии, решить вопрос об усилении антигипертензивной терапии либо продолжении ранее начатого лечения.

ТРАНСФОРМИРУЮЩИЙ ФАКТОР РОСТА БЕТА-1 КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Буквальная Н.В., Якубова Л.В., Снежицкий В.А., Копыцкий А.В., Шулика В.Р.

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

Введение (цели/ задачи):

Механизмы возникновения фибрилляции предсердий (ФП) при артериальной гипертензии (АГ) обусловлены развитием фиброза миокарда. Методы, позволяющие оценить наличие и выраженность фиброза, такие как биопсия, магнитно-резонансная томография, вольтажное картирование, скинтиграфия миокарда – широко не используются в повседневной практике. Видится перспективной оценка сывороточных маркеров фиброза, одним из которых может выступать трансформирующий фактор роста бета 1 (TGF-β1). Данные отдельных исследований свидетельствуют о взаимосвязи TGF-β1 с частотой развития пароксизмов ФП. Цель исследования – определить сывороточную концентрацию TGF-β1, которая прогностически значима для развития ФП у пациентов с АГ.

Материал и методы:

Группу исследования составили 60 пациентов с АГ и пароксизмальной формой ФП (средний возраст 61,0 [58,0; 62,5] лет; женщины – 51,7%; индекс массы тела (ИМТ) – 30,8 [28,1; 34,0] кг/м²). В группу сравнения были включены 60 пациентов с АГ без ФП (средний возраст 60,0 [57,0; 62,0] лет; женщины – 51,7%; ИМТ – 29,7 [27,6; 32,8] кг/м²). Группы были сопоставимы по возрасту, полу и ИМТ. Количественное определение уровня TGF-β1 в сыворотке крови проводилось методом иммуноферментного анализа с помощью набора Human TGF-β1 ELISA Kit Cat. № EH0287 на иммуноферментном анализаторе Sunrise TECAN. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA 10.0». Для определения порогов отсечений в моделях проводился ROC-анализ. Отношения шансов (ОШ) развития ФП рассчитывали по четырёхпольным таблицам сопряжённости признаков онлайн-калькулятором.

Результаты:

Уровень TGF-β1 в сыворотке крови в исследуемой группе и группе сравнения составил 1762,3 [1556,0; 1906,8] и 1541,3 [900,8; 1800,0] пг/мл соответственно. У пациентов с АГ и ФП сывороточная концентрация TGF-β1 была статистически значимо выше по сравнению с пациентами с АГ без аритмии (p=0,0007). По данным ROC-анализа и бинарной логистической регрессии уровень TGF-β1 более 1643,47 пг/мл статистически значимо повышал вероятность выявления ФП у пациентов с АГ (чувствительность 68,3%, специфичность 55,0%). Значение площади под кривой ROC составило 0,679 (95% ДИ 0,583 – 0,775). При повышении сывороточной концентрации TGF-β1 более 1643,47 пг/мл

риск развития ФП был в 2,4 раза выше, чем у пациентов с более низким уровнем маркера (ОШ=2,44, 95% ДИ 1,17 – 5,12).

Заключение:

У пациентов с АГ и ФП сывороточная концентрация TGF-β1 больше, чем у пациентов с АГ без ФП. Повышение уровня TGF-β1 более 1643,47 пг/мл увеличивает шанс ФП в 2,4 раза.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА

ИБРАГИМОВ А.Ю., МАКСУМОВА М.Г.,
САИПОВА М.Л., Зиямухамедова М.М.
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ,
г. ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: изучение электрокардиографических признаков и особенностей патоморфологических изменений сердца, при распространении инфаркта на правый желудочек (ПЖ) у больных инфарктом миокарда (ИМ) левого желудочка, осложненного кардиогенным шоком.

Материал и методы:

В наших наблюдениях /460/ случаев острого инфаркта миокарда течение заболевания осложнилось у 102 больных кардиогенным шоком. Было обследовано 102 больных кардиогенным шоком и без такого осложнения 30 больных средний возраст колебался 59,36±6,7 и 56,2±1,6. У 29 (28,4%) больных инфаркт миокарда развивался на фоне гипертонической болезни. У 49 (28,4%) из 102 больных инфаркт миокарда была повторным и 14 (13,76) рецидивирующим. Диагноз инфаркта, осложненного кардиогенным шоком установлен на основании характерной болевой и клинической картины, типичных ЭКГ изменений, ЭхоКГ исследований и лабораторных данных (ЛДГ, КФК, тропонина). Летальность больных от острого инфаркта миокарда, осложненного кардиогенным шоком составила 65,7% (67) и без шока 30. В связи с возникшим подозрением у больных при нижней локализацией инфаркта миокарда на распространение инфаркта миокарда правого желудочка было зарегистрировано электрокардиограмма (ЭКГ) с отведениями от правой половины грудной клетки (V3R, V4R, V5R, V6R) в которых выявлен подъем сегмента ST (в V3R, V4R) более 1 мм, а в V5R до 1 мм. Всем умершим больным проведено морфологическое исследование. У 20,9% умерших от инфаркта миокарда с зубцом Q, осложненного кардиогенным шоком выявлено распространение инфаркта миокарда на правый желудочек и в двух случаях на правое предсердие. Во всех случаях инфаркта миокарда было распространение на заднюю, боковую стенку правого желудочка и в одном случае было распространение на переднюю стенку правого желудочка. В 4,4% случаев наблюдался постинфарктный кардиосклероз и в задней и в передней стенках правого желудочка.

Результаты:

Наше исследование было посвящено раннему выявлению инфаркта с поражением миокарда ПЖ при обширных инфарктах миокарда с зубцом Q, осложненного кардиогенным шоком. У всех больных при распространении ИМ в ПЖ в правых грудных отведениях- V3R, V4R, V5R был подъем сегмента ST. У части больных ИМ не только нижней, но и при задне-базальной локализации выявился патологический зубец Q или комплекс QS с подъемом сегмента ST. У некоторых больных был только подъем сегмента RS-T с формированием отрицательного зубца T. Необходимо отметить, что почти во всех случаях (17) был подъем

сегмента ST в отведении V1 более 1 мм; подъем сегмента ST в отведении V3R, V4R более 1 мм. В некоторых случаях была депрессия сегмента ST V2 до 1 мм. Наиболее частыми нарушениями ритма и проводимости явились блокада правой ножки пучка Гиса, полная АВ блокада, синусовая брадикардия. Учитывая вышеизложенное, надо отметить что подъем сегмента ST в отведениях V3R, V4R является самым важным предиктором вовлечения ПЖ у больных с инфарктом миокарда нижней стенки. Важно отметить, что подъем сегмента ST в правосторонних грудных отведениях сохраняется в течении короткого времени (несколько часов или 1-2 суток). Поэтому отведения V3R, V4R должны быть зарегистрированы максимально быстро, при возникновении болей в грудной клетке. Особенностью морфологических исследований является, что наиболее тяжелое и длительное течение ИМ осложненного кардиогенным шоком отмечается при распространении инфаркта миокарда на правый желудочек. Во всех случаях сочетания ИМ ПЖ, наряду с атеросклеротическим стенозированием левой коронарной артерии было выявлено тяжелое стенозирование правой коронарной артерии с тромбозом. Инфаркт локализовался в задней стенке ПЖ и правого предсердия, что и способствовало крайне тяжелому течению шока. Наибольший объем поражения миокарда некрозом наблюдался при распространении инфаркта на ПЖ (до 283 см³), чем при ИМ без шока (до 124,0 см³). Гистологические исследования показали значительно выраженные изменения миокарда у умерших больных ИМ осложненного кардиогенным шоком при распространении ИМ на правый желудочек. Некротические участки распространялись и на эндокард с развитием пристеночного тромбоза. В 59 случаев (из 67) имело место поражение трабекулярных и сосочковых мышц, проявляющиеся дистрофическими изменениями мышечных волокон, мелко и крупноочаговыми некрозами с выраженной лейкоцитарной реакцией и очаговыми кровоизлияниями. У умерших от инфаркта без шока и без поражения ПЖ, в участках развивающегося кардиосклероза выявились отдельные гипертрофированные мышечные волокна. В перинфарктной зоне отмечались выраженные дистрофические и некротические изменения кардиомиоцитов, а в вне инфарктной зоне и в правом желудочке отмечены многочисленные и более крупные очаги дистрофических и некротических изменений кардиомиоцитов в сочетании с контрактурными повреждениями различной степени тяжести.

Заключение:

Таким образом, своевременная диагностика острого инфаркта миокарда правого желудочка крайне важна, т.к. острая правожелудочковая недостаточность может маскироваться или не проявляется. Больным, поступившим с острым инфарктом миокарда нижней стенки в обязательном порядке необходимо снимать электрокардиограмму правых отделов грудной клетки (V3R, V4R, V5R) и отведения по Нэбу. Необходимо отметить, что внезапное ухудшение состояния больных при задних инфарктах миокарда левого желудочка, внезапное появление блокады правой ножки пучка Гиса и внезапное появление или увеличение количества правожелудочковых экстрасистол, может быть высоким риском вероятности поражения правого желудочка.

УРОВЕНЬ ГЕПСИДИНА И РИСК СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХСН И АНЕМИЕЙСоломахина Н.И.¹, Дементьева А.В.²,Чуганова А.К.³, Соколов А.А.³¹ФГАОУ ВО ПЕРВЫЙ МГМУ им. И.М. Сеченова

Минздрава России (Сеченовский Университет),

г. Москва, Российская Федерация;

²ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов Войн №1 ДЗМ»,

г. Москва, Российская Федерация;

³ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ,

г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Цель и задачи: исследовать влияние различных уровней гепсидина – регулятора метаболизма железа – на риск смерти у пациентов пожилого и старческого возраста с ХСН и анемией.

Материал и методы:

В течение 24 месяцев наблюдали 105 пациентов пожилого и старческого возраста от 65 до 90 лет, (53жен., 52 муж.) с ХСН II-III-IV функционального класса (NYHA) в сочетании с анемией после госпитализации по поводу декомпенсации ХСН. У всех пациентов при поступлении в сыворотке крови исследовали уровни гепсидина методом ИФА. В процессе дальнейшего наблюдения пациентов регистрировали все случаи смерти: как от сердечно-сосудистых, так и не от сердечно-сосудистых причин. В течение 24 месяцев умерли 70 из 105 пациентов (67%). Для сравнения выживаемости в зависимости от уровней гепсидина пациенты были разделены на 4 группы согласно квартилям распределения уровней гепсидина (квартильные интервалы (КИ)). Для каждого КИ построили кривые выживаемости Каплана-Мейера и регрессионные модели Кокса с определением отношения рисков (HR) и доверительного интервала (CI) 95%. Модели включали помимо гепсидина, другие значимые для прогноза и влияния на смертность переменные: возраст, ферритин, гемоглобин, эритропоэтин. Статистический анализ проводили с использованием пакета статистических программ Statistica 8.0 (Statsoft Inc.). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты:

Уровни гепсидина имели широкий диапазон значений от 3,05нг/мл до 70,71нг/мл, при среднем уровне гепсидина $19,2 \pm 13,24$ нг/мл. Выявлены значимые различия уровней гепсидина между КИ ($p = 0,00$ для всех). При этом различий по частоте смертности между КИ уровней гепсидина по кривым Каплана-Мейера не выявлено ($p = 0,95$). Регрессионный анализ Кокса выявил значимое влияние на риск смерти в 1 КИ уровней гепсидина (3,05-10,33нг/мл), (HR 1,433(95%CI, 1,070-1,919, $p = 0,016$), то есть при низких уровнях гепсидина. Также регрессионный анализ Кокса выявил тенденцию к значимому влиянию на риск смерти в 4КИ (25,81-70,71нг/мл), то есть при повышенных уровнях гепсидина (HR 1,038(95%CI, 0,996-1,082, $p = 0,079$).

Заключение:

Повышенный риск смерти после госпитализации в связи с декомпенсацией ХСН в течение 24 месяцев у пациентов пожилого и старческого возраста с ХСН и анемией, выявленный при низких уровнях гепсидина (3,05-10,33нг/мл), очевидно, связан с глубоким дефицитом железа, что отражает низкий уровень гепсидина. В то же время тенденция к риску смерти у пациентов с повышенными уровнями гепсидина (25,81-70,71нг/мл), очевидно, связана в большей степени с воспалением, характерным для тяжелой декомпенсированной ХСН. Таким образом, у пациентов пожилого и старческого возраста с ХСН и анемией

отдаленный прогноз после декомпенсации ХСН может быть неблагоприятен как при низких (менее 10,33 нг/мл), так и при повышенных (более 25,81 нг/мл) уровнях гепсидина.

УРОВЕНЬ P-СЕЛЕКТИНА И ИНТЕГРИНА-β3 В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВАЧерняк А.А.¹, Снежицкий В.А.², Янушко А.В.³¹ADDIS АВАВА SILK ROAD GENERAL HOSPITAL,

Аддис Абеба, Эфиопия;

²Гродненский государственный медицинский университет,

Гродно, Республика Беларусь;

³Гродненский областной клинический кардиологический центр,

Гродно, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

ИБС – ведущая причина смертности. Факторы риска: курение, дислипидемия, гиподинамия, ожирение, диабет, гипертония и возраст. Лечение включает медикаменты, реваскуляризацию, профилактику и поддержку. Рестеноз после ЧКВ повышает риск сердечно-сосудистых событий. Роль P-селектина и интегрин-β3 в рестенозе изучается, но биохимические предикторы малоизвестны. Определить уровень биохимических маркеров P-селектина и интегрин-β3 в плазме крови у пациентов с ИБС после ЧКВ.

Материал и методы:

Исследование проведено в УЗ «Гродненский областной клинический кардиологический центр» с 2017 по 2023 годы. Медиана наблюдения составила 60 (52;65) месяцев. В исследование включены 209 пациентов, разделенных на группы: Группа 1 (n=31, 14,83%) – здоровые лица; Группа 2 (n=30, 14,35%) – пациенты с хронической ИБС без показаний к инвазивной коронарографии; Группа 3 (n=148, 70,82%) – пациенты с ИБС, которым выполнено плановое ЧКВ на основании коронарографии. Из группы 3 выделена группа 4 (n=12) – пациенты с выявленным рестенозом в установленных стентах. Критерии исключения: острый коронарный синдром, острая сердечная недостаточность IV класса по Killip, систолическое АД < 90 мм рт. ст., фракция выброса < 25%, беременность и/или лактация, инсульт с остаточной неврологической симптоматикой, острая и хроническая почечная и/или печеночная недостаточность, заболевания кроветворения, онкологические заболевания, возраст > 70 лет. Рестеноз внутри стента определяли как уменьшение диаметра просвета сосуда после ЧКВ с ангиографически подтвержденным стенозом ≥ 50% на сегменте стента или его краях (5-мм сегменты, прилегающие к стенту). Концентрации P-селектина (sSELP) и интегрин-β3 (ITGB3) в плазме венозной крови определяли методом ИФА. Статистический анализ проводили с использованием пакета STATISTICA 10.0. Этическое одобрение получено от комиссии по биомедицинской этике ГрГМУ.

Результаты:

Средний возраст пациентов варьировал от 51 года в группе здоровых лиц до 59 лет в группе с рестенозом. Мужчины преобладали среди пациентов с ИБС, особенно в группе 3 (78,1%) и группе 4 (91,67%). Пациенты с хронической ИБС (группа 2) и после ЧКВ (группа 3) имели более высокий ИМТ по сравнению со здоровыми (30,42 кг/м² и 29,32 кг/м² против 26,04 кг/м²). В группе с рестенозом (группа 4) ИМТ достигал 30,99 кг/м². У пациентов с рестенозом чаще наблюдалась сердечная недостаточность II-III класса по NYHA (33,3%), а также более высокая распространенность артериальной гипертензии и ХОБЛ (16,67% в группе 4). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) была сни-

жена в группе 4 (медиана 76,9 мл/мин/1,73 м²) по сравнению со здоровыми (98,1 мл/мин/1,73 м²). Уровень интегрин-β3 (нг/мл): Группа 1: медиана 0,017 (0,014–0,185), Группа 2: медиана 0,017 (0,013–0,036), Группа 3: медиана 0,038 (0,017–0,151), Группа 4: медиана 0,019 (0,016–0,107). Уровень Р-селектина (нг/мл): Группа 1: медиана 386 (333–402), Группа 2: медиана 378 (354–406), Группа 3: медиана 413 (356–480), Группа 4: медиана 443 (370–495). Для анализа межгрупповых различий были использованы непараметрические критерии. Несмотря на видимые различия в медианных значениях показателей между группами, статистически значимых различий не было выявлено ($p > 0,05$), что свидетельствует об отсутствии существенных различий между группами по уровню интегрин-β3 и Р-селектина.

Заключение:

Рестеноз стента после ЧКВ ухудшает состояние пациентов и способствует прогрессированию коронарного атеросклероза. Общеизвестные предикторы рестеноза включают сахарный диабет, множественные стенты, меньший диаметр просвета сосуда, сложную морфологию поражения, неполное расширение или перелом стента, гиперплазию неоинтимы, неоатеросклероз, реакции на материалы стента и генетические факторы. Развитие рестеноза может занимать от нескольких месяцев до нескольких лет. Патогенез рестеноза основан на неоинтимальной гиперплазии и нарушении структуры эндотелиальных клеток под влиянием стента. Высокий уровень Р-селектина коррелирует с риском острых сердечно-сосудистых событий, включая атеросклероз, тромбоз и инфаркт миокарда. Показана эффективность ингибиторов Р-селектина в качестве дополнения к стандартной тромболитической терапии при инфаркте миокарда. Интегрин-β3 – рецепторный белок в ангиогенных эндотелиальных клетках, участвующий в гемостазе, заживлении ран и ангиогенезе. Его взаимодействие с внеклеточным матриксом способствует миграции гладкомышечных клеток и формированию окклюзий интимы. Подавление интегрин-β3 оказалось неэффективным в профилактике гиперплазии интимы, а его прогностическая ценность в развитии рестеноза остается неизученной. Результаты нашего исследования согласуются с данными, где не выявлена связь между уровнями этих биомаркеров и риском рестеноза. Например, исследование Kozinski не обнаружило различий в уровнях Р-селектина между пациентами с и без рестеноза. Однако другие работы, такие как исследование Murasaki и соавторов, показали повышенный уровень Р-селектина у пациентов с рестенозом, что противоречит нашим данным. Роль интегрин β3 в развитии рестеноза также остается спорной. Некоторые исследования предполагают, что блокада интегрин αvβ3 может снизить миграцию гладкомышечных клеток и уменьшить риск рестеноза. Однако статистически значимая связь между уровнем интегрин β3 и развитием рестеноза после стентирования не установлена. Как видно из представленных данных, статистически достоверные различия для группы пациентов, подвергнутых ЧКВ, и пациентов, с развившимся в последствии рестенозом внутри стента, по показателям Р-селектин и интегрин-β3 не были получены.

УРОВЕНЬ ЦИНКА В БИОЛОГИЧЕСКИХ ОБРАЗЦАХ У БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Усманова З.А.

ЦЕНТРА РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, г. Ташкент. УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/ задачи):

Установлена взаимосвязь между уровнем цинка в организме и развитием ожирения, сахарного диабета 2 типа, атеросклероза,

гипертонической болезни и ишемической болезни сердца. При этих заболеваниях дефицит цинка отмечен в различных биосубстратах: сыворотке крови, эритроцитах, волосах. Уровень цинка одновременно в волосах, каротидных атеросклеротических бляшках и сыворотке у больных сахарным диабетом до настоящего времени не изучалась. Цель. Определить уровень цинка в волосах, сыворотке и биоптатах атеросклеротических бляшек (АСБ) сонной артерии у больных каротидным атеросклерозом с учетом наличия сахарного диабета 2 типа (СД 2).

Материал и методы:

В исследование включено 148 человек (112 мужчин и 36 женщин) в возрасте 45–89 лет, средний возраст 65,35±0,73 лет, с атеросклеротическими бляшками сонных артерий, верифицированными методом цветового дуплексного сканирования. Больные разделены на две группы в зависимости от наличия СД 2. Первая группа составила 92 больных без СД 2 и во вторую группу вошли 56 пациентов с СД 2. Цветовое дуплексное сканирование внечерепных отделов брахиоцефальных артерий проведено на ультразвуковом сканере HD3 (Phillips, Нидерланды). Больным с гемодинамически значимыми стенозами сонных артерий, выполнена каротидная эндартерэктомия (КЭЭ). Образцы АСБ были получены сразу после КЭЭ и доставлены в лабораторию для определения цинка. У всех однократно забирали кровь из локтевой вены утром натощак. Уровень Zn определена с помощью набора реагентов «Zinc-Vital» (Россия) на биохимическом автоматическом анализаторе Mindray BS-200 (Китай). Количественное определение уровня Zn в волосах и в АСБ осуществлялось методом оптико-эмиссионной спектрометрии с индуктивно-связанной аргонной плазмой на анализаторе Optima 2100 DV (Perkin Elmer, США).

Результаты:

В первой и во второй группе уровень Zn в сыворотке статистически значимо не различался (14,87±0,8 мкмоль/л и 13,31±0,9 мкмоль/л, $p > 0,05$, соответственно), но у больных второй группы в волосах (199,96±11,4 мкг/г и 216,24±11,7 мкг/г, $p < 0,05$, соответственно) и АСБ (63±13,04 мкг/г и 102,5±10,5 мкг/г, $p < 0,05$, соответственно) Zn был ниже, чем в первой группе. При проведении корреляционного анализа данных выявлена слабая положительная корреляционная взаимосвязь уровня Zn в сыворотке с уровнем в АСБ ($r = 0,27$; $p < 0,05$).

Заключение:

Таким образом, у больных атеросклерозом сонных артерий в сочетании с СД 2 уровень Zn в АСБ и волосах ниже, чем у пациентов без СД 2. Снижение концентрации Zn в сыворотке сопровождается снижением уровня Zn в АСБ. Уровень Zn одновременно в волосах, атеросклеротических бляшках сонной артерии и сыворотке у больных сахарным диабетом еще раз подтверждает, что снижение Zn в организме может играть важную роль в развитии и патогенезе этого заболевания.

ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Ярмухамедова Д.З., Ньматова Д.Н.К.

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ,

г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Пременопаузальный период характеризуется значительными гормональными изменениями, которые могут способствовать развитию артериальной гипертензии (АГ). Основные факторы риска АГ в этом периоде включают: гормональные изменения, изменение массы тела, инсулинорезистентность, стресс и психоэмоциональные факторы: наследственность, снижение физической активности, изменение рациона питания. Цель и

задачи исследования: изучить факторы риска развития артериальной гипертензии у женщин в пременопаузальном периоде, а также оценить влияние образа жизни и сопутствующих заболеваний на развитие гипертензии.

Материал и методы:

Исследование является клинико-эпидемиологическим, проводилось с целью выявления факторов риска развития артериальной гипертензии у женщин в пременопаузальном периоде. В исследование включены 100 женщин в возрасте от 40 до 55 лет, находящиеся в пременопаузальном периоде. Участники были разделены на две группы: Основная группа (с диагнозом артериальная гипертензия). Контрольная группа (без гипертензии). Критерии включения: Возраст 40-55 лет. Отсутствие серьезных хронических заболеваний, таких как сахарный диабет 1 типа, тяжелые сердечно-сосудистые заболевания. Пременопаузальный период (по критериям изменения менструального цикла). Методы исследования: Сбор данных об образе жизни, семейном анамнезе, уровне физической активности, питании, наличии стрессов и вредных привычек (курение, алкоголь). Клиническое обследование: Измерение артериального давления (трижды в покое), индекса массы тела (ИМТ), окружности талии. Лабораторные исследования: Определение уровня холестерина, липидного профиля, глюкозы крови натощак, уровня инсулина для оценки инсулинорезистентности. Инструментальные методы: Электрокардиография (ЭКГ) для оценки состояния сердечно-сосудистой системы.

Результаты:

Средний возраст пациентов исследования составил $47 \pm 2,8$ года. В основной группе (женщины с артериальной гипертензией) средний возраст был выше, чем в контрольной группе (48 ± 2 года против 46 ± 3 года). Индекс массы тела (ИМТ) был значительно выше у женщин с артериальной гипертензией (31 ± 4 кг/м²) по сравнению с контрольной группой (25 ± 3 кг/м²). 70% женщин с артериальной гипертензией имели избыточную массу тела или ожирение, тогда как в контрольной группе этот показатель составил 42% ($p < 0,05$). В основной группе 47% женщин имели признаки инсулинорезистентности (высокий уровень глюкозы крови натощак) по сравнению с 30% в контрольной группе ($p < 0,05$). Наследственная предрасположенность к сердечно-сосудистым заболеваниям была выявлена у 52% женщин с артериальной гипертензией и у 17% женщин без гипертензии. В основной группе 58% женщин имели низкий уровень физической активности, по сравнению с 40% в контрольной группе. 65% женщин с гипертензией сообщали о хроническом стрессе, тогда как в контрольной группе этот показатель составил 30%. Среднее артериальное давление в основной группе составило 150/95 мм рт. ст., тогда как в контрольной группе средний показатель составил 125/80 мм рт. ст. ($p < 0,01$). У 60% женщин с артериальной гипертензией были выявлены случаи повышенного давления при физических и психоэмоциональных нагрузках. У женщин с артериальной гипертензией было отмечено значительное повышение уровня общего холестерина ($6,2 \pm 1,1$ ммоль/л) и низкой плотности липопротеинов ($4,1 \pm 0,9$ ммоль/л), в то время как у женщин в контрольной группе эти показатели были ниже ($5,1 \pm 0,8$ ммоль/л и $3,2 \pm 0,6$ ммоль/л соответственно, $p < 0,05$).

Заключение:

Результаты исследования подтверждают, что основными факторами риска артериальной гипертензии у женщин в пременопаузальном периоде являются избыточная масса тела, инсулинорезистентность, низкая физическая активность и хронический стресс. Эти данные подчеркивают необходимость проведения ранней диагностики и разработки профилактических программ для снижения риска гипертензии в этой группе.

ФАКТОРЫ РИСКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ КАК ПРЕДИКТОРЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ИБС

Уразова Г.Е.¹, Данилова А.И.²

¹ФГОУ ВО АМУРСКАЯ ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Российская Федерация;

²ГБУЗ «Городская поликлиника 114»,

г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Лидирующие позиции в списке основных кардиоваскулярных патологий занимают ИБС, аритмии и артериальная гипертензия. Известно существенное совпадение факторов риска развития ишемической болезни сердца (ИБС) – нарушений ритма сердца, возраста, артериальной гипертензией (АГ), дислипидемии, ожирения и сахарного диабета. Цель – выявить и оценить по результатам суточного мониторирования ЭКГ (СМ ЭКГ) различные формы аритмий, особенности параметров суточного мониторирования АД (СМАД) и их ассоциированность с индексом массы тела (ИМТ) у пациентов без патологии сердечно-сосудистой системы (ССС), а также провести корреляцию их с факторами риска и проявлениями ИБС.

Материал и методы:

На базе поликлинического звена при прохождении профилактического медицинского осмотра, проведен структурный анализ 96 пациентов без патологии ССС, у которых на СМ ЭКГ были зафиксированы различные нарушения ритма. СМ ЭКГ проводилось с использованием диагностической системы Кардиотехника – 07 (Российская Федерация). Этим же больным было проведено СМАД, которое проводилось в течение 24 часов. В зависимости от индекса массы тела (ИМТ), все пациенты были разделены на 4 группы. 1-ю группу составили 26 пациентов с ИМТ – $21,6 \pm 2,1$; 2-ая группа с ИМТ $27,5 \pm 1,8$ – 25 человек с избыточной массой тела. В 3 группу вошли 34 человека – ИМТ $32,5 \pm 1,9$ с 1 степенью ожирения. 11 человек составили 4 группу – ИМТ $37,9 \pm 0,9$ с 2 – 3 степенью ожирения. При эхокардиографическом исследовании – ЭхоКГ (аппарат – Phillips), определялись толщина миокарда межжелудочковой перегородки (ТМЖП), толщина миокарда задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ).

Результаты:

Результаты и обсуждения: анализ полученных результатов показал, что у 11,5% обследуемых сотрудников, ассоциированных с ожирением, отмечается изменение биологического циркадного ритма по типу «non-dipper». Это люди 4 группы, где ИМТ составлял $37,9 \pm 0,9$. У исследуемых остальных групп, сохранен биологический циркадный ритм АД по типу «dipper», что составило 88,5%. Также отмечались изменения вариабельности САД днем у исследуемых 3 группы ($15 \pm 1,1$) и показателей вариабельности САД и ДАД в течение суток у лиц 4 группы. При ЭхоКГ – исследовании отмечалось увеличение ТМЖП и ТЗСЛЖ у исследуемых 3 и 4 групп, что не наблюдалось в 1 и 2 группе. При анализе СМ ЭКГ выявлены изменения сегмента ST, характерные для ИБС, у 26 человек (16 из 3 группы и 10 из 4 группы). Дислипидемия наблюдалась у 49 пациентов, СД – у 7 человек. Наиболее значимые изменения наблюдались в группах с ФП, ЖЭС, нарушениями автоматизма и проводимости. В этих группах отмечались у 80-100% исследуемых дислипидемия, ожирение и АГ. Изменения сегмента ST в данной группе диагностировались у 50% пациентов.

Заключение:

По результатам СМАД и СМ ЭКГ обследованных людей, с увеличением массы тела от нормальной к избыточной и ожирению, суточный профиль артериального давления характеризуется повышением систолического артериального давления и его ва-

риабельности в дневное и ночное время, что являлось одним из факторов риска возникновению ИБС у лиц 3 и 4 групп. ФП, ЖЭС и другие нарушения автоматизма и проводимости еще раз указывают, что механизмы, лежащие в основе аритмической формы ИБС, связаны не только с циркуляцией импульса возбуждения, но и аномальным автоматизмом и проведением.

ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ I ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА У БОЛЬНЫХ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИЧ

ГОРЯЧЕВА О.Г., ЗУБАРЕВ М.А.

ПЕРМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА Е.А. ВАГНЕРА, г. ПЕРМЬ, РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

Введение (цели/ задачи):

Формирование хронической сердечной недостаточности (ХСН) у ВИЧ-инфицированных носит многофакторный характер и сопровождается не только традиционными факторами риска – курением, артериальной гипертензией, ИБС, но и факторами, обусловленными воздействием вируса. Цель работы – выявить наиболее значимые факторы риска формирования ХСН I функционального класса у больных с ВИЧ-инфекцией.

Материал и методы:

В условиях многопрофильного стационара обследовано 240 больных с ВИЧ-инфекцией, из них у 66,6% выявлены признаки ХСН. Методом логистической регрессии получена группа факторов, имеющая наиболее высокую значимость в формировании ХСН. Для обработки данных исследования использована программа SPSS 26.

Результаты:

Для развития хронической сердечной недостаточности наиболее значимыми оказались факторы: дилатация левого предсердия (ДЛП) (ОШ=55,5; 95% ДИ 2,86-100,0), диастолическая дисфункция левого желудочка, определенная как $E/e' > 14$ (ОШ=12,14, 95% ДИ 1,08-136,4), легочная артериальная гипертензия, определенная как $СДЛА \geq 25$ мм рт. ст. (ОШ=12,65; 95% ДИ 1,66-166,66), курение (ОШ=11,5, 95% ДИ 1,73-76,9), ИБС (ОШ=1,03; 95% ДИ 1,0-1,1), повышение легочного сопротивления сосудов на 1 кПа/с/л повышает шансы развития ХСН I ФК в 1,1 раз (95% ДИ 1,0 – 1,2), рост уровня С-реактивного белка в сыворотке крови на 1 мг/л повышает шансы развития ХСН I ФК в 1,1 раз (95% ДИ 1,0 – 1,11). Модель является достоверной ($p=0,001$) и определяет влияние на 45,9% выборки.

Заключение:

Для формирования ХСН I функционального класса у ВИЧ-инфицированных наибольшее значение имеют дилатация левого предсердия, диастолическая дисфункция левого желудочка, легочная артериальная гипертензия, курение, повышение легочного сопротивления сосудов, уровень С-реактивного белка.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗЕРВЫ СЕРДЦА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ

ТАНРЫБЕРДИЕВА Т.О.

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ТУРКМЕНИСТАНА ИМЕНИ М.ГАРРЫЕВА, г. АШХАБАД, ТУРКМЕНИСТАН

Введение (цели/ задачи):

Изучение гипертонического криза (ГК) как своеобразного «сгустка» артериальной гипертензии (ГК) помогает в понимании гемодинамического состояния сердца в условиях повы-

шенной нагрузки. Цель исследования: изучить сократительную функцию сердца у больных АГ во время ГК.

Материал и методы:

Было обследовано 85 больных с АГ во время ГК, которые были разделены на две группы: 1) 37 больных с АГ I степени (АГ I); 2) 48 пациентов с АГ II степени (АГ II). Обе группы были практически сопоставимы по полу и возрасту. В контрольную группу вошли 30 здоровых лиц. Методом эхокардиографии изучались фракция выброса (ФВ) и внутримиокардиальное напряжение (σ_{max}). В процессе исследования были выделены больные с так называемой «адекватной» гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ) ($\sigma_{\text{max}}=150-330 \times 10^3$ дин/см²), «низкострессовой» ГЛЖ при σ_{max} ниже 150×10^3 дин/см² и «высокострессовой» гипертрофией ($\sigma_{\text{max}} > 330 \times 10^3$ дин/см²).

Результаты:

В группе с «адекватной» ГЛЖ ($213,57 \pm 2,17 \times 10^3$ дин/см² при АГ I и $218,64 \pm 3,59 \times 10^3$ дин/см² при АГ II) сократимость миокарда была в пределах нормальных значений (ФВ=61,25±1,14% при АГ I и 62,31±1,18% при АГ II) и достоверно ($p < 0,01$) ниже показателей контрольной группы (70,17±0,78%). При АГ I с ГЛЖ установлена достоверная отрицательная корреляция ($r = -0,684$; $p < 0,002$): у больных с «высокострессовой» гипертрофией ($\sigma_{\text{max}}=516,65 \pm 57,44 \times 10^3$ дин/см²) отмечались наиболее низкие показатели ФВ (51,23±1,6%), при «низкострессовой» ГЛЖ ($126,68 \pm 6,13 \times 10^3$ дин/см²) – наибольшие показатели ФВ (72,12±4,1%). При АГ II эта корреляционная зависимость также была достоверной ($r = -0,374$; $p < 0,001$): высоким значениям σ_{max} ($576,58 \pm 47,56 \times 10^3$ дин/см²) соответствовали низкие показатели контрактильной функции (52,2±3,64%), низким уровням σ_{max} ($128,65 \pm 7,43 \times 10^3$ дин/см²) – высокие значения ФВ (71,14±1,52%).

Заключение:

Внутримиокардиальный «стресс» у больных с ГЛЖ в условиях ГК вызывает снижение сократительной функции сердца. Постоянный контроль гемодинамических показателей функции сердца у больных АГ с «высокострессовой» гипертрофией и своевременное назначение им адекватной терапии способствует снижению риска развития недостаточности сердца.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И СТРУКТУРА ВТОРИЧНЫХ ФОРМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА

ПОПОВА А.А., ТРЕТЬЯКОВ С.В., КАЙРО В.А.

ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) в настоящее время является одним из наиболее широко распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. По происхождению АГ может быть эссенциальной (встречается у большинства пациентов) или вторичной (ВтАГ) (симптоматической), встречается у меньшей части больных. В современных условиях не всегда диагноз ВтАГ ставится быстро и правильно, что связано с особенностями клинической картины, длительностью течения заболевания и пр. Поэтому их своевременная диагностика важна как для выбора правильной тактики терапии, так и для профилактики осложнений АГ. Цель. Определить структуру и частоту встречаемости вторичных форм АГ на амбулаторном этапе.

Материал и методы:

В одномоментное ретроспективное исследование было включено 450 пациентов (282 женщины (62,7%) и 168 мужчин (37,3%)) в возрасте 21–71 год (средний возраст 64,77±6,78 лет). Из них у

48 человек была ВтАГ (18 мужчин (37,5%) и 30 женщин (62,5%)), средний возраст составил $47 \pm 4,3$ лет. Ретроспективный анализ 450 амбулаторных карт проводился на базе ГБУЗ НСО ГКП № 1, ГБУЗ НСО ГКП № 22, ГБУЗ НСО ГКП № 29. Статистический анализ данных проводился с использованием MS Excel 2021 и jamovi. Нормальность распределения признака оценивалась с помощью критерия Шапиро-Уилка.

Результаты:

Все пациенты, включенные в исследование, были разделены на две группы: в первую вошли больные с ГБ (402 чел. (89,3%)), во вторую – пациенты с ВтАГ (48 чел. (10,7%)). Отягощенная наследственность по заболеваниям сердечно-сосудистой системы (ССС) в первой группе была у 76,7%, во второй – у 48,3%. Средний возраст начала заболевания у пациентов с ВтАГ составил $36 \pm 3,2$ лет. От момента появления первых симптомов ВтАГ (повышение АД (33,3%), отеки нижних конечностей (18,8%), тахикардия (16,7%), ноющие боли в поясничной области (14,6%)) до постановки окончательного диагноза проходило от 2 до 8 лет. Среди форм ВтАГ лидирующее место занимала ренопаренхиматозная (РПХ) (24 чел. (50%)), эндокринная (Э) была у 17 пациентов (35,4%), на третьем месте реноваскулярная – 4 пациента (8,3%), у 3-х чел. (6,3%) – гемодинамическая. РПХ форма обусловлена гломеруло-нефритами (50,0%) и пиелонефритом (37,5%); стеноз почечных артерий был у 8,3% пациентов; в группе ЭВтАГ – встречались в равной степени как заболевания надпочечников, щитовидной железы, так и гипопиза (гипертиреоз-17,6%, гипотиреоз-11,8%, б-нь Иценко-Кушинга-11,8%, с-м Иценко-Кушинга-5,9%, гиперальдостеронизм-23,5%, феохромоцитома-17,6%); гемодинамическая ВтАГ – коарктация аорты была у 2 пациентов (4,2%).

Заключение:

Каждый десятый пациент с диагнозом АГ имеет форму ВтАГ. Среди ВтАГ большая часть (58,3%) нефрогенного происхождения. Ранняя диагностика ВтАГ и соответствующая их терапия позволит улучшить прогноз у пациентов и их качество жизни.

ЧАСТОТА ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ И ПОДХОДЫ К ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Гурциев Т.М., Чубыкина У.В., Тюрина А.В., Соколов А.А., Ежов М.В.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ ИМ. АКАД. Е.И. ЧАЗОВА» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Экстремальная гипертриглицеридемия (≥ 10 ммоль/л) ассоциирована с увеличением риска развития атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний, панкреатита и смертности от всех причин. Целью нашего исследования была оценка частоты экстремальной гипертриглицеридемии и подходов к гиполипидемической терапии у пациентов кардиологического стационара.

Материал и методы:

Проведен анализ электронных медицинских карт пациентов кардиологического стационара с 2018 по 2023 годы. Анализ включал оценку параметров липидного профиля (уровень общего холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности, холестерина липопротеидов высокой плотности, триглицеридов), данные объективного осмотра, проводимую гиполипидемическую терапию. Проанализировано 70000 электронных

медицинских карт. В исследование включены пациенты, у которых в анализе крови, проведенном непосредственно в стационаре, уровень триглицеридов превышал 10 ммоль/л. Из 70000 электронных медицинских карт отобрано 73 случая с экстремальной гипертриглицеридемией (0,1%).

Результаты:

В исследование включены 73 пациента с уровнем триглицеридов ≥ 10 ммоль/л (средний возраст $50,6 \pm 6$ лет, мужчины 61,6%). Средний уровень триглицеридов составил $22,4 \pm 5,3$ ммоль/л, причем у женщин данный показатель был выше, чем у мужчин ($26,3 \pm 6,4$ vs $20,0 \pm 4,3$ ммоль/л соответственно, $p < 0,05$). Средние уровни общего холестерина, ХС ЛНП и ХС ЛВП достигали $9,4 \pm 5,1$ ммоль/л, $2,9 \pm 1,06$ ммоль/л и $1,9 \pm 0,14$ ммоль/л, соответственно. У 44 (60%) пациентов диагностировано ожирение: I степени – 39 человек (88,6%), II степени у двоих (4,5%) и III степени у троих больных (6,8%). Две трети больных ($n=50$ (67%)) получали лечение на момент проведения анализа крови: статины – 25 (54%) пациентов, эзетимиб–9 (12%), фибраты–18 (24%), омега 3 полиненасыщенные жирные кислоты–6 (8%), ингибиторы PCSK9–3 (4%), 24 (31%) пациентам проводился регулярный аферез липопротеидов (каскадная плазмофльтрация) 1 раз в 2 недели.

Заключение:

Частота экстремальной гипертриглицеридемии в кардиологическом стационаре достигает 0,1%. При этом две трети больных на момент определения анализа крови получали гиполипидемическую терапию.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОНОТЕРАПИИ БЕВАЦИЗУМАБ-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Хлямов С.В., Маль Г.С., Артюшкова Е.Б.
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава РФ,
г. Курск, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Кардиоонкология представляет собой актуальную проблему современной медицины. Большой объем исследований посвящен антрациклиновой и трастузумаб-индуцированной кардиотоксичности, в то время как проблема бевацизумаб-индуцированной кардиотоксичности не уделяется должного внимания. Бевацизумаб таргетно ингибирует vascular endothelial growth factor (VEGF), как следствие данного эффекта развивается артериальная гипертензия (АГ). Единое решение профилактики сердечно-сосудистых осложнений на фоне химиотерапии препаратами VEGF отсутствует. Цель. Изучить эффективность моновариантов антигипертензивной терапии (АГТ) при развитии бевацизумаб-индуцированной артериальной гипертензии в эксперименте у нормотензивных крыс линии Wistar.

Материал и методы:

АГ у крыс линии Wistar смоделирована введением внутривенно бевацизумабом. Осуществлялась запись систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД) у крыс-самцов линии Wistar аппаратно-программным комплексом для электрофизиологических исследований MP150 производства («Biorac Systems, Inc.», США) с последующей обработкой данных программой «AcqKnowledge 4.4». 3 группы крыс (возраст — 8 месяцев, масса — 400 ± 40 г), по 20 крыс-самцов в каждой группе. Группа №1 — бевацизумаб 15 мг/кг в неделю в течение 4-х недель. Группа №2 — бевацизумаб 15 мг/кг в неделю + телмисартан в дозе 3,1 мг/кг/сутки. Группа №3 — бевацизумаб 15 мг/кг в неделю + амлодипин в дозе 0,4 мг/кг/сутки. Проводилась статистическая обработка полученных данных.

Результаты:

Гемодинамические показатели были измерены у крыс до начала введения бевацизумаба (САД и ДАД: группа №1 — 126,5±2,9 и 84,1±1,8 мм рт. ст.; №2 — 129,1±3,1 и 81,0±2,3 мм рт. ст.; №3 — 127,2±3,0 и 84,0±1,9 мм рт. ст.). Устойчивый гипертензивный эффект бевацизумаба проявился на 6 день после 2 инъекции (САД и ДАД: группа №1 — 165,8±5,2 и 130,4±4,4 мм рт. ст.; №2 — 157,4±4,4 и 127,0±6,1 мм рт. ст.; №3 — 166,1±5,9 и 131,6±5,3 мм рт. ст.) ($p<0,01$). Коррекция бевацизумаб-индуцированной АГ нефиксированными комбинациями АГТ продемонстрировало эффективность к 20 дню их применения, при этом в контрольной группе АД осталось повышенным, а в группах, где проводилась коррекция АГ телмисартаном и амлодипином показатели АД не достигли нормальных величин (САД и ДАД: группа №1 — 168,2±6,4 и 133,1±6,0 мм рт. ст., ($p<0,01$); №2 — 135,0±4,9 и 94,1±4,5 мм рт. ст.; №3 — 141,9±4,3 и 100,2±4,6 мм рт. ст. ($p<0,05$)).

Заключение:

Инъекции бевацизумаба крысам в совокупной дозе 60 мг/кг приводят к стойкому повышению АД. Использование моновариантов АГТ на примерах телмисартана и амлодипина не позволили нормализовать АД до показателей нормальных значений. Применение монотерапии антигипертензивными препаратами (АГП) при бевацизумаб-индуцированной АГ является нерациональным, в связи с этим следует рассматривать возможность применения комбинированной терапии АГП с целью эффективной коррекции АГ, индуцированной введением препарата моноклональных антител.

ЭКСПРЕСС ДИАГНОСТИКА ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА В РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Молдоташев И.К.

УНИВЕРСИТЕТ «АДАМ», г. Бишкек, КЫРГЫЗСТАН

Введение (цели/ задачи):

Цель настоящего исследования заключалась в изучении возможности экспресс анализа спектральных данных одноканальной ЭКГ для диагностики диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ) сердца в ревматологической практике.

Материал и методы:

Проведено комплексное клиничко-инструментальное обследование 60 пациентов ревматологического отделения городской клинической больницы №1 г. Бишкека в возрасте от 31 до 83 лет. Среди них было 48 женщин и 12 мужчин. Методы исследования включали: клинический осмотр, рентгенологические и лабораторно-биохимические исследования необходимые для установления диагноза ревматологического заболевания. Всем пациентам снимали стандартную эхокардиограмму на аппарате Sono Site Micro Maxx Belse X2 и определяли ДДЛЖ сердца по общепринятой методике (1). Сразу же после ультразвукового исследования с помощью датчика одноканальной ЭКГ (Duo EK 118, фирмы Leri Medical) оценивали ДФЛЖ сердца по разработанной нами методике.

Результаты:

Среди обследованных 60 пациентов было выявлено 17 человек (28,3%) с ДДЛЖ сердца. Среди них было 11 женщин и 6 мужчин. 12 больных страдали остеоартрозом и 5 больных ревматоидным артритом. У всех пациентов с ДДЛЖ, выявленных методом ЭХОДКГ, имелись сопутствующие заболевания (коронарная болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет и др.). Показатели ЭКГ и ЭХОДКГ у пациентов с ДДЛЖ сердца и без него существенно не отличались. ДДЛЖ сердца,

определенная методом спектрального анализа в сравнении с ЭХОДКГ методом показала высокую чувствительность (0,91) и специфичность (0,71). Прогностическая значимость положительного результата (0,86) и прогностическая значимость отрицательного результата (0,81) оказалась также очень высокой.

Заключение:

Выявлена высокая частота встречаемости ДДЛЖ сердца у ревматологических больных (27%). Экспресс метод диагностики ДДЛЖ сердца с помощью спектрального анализа одноканальной ЭКГ не требуют больших финансовых затрат и времени, а своевременная ее диагностика и лечение у ревматологических больных может предотвратить прогрессирование хронической сердечной недостаточности, что улучшит их качество жизни и выживаемость.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕ ПЛАНОВОГО ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Окишева Е.А., Мадоян М.Д., Курносова А.А., Кривова Н.П., Мамаева М.М., Пятигорец Е.С., Редянова Е.А., Часова И.Д., Богданов М.М.
ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

В клинической практике после планового тотального эндопротезирования крупных суставов нижних конечностей назначаются различные схемы антитромботической профилактики. Для этой когорты в периоперационном периоде характерен высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, тромбозов и тромбоэмболий; при этом многие пациенты имеют сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания и должны получать антиагрегантные препараты. Цель исследования: Изучить эффективность различных вариантов профилактики тромботических осложнений после планового эндопротезирования крупных суставов нижних конечностей в реальной клинической практике.

Материал и методы:

В это одноцентровое когортное проспективное исследование были включены 1110 пациентов из различных регионов Российской Федерации, которым было проведено плановое эндопротезирование крупных суставов нижних конечностей в период с 1 декабря 2022 года по 1 июня 2024 года в Клинике травматологии, ортопедии и патологии суставов ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова. У всех участников перед операцией изучали анамнез заболевания, сведения о сопутствующих заболеваниях и ранее назначенной терапии. Затем все пациенты были включены в проспективное наблюдение по телефону (через 1 и 3 месяца после эндопротезирования), в ходе которого их опрашивали о приеме антитромботических препаратов, соблюдении назначенного режима реабилитации, случаях тромбозов и кровотечений.

Результаты:

В исследуемую популяцию вошли 373 мужчины (33,6%) и 737 женщин (66,4%). У 523 (47,1%) пациентов было проведено эндопротезирование тазобедренного сустава, а у 587 (52,9%) пациентов – эндопротезирование коленного сустава. Средний возраст пациентов, составил 65,9±8,1 лет, средний индекс массы тела (ИМТ) – 33,7±4,2 кг/м². В периоперационном периоде 1087 пациентов (97,9%) в качестве антитромботической профи-

лактики получали монотерапию фраксипарином, и 23 пациента (2,1%) в связи с выполненным ранее чрескожным коронарным вмешательством или высоким кардиологическим риском получали фраксипарин на фоне продолжения терапии антиагрегантом. В течение 1 месяца после операции 36 пациентов (3,2%) не принимали никакие антикоагулянты, несмотря на назначения врача, 26 пациентов (2,3%) принимали только аспирин вместо назначенных врачом антикоагулянтов. Остальные пациенты получали прямые пероральные антикоагулянты (дабигатран, ривароксабан или апиксабан) либо варфарин в соответствии с назначениями, из них 78 (7,0%) пациентов одновременно получали антиагреганты. Семь пациентов (0,6%) по ошибке принимали три антикоагулянта одновременно. В течение первого месяца после операции зарегистрированы 11 случаев (0,9%) тромбозов глубоких или поверхностных вен голени (6 пациентов не принимали ни антикоагулянты, ни антиагреганты, остальные 5 пациентов не соблюдали режим реабилитации или вели малоподвижный образ жизни). Все случаи тромбозов были легкой степени тяжести и разрешились. Статистически значимых различий в частоте тромботических событий между различными схемами антикоагулянтной терапии, а также между различными типами эндопротезирования (коленный и тазобедренный сустав) не обнаружено.

Заключение:

В популяции пациентов, которым выполняется плановое тотальное эндопротезирование тазобедренного или коленного сустава в клинической практике, различия между эффективностью различных схем антикоагулянтной профилактики не были статистически значимыми. Частота тромбозов была небольшой, все события были легкой степени тяжести и в основном наблюдались при несоблюдении предписанной схемы антикоагулянтной терапии или режима реабилитации. Целесообразным разрабатывать и внедрять дополнительные методы повышения комплаентности пациентов для снижения частоты ошибок при приеме препаратов и улучшения эффективности терапии.

ЭХО-КАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА ПРИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Хидирова Н.Х.¹, Бекмирзаев А.Э.¹, Амиркулова Г.М.²

¹ Термезский филиал ТМА, г. Термез, Узбекистан,

² Каршинский государственный университет,
г. Карши, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Изучить клинические и ЭХО-кардиографические проявления вторичной легочной артериальной гипертензии для определения ведущих клинико-функциональных показателей при наблюдении детей с врожденными пороками сердца

Материал и методы:

Клинические проявления вторичной легочной артериальной гипертензии II-IV функционального класса оценивались у 32 пациентов в возрасте от 3 до 18 лет с врожденными пороками сердца. ЭХО-кардиографические показатели включали параметры левых и правых отделов сердца, в том числе скоростные показатели трансстрикуспидального кровотока, пиковую систолическую скорость движения трикуспидального кольца, индекс Тея. Функциональный класс заболевания определялся по результатам теста с 6-минутной ходьбой. Степень легочной гипертензии подтверждалась измерением легочного сосудистого сопротивления при зондировании полостей сердца. Статистическая обработка проводилась с помощью программы Статистика

6, данные представлены в виде медианы, значений 25-го и 75-го перцентилей. Достоверность различий показателей между группами определялась методом Манна-Уитни

Результаты:

Клинические проявления у детей с тяжелой ЛАГ выражались диффузным цианозом кожи и слизистых, ортопноэ, одышкой в покое, болями за грудиной, изменением концевых фаланг пальцев, отеками на ногах. ЭХО-кардиографические проявления у пациентов с тяжелой ЛАГ проявились расширением правых отделов сердца — индекс ПП 23,16 (20;32) мл/м², индекс ПЖ в м-режиме 21,48 (17,4;27,13) мл/м², что значительно превысило показатели здоровых детей ($p=0,00$), и достоверно отличалось от пациентов с умеренной легочной гипертензией ($p=0,004$ и $0,019$ соответственно). Функциональные показатели правых отделов сердца у пациентов с тяжелой ЛАГ выявили снижение ФИП ПЖ до 53% (в контрольной группе ФИП ПЖ=64%, $p=0,00$), $E/A=1,00$ (0,78;1,24) — значительно снижено по сравнению с контролем — 1,79 (1,7;1,9) ($p=0,00$). Многие показатели правых отделов сердца у пациентов с умеренной легочной гипертензией значимо не отличались от контроля, $p<0,05$ выявлено лишь для ФИП ПЖ, индекса Тея. Показатели левых отделов сердца у пациентов с ЛАГ несколько отличались от группы контроля но достоверных различий получено не было ($p>0,05$).

Заключение:

У пациентов с выраженной легочной артериальной гипертензией имеются яркие клинические проявления заболевания, снижена толерантность к физической нагрузке, что коррелирует со статистически значимыми нарушениями со стороны правых отделов сердца, отражающих расширение правых камер, нарушение функциональных показателей по рестриктивному типу. У пациентов с II функциональным классом нарушение правых отделов сердца носит избирательный характер, а выраженность их отражает умеренный характер легочной гипертензии. Показатели левых отделов сердца не отражают тяжесть состояния пациентов с ЛАГ на фоне врожденных пороков сердца. Выводы. Структурные и функциональные показатели правых отделов сердца характеризуют ремоделирование миокарда у пациентов с легочной артериальной гипертензией, по выраженности отклонений этих показателей можно судить о прогрессировании легочной гипертензии у пациентов с врожденными пороками сердца.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

А		Варданян А.Г. 42	Ермолаев Е.Н. 40, 67
Абдраманова С.С. 36	Васильева Н.А. 17	Ё	
Абдужабборова Д.Э. 68	Васильева Ю.Ю. 28	Ёров Дж.Э. 6, 42	
Абдуллаев А.Х. 38, 41	Васильев Ю.Л. 16	Ж	
Агеев Ф.Т. 18	Ваулина Д.Д. 29	Жажиева А.А. 9	
Азарапетян Л.Г. 13, 57	Ваштанян А.К. 23	Жидилиев А.В. 9	
Азизов Ш.И. 41	Везикова Н.Н. 7, 62	Журалиев М.Ж. 25, 70	
Азимова М.Р. 56, 69	Вилижинская К.А. 63	З	
Айдамиров Я.А. 63	Вирхов И.П. 38	Зайцев Ю.В. 17	
Алейникова Т.В. 62	Витарана А.П. 14	Закирова Г.А. 45, 53	
Алексеева Р.И. 11	Вицня М.В. 18	Занина Т.В. 56	
Алиахунова М.Ю. 14	Воробьев А.П. 35, 59	Затолака Н.В. 31, 43	
Алиджанова Х.Г. 5, 32, 66	Воробьев А.С. 13	Завралов О.Е. 22	
Алимова Д.А. 8, 20, 24	Воротилов А.В. 29	Згевич И.М. 48	
Аляви А.Л. 26, 38, 46, 64	Вязова Н.Л. 51	Зелвеян П.А. 13, 57	
Аляви Б.А. 38, 41	Г		
Амиркулова Г.М. 17, 80	Галагудза М.М. 29	Зеленская Е.М. 13	
Андрусяк А.Ю. 19	Гелис Л.Г. 35, 59	Зиямухамедова М.М. 73	
Аникин В.В. 70	Герцен К.А. 10, 60	Зотова Д.А. 9	
Антюх К.Ю. 17	Гигинеишвили Л.Р. 66	Зубарев М.А. 77	
Ардеев В.Н. 22	Глибко К.В. 5	И	
Арсеничева О.В. 44	Голицын С.П. 33	Ибабекова Ш.Р. 45	
Артюшкова Е.Б. 78	Горбат Т.В. 35	Ибрагимов А.Ю. 73	
Асиновская А.Ю. 18	Горев М.В. 33	Ибрагимов М.С. 16	
Ахмедова Д.Т. 8, 20, 24	Горячева О.Г. 77	Иванова А.Ю. 18	
Ахмедова Ш.С. 8, 24	Гребенникова В.Е. 13	Иванов В.А. 63	
Ахметова А.А. 29	Григоренко Е.А. 17	Икрамов А.А. 20	
Ашина Д.А. 66	Григорян С.В. 13, 57	Иловайская И.А. 30	
Аширбаев Ш.П. 38	Гришин Н.С. 56	Исайкина М.А. 68	
Б		Исхаков Ш.А. 38	
Багрий А.Э. 19	Гузёва В.М. 66	К	
Байрова К.И. 42	Гумерова Г.М. 40, 67	Кайро В.А. 36, 77	
Балькина К.В. 61	Гурчиев Т.М. 78	Канунова Т.А. 66	
Барбараш О.Л. 37	Гусева Е.А. 15	Карабахчиева К.В. 19	
Барбук О.А. 43	Гусева О.А. 18	Карасёв А.А. 33	
Барковская М.К. 23	Д		
Беджанян А.Л. 65	Давлатова Л.Ш. 64	Каретникова В.Н. 45	
Бейлина Н.И. 9	Давыдкин И.Л. 61	Каримова З.З. 36	
Бекмирзаев А.Э. 17, 80	Данилова А.И. 76	Карпенко В.В. 29	
Беляева М.М. 33	Деева Е.С. 68	Карпов А.А. 29	
Билалов Ф.С. 67	Дементьева А.В. 74	Карпова И.С. 21	
Бланкова З.Н. 18	Денисевич Т.Л. 31, 43	Касымов Ш.М. 47, 71	
Блинова Н.В. 30	Дехонов О.Х. 42	Касьянова О.В. 61	
Бобаков Н.В. 25	Джексембеков А.Г. 42	Кашталап В.В. 37	
Бободжонов Г.Х. 6	Дзаурова Х.М. 33	Ковалевская Е.А. 33	
Бободжонов Н.Н. 6	Донников М.Ю. 13	Ковалкина Е.Е. 31	
Богданов М.М. 79	Драгомирецкая Н.А. 28	Ковш Е.В. 55	
Богова О.Т. 50	Дробот Д.Б. 57	Кожанова И.Н. 54	
Бубешко Д.А. 51, 69	Дроздов Д.В. 23	Козлов И.Д. 21, 35, 59	
Бубман Л.И. 28	Е		
Буквальная Н.В. 14, 72	Евсеев Е.П. 37, 63	Коладка М.Г. 21	
Булгак А.Г. 29	Евсиков Е.М. 42	Колединский А.Г. 51	
Буненков Н.С. 29	Егорова И.С. 7, 62	Колоцей Л.В. 39	
Бутенко А.В. 63, 65	Егорова Л.А. 39	Колядко М.Г. 31, 43, 55, 59	
Быданова С.С. 10, 60	Ежов М.В. 78	Комиссаров Е.А. 32	
В		Кондратьев Ф.В. 29	
Вайханская Т.Г. 35, 59	Елизаров М.П. 9	Константинова Е.В. 58	
Вакуленко О.Н. 28, 34	Елиссеева Т.А. 28, 34		
Валиева З.С. 34	Еникеев И.М. 5		
	Еникеев М.А. 5		

Коптюх Т.М.	35, 59
Копыцкий А.В.	72
Корчажкина Н.Б.	37, 65
Костин А.В.	61
Костомарова С.В.	61
Кошлатая О.В.	55
Кривова Н.П.	79
Кривова С.П.	61
Крылова С.Г.	36
Кузнецова Т.В.	59
Кузьмин В.П.	61
Курмаева Д.Н.	41
Курносова А.А.	79
Курушко Т.В.	17
Кушнир В.В.	23

Л

Лебедева А.Ю.	58
Лебедева Н.Б.	8
Ли В.Н.	25, 70
Лискова Ю.В.	53
Лискович Т.Г.	51, 69
Лифшиц Г.И.	13
Луговская А.Ю.	30
Лыткина К.А.	28, 34

М

Мадаминов А.М.	54
Мадоян М.Д.	79
Максимов Н.И.	10, 60
Максумова М.Г.	73
Малыгин А.Н.	7
Маль Г.С.	78
Маляревская О.В.	19
Мамаева М.М.	79
Мамаева О.П.	18, 66
Мараховская П.К.	29
Маркин С.С.	51
Маркова А.С.	50
Мартынюк Т.В.	12, 23, 34
Махмудова М.С.	27
Махмудов Х.Н.	42
Мацкевич С.А.	54
Машарипова Д. Р.	45, 53
Медведева Е.А.	35, 59
Медведев О.С.	18
Мелконян Г.Г.	28, 34
Мельникова О.П.	35, 59
Меркулов Е.В.	21, 56, 69
Мещеряков Ю.В.	55
Мирзаев К.Б.	50
Мионов Н.Ю.	33
Митьковская Н.П.	17
Михайличенко Е.С.	19
Михайлова А.А.	65
Мовсисян Д.М.	32
Модель А.Д.	35
Молдоташев И.К.	79
Морова Н.А.	15
Муминов Ш.К.	38
Мурадян Т.В.	13
Мухамадиева С.М.	6
Мухамедова Б.Ф.	68
Мухтарова Ш.Ш.	8, 20, 24
Мясоедова Е.И.	39

Н

Нагаева Г.А.	25, 70
Намитокков А.М.	19
Нарзуллаева А.Р.	6, 47, 71
Насридинова Х.С.	6
Неешпапа А.Г.	45
Неъматова Д.Н.К.	75
Никитина А.О.	7
Николаева И.Е.	40, 67
Николаева Т.О.	70
Николаев К.Ю.	13
Никулина С.Ю.	8, 23, 48, 57
Носович Д.В.	25
Нуриллаева Н.М.	44
Нуриддинова Н.Б.	26, 27

О

Огурцова С.Э.	31
Окишева Е.А.	9, 79
Олимжонов Д.Д.	64
Орзиев Д.З.	41
Осадчук Е.А.	61

П

Павлова Н.Е.	18, 66
Павлова О.С.	43
Панферов А.С.	9
Перекопская В.С.	15
Петренко К.Н.	65
Петрова А.Б.	52
Петрова А.И.	52
Петрова В.Б.	52
Пилипенко В.В.	11
Пилырова М.Х.	28, 34
Плотникова О.А.	11
Погонин А.В.	68
Подзолков В.И.	28
Полозкова И.Г.	37
Попель О.Н.	55
Попова А.А.	36, 77
Потешкина Н.Г.	33
Пужалов И.А.	25
Пулатов Н.Н.	41
Пятигорец Е.С.	79

Р

Раджабова Д.И.	26, 46
Райимбердиев Р.У.	42
Рахими Н.А.	51
Рахимова А.Б.	36
Рахимов З.Я.	47, 71
Рахматуллина Ю.З.	40, 67
Редянова Е.А.	79
Ризванова Р.Т.	10, 60
Романова И.С.	54
Романова М.А.	28, 34
Русак Т.В.	35, 59
Русских И.И.	17, 21, 43, 55
Рыбаченко М.С.	37

С

Сабельникова Я.С.	19
-------------------	----

Сагун Я.Р.	39
Садиева З.А.	53
Сайпова М.Л.	73
Сайпудинова К.М.	63
Сайфиева Р.И.	8
Сакович В.А.	57
Саломов А.А.	42
Санько Э.Г.	51
Сапожников С.А.	5
Сатуева К.А.	66
Сваровская П.К.	45
Свирида О.Н.	18
Седых Д.Ю.	37
Семенов А.М.	51
Семенова Н.В.	17
Сивакова О.А.	56, 69
Сиддиараччи С.Д.Н.	14
Сидорова Е.Е.	29
Сисевич И.С.	16
Скибицкий В.В.	46
Скрыпник Д.В.	61
Смирнова Е.С.	10, 60
Смирнова Л.Н.	14
Смирнова М.Д.	18
Смирнова М.П.	11
Снежицкий В.А.	72, 74
Совпель Я.А.	19
Соколов А.А.	74, 78
Соколов С.Ф.	33
Соловей С.П.	31
Соловьев В.А.	22
Соломахина Н.И.	74
Солонина А.Д.	9
Сорокина С.А.	9
Соснова Ю.Г.	61
Сотников А.В.	25
Старченко А.Д.	53
Степанова В.В.	66
Степанов М.М.	39
Суджаева О.А.	55

Т

Табаров А.И.	47, 71
Тавлуева Е.В.	56
Тагаева Д.Р.	45, 53
Тамкаева М.К.	68
Танрыбердиева Т.О.	77
Тарасова Е.А.	39
Тарасова Н.А.	31
Теплова Н.В.	42
Терещенко А.С.	21, 56, 69
Тимофеева О.В.	46
Тимошенко О.Е.	50, 71
Толмачева А.В.	28
Толстокорова Ю.А.	8
Тополянская С.В.	28, 34
Тошев Б.Б.	46
Тошматова М.К.	6
Третьяков С.В.	77
Тригулова Р.Х.	8, 20, 24
Трушина О.Ю.	16, 68
Туляганова Д.К.	26, 46
Тюрина А.В.	78
Тюрина Е.А.	65

У

Узюков Ж.К.	38, 41
Уразова Г.Е.	76
Ускач Т.М.	23, 63
Усманова З.А.	75
Устюжанин Д.В.	63
Утемуратов Б.Б.	45
Ушанова А.М.	16

Ф

Фендрикова А.В.	46
Фиданян С.Е.	9
Фомин В.В.	68
Фомин М.А.	63
Фролов А.В.	35, 59
Фролова Ю.В.	37, 63, 65

Х

Хаджаев И.А.	6
Хайдаров Ж.Г.	44
Хайретдинов Р.К.	61
Хасанов Н.Р.	31
Хастиева Д.Р.	31
Хидирова Н.Х.	17, 80
Хлямов С.В.	78
Ходжиев Т.А.	6
Худойбергганов О.К.	10

Ц

Цацурова С.А.	65
Цеханович В.Н.	15

Ч

Чайбахш Л.П.	59
Чак Т.А.	54
Часова И.Д.	79
Черников А.О.	58
Чернова А.А.	8, 23, 48, 57
Чернышова В.А.	58
Черняк А.А.	74
Чижев П.А.	11
Читанова В.Л.	34
Чубыкина У.В.	78
Чуганова А.К.	74

Ш

Шабан Н.И.	47
Шамкенов Е.А.	64
Шанина И.Ю.	61
Шарафетдинов Х.Х.	11
Шария А.М.	12
Шария М.А.	63
Шашкина Я.Р.	33
Шибек Н.А.	35
Шиленко Л.А.	29
Шоалимова З.М.	27, 49, 54
Шукурджанова С.М.	54
Шулика В.Р.	72
Шумков В.А.	52

Щ

Щербак С.Г.	18, 66
------------------	--------

Э

Эркинова Д.Э.К.	31
Эшонкулов М.Ш.	6, 42
Эшонкулов Ш.А.	6, 42

Ю

Юнусова Л.И.	26, 46
Юричева Ю.А.	33
Юсупов Р.Б.	26
Юськив Ю.А.	57

Я

Якубова Л.В.	72
Якубов М.М.	26
Янушко А.В.	74
Ярмухамедова Д.З.	75
Ясюкайт Н.В.	43



«Евразийская ассоциация кардиологов»

VII ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

КАРДИО

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

2025

ONLINE-ТРАНСЛЯЦИЯ

05 февраля

2025

WWW.CARDIO-EUR.ASIA





XIII

Евразийский конгресс кардиологов

14-15 мая 2025

онлайн-трансляция

WWW.CARDIO-EUR.ASIA

ЛАГ прогрессирует незаметно¹

ВРЕМЯ БЕСЦЕННО... ДОБАВЬТЕ АПБРАВИ

На **42%** снижает риск прогрессирования заболевания/смерти у пациентов с ЛАГ при добавлении в качестве второго препарата к монотерапии иФДЭ-5^{2,3}

На **64%** снижает риск прогрессирования заболевания/смерти у пациентов с ЛАГ при раннем добавлении* в тройной комбинированной терапии⁴

7-летняя выживаемость пациентов составляет **63%**⁵

ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ И ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА АПБРАВИ



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

Литература: 1. Lau EMT et al. Nat Rev Cardiol 2015; 12(3): 143-155. 2. Lang IM et al. Paper presented at: European Society of Cardiology International Congress 2015; August 29-September 2, 2015; London, United Kingdom. Abstract P-2365. 3. Sitbon O et al; GRIPHON Investigators. N Engl J Med. 2015;373:2522-2533. 4. Coghlan JG, Channick R, Chi n 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. 5. Galie, N. et al (2021). Long-Term Survival, Safety and Tolerability with Selexipag in Patients with Pulmonary Arterial Hypertension: Results from GRIPHON 6. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Апбрави от 19.06.2023, регистрационное удостоверение № ЛП-005577 от 07.06.2019, № ЛП-007284 от 12.08.2021. * при добавлении пациентам с ФК II.

ООО «Джонсон & Джонсон», Россия
121614, г. Москва, ул. Крылатская д. 17, корп. 2
Тел.: +7 495 755-83-57 Факс: (495) 755-83-58
Эл. почта: drugsafety@its.jnj.com

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ
СР-419723 ноябрь 2023

ЭЛИКВИС®

апиксабан

Едиственный ПОАК, который приволил к снижению рисков по трем показателям у пациентов с НФП^{1*}



↓ **21%**

ИНСУЛЬТ / СИСТЕМНАЯ ЭМБОЛИЯ



↓ **31%**

БОЛЬШОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ



↓ **11%**

ОБЩАЯ СМЕРТНОСТЬ

«Исследование ARISTOTLE – одно из 12 жизнеспасующих исследований, оказавших наиболее значимое влияние на клиническую практику за последние 19 лет»²

Д-р Дж. Дрезен, главный редактор «Медицинского журнала Новой Англии»

ARISTOTLE

10 ЛЕТ ЗАЩИЩАЕМ ПАЦИЕНТОВ С НФП

Эликвис® (апиксабан) – ОАК №1 в мире по количеству дней назначенного лечения пациентам** по показаниям НФП и ВТЭ***

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата ЭЛИКВИС®. Торговое название: ЭЛИКВИС®. **МНН:** апиксабан. **Лекарственная форма:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой. **Состав:** одна таблетка содержит 2,5 мг или 5 мг апиксабана. **Показания к применению:** профилактика венозной тромбоземболии у пациентов после планового эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава; профилактика инсульта и системной тромбоземболии у взрослых пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий, имеющих один или несколько факторов риска (таких, как инсульт или транзиторная ишемическая атака в анамнезе, возраст 75 лет и старше, артериальная гипертензия, сахарный диабет, сопровождающаяся симптомами хронической сердечной недостаточности (функциональный класс II и выше по классификации NYHA). Исключение составляют пациенты с тяжелым и умеренно выраженным митральным стенозом или искусственными клапанами сердца; лечение тромбоза глубоких вен (ТГВ), тромбоземболии легочной артерии (ТЭЛА), а также профилактика рецидивов ТГВ и ТЭЛА. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к апиксабану или любому другому компоненту препарата. Активное клинически значимое кровотечение. Заболевания печени, сопровождающиеся нарушениями в системе свертывания крови и клинически значимым риском развития кровотечений. Заболевания или состояния, характеризующиеся значимым риском большого кровотечения; существующее в настоящее время или недавно обостренное заболевание желудочно-кишечного тракта; наличие злокачественного новообразования с высоким риском кровотечения; недавнее повреждение головного или спинного мозга; недавно перенесенное оперативное вмешательство на головном или спинном мозге, а также на органе зрения; недавно перенесенный геморрагический инсульт; установленное или подозреваемое варикозное расширение вен пищевода; артериовенозная мальформация; аневризма сосудов или выраженные внутриспинальные или интритомозговые изменения сосудов. Нарушение функции почек с клиренсом креатинина менее 15 мл/мин, а также применение у пациентов, находящихся на диализе. Возраст до 18 лет (данные о применении препарата отсутствуют). Беременность (данные о применении препарата отсутствуют). Период грудного вскармливания (данные о применении препарата отсутствуют). Одновременное применение с любыми другими антикоагулянтными препаратами, включая нефракционированный гепарин (НФГ), низкомолекулярные гепарины (НМГ) (энксапарин, далтепарин и др.), производные гепарина (фондапаринукс и др.), пероральные антикоагулянты (варфарин, ривароксабан, дабигатран и др.), за исключением тех ситуаций, когда пациент переводится на терапию или с терапией апиксабаном или если нефракционированный гепарин назначается в дозах, необходимых для поддержания проходимости центрального венозного или артериального катетера. Врожденный дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция. **Побочное действие:** частыми нежелательными реакциями были кровотечения различных локализаций (носовые, желудочно-кишечные, ректальное, кровотечения из десен, гематурия, кровоизлияния в ткани глазного яблока), кровоподтек,

носовое кровотечение и гематома, анемия, закрытая травма, тошнота. Перечень всех побочных эффектов представлен в полной версии инструкции по медицинскому применению. **Способ применения и дозы:** Препарат Эликвис® принимают внутрь, независимо от приема пищи. Для пациентов, которые не могут проглотить таблетку целиком, ее можно измельчить и развести (в воде, водной декстрозе, яблочном соке или пюре) и немедленно принять внутрь. В качестве альтернативы, таблетку можно измельчить и развести в воде или 5% водном растворе декстрозы и немедленно ввести полученную суспензию через назогастральный зонд. Лекарственное вещество в измельченных таблетках сохраняет стабильность в воде, водной декстрозе, яблочном соке или пюре до 4 часов. У пациентов с фибрилляцией предсердий: по 5 мг два раза в сутки. У пациентов с фибрилляцией предсердий дозу препарата снижают до 2,5 мг два раза в сутки при наличии сочетания двух или более из следующих характеристик – возраст 80 лет и старше, масса тела 60 кг и менее или концентрация креатинина в плазме крови $\geq 1,5$ мг/дл (133 мкмоль/л). У пациентов с нарушением функции почек тяжелой степени (с клиренсом креатинина 15-29 мл/мин) и фибрилляцией предсердий следует применять дозу апиксабана – 2,5 мг два раза в сутки. Не принимавшим ранее антикоагулянты пациентам с фибрилляцией предсердий, которым требуется проведение кардиоверсии, для достижения антикоагуляции возможно назначение, по крайней мере, 5 доз препарата по 5 мг 2 раза в сутки (2,5 мг в сутки, если пациент подходит под критерии снижения дозы) перед проведением процедуры. Если проведение кардиоверсии требуется до назначения 5 доз препарата Эликвис, возможно применение нагрузочной дозы апиксабана 10 мг, по крайней мере, за 2 часа до проведения процедуры с последующим приемом 5 мг 2 раза в сутки (2,5 мг в сутки, если пациент подходит под критерии снижения дозы). У пациентов с фибрилляцией предсердий нет необходимости прекращать терапию препаратом Эликвис® перед катетерной абляцией. У пациентов после планового эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава: 2,5 мг 2 раза в сутки (первый прием через 12-24 ч после оперативного вмешательства). У пациентов, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава, рекомендуемая длительность терапии составляет от 32 до 38 дней, коленного сустава – от 10 до 14 дней. Лечение тромбоза глубоких вен, тромбоземболии легочной артерии (ТЭЛА): По 10 мг два раза в сутки в течение 7 дней, затем 5 мг 2 раза в сутки. Продолжительность лечения определяется индивидуально с учетом соотношения ожидаемой пользы и риска возникновения клинически значимых кровотечений. Профилактика рецидивов тромбоза глубоких вен, тромбоземболии легочной артерии (ТЭЛА): По 2,5 мг два раза в сутки после как минимум 6 месяцев лечения тромбоза глубоких вен или ТЭЛА. **Отпускается по рецепту врача. Срок годности:** 3 года. **Регистрационное удостоверение:** ЛП-002007, ЛП-001475. **Подробная информация содержится в Инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата, перед применением необходимо ознакомиться с полным текстом Инструкции по применению препарата Эликвис® 5 мг и от 27.07.2023; Эликвис® 2,5 мг от 26.07.2023.**

* По сравнению с варфарином. ** Дни назначенного лечения рассчитаны на основе данных аналитической платформы IQVIA MIDAS по реализации препаратов за 6 месяцев, III квартал 2020 года. Стандартные единицы рассчитаны по рекомендованной суточной дозе ПОАК (апиксабан 2 р/сут, дабигатран 2 р/сут, эдоксабан 1 р/сут, ривароксабан 1 р/сут). Дни назначенного лечения АВК основаны на стандартных единицах, рассчитанных на основе средней суточной дозы IQVIA MIDAS^{3,4}. *** Показания учитывались при масштабировании объема стандартных единиц на основе данных медицинского аудита IQVIA и соответствующих кодов ВОЗ МКБ-10⁵.

1. Granger C.B. et al. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation // N Engl J Med. 2011 Sep 15; 365 (11): 981–992. 2. Special Publication from New England Journal of Medicine. Edward L. Pratt Research Library. URL: <https://prattlibrary.cchmc.org/content/special-publication-new-england-journal-medicine> (дата обращения – 22.12.2020). 3. IQVIA MIDAS Sales Data Q3'20 Sell-In/Sell-Out data. 4. IQVIA MIDAS Summary and Detailed Medical Data Q3'20. 5. NOAC recommended administration within 24-hour period (apixaban BID, dabigatran BID, edoxaban QD, rivaroxaban QD).

ОАК – оральные антикоагулянты НФП – неклапанная фибрилляция предсердий, ВТЭ – венозная тромбоземболия, ПОАК – прямой оральные антикоагулянты, АВК – антагонист витамина К.



Служба Медицинской Информации: MedInfo.Russia@Pfizer.com

Доступ к информации о рецептурных препаратах Pfizer на интернет-сайте www.pfizermedinfo.ru



ООО «Пфайзер Инновации»
Россия, 123112, Москва, Пресненская наб., д. 10, БЦ «Башня на Набережной» (блок С)
Тел.: +7 495 287 5000; факс: +7 495 287 5300
www.pfizer.com

PP-ELI-RUS-2592 от 02.04.2024

ЛАГ прогрессирует незаметно¹

ВРЕМЯ БЕСЦЕННО... ДОБАВЬТЕ АПБРАВИ

На **42%** снижает риск прогрессирования заболевания/ смерти у пациентов с ЛАГ при добавлении в качестве второго препарата к монотерапии иФДЭ-5^{2,3}

На **64%** снижает риск прогрессирования заболевания/ смерти у пациентов с ЛАГ при раннем добавлении* в составе тройной комбинированной терапии⁴

10-летняя выживаемость пациентов составляет **57%**^{5,6**}

Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Апбрави от 19.06.2023, регистрационное удостоверение № ЛП-005577 от 07.06.2019, № ЛП-007284 от 12.08.2021
ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ
ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ



ЛАГ - легочная артериальная гипертензия, ФК - функциональный класс, иФДЭ-5 - ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа

Литература: 1. Lau EMT et al. Nat Rev Cardiol 2015; 12(3): 143-155. 2. Lang IM et al. Paper presented at: European Society of Cardiology International Congress 2015; August 29-September 2, 2015; London, United Kingdom. Abstract P-2365. 3. Sitbon O et al; GRIPHON Investigators. N Engl J Med. 2015;373:2522-2533. 4. Coghlan JG, Channick R, Chin K, et al. Targeting the prostacyclin pathway with selexipag in patients with pulmonary arterial hypertension receiving double combination therapy: in sights from the randomized controlled GRIPHON study. Am J Cardiovasc Drugs. 2018;18 (1):37-47. 5. Galie N et al. Adv Ther 2022; 39(1):796-810. 6. ClinicalTrials.gov. ACT-293987 in pulmonary arterial hypertension [NCT01112306]. 2023. URL: <https://classic.clinicaltrials.gov/ct2/show/results/NCT01112306> (дата обращения: 04.04.2024) * при добавлении пациентам с ФК II, ** 10-летняя прогнозируемая выживаемость составила 56,9%. Оценка выживаемости пациентов по методу Каплана-Мейера в рамках исследования GRIPHON и его открытой фазы (95% ДИ).

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

ООО «Джонсон & Джонсон»
Россия, 121614, Москва, ул. Крылатская, д. 17 корп. 2
Тел.: (495) 755-83-57, факс: (495) 755-83-58

CP-447751 апрель 2024