

Организаторы
мероприятия:



Российское
кардиологическое
общество



Министерство
здравоохранения
Самарской области



Самарский
Государственный
Медицинский
Университет



СОАВ
Самарская Областная
Ассоциация врачей



Самарский
клинический
кардиологический
диспансер

8-я ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

с международным участием

Противоречия современной
кардиологии:
**СПОРНЫЕ И
НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ**

11-12 октября 2019

г. Самара, ул. А. Толстого, 99
отель «Холидей Инн»

ТЕЗИСЫ

Под
эгидой:



ТЕХНИЧЕСКИЙ ОРГАНИЗАТОР
MICE Partner
MEETINGS INCENTIVES CONFERENCES EVENTS

Материалы VIII Всероссийской конференции с международным участием «Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы» (11-12 октября 2019 года). - Самара, 2018. – 114 с.

УДК: 616.12-048.93(063)

В материалах конференции отражены современные подходы в диагностике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний с позиций доказательной и персонализированной медицины. Издание освещает вопросы эпидемиологии и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, неотложных состояний, актуальные проблемы кардиохирургии, гипертензиологии, аритмологии и фундаментальных исследований в кардиологии. Особое внимание уделено проблеме взаимодействия кардиологов и врачей других специальностей (эндокринологов, неврологов, анестезиологов-реаниматологов) при определении прогноза и тактики ведения пациентов с коморбидной патологией.

Содержание

РАЗДЕЛ I. ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Фактор некроза опухоли-альфа у больных с ибс старческого возраста.....11
Тополянская С.В., Вакуленко О.Н., Елисеева Т.А., Дворецкий Л.И.
 2. Содержание лептина и его роль в различной патологии у больных ибс старческого возраста.....12
Тополянская С.В., Вакуленко О.Н., Елисеева Т.А., Балясникова Н.А., Дворецкий Л.И.
 3. Влияние дифференцированной медикаментозной терапии и индивидуализированных физических тренировок на качество жизни у пациентов с хронической ревматической болезнью сердца после хирургической коррекции клапанных пороков.....13
Губич Т.С., Суджаева С.Г., Казаева Н.А., Корнелюк О.М., Белоус Т.М.
 4. Влияние различных программ медицинской реабилитации на проходимое расстояние при использовании теста 6 минутной ходьбы у пациентов с хронической ревматической болезнью сердца после хирургической коррекции клапанных пороков.....14
Губич Т.С., Суджаева С.Г., Казаева Н.А., Корнелюк О.М., Белоус Т.М.
 5. Корреляционные связи проявлений атеросклероза у лиц «третьего» возраста с субклиническим атеросклерозом.....15
Карпова И.С., Суджаева О.А., Кошлатая О.В., Кравченко А.В., Кульгачева С.И.
 6. Динамика маркеров окислительного стресса у пациентов с ишемической болезнью сердца при проведении коронарного шунтирования.....16
Рубаненко О.А., Рубаненко А.О.
 7. Риск кардиальных нарушений при досимптомной и симптомной стадиях болезни паркинсона и ее лечении.....17
Мамалыга М.Л.
 8. Результаты фармакогенетического тестирования по *sloc1b1* и *mdr1* у лиц с дислипидемией....18
Соловей С.П., Огуцова С.Э., Денисевич Т.Л.
 9. Оценка изменения шапероноподобной активности белков сыворотки крови у больных ишемической болезнью сердца на фоне липидснижающей терапии.....19
Котова Ю.А., Зуйкова А.А., Страхова Н.В., Пашков А.Н., Красноуцкая О.Н.
 10. Оценка изменения шапероноподобной активности белков сыворотки крови у больных коронарной болезнью сердца с разным статусом курения.....20
Котова Ю.А., Зуйкова А.А., Страхова Н.В., Красноуцкая О.Н.
 11. Стохастическое описание синусовой аритмии (ЭКГ) и вариации кровотока в микроциркуляции (лазер-доплер флоуметрия, лдф).....20
Кислухин В.В., Кислухина Е.В.
 12. Аспекты внедрения и интеграции элементов искусственного интеллекта в реальной клинической практике. Проблематика, опыт применения.....21
Суворов А.Ю., Гиляров М.Ю., Новикова Н.А., Мазаев В.П., Комков А.А., Кучина А.Ю., Мелик-Оганджян Г.Ю.
- ### РАЗДЕЛ II. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ
13. Выраженность клиники хронических заболеваний вен зависит от тяжести артериальной гипертензии.....22
Баев В.М., Ваганов Т.Ф.

14. Тяжесть артериальной гипертензии и частота хронических заболеваний вен у мужчин: есть ли связь?	23
<i>Баев В.М., Ваганов Т.Ф.</i>	
15. Диагностическая информативность сканирования вен нижних конечностей у мужчин с артериальной гипертензией.....	24
<i>Баев В.М., Летьгина С.В., Ваганов Т.Ф.</i>	
16. Коморбидность артериальной гипертензии и хронических заболеваний вен сопровождается увеличением венозного давления и тонуса вен нижних конечностей.....	26
<i>Баев В.М., Летьгина С.В., Ваганов Т.Ф.</i>	
17. Возраст и стаж артериальной гипертензии у мужчин не увеличивает частоту хронических заболеваний вен.....	27
<i>Летьгина С.В., Баев В.М., Ваганов Т.Ф.</i>	
18. Патогенетическая связь возраста пациентов и стажа артериальной гипертензии с параметрами венозной гемодинамики нижних конечностей при хронических заболеваниях вен.....	28
<i>Летьгина С.В., Баев В.М., Ваганов Т.Ф.</i>	
19. Особенности венозной гемодинамики нижних конечностей при хронических заболеваниях вен у мужчин с артериальной гипертензией.....	29
<i>Баев В.М., Летьгина С.В., Ваганов Т.Ф.</i>	
20. Электро - и эхо - кардиографические критерии гипертрофии левого желудочка сердца у пациентов с гипертонической болезнью.....	30
<i>Портнова Е.В., Крюков Н.Н., Павлова Е.Ю., Куракина Е.А.</i>	
21. Эффект воздействия небиволола на упруго-эластические свойства общей сонной артерии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и артериальной гипертензией и связь изменений этих свойств с артериальным давлением.....	31
<i>Гайшун Е.И., Зарадей И.И., Целикова Н.Г.</i>	
22. Выявление гипертонии и факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний на медицинских осмотрах обучающихся.....	32
<i>Бейлина Н.И., Малышева Е.В., Ацель Е.В.</i>	
23. Прогностическое значение натрийуретических пептидов у больных гипертонической болезнью: результаты десятилетнего проспективного исследования.....	33
<i>Губарева Е.Ю., Губарева И.В., Гасанова Д.Ф., Крюков Н.Н.</i>	
24. Оценка риска развития атеросклеротических поражений коронарных артерий по уровню pcrk 9 и маркеров воспаления у больных артериальной гипертонией.....	34
<i>Вуколова Ю.Ю., Богданова И.А., Киселева Г.И.</i>	
25. Дилатация вен и снижение венозного кровотока нижних конечностей при комбинированной терапии (периндоприл и гипотиазид) артериальной гипертензии.....	35
<i>Баев В.М., Летьгина С.В., Нечаева М.Г., Дружина Л.Н.</i>	
26. Пути повышения физической активности эвенков с целью снижения риска артериальной гипертонии.....	36
<i>Шадрина С.С., Сивцева А.И., Сивцева Е.Н., Донская А.А., Петрова М.Н.</i>	

27. Возможности использования васкулоэндотериального фактора роста в качестве маркера сердечно-сосудистого ремоделирования у больных гипертонической болезнью мужчин среднего возраста.....	37
<i>Губарева Е.Ю., Губарева И.В., Желтякова О.В., Шенфогель С.В., Крюков Н.Н.</i>	
28. Высокий диализный клиренс лекарственных препаратов в развитии интрадиализной гипертензии у пациентов на программном гемодиализе.....	38
<i>Токарева А.С., Боровкова Н.Ю., Линева Н.Ю.</i>	
29. Некоторые показатели суточного мониторирования артериального давления у больных с метаболическим синдромом.....	40
<i>Мирзаева Г.П., Турсунова Л.Д.</i>	
30. Повышение эффективности нефропротекции у больных сахарным диабетом 2-типа с диабетической нефропатией и артериальной гипертензией.....	41
<i>Сапаева З.А., Жабборов О.О., Асанова Г.К.</i>	
31. Сравнительная эффективность антигипертензивной терапии у больных системной красной волчанкой с наличием артериальной гипертензии.....	42
<i>Сапаева З.А., Жабборов О.О., Кадырова Ш.А.</i>	
32. Частота поражения почечных артерий у больных гипертонической болезнью.....	42
<i>Турсунова Л.Д.</i>	
33. Динамика артериального давления и ремоделирования сердца и сосудов в однородной популяции мужчин в возрасте 40-54 лет с высоким нормальным артериальным давлением и артериальной гипертензией (продольный 20-летний срез).....	43
<i>Фильцов К.В.</i>	
РАЗДЕЛ III. ПРОБЛЕМЫ ГЕМОСТАЗИОЛОГИИ	
34. Тромбоцитопения в кардиологическом стационаре: частота встречаемости.....	
<i>Павлова Т.В., Зорина Е.А., Шкаева О.В., Тимошкина О.А., Слушаева Е.А., Поляева С.А.</i>	
35. Генетические тесты в кардиологии и их место в современных клинических рекомендациях.....	45
<i>Сироткина О.В., Вавилова Т.В.</i>	
РАЗДЕЛ IV. ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА	
36. Изучение эффективности комплексного лечения ишемической болезни сердца после стентирования.....	46
<i>Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Узоков Ж.К., Исхаков Ш.А., Каримова Д.К., Иминова Д.А., Азизов Ш.И.</i>	
37. Некоторые биохимические показатели и состояние сонных артерий у больных ишемической болезнью сердца после стентирования.....	47
<i>Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Узоков Ж.К., Туляганова Д.К., Каримова Д.К., Иминова Д.А., Азизов Ш.И., Шерзод И.А.</i>	
38. Эффективность использования тиаприазолина у больных с ишемической болезнью сердца.....	48
<i>Ходжанова Ш.И., Кадырова Ш.А.</i>	
39. Частота, структура и новые возможности коррекции аспириноиндуцированных гастродуоденопатий у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца.....	49
<i>Буянова М.В., Боровкова Н.Ю.</i>	

РАЗДЕЛ V. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

40. Связь особенностей поражения клапанного аппарата сердца с динамикой ремоделирования миокарда у пациентов с хронической ревматической болезнью сердца после хирургической клапанной коррекции.....50
Казаева Н.А., Суджаева С.Г., Губич Т.С., Корнелюк О.М., Давидович М.И.
41. Ранняя реваскуляризация миокарда методом аортокоронарного шунтирования после стентирования клинко-зависимой артерии стентами с лекарственным покрытием 3 поколения у больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента st и многососудистым поражением52
Бочаров А.В., Попов Л.В.
42. Результаты хирургической реваскуляризации миокарда в ранние сроки после стентирования клинко-зависимой артерии у больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента st и многососудистым поражением.....53
Бочаров А.В., Попов Л.В.
43. Влияние разработанной программы медицинской реабилитации на показатели суточного мониторирования экг у пациентов с хронической ревматической болезнью сердца в течение года после хирургической коррекции клапанных пороков.....55
Корнелюк О.М., Суджаева С.Г., Губич Т.С., Казаева Н.А.
44. Обеспечение безопасных условий пребывания пациента в операционном блоке кардиохирургической клиники56
Папенина С.М., Федоркина Т.Н., Андгуладзе О.П.

РАЗДЕЛ VI. ОКС и ИМ

45. Реперфузионные вмешательства при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента st в реальной клинической практике по данным 10-летнего регистра.....57
Скопец И.С., Везикова Н.Н., Марусенко И.М., Барышева О.Ю., Малыгин А.Н., Литвинова В.А., Исправникова А.А.
46. Острый коронарный синдром на фоне онкологического заболевания - особенности течения58
Иванов А.В., Шаленкова М.А.
47. Факторы риска при остром коронарном синдроме.....59
Ходжанова Ш.И., Кадырова Ш.А.
48. Состояние центральной гемодинамики при остром коронарном синдроме.....60
Садырова М.А., Ниязова М.Б., Миралиева М.Э.
49. Эффективность инвазивного и консервативного лечения больных повторным инфарктом миокарда с учетом различных возрастных групп.....61
Газарян Г.Г., Тюрина Л.Г., Нефедова Г.А., Чепкий Д.А., Алиджанова Х.Г.
50. Роль первичных чрескожных коронарных вмешательств, выполненных при позднем поступлении у больных передним инфарктом миокарда старческого возраста.....61
Газарян Г.Г., Тюрина Л.Г., Нефедова Г.А., Чепкий Д.А.

РАЗДЕЛ VII. ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

51. Когнитивные функции, качество жизни и комплаентность к лечению пациентов с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью в зависимости от приобретенного социального статуса.....63
Жидяевский А.Г., Горохова Е.А., Ибрагимова К.Р., Галяутдинов Г.С.
52. Коморбидность: хроническая сердечная недостаточность и дисфункция почек.....64
Мацкевич С.А., Бельская М.И.
53. Тактика ведения пожилых больных с хронической сердечной недостаточностью в условиях первичного звена здравоохранения.....65
Садырова М.А., Ниязова М.Б., Миралиева М.Э.
54. Растворимые рецепторы трансферрина в оценке дефицита железа у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и постоянной формой фибрилляции предсердий.....67
Смирнова М.П., Чижов П.А.
55. Возможности первичной профилактики непереносимости ортостаза у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.....68
Джигоева О.Н., Загиченко М.А.
56. Дефицит железа у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.....69
Смирнова М.П.
57. Влияние сакубитрила и валсартана на особенности нейрогуморальных нарушений и эндогенной интоксикации у больных хсн 3-4 фк.....70
Бегдамирова А.А.
58. Качество жизни, личностные особенности больных с хронической сердечной недостаточностью с промежуточной фракцией выброса.....71
Ефремова Е.В., Шутов А.М., Подусов А.С., Трошина И.Ю., Сакаева Э.Р.

РАЗДЕЛ VIII. НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ

59. Генетические полиморфизмы *vkorf1* и система гемостаза у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий72
Рубаненко О.А., Рубаненко А.О., Дьячков В.А., Щукин Ю.В.
60. Опыт применения алгоритмов искусственного интеллекта для прогнозирования осложнений у пациентов с фибрилляцией предсердий.....73
Суворов А.Ю., Гиляров М.Ю., Мелик-Оганджян Г.Ю., Дмитриева Е.В.
61. Портрет пациента с фибрилляцией предсердий, направленного на кардиоверсию. Стратегия удержания синусового ритма в реальной клинической практике.....74
Суворов А.Ю., Гиляров М.Ю., Мелик-Оганджян Г.Ю., Дмитриева Е.В., Воскресенская Н.В., Круглов А.А.

РАЗДЕЛ IX. НЕКОРОНАРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

62. Прогностическая ценность генетического скрининга дилатационной кардиомиопатии для профилактики внезапной смерти.....75
Вайханская Т.Г., Сивицкая Л.Н., Левданский О.Д., Даниленко Н.Г.

63. Корреляции экг-маркеров тахикардических осложнений и генотипов, ассоциированных с дилатационной и некомпактной кардиомиопатией76
Вайханская Т.Г., Сивицкая Л.Н., Курушко Т.В., Русак Т.В., Левданский О.Д., Даниленко Н.Г., Давыденко О.Г.

64. Сравнительная характеристика фенотипических проявлений дилатационной кардиомиопатии в зависимости от выявленного генотипа.....77
Курушко Т.В., Вайханская Т.Г., Улгак А.Г., Сивицкая Л.Н., Даниленко Н.Г.

РАЗДЕЛ X. ЭХОКАРДИОГРАФИЯ

65. Изучение типов диастолической дисфункции левого желудочка и их влияние на течение хронической сердечной недостаточности.....78
Турсунова Л.Д., Мирзаева Г.П.

66. Гемодинамические параметры сердца и их влияние на развитие синдрома преходящей ишемии миокарда у пациентов с клапанной болезнью сердца.....79
Турсунова Л.Д., Мирзаева Г.П.

РАЗДЕЛ XI. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

67. Кардиомиопатия ямагучи и рак прямой кишки: где истинная вершина айсберга?.....80
Рогожкина Е.А., Орлов Д.О., Джиоева О.Н.

68. Гигантская аневризма левой коронарной артерии.....81
Орлов Д.О., Шехян Г.Г.

69. Фибропластический эозинофильный эндокардит.....82
Валеев И.Г.

70. Политопная желудочковая тахикардия с предсердной многофокусной тахикардией.....83
Солдаткина И.П., Лапина Н.В., Карпушкина Е.М.

71. Фибрилляция предсердий и желудочковая аритмия при дкмп: рча или икд?.....84
Пухова А.А., Гудкова С.А.

72. Редкий клинический случай - папиллярная фиброэластома некоронарной створки аортального клапана.....85
Филиппова И.В., Михайлов К.М., Карпушкина Е.М.

73. Поражение аорты и аортального клапана как проявление внесуставной формы анкилозирующего спондилита (на примере клинического случая).....86
Карпушкина Е.М., Шеина Н.В., Филиппова И.В., Зыбин А.А., Семагин А.П.

74. Синкопальные состояния в практике врача терапевта.....87
Губарева Е.Ю., Губарева И.В., Супорник Г.В., Батова А.В., Иващенко М.Д.

75. Коморбидный больной - сложности назначения антикоагулянтной терапии88
Денисов О.Н., Ефремова Е.В., Галушина И.А., Юдин А.Н.

РАЗДЕЛ XII. КАРДИОНЕВРОЛОГИЯ

76. Нарушение ритма сердца в остром периоде ишемического инсульта.....89
Иванов М.Г., Алиджанова Х.Г.

77. Особенности течения повторного инфаркта миокарда у больных, перенесших инсульт.....90
Алиджанова Х.Г., Тюрина Л.Г., Чепкий Д.А., Мазанов М.Х., Кумпилова А.Д., Сагиров М.А., Газарян Г.А.

78. Цереброкардиальный синдром в практике нейрореаниматолога.....91
Матвеев А.С., Игнатьева А.В., Петрова М.Н.
79. Безболевая ишемия миокарда у пациентов с гемодинамически незначимыми стенозами сонных артерий и перенесенным инсультом.....92
Дьячков В.А., Терешина О.В., Усенко Е.В., Рябова Е.Н., Борзенкова Г.А.
80. Роль амбулаторной профилактики ишемического инсульта и рестеноза после каротидной эндартерэктомии.....93
Бахметьев А.С., Коваленко В.И., Курсаченко А.С., Лойко В.С., Сухоручкин В.А., Чехонацкая М.Л.
81. Каротидная эндартерэктомия как метод профилактики развития ишемического инсульта94
Недосеев С.С.

РАЗДЕЛ XIII. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В КАРДИОЛОГИИ И КАРДИОХИРУРГИИ

82. Сестринская деятельность при стенокардии у пациентов молодого возраста.....95
Бакирова З.А.
83. Обеспечение безопасных условий пребывания пациента в операционном блоке кардиохирургической клиники.....96
Папенина С.М., Федоркина Т.Н., Андгуладзе О.П.
84. Роль сестринского персонала при оказании медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом.....97
Поборцева О.А., Мироненко Е.Н.
85. Самостоятельная деятельность медицинской сестры общей практики в постстационарном периоде процесса реабилитации после перенесенного инфаркта миокарда.....98
Монахова Л.В.
86. Особенности работы медицинской сестры реабилитационного отделения с пациентами, принимающими варфарин.....99
Кузнецова А.В., Иноземцева С.В.
87. Расширение роли сестринского персонала в профилактике осложнений у пациентом с фибрилляцией предсердий.....100
Иноземцева С.В., Ференс С.А.

РАЗДЕЛ XIV. НАШЕ БУДУЩЕЕ - СТУДЕНЧЕСКИЕ РАБОТЫ

88. Артериальная гипертензия и ее фармакотерапия в неорганизованной популяции города Москвы.....101
Агаева А.И., Кузнецова В.А., Свирина Е.С., Дубов А.А., Мелехов А.В., Наконечная А.Д., Наконечный В.Д., Полевянова П.О., Тучкова А.С., Никитин И.Г.
89. Ранжирование клинико-диагностических показателей у детей с заболеваниями системы кровотока.....102
Микитюк А.В., Скуратова Н.А.
90. Оценка жалоб и изменения на экг у детей с заболеваниями сердца функционального и органического характера.....103
Микитюк А.В., Скуратова Н.А.
91. Инфаркт миокарда с обструкцией коронарных артерий и без: портреты больных.....104
Бунь М.Б., Гафнер Л.В., Скирденко Ю.П.

92. Выявление экстрасистолии у детей с сердечно-сосудистыми заболеваниями по данным холтеровского мониторирования.....105
Микитюк А.В., Скуратова Н.А.

РАЗДЕЛ XV. РАЗНОЕ

93. Оценка кардиоваскулярных осложнений у онкологических больных разных возрастных групп после проведения химиолучевой терапии в условиях городской поликлиники.....106
Вологодина И.В., Болотов П.Н., Жабина Р.М.
94. Оценка стрессоустойчивости при климактерическом синдроме.....107
Вахмистрова Т.К., Баталина М.В., Лобанова Л.Н., Буханцева Д.В., Горбунова Н.Н., Яковлева В.В., Вахмистрова А.В.
95. Аудит смертности в кардиологическом анестезиологическом отделении.....108
Матвеев А.С., Иванова А.А., Босиков Д.В.
96. Предоперационная оценка риска развития кардиальных осложнений у пациентов с острыми тромбозами вен нижних конечностей.....110
Дьячков В.А., Масленникова Н.О., Мунини М.В., Сергеева Т.А., Овчинникова Л.В., Фисенко Д.Г.
97. Смертность от острого инфаркта миокарда в общей структуре смертности от болезней системы кровообращения и особенности питания в Якутии.....111
Петрова М.Н., Дохунаева А.М.
98. Факторы риска сочетанного развития ибс и остеопороза в климактерическом периоде.....113
Соловей С.П., Руденко Э.В., Денисевич Т.Л.
99. Сердечно-сосудистые заболевания и первичный рак молочной железы: коморбидность и модифицируемые факторы риска.....114
Ибрагимова А.Р., Друк И.В., Ибрагимова М.Р.

РАЗДЕЛ I. ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1 ФАКТОР НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-АЛЬФА У БОЛЬНЫХ С ИБС СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

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

¹ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва и Московская обл., Москва, Россия

²ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн (ГВВ) №3 Департамента здравоохранения г.Москвы», Москва и Московская обл., Москва, Россия

Цель исследования: определить концентрацию фактора некроза опухоли-альфа (ФНО-а) и оценить взаимосвязь этого цитокина с рядом патологических состояний у больных ИБС старческого возраста.

Материалы и методы: в исследовании принимают участие больные старше 75 лет, находящиеся на стационарном лечении с диагнозом «ИБС». Основные критерии исключения: наличие каких-либо инфекционных, воспалительных или онкологических заболеваний. К настоящему моменту в исследование включено 67 больных; большинство из них (65,7%) составили женщины. Возраст пациентов варьировал от 77 до 98 лет, составляя в среднем 89,1 (+3,9) года. Концентрация ФНО-а в сыворотке крови определялась методом иммуноферментного анализа.

Результаты: средняя по группе концентрация ФНО-а составила 10,2+5,0 пг/мл, варьируя от 4,0 до 31,9 пг/мл (норма <8,1). Повышение уровня ФНО-а обнаружено у 64,2% больных. Содержание ФНО-а было выше у пациентов с хронической сердечной недостаточностью ($p=0,004$), фибрилляцией предсердий ($p=0,03$) и с гиперурикемией ($p=0,007$). При проведении корреляционного анализа выявлена достоверная позитивная корреляция между уровнем ФНО-а и мочевого кислоты ($r=0,52$; $p=0,00004$), между концентрацией ФНО-а и содержанием β -Cross Laps (продуктов деградации коллагена I типа) ($r=0,53$; $p=0,0001$), а также с уровнем креатинина в сыворотке крови ($r=0,26$; $p=0,04$). Кроме того, обнаружена отрицательная корреляция между уровнем ФНО-а и показателями общего холестерина ($r=-0,35$; $p=0,005$) и ХС-ЛПВП ($r=-0,63$; $p=0,001$), а также между ФНО-а и лептином ($r=-0,3$; $p=0,01$). Зарегистрирована отрицательная корреляция между содержанием жировой ткани (по данным анализа композиционного состава тела) и уровнем ФНО-а, однако статистическая достоверность была получена только для жира нижних конечностей ($r=-0,53$; $p=0,01$). Наблюдалось снижение концентрации ФНО-а по мере увеличения возраста больных ($r=-0,38$; $p=0,001$). Каких либо иных взаимосвязей между ФНО-а и изучаемыми лабораторными, клиническими, эхокардиографическими параметрами не выявлено.

Заключение: полученные результаты свидетельствуют о частом повышении содержания ФНО-а в сыворотке крови больных старческого возраста, страдающих ИБС. Более высокие уровни ФНО-а ассоциируются с наличием хронической сердечной недостаточности, фибрилляции предсердий и гиперурикемии. Необходимы дальнейшие исследования по изучению роли ФНО-а в субклиническом воспалении и развитии ряда патологических состояний у лиц старческого возраста.

2

СОДЕРЖАНИЕ ЛЕПТИНА И ЕГО РОЛЬ В РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ИБС СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

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

¹ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва и Московская обл., Москва, Россия

²ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн (ГВВ) №3 Департамента здравоохранения г.Москвы», Москва и Московская обл., Москва, Россия

Цель исследования: определить концентрацию лептина и оценить взаимосвязь этого адипокина с ожирением и рядом других патологических состояний у больных ИБС старческого возраста.

Материал и методы: в исследовании принимают участие больные старше 75 лет, находящиеся на стационарном лечении с диагнозом «Ишемическая болезнь сердца». К настоящему моменту в исследование включено 90 больных; большинство из них (65,5%) составили женщины. Возраст пациентов варьировал от 75 до 98 лет, составляя в среднем 88,3 (+4,3) года. Концентрация лептина в сыворотке крови определялась методом иммуноферментного анализа. Референсные значения лептина для женщин данной возрастной группы составили 2,6-11,1 нг/мл, для мужчин – 2,0-5,6 нг/мл. Содержание жировой ткани в организме было оценено методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии.

Результаты: средний уровень лептина в изучаемой группе больных составил 17,2 нг/мл, варьируя от 0,49 нг/мл до значений, существенно превышающих 100 нг/мл. Гиперлептинемия обнаружена у 60% больных. У женщин средняя концентрация лептина была в 2,3 раза выше, чем у мужчин; повышенный уровень лептина обнаружен у 67,7% женщин и у 45% мужчин ($p=0,03$). Снижение концентрации лептина зарегистрировано у 14,4% пациентов; все из них (за исключением 1 больного) имели клинически значимую хроническую сердечную недостаточность (IIВ-IIIст.). Отмечена выраженная позитивная корреляция между индексом массы тела и концентрацией лептина ($r=0,4$, $p<0,0001$). Зарегистрирована достоверная позитивная корреляция между уровнем лептина в сыворотке крови и содержанием жировой ткани ($p=0,0001$ – для общего содержания жировой ткани в организме, $p=0,002$ – для абдоминального жира, $p=0,004$ – для жировой ткани верхних конечностей, $p=0,003$ – для жировой ткани нижних конечностей). Уровень лептина позитивно коррелировал с концентрацией общего холестерина и триглицеридов в сыворотке крови ($p=0,0002$). У больных сахарным диабетом были более высокие значения лептина (21,01 нг/мл по сравнению с 16,26 нг/мл в группе пациентов без диабета, $p=0,06$); наблюдалась достоверная позитивная корреляция между уровнями лептина и глюкозы в сыворотке крови ($p=0,004$). У больных с повышенной концентрацией лептина чаще выявлялась фибрилляция предсердий ($p=0,05$). В изученной группе больных отмечена отрицательная корреляция между уровнем лептина и такого провоспалительного цитокина, как ФНО- α ($p=0,03$). У больных с низким содержанием лептина выявлены более низкие показатели минеральной плотности костной ткани (особенно – в проксимальном отделе бедренной кости), по сравнению с пациентами, имеющими нормальную или повышенную концентрацию лептина ($p=0,004$). При этом обнаружена достоверная отрицательная корреляция между содержанием лептина и концентрацией продуктов деградации коллагена 1 типа – b-Cross Laps ($r=-0,3$; $p=0,04$).

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о существенном повышении содержания лептина в сыворотке крови у больных старческого возраста, страдающих ИБС. Более высокие уровни лептина ассоциируются с различными метаболическими нарушениями (ожирением,

дислипидемией и сахарным диабетом), а также с фибрилляцией предсердий. Низкое содержание лептина характерно для пациентов с хронической сердечной недостаточностью и связано с более низкими показателями минеральной плотности костной ткани. Необходимы дальнейшие исследования по изучению роли лептина при ряде патологических состояний у больных старческого возраста.

3 ВЛИЯНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ И ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ

Губич Т.С.¹, Суджаева С.Г.¹, Казаева Н.А.¹, Корнелюк О.М.¹, Белоус Т.М.²

¹ РНПЦ «Кардиология», Минск, Минская область, Беларусь

² ГУ РКБ МР «Аксаковщина», Минск, Минская область, Беларусь

Цель работы: изучить влияние дифференцированной медикаментозной терапии и индивидуализированных физических тренировок на качество жизни (КЖ) у пациентов с хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС) после хирургической коррекции клапанных пороков.

Материал и методы: В исследование включено 85 пациентов с ХРБС, которым была выполнена хирургическая коррекция клапанных пороков. Методом рандомизации сформированы 2 группы: контрольная группа (КГ, n=50), средний возраст—52,1±1,29 года и основная группа (ОГ, n=35), средний возраст 53,3±5,2 года, (p>0,05). В послеоперационном периоде пациентам КГ назначалась стандартная медикаментозная терапия, а физическая реабилитация осуществлялась традиционным способом. Лицам ОГ назначалась дифференцированная медикаментозная терапия повторной ревматической лихорадки (ПРЛ) и неспецифической воспалительной реакции (НВР), развивающихся в раннем послеоперационном периоде. Физический аспект реабилитации включал индивидуализированное назначение тренировок на велотренажёре с учётом мощности достижения анаэробного порога по данным спирометрии. КЖ пациентов КГ и ОГ оценивалось при помощи модифицированного Миннесотского опросника для пациентов с хронической сердечной недостаточностью (MLHFQ). Тесты заполнялись пациентами самостоятельно перед операцией, на 10-14 сутки после клапанной коррекции, через 3, 6 и 12 месяцев после хирургического вмешательства.

Результаты: При анализе полученных данных установлено, что в исходном состоянии показатель КЖ у пациентов КГ составил 38,1±2,19 балла, в ОГ— 31,8±2,84 балла (p>0,05). После операции он существенно не изменился по сравнению с тестированием, выполненным до операции, и составил в КГ и ОГ 33,9±2,46 и 32,1±2,95 балла, соответственно. Через 3 месяца после выполненной хирургической коррекции отмечено достоверное снижение анализируемого показателя у пациентов обеих групп. В КГ с 38,1±2,19 при 1-м тестировании до 29,6±3,65 балла через 3 месяца после операции (p<0,05), в ОГ с 31,8±2,84 до 17,9±2,85 балла, (p<0,05), соответственно. Спустя 6 месяцев после выполненного хирургического лечения клапанных

пороков показатель КЖ у лиц КГ составил $31,6 \pm 2,09$ балла, в ОГ - $20,9 \pm 4,46$ балла, ($p < 0,05$), что достоверно ниже по сравнению с дооперационным. Установленный факт свидетельствует о значительном улучшении КЖ через 3 и 6 месяцев после хирургической коррекции клапанной патологии при ХРС независимо от используемой программы реабилитации в раннем послеоперационном периоде. Достигнутое через 3 и 6 месяцев достоверное улучшение КЖ через 12 месяцев после хирургического вмешательства сохраняется только у лиц ОГ ($18,0 \pm 4,84$ балла). У пациентов же КГ отмечена лишь положительная тенденция повышения КЖ ($31,3 \pm 3,86$ балла). Вместе с тем, необходимо подчеркнуть, что показатель уровня КЖ через 3, 6 и 12 месяцев у лиц ОГ был достоверно выше, чем у пациентов КГ на всех указанных этапах контрольного обследования (в ОГ $17,9 \pm 2,85$, $20,9 \pm 4,46$, $18,0 \pm 4,84$ балла, в КГ $29,6 \pm 3,65$, $31,6 \pm 2,09$, $31,25 \pm 3,86$ ($p < 0,05$), соответственно).

Заключение: Сравнительная оценка уровня КЖ у пациентов с ХРБС через 3, 6 и 12 месяцев после хирургического лечения клапанных пороков, свидетельствует о достоверно более значимом улучшении КЖ у пациентов ОГ, медицинская реабилитация которых, осуществлялась с использованием дифференцированного медикаментозного лечения ПРЛ и НВР в раннем послеоперационном периоде и индивидуализированных физических тренировок на велотренажёре.

4

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГРАММ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПРОХОДИМОЕ РАССТОЯНИЕ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТЕСТА 6 МИНУТНОЙ ХОДЬБЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ

Губич Т.С.¹, Суджаева С.Г.¹, Казаева Н.А.¹, Корнелюк О.М.¹, Белоус Т.М.²

¹ РНПЦ «Кардиология», Минск, Минская область, Беларусь

² ГУ РКБ МР «Аксаковщина», Минск, Минская область, Беларусь

Цель работы: изучить влияние различных программ физической реабилитации на проходимое расстояние при использовании теста 6 минутной ходьбы (6МТХ) у пациентов с хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС) после хирургической коррекции клапанных пороков.

Материал и методы: В исследование включено 85 пациентов с ХРБС, которым была выполнена хирургическая коррекция клапанных пороков. Методом рандомизации сформированы 2 группы: контрольная группа (КГ, $n=50$), средний возраст $52,1 \pm 1,29$ года и основная группа (ОГ, $n=35$), средний возраст $53,3 \pm 5,2$ года ($p > 0,05$). В послеоперационном периоде пациентам КГ назначалась стандартная медикаментозная терапия, а физическая реабилитация осуществлялась традиционным способом. У лиц ОГ использовалась разработанная программа медицинской реабилитации. Медицинский аспект разработанной программы, предусматривал назначение дифференцированного медикаментозного лечения повторной ревматической лихорадки и неспецифической воспалительной реакции, развивающихся в раннем послеоперационном периоде. Физический аспект данной программы включал индивидуализированное назначение тренировок на велотренажёре с учётом мощности достижения анаэробного порога по данным

спировелозргометрии. С целью оценки физической активности нами использовался 6МТХ, выполняемый по общепринятой методике. По результатам 6МТХ оценивали дистанцию проходимого расстояния. Критериями соответствия дистанции 6МТХ являлись рекомендации Европейского общества кардиологов и Общества специалистов по сердечной недостаточности от 2002 года. 6МТХ выполнялся пациентами перед операцией, на 10-14 сутки после клапанной коррекции, через 3, 6 и 12 месяцев хирургического вмешательства.

Результаты: Установлено, что дистанция проходимого расстояния у пациентов сопоставляемых групп на 10-14 сутки после клапанной коррекции практически не изменились по сравнению дооперационными. В КГ перед операцией (I тест) она составила $386,0 \pm 12,3$ и после операции – $348,5 \pm 11,6$ метра, в ОГ $392,6 \pm 18,9$ и $373,1 \pm 15,3$ метра, ($p > 0,05$), соответственно. Через 3 месяца после хирургического лечения пороков (III тест) у лиц КГ отмечена лишь положительная тенденция к увеличению пройденного расстояния с $386,0 \pm 12,3$ до операции до $422,4 \pm 16,6$ метра при III тесте, ($p > 0,05$). У пациентов же ОГ выявлено достоверное повышение анализируемого показателя с $392,6 \pm 18,9$ до $476,1 \pm 15,3$ метра, ($p < 0,05$), соответственно. Через 6 и 12 месяцев после хирургической коррекции клапанных пороков у пациентов сопоставляемых групп установлено достоверное увеличение (по сравнению с I тестом) проходимого за 6 минут расстояния. У лиц КГ с $386,0 \pm 12,3$ метра при I тесте до $440,1 \pm 15,3$ через 6 месяцев ($p < 0,05$) и до $437,6 \pm 15,1$ метра ($p < 0,05$) через 12 месяцев после хирургического лечения. В ОГ с $392,6 \pm 18,9$ до $509,4 \pm 23,6$ ($p < 0,05$) и до $500,4 \pm 25,1$ метра ($p < 0,05$), соответственно. Важно подчеркнуть, что прирост дистанции ходьбы у пациентов КГ был достоверно ниже по сравнению с ОГ. Установлено, что через 6 месяцев проходимое за 6 минут расстояние у лиц КГ составило $440,1 \pm 15,3$, а у пациентов ОГ – $509,4 \pm 23,6$ метра ($p < 0,05$), а через 12 месяцев – $437,6 \pm 15,1$ и $500,4 \pm 25,1$ метра ($p < 0,05$), соответственно.

Заключение: Сравнительная оценка проходимого расстояния при 6МТХ свидетельствует о том, что достоверно более высокие значения выявлены у пациентов с ХРБС через 6 и 12 месяцев после хирургической коррекции клапанных пороков, медицинская реабилитация которых, осуществлялась по разработанной программе.

5 КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ ПРОЯВЛЕНИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЛИЦ «ТРЕТЬЕГО» ВОЗРАСТА С СУБКЛИНИЧЕСКИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Карпова И.С., Суджаева О.А., Кошлатая О.В., Кравченко А.В., Кульгачева С.И.
РНПЦ «Кардиология», Минск, Минская область, Беларусь

Введение: Хорошо известно, что распространённость и выраженность атеросклероза увеличивается с возрастом. Однако данные о пожилых пациентах крайне ограничены, так как они редко включаются в рандомизированные клинические испытания. Целью работы явилось изучение корреляционных связей проявлений атеросклероза у пациентов «третьего» возраста с субклиническим атеросклерозом.

Материал и методы исследования: В исследование было включено 43 пациента (13 мужчин и 30 женщин, средний возраст – $71,1 (68,0; 73,0)$). Определение концентрации общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ), липопротеина (а) (ЛП(а)) в сыворотке венозной крови, взятой утром после 12 – часового голодания, проводили колориметрическим фотометрическим методом с помощью стандартных реактивов фирмы Beckman Coulter на биохимическом анализаторе “ARCHITECT PLUS”. Всем участникам выполнялось ультразвуковое исследование

(УЗИ) брахиоцефальных артерий (БЦА) с определением выраженности атеросклеротического поражения на аппарате Vivid-9 (GENC, США). Определение коронарного кальция осуществлялось на компьютерном томографе премиум-класса Siemens Somatom Force (фирмы General Electric Medical Systems (Германия)).

Результаты: По результатам УЗИ БЦА гемодинамически значимые стенозы были выявлены у 25,6%, гемодинамически незначимые – у 37,2% пациентов, у остальных – пристеночные атеросклеротические бляшки. Уровень ОХЛ выше референсного значения 5,17 ммоль/л и ХЛ ЛПНП выше 3 ммоль/л встречались у 83,7% пациентов. Гипертриглицеридемия больше 1,69 ммоль/л имела место у 37,2% лиц, коэффициент атерогенности свыше 3 – у 67,4% человек. Для пациентов пожилого возраста не было характерно снижение содержания ХЛ ЛПВП в сыворотке крови (этот показатель был ниже 1,04 ммоль/л лишь у 14 % человек). Умеренная или выраженная кальцификация сердца по данным изучения кальций-скоринга была выявлена у 34,9 % пациентов, что может свидетельствовать об умеренном (индекс коронарного кальция (ИКК) - 101–400) или выраженном (ИКК > 400) атеросклерозе коронарных артерий. Выявлена положительная корреляционная связь умеренной силы между возрастом и степенью стенозирования БЦА ($r=0,66$, $p<0,05$). Средняя корреляция наблюдалась между степенью стенозирования БЦА и индексом Агатсона ($r=0,55$, $p<0,05$), а также сердечно-сосудистым риском (ССР) ($r=0,52$, $p<0,05$). По данным липидного спектра положительная корреляция умеренной силы выявлена между ЛПНП и индексом Агатсона ($r=0,66$, $p<0,05$), и слабая - между данным показателем и ОХ ($r=0,25$, $p<0,05$). Со степенью стеноза БЦА наиболее выраженная взаимосвязь установлена для ЛП (а): $r=0,79$, $p<0,05$.

Заключение: Большинство бессимптомных пациентов «третьего» возраста имели субклиническое поражение БЦА и коронарных артерий. У трети обследованных установлен высокий либо очень высокий ССР по данным компьютерной томографии сердца. Установлена взаимосвязь между степенью стенозирования коронарных и брахиоцефальных артерий.

6 ДИНАМИКА МАРКЕРОВ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Рубаненко О.А., Рубаненко А.О.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Самарская область, Россия

Цель: Оценить изменения показателей окислительного стресса у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) при проведении операции коронарного шунтирования (КШ).

Материал и методы исследования: Обследовано 158 больных ИБС, подвергающихся КШ (82,7% мужчин, средний возраст 62,5 (56,5; 65,0) лет). Изучали в динамике уровни супероксиддисмутазы (СОД), миелопероксидазы (МПО), оксида азота (NO) плазмы, СОД, каталазы (КАТ), малонового диальдегида (МДА), восстановленного глутатиона (ВГ) и активности ферментов глутатионредуктазы (ГР), глутатионпероксидазы (ГПО) в эритроцитах. Определение концентрации МПО, СОД плазмы проводилось методом иммуноферментного анализа с помощью соответствующих тест – систем. СОД, КАТ, МДА, ВГ, ГР, ГПО в эритроцитах, NO плазмы рассчитывали спектрофотометрическим методом.

Результаты исследования: Уровень ВГ до операции составил 0,28 (0,2; 0,38) мкмоль/г гемоглобина, после операции 0,22 (0,15; 0,3) мкмоль/г гемоглобина ($p=0,002$), ГР – 3,53 (2,96; 4,59) и 3,93 (3,13; 4,68) мМоль/г гемоглобина соответственно ($p=0,04$), ГПО – 19,13 (17,39; 21,34)

и 19,22 (16,59;21,8) мМоль/г гемоглобина соответственно ($p=0,73$), МДА – 0,32 (0,24;0,41) и 0,47 (0,36;1,46) Е540/г гемоглобина соответственно ($p=0,0001$), КАТ – 7211,5 (6682,6;8126,6) и 7375,9 (6615,9;8352,8) мМоль/г гемоглобина соответственно ($p=0,76$), СОД эритроцитов – 1872,9 (1709,7;2461,87) и 2267,9 (1944,37;2726,77) удельная активность, ед, на мг белка СОД соответственно ($p=0,001$), NO плазмы (нитриты и нитраты) - 39,57 (30,05;48,71) и 42,37 (32,04;57,75) соответственно ($p=0,19$), СОД плазмы 2132,6 (1050,4;4589,9) и 1495,4 (709,8;2434,1) Ед/г соответственно ($p=0,01$), МПО - 1,47 (1,16;2,52) и 2,45 (1,77;4,46) мг/мл соответственно ($p=0,02$).

Выводы: У больных ИБС в ходе оперативного вмешательства наблюдается активация окислительного стресса с активным потреблением факторов антиоксидантной защиты.

7 РИСК КАРДИАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ДОСИМПТОМНОЙ И СИМПТОМНОЙ СТАДИЯХ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА И ЕЕ ЛЕЧЕНИИ

Мамалыга М.Л.

Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева МЗ РФ, Москва, Россия

Введение: Вопрос о сопряженности нарушений в мозге и сердце при разных стадиях болезни Паркинсона (БП) и ее лечении препаратами, основой которых является диоксифенилаланин, наиболее эффективно восполняющий дефицит дофамина, остается открытым.

Цель: Изучить особенности регуляции сердечного ритма и показателей ЭКГ у мышей линии C57BL/6 с досимптомной и ранней симптомной стадиями БП до и после лечения Мадопаром.

Материалы и методы: Эксперименты проведены на мышцах-самцах линии C57BL/6, в возрасте 2,5 месяца. Для моделирования досимптомной и ранней симптомной стадий БП животным подкожно вводили разные дозы 1-метил-4-фенил-1,2,3,6-тетрагидропиридин. У свободно перемещающихся животных в режиме on line проводили 24-часовую запись ЭКГ с помощью телеметрической системы ML880B106 фирмы ADInstruments (Австралия). После завершения этих исследований, животным обеих групп ежедневно, в течение 10 дней, вводили Мадопар-125. Контрольным мышам вводили соответствующие объемы физраствора.

Результаты и обсуждение: У животных с досимптомной стадией БП происходит повышение суммарной мощности спектра, увеличение абсолютной мощности HF-волн, а также снижение относительной мощности LF-волн. Это свидетельствует о том, что при досимптомной стадии БП возникает ваготония. На усиление парасимпатического тонуса также указывает снижение симпатовагального индекса (LF/HF), индекса централизации (IC), а также увеличение активности парасимпатического звена вегетативной регуляции (RMSSD). Учитывая защитное действие вагусной активности, выявленные изменения вариабельности сердечного ритма (BCP), повидимому, отражают компенсаторную реакцию вегетативной нервной системы. Однако обнаруженное в это время увеличение параметров реполяризации левого желудочка (QT и QTc) свидетельствует о том, что компенсаторные механизмы не могут предотвратить высокий риск возникновения жизнеугрожающих аритмий. При ранней симптомной стадии БП происходит сочетание симпатической и парасимпатической дисфункции вегетативной регуляции сердца, сопровождающееся смещением вегетативного баланса в сторону увеличения симпатических влияний на сердце. При этом индекс LF/HF увеличился по сравнению с контролем в 3,8 раза, а суммарный эффект вегетативной регуляции кровообращения (SDNN) снижаются на 35%. Дезорганизация вегетативных механизмов регуляции приводит к усугублению сердечной

патологии и увеличению интервалов QT и QTc. Увеличение IC (более чем в 3 раза) свидетельствует о повышении напряжения регуляторных систем и снижении их функциональных возможностей. После 10-дневного введения мадопар-125 (L-ДОФА), у животных с досимптомной и ранней симптомной стадиями БП выявлены значительные различия показателей структуры ВСР. Так, у животных первой группы обнаружено повышение парасимпатических влияний на сердце, о чем свидетельствует увеличение абсолютная мощность HF-волн и RMSSD. В отличие от животных до лечения, не выявлено сдвигов абсолютной и относительной мощности LF-волн, указывающих на изменения симпатических влияний на сердце. Не изменялись также индексы LF/HF и IC. При этом интервалы QT и QTc соответствовали контрольному уровню. Характер изменений после введение L-ДОФА животным с ранней симптомной стадией был таким же, как и до лечения, т.е. наблюдалось увеличение абсолютной и относительной мощности LF-волн и снижение HF-волн. Это приводит к повышению индексов LF/HF, IC, а также увеличению QT и QTc.

Заключение: Сердечные дисфункции, сопряженные с БП, увеличивают риск возникновения жизнеугрожающих аритмий и внезапной сердечной смерти не только на ранней симптомной, но и при досимптомной стадии болезни. Применение L-ДОФА эффективно восстанавливает структуру ВСР и предотвращает риск возникновения жизнеугрожающих аритмий лишь при досимптомной стадии болезни БП. Поэтому терапевтические мероприятия в этот период позволяют отсрочить возникновение сопутствующей кардиальной патологии.

8 РЕЗУЛЬТАТЫ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ПО SLCO1B1 И MDR1 У ЛИЦ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Соловей С.П., Огурцова С.Э., Денисевич Т.Л.

ГНУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь

Введение: Генетические особенности метаболизма статинов могут более, чем на половину определять неэффективность или развитие нежелательных лекарственных реакций. Выявлен ряд генов, мутации в которых приводят к изменению фармакологического ответа: ген транспортера органических анионов SLCO1B1, ген MDR1, кодирующий гликопротеин-P, участвующий в выведении статинов через желчь.

Цель исследования: оценка распределения частот генотипов и аллелей генов SCLCO1B1 и MDR1, влияющих на фармакокинетику статинов, у лиц с дислипидемией.

Материалы и методы: В исследование включено 50 человек различного сердечнососудистого риска с наличием дислипидемии и постоянно проживающих на территории Беларуси. Определение полиморфизмов генов SLCO1B1 и MDR1 выполнялось путем полимеразной цепной реакции препаратов ДНК человека, полученных из периферической крови. Образцы крови доставлялись в течение 24ч. Соответствие распределения аллелей и генотипов равновесию ХардиВайнберга проверяли по критерию χ^2 .

Результаты. Все обследуемые генотипированы по аллельному варианту SLCO1B1*5 (с.521T > C, rs4149056). Носительство «дикого» варианта гена SLCO1B1*5 (с.521T > C, rs4149056) генотип ТТ отмечено у 28 чел. (56%), 38,0% являлись носителями гетерозиготного генотипа ТС и 6,0% имели генотип СС. Гомозиготный генотип ТТ превалировал над генотипами ТС и СС. Частота аллели 521Т - 0,75, аллели 521С – 0,25. Распределение частот генотипов в выборке не соответствует равновесию Харди-Вайнберга. При проведении генотипирования по полиморфному маркеру С3435Т гена MDR1 выявлено носительство следующих генотипов: СС – в 36% случаев, СТ – в 52%, ТТ – в 12%. В данном случае наблюдалась высокая гетерозиготность по генотипу СТ. Отклонение распределения генотипов от закона Харди-Вайберга не наблюдалось.

Выводы: Распространенность представленных генотипов SLCO1B1 схожа, по данным литературы, с российской популяцией (генотип ТТ – 61 %, ТС – 32,5 %, СС – 6,5 %). Частота аллеля Т гена MDR1 у жителей Беларуси ниже (38 %) в сравнении с русскими (49,6 %) и с казахами (44,0%). Генотип ТТ встречается почти в два раза меньше (12 %), чем у русских (26,6 %) и у казахов (25,0 %). Для более детального объяснения данного феномена необходимо дальнейшее изучение частот аллелей и генотипов полиморфного маркера С3435Т гена MDR1 на большей выборке в силу их противоречивости.

9 ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЯ ШАПЕРОНОПОДОБНОЙ АКТИВНОСТИ БЕЛКОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ЛИПИДСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Котова Ю.А., Зуйкова А.А., Страхова Н.В., Пашков А.Н., Красноруцкая О.Н.
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

Введение: В настоящее время медикаментозной основой первичной и вторичной профилактики коронарного атеросклероза являются статины. Помимо того, что статины снижают уровень ОХС и ХС ЛПНП, способствуют регрессии атеросклеротических бляшек, они ассоциированы с доказанной эффективностью в отношении главных сердечно-сосудистых событий. Однако, развитие сердечнососудистых осложнений на фоне липидснижающей терапии с достижением целевых значений ХС ЛПНП можно рассматривать в рамках остаточного риска.

Цель исследования: изучение изменения шапероноподобной активности белков сыворотки крови у пациентов с различной выраженностью коронарного атеросклероза в зависимости от приема липидснижающей терапии.

Материалы и методы: Материалом для исследования стало обследование 354 пациентов с диагнозом ишемическая болезнь сердца, верифицированной стандартизированными валидизированными критериями и клинико-функциональными методами.

Результаты исследования: Все пациенты были сопоставимы по возрасту ($p=0,320$). В группе, не получавших липидснижающую терапию, 88 больных оказалось с индексом Генсини 0, 34 больных с индексом Генсини от 0 до 15, 47 – с индексом Генсини больше 15. В группе, получавших статины, 64 больных были с индексом Генсини 0, 90 с индексом Генсини от 0 до 15, 31 с индексом Генсини больше 15. Далее проводилось сравнение показателей шапероноподобной активности у пациентов только с признаками поражения коронарного русла. Пациенты данной группы были разделены на 2 группы: группа 1 – получавшие липидснижающую терапию, группа 2 – не получавшие липидснижающую терапию. В группе, получавших статины, уровень шапероноподобной активности составил 62,54 % [53,84; 68,46], в группе, не принимавших статины, - 56,47% [49,18; 66,24]. По данному показателю определена достоверная разница ($p=0,000$). Среди пациентов без коронарного атеросклероза также выявлены достоверные различия ($p=0,000$): принимающие статины - 76,21% [70,95; 81,15], не принимающие статины - 68,98 % [70,3; 73,4]. При проведении корреляционного анализа установлены взаимосвязь между шапероноподобной активностью и индексом Генсини ($r=-0,665$, $p=0,000$), шапероноподобной активностью и приемом статинов ($r=0,336$, $p=0,000$).

Выводы: Отмечена низкая приверженность к липидснижающей терапии у пациентов с гемодинамически значимым коронарным атеросклерозом. В связи с этим сохраняется

необходимость поиска маркеров остаточного риска, принимая во внимание значимость нелипидных факторов риска. Выявленные закономерности по шапероноподобной активности требуют дальнейшего изучения и могут служить маркером остаточного сосудистого риска.

10 ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЯ ШАПЕРОНОПОДОБНОЙ АКТИВНОСТИ БЕЛКОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С РАЗНЫМ СТАТУСОМ КУРЕНИЯ

Котова Ю.А., Зуйкова А.А., Страхова Н.В., Красноруцкая О.Н.

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

Введение: На сегодняшний день одним из значимых факторов риска развития ИБС является курение. Риск развития ИБС у курящих пациентов повышен в 2-4 раза. Курение повышает риск ИБС у лиц обоего пола и в любой возрастной группе. На основании всех полученных результатов авторы сделали вывод о том, что среди курильщиков во всех возрастных группах большинство случаев развития ИБС обусловлено именно курением.

Цель исследования: изучение изменения шапероноподобной активности белков сыворотки крови у больных коронарной болезнью сердца с разным статусом курения.

Материалы и методы: Материалом для исследования стало обследование 354 пациентов с диагнозом ишемическая болезнь сердца, верифицированной стандартизированными валидизированными критериями и клинико-функциональными методами.

Результаты: Все пациенты были сопоставимы по возрасту ($p=0,320$). В группе курящих 71 пациент оказался с индексом Генсини 0, 40 - с индексом Генсини от 0 до 15, 55 – с индексом Генсини больше 15. В группе некурящих 81 больной был с индексом Генсини 0, 84 с индексом Генсини от 0 до 15, 23 с индексом Генсини больше 15. В группе некурящих уровень шапероноподобной активности сыворотки крови составил 68,46% [64,67; 76,92], в группе курящих - 61,43% [54,57; 68,46]. Выявлена достоверная разница по данному показателю ($p=0,012$). При проведении корреляционного анализа установлена между статусом курения и шапероноподобной активностью ($r=-0,349$, $p=0,01$), между статусом курения и индексом Генсини ($r=0,365$, $p=0,007$).

Выводы: Установлена взаимосвязь между статусом курения, выраженностью коронарного атеросклероза и шапероноподобной активностью белков сыворотки крови.

11 СТОХАСТИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ СИНУСОВОЙ АРИТМИИ (ЭКГ) И ВАРИАЦИИ КРОВОТОКА В МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ (ЛАЗЕР-ДОПЛЕР ФЛОУМЕТРИЯ, ЛДФ)

Кислухин В.В.¹, Кислухина Е.В.²

¹Медисоник, Москва, Россия

²ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗ, Москва, Россия

Введение: В настоящее время две последовательности: периферический кровоток и длительность R-R интервалов, регистрируемые соответственно ЛДФ и ЭКГ обрабатываются

и интерпретируются почти одинаково. Связано это с тем, что имеет место: (1) Идентичность временных рядов; (2) Почти идентичность спектров, включающая дыхательные колебания (0.3 Гц) и мейеровские волны (0.08 Гц); (3) Близость трактовок спектра: спектры разбиваются на интервалы, частоты которых формируются аналогичными управляющими воздействиями - гуморальными, нейрогенными и другими.

Цель: Проанализировать гипотезу о случайном характере вариаций временных рядов ЛДФ и ЭКГ (ритмограмма). Предложить простую стохастическую модель формирования ЛДФ и ритмограммы.

Методы: Механизмы, реализующие стохастичность: (а) вариации числа открытых микрососудов, ЛДФ, (б) вариации числа открытых Са-каналов в период медленной деполяризации (есть обратная зависимость между числом открытых Са-каналов и временем достижения порогового потенциала). Построение модели: Открытые на данный кардиоцикл капилляры или Са-каналы могут остаться открытыми или закрыться с вероятностями α , β . Аналогично закрытые капилляры или Са-каналы могут сохранить состояние с вероятностью ν , а изменить - μ . Эти вероятности определяют распределение для перехода из данного числа открытых элементов в любое другое. В сумме они единица и могут быть размещены на интервале (0,1). Берем равномерно распределенную на (0,1) случайную величину и смотрим, в какой интервал разбиения (0,1) она попала. Номер участка есть количество открытых элементов на следующий кардиоцикл. Процесс повторяем и, получаем временную последовательность. Определяющей характеристикой получаемых рядов, является интенсивность изменения состояния открыт-закрыт, $R=\mu+\beta$. Между R и средней спектральной частотой временной последовательности есть связь. Обработка реальных временных рядов: Получаем спектр и строим аккумуляту. По спектру находим среднюю спектральную частоту (СЧ). По СЧ - R, интенсивность изменения состояния. R используется для построения временного ряда на модели. Аккумуляты реальной и модельной кривых сравниваем и если разница между ними меньше 7% считаем, что R - характеристика вариации реальной последовательности.

Результаты: Обработка 5000 ЛДФ сегментов и 40000 R-R интервалов показала, что простая стохастическая трактовка имеет место в 65% наблюдений. Есть три главные причины не совпадения между реальной и модельной кривыми: (1) Нестабильность временного сегмента 8% (2) Присутствие в спектре выраженного дыхательного влияния (20%) и/или выраженных частот из мейеровского диапазона (20%).

Выводы: Гипотеза простой стохастической модели может быть принята в 65% наблюдений. Тем самым можно сосредоточиться на анализе появления и исчезновения дыхательных и мейеровских волн.

12 АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ И ИНТЕГРАЦИИ ЭЛЕМЕНТОВ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. ПРОБЛЕМАТИКА, ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ.

Суворов А.Ю.¹, Гиляров М.Ю.², Новикова Н.А.², Мазаев В.П.³, Комков А.А.³, Кучина А.Ю.¹, Мелик-Оганджян Г.Ю.¹

¹Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница №4 Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

²ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

³ФГБУ ГНИЦПМ МЗРФ, Москва, Россия

В докладе рассмотрены аспекты теоретического применения и внедрения моделей с использованием искусственного интеллекта и машинного обучения в многопрофильные стационары и поликлиники с электронным документооборотом.

Представлены варианты интеграции в действующие системы ЕМИАС и базу данных НМИЦ ПМ МЗРФ, опыт ГБУЗ ГКБ №4 ДЗМ.

Представлены результаты 3-х регистров (регистра пациентов с фибрилляцией предсердий ГБУЗ ГКБ №4 ДЗМ(n = 108 на момент подачи заявки), регистра Сеченовского Университета (n = 250)) пациентов с фибрилляцией предсердий, регистра инфаркта миокарда НМИЦ ПМ МЗРФ (n = 398).

По результатам с помощью алгоритмов машинного обучения и искусственного интеллекта созданы прогностические модели риска развития тромбоза ушка левого предсердия (предтестовая оценка до проведения ЧПЭХОКГ и кардиоверсии), а также прогностические модели риска ближайших (6 мес) и отдаленных неблагоприятных исходов (смерть, новая сердечно-сосудистая катастрофа, ОНМК, декомпенсация ХСН) остальных двух регистров (фибрилляция предсердий, инфаркт миокарда).

Модели показали высокую прогностическую ценность (AUC свыше 80%).

Представлены сильные и слабые стороны таких способов прогнозирования и предтестовой оценки.

РАЗДЕЛ II. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ

13 ВЫРАЖЕННОСТЬ КЛИНИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН ЗАВИСИТ ОТ ТЯЖЕСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Баев В.М.¹, Вагапов Т.Ф.²

¹Скорая медицинская помощь ПГМУ им. ак. Е.А.Вагнера, Пермь, Пермский край, Россия

² ФКУЗ «МСЧ МВД России по Пермскому краю», Пермь, Пермский край, Россия

Введение: Сегодня известно, что частота встречаемости нарушений венозного кровообращения нижних конечностей зависит от тонуса артериального русла и увеличивается при его нарушении, как при артериальной гипотензии, так и при гипертензии (АГ). Однако механизмы коморбидности АГ и хронически заболеваний вен (ХЗВ) все еще остаются малоизученными, несмотря на высокую встречаемость ХЗВ среди населения Российской Федерации – 63% у женщин и 37% у мужчин (Zolotukhin I. et al. 2017). Остается неизвестным – существует ли зависимость между тяжестью АГ и выраженностью признаков ХЗВ.

Цель исследования: поиск связей между тяжестью АГ и выраженностью клиники ХЗВ у мужчин трудоспособного возраста.

Материал и методы: Объект и объем исследования – 74 мужчины с АГ в возрасте 30-50 лет. Предмет исследования – выраженность признаков ХЗВ. Тип исследования – одномоментный.

Сформированы две группы: 1 группа, состоящая из 40 пациентов с 1 степенью АГ (САД 143(140-147) мм рт.ст., ДАД 92(90-95) мм рт.ст.) и 2 группа, состоящая из числа 34 пациентов с 2 и 3 степени АГ (САД 164(156-179) мм рт.ст., ДАД 107(101-109) мм рт.ст.). АГ диагностировали у сотрудников органов МВД, проходящих в госпитале стационарное лечение по поводу неконтролируемой

АГ, на основании критериев ESH/ESC от 2013 г. Выраженность и тяжесть ХЗВ определяли по сумме баллов, полученных с использованием шкалы клинической тяжести заболевания (VCSS), разработанной в дополнении к CEAP. Для этого регистрировали субъективные данные, данные объективного осмотра согласно классификации CEAP и данных ультразвукового исследования. Ультразвуковое исследование проводилось с помощью сканера iU22 xMatrix (Phillips, США, 2014).

Статистический анализ: сравнение долей выполнено с помощью таблицы сопряженности между 1 и 2 группами пациентов с использованием критерия Х².

Результаты: Среди наблюдаемых пациентов были зарегистрированы симптомы - боль (в 1 группе 15 случаев, в 2 группе 22 случая), варикозно-расширенные вены (6 случаев и 12 случаев), отек (5 и 18) и гиперпигментация (0 и 2). Более тяжелые проявления (язвы, трофические расстройства и т.д.) не отмечены. У пациентов с 2 и 3 степенью АГ такие симптомы как боль ($p=0,047$) и отек ($p=0,002$) были тяжелее по выраженности, чем у пациентов с 1 степенью АГ.

Обсуждение: Ранее было показано, что АГ сопровождается нарушениями венозного тонуса и венозного кровотока. Согласно нашему исследованию, не только факт наличия АГ, но и степень АГ формируют нарушения венозного кровообращения нижних конечностей, и способствуют развитию признаков ХЗВ, ухудшению их клиники. Усугубление симптоматики ХЗВ при повышении уровня АД при АГ мы объясняем особенностями основного патогенетического механизма данной коморбидности - наличием артериальной гипертензии и увеличением венозного давления (флебогипертензией) с последующим развитием венозной недостаточности, микроциркуляторных и трофических расстройств. Повышение венозного давления является одним из ведущих патогенетических механизмов формирования ХЗВ. Дополнительным патогенетическим фактором прогрессирования нарушений венозного кровотока по мере увеличения уровня АД при АГ может выступать ухудшающаяся сосудистая адаптация к гравитационной нагрузке, способная изменить регуляцию кровообращения в артериях и венах. Установление зависимости между тяжестью АГ и выраженностью клинических проявлений ХЗВ является дополнительным аргументом в пользу эффективного контроля АГ у мужчин с ХЗВ нижних конечностей.

Заключение: Тяжесть артериальной гипертензии связана с ухудшением клиники хронических заболеваний вен у мужчин 30-55 лет.

14 ТЯЖЕСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ЧАСТОТА ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН У МУЖЧИН: ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ?

Баев В.М.¹, Вагапов Т.Ф.²

¹Скорая медицинская помощь ПГМУ им. ак. Е.А.Вагнера, Пермь, Пермский край, Россия

²ФКУЗ «МСЧ МВД России по Пермскому краю», Пермь, Пермский край, Россия

Введение: Наряду с большими успехами ученых в вопросе изучения артериальной гипертензии (АГ) и ее лечения, все остаются мало изученными некоторые проблемы, например коморбидность АГ с другими заболеваниями, в том числе с хроническими заболеваниями вен (ХЗВ) нижних конечностей. Исследования последних лет показали, что между АГ и ХЗВ существует коморбидность с общим патогенетическим механизмом – сосудистой (артериальной и венозной) гипертензией. Данная коморбидность увеличивает частоту жалоб, клинических признаков ХЗВ и их тяжесть. Однако другие механизмы коморбидности АГ и ХЗВ все еще остаются малоизученными. Цель исследования – изучить связь между тяжестью АГ и частотой субъективных и объективных признаков ХЗВ у мужчин трудоспособного возраста.

Материалы и методы: Объект и объем исследования – 74 мужчины с АГ в возрасте 30-50 лет. Предмет исследования – субъективные и объективные проявления ХЗВ. Тип исследования – одномоментный. Критерии исключения - употребление наркотиков; онкологические заболевания; эндокринные заболевания (сахарный диабет, гипотиреоз, патология надпочечников); острые и хронические заболевания дыхательной системы; перенесенные острые респираторно-вирусные инфекции в течение последних 2-х недель; острые инфекционные заболевания; острые и хронические заболевания почек (пиелонефрит, гломерулонефрит); дифференцированные дисплазии соединительной ткани; анемии; гепатиты; цирроз печени; панкреатиты; язва желудка и двенадцатиперстной кишки; профессиональные спортсмены; переломы и операции на нижних конечностях; травмы позвоночника и головного мозга; органические заболевания центрального нервной системы и спинного мозга, хроническая сердечная недостаточность. Сформированы две группы: 1 группа, состоящая из 40 пациентов с 1 степенью АГ (САД 143(140-147) мм рт.ст., ДАД 92(90-95) мм рт.ст.) и 2 группа, состоящая из числа 34 пациентов с 2 и 3 степени АГ (САД 164(156-179) мм рт.ст., ДАД 107(101-109) мм рт.ст.). АГ у мужчин диагностировали на основании критериев ESH/ESC (2013). Исследование субъективных симптомов ХЗВ выполнена с помощью анкеты, разработанной на основе рекомендаций Российского общества флебологов (2013). Данные объективных признаков ХЗВ получены на основании осмотра нижних конечностей в положении пациентов стоя по классификации CEAP (2004). Учитывали следующие признаки – телеангиэктазии, варикозно-измененные подкожные вены, отеки, трофические изменения кожи и подкожных тканей, зажившая венозная язва, открытая венозная язва.

Статистический анализ: сравнение долей выполнено при помощи критерия Х2. Различия статистически значимыми считали при $p < 0,05$.

Результаты: Оценка частоты жалоб, ассоциированных с ХЗВ, не выявила значимых различий между изучаемыми группами пациентов. Объективные признаки ХЗВ у наблюдаемых пациентов обеих групп были зарегистрированы с различной частотой: С0 — 6 случаев в 1 группе и 6 случаев в группе 2, С1 — 14 и 14 случаев, С2 — 5 и 10 случаев, С3 — 8 и 10 случаев, С4 — 1 и 0 случаев. Такие признаки, как С5 и С6, не были зафиксированы в обеих группах. Между группами не зафиксировано различий объективных проявлений ХЗВ.

Заключение: Как показало наше исследование - зависимости между степенью АГ и частотой ХЗВ не выявлено. Этот результат указывает на более сложные механизмы коморбидности АГ и ХЗВ. Авторы предполагают, что использование большего числа изучаемых параметров АГ у пациентов с ХЗВ, например, сочетания степени АГ и общих факторов сердечно-сосудистый риска, их выраженности, позволит ученым решить существующую проблему. Решение данной проблемы поможет практическим врачам более эффективно лечить пациентов данной коморбидности. Выводы. У мужчин 30-50 лет с АГ отсутствует связь между тяжестью АГ и частотой субъективных и объективных признаков ХЗВ.

15 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ СКАНИРОВАНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Баев В.М.¹, Летягина С.В.², Вагапов Т.Ф.²

¹Скорая медицинская помощь ПГМУ им. ак. Е.А.Вагнера, Пермь, Пермский край, Россия

² ФКУЗ «МСЧ МВД России по Пермскому краю», Пермь, Пермский край, Россия

Цель исследования: Сравнительная оценка информативности критериев CEAP и ангиосканирования вен нижних конечностей в диагностике хронических заболеваний вен (ХЗВ) у мужчин с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы: Объект исследования – мужчины трудоспособного возраста с АГ. Предмет исследования – внешние признаки ХЗВ, патологические венозные рефлюксы нижних конечностей. Критерии включения – мужчины 30-50 лет с АГ. Критерии исключения – употребление наркотиков; онкологические заболевания; эндокринные заболевания (сахарный диабет, гипотиреоз, патология надпочечников); острые и хронические заболевания дыхательной системы; перенесенные острые респираторно-вирусные инфекции в течение последних 2-х недель; острые инфекционные заболевания; острые и хронические заболевания почек (пиелонефрит, гломерулонефрит); дифференцированные дисплазии соединительной ткани; анемии; гепатиты; цирроз печени; панкреатиты; язва желудка и двенадцатиперстной кишки; профессиональные спортсмены; переломы и операции на нижних конечностях; травмы позвоночника и головного мозга; органические заболевания центральной нервной системы и спинного мозга, хроническая сердечная недостаточность. Обследовано 93 мужчины. Медиана возраста составила 42(39-49) лет, САД 151(145-160) мм рт.ст. и ДАД 98(90-101) мм рт.ст., ЧСС 72(66-78) в мин., индекса массы тела 29(27-31). Стаж болезни был 5(1-7) лет. Объективные признаки ХЗВ диагностированы согласно критериям CEAP. Венозные рефлюксы оценивали во время ультразвукового исследования бедренных вен обеих конечностей, зафиксированные в покое, лежа, на сканере iU22 xMatrix (Phillips, США, 2014). Патологическими считали рефлюксы в поверхностной вене бедра продолжительностью более 0,5 сек. и в общей бедренной вены более 1 сек. Имеется положительное решение этического комитета ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера МЗ РФ на проведение данного исследование (протокол №6 от 28 июня 2017 г.).

Результаты: Объективный осмотр 93 мужчин трудоспособного возраста с АГ выявил признаки ХЗВ по критериям CEAP у 36 пациентов (38,7%). Структура ХЗВ была следующей С1 – 15; С2 – 18; С3 – 3; С4 – 0; С5 – 0; С6 – 0. Среди пациентов с ХЗВ патологические рефлюксы при ангиосканировании отмечены у 20 пациентов (55,5% от числа пациентов с ХЗВ). Отсутствие внешних признаков ХЗВ (C0) отмечено у 57 человек, среди которых венозные рефлюксы диагностированы у 27 пациентов (47,3% от числа пациентов с C0), т. е. у каждого второго мужчины. Таким образом, среди всех 93 мужчин с АГ патологические рефлюксы вен, как признак ХЗВ, выявлены у 47 человек (50,5%), среди которых только 20 пациентов с внешними проявлениями ХЗВ.

Обсуждение: За последние годы появились доказательства коморбидности АГ и ХЗВ. По данным объективного осмотра мужчин, проживающих в России, частота ХЗВ составляет – 37% (Zolotukhin I., 2017). Среди мужчин с АГ, сотрудников органов МВД, ХЗВ встречается с частотой 81,8%, тогда как у их коллег без АГ всего лишь в 31,8% (Вагапов Т.Ф., 2018). Поэтому выполнение ангиосканирования пациентам с АГ улучшит информированность лечащего врача кардиолога о состоянии вен нижних конечностей, что является важной задачей в деятельности практикующего врача.

Заключение: При АГ у мужчин трудоспособного возраста использование ангиосканирования нижних конечностей увеличивает частоту признаков ХЗВ с 38,7% после внешнего осмотра нижних конечностей до 50,5% за счет диагностики патологических венозных рефлюксов. Ангиосканирование вен позволяет повысить информированность кардиолога о ранних проявлениях ХЗВ у пациентов с АГ.

16 КОМОРБИДНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН СОПРОВОЖДАЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕМ ВЕНОЗНОГО ДАВЛЕНИЯ И ТОНУСА ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Баев В.М.¹, Летягина С.В.², Вагапов Т.Ф.²

¹Скорая медицинская помощь ПГМУ им. ак. Е.А.Вагнера, Пермь, Пермский край, Россия

²ФКУЗ «МСЧ МВД России по Пермскому краю», Пермь, Пермский край, Россия

Цель исследования: Оценка особенностей венозного давления нижних конечностей у мужчин с артериальной гипертензией (АГ) и хроническими заболеваниями вен (ХЗВ).

Материал и методы: Объект исследования – мужчины трудоспособного возраста с АГ в возрасте 30-50 лет. Предмет исследования – венозное давление и тонус вен нижних конечностей. Обследовано 93 мужчины, из числа которых сформированы 2 группы пациентов – тестовая (63 пациента с АГ и ХЗВ) и контрольная (30 пациентов с АГ без ХЗВ). Тестовая группа характеризовалась возрастом 42(39-46) лет, САД 151(145-160) мм рт.ст., ДАД 94(90-100) мм рт.ст., индексом массы тела 29(27-32) и продолжительностью АГ 4(2-5) лет. Различий с контрольной группой по данным характеристикам не было. АГ диагностировали у сотрудников органов МВД, проходящих в госпитале стационарное лечение по поводу неконтролируемой АГ, на основании критериев ESH/ESC от 2013 г. Признаки ХЗВ диагностированы согласно критериям CEAP и по наличию патологических венозных рефлюксов во время ультразвукового исследования большой (БПВ) и малой (МПВ) поверхностных вен бедра, общей бедренной (ОБВ) и задней большеберцовой (ЗББВ) вен обеих конечностей в стандартных «ультразвуковых окнах». Ангиоскопию выполняли пациентам в положении лежа (в покое), и при ортостазе на сканере iU22 xMatrix (Phillips, США, 2014). Оценивали наличие патологических венозных рефлюксов и тонус вен ((И.В. Власова, 2009) и венозное давление нижних конечностей (М.В. Шумилина, 2013). Патологическими считали рефлюксы поверхностной вены бедра продолжительностью более 0,5 сек. и общей бедренной вены более 1 сек. Венозный тонус оценивали по величине индекса ортостатической дилатации (ИОД), при его величине в 50% и менее тонус вены считался нормальным, а при > 50% тонус считался сниженным. Описательная статистика представлена в виде медианы и 25%-75% перцентилей. Сравнительный анализ выполнен методом Манна-Уитни. Различия статистически значимыми считали при $p < 0,05$. Этические вопросы - имеется положительное решение этического комитета ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера МЗ РФ на проведение данного исследование (протокол №6 от 28 июня 2017 г.).

Результаты: Пациенты обеих групп характеризовались нормальным тонусом вен, но в тестовой группе он оказался более высоким в БВП - 28(11-53)%, чем в контрольной группе - 50(15-77)%, при $p = 0,001$. Аналогичные различия мы отмечаем между группами в ЗББВ - 48(23-114)%, в контрольной - 53(37-85)%, при $p=0,02$. В ОБВ у пациентов обеих групп тонус оказался низким, но различий между ними не выявлено. В тестовой группе величина ИОД составила 180(80-239)% и 197(117-283)% в контрольной соответственно, при $p=0,27$. Величина венозного давления у пациентов тестовой группы оказалось значимо выше - 22(20-30) мм рт.ст., чем у мужчин с АГ без ХЗВ - 20(10-22), при $p=0,03$.

Обсуждение: Одним из общих патогенетических механизмов коморбидности АГ и ХЗВ считается флебогипертензии, которая обусловлена артериальной гипертензией. Действительно, наша работа подтверждает данный механизм коморбидности. Отмечено, что увеличение венозного давления в тестовой группе сочетается с повышением тонуса поверхностных и глубоких вен. Но

такой крупный, магистральный венозный сосуд бедра, как ОБВ не показал каких либо различий в тоне между изучаемыми группами.

Заключение: Коморбидность АГ и ХЗВ характеризуется более высоким венозным давлением нижних конечностей, чем у пациентов с АГ без ХЗВ. Высокое венозное давление обусловлено увеличением тонуса поверхностных и глубоких вен.

17 ВОЗРАСТ И СТАЖ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МУЧИН НЕ УВЕЛИЧИВАЕТ ЧАСТОТУ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН

Летягина С.В., Баев В.М., Вагапов Т.Ф.

ФКУЗ «МСЧ МВД России по Пермскому краю», Пермь, Пермский край, Россия

Цель исследования: роль возраста и стажа артериальной гипертензии (АГ) в увеличении частоты хронических заболеваний вен (ХЗВ) у мужчин.

Материал и методы: Объект исследования – мужчины 30-50 лет с АГ. Предмет исследования – частота признаков ХЗВ. Критерии исключения – употребление наркотиков; онкологические заболевания; эндокринные заболевания (сахарный диабет, гипотиреоз, патология надпочечников); острые и хронические заболевания дыхательной системы; перенесенные острые респираторновирусные инфекции в течение последних 2-х недель; острые инфекционные заболевания; острые и хронические заболевания почек (пиелонефрит, гломерулонефрит); дифференцированные дисплазии соединительной ткани; анемии; гепатиты; цирроз печени; панкреатиты; язва желудка и двенадцатиперстной кишки; профессиональные спортсмены; переломы и операции на нижних конечностях; травмы позвоночника и головного мозга; органические заболевания центральной нервной системы и спинного мозга, хроническая сердечная недостаточность. Обследовано 93 мужчины. Медиана возраста составила 42(39-49) лет, САД 151(145-160) мм рт.ст. и ДАД 98(90-101) мм рт.ст., ЧСС 72(66-78) в мин., индекса массы тела 29(27-31). Стаж болезни был 5(1-7) лет. Из числа наблюдаемых пациентов сформированы 2 группы пациентов – тестовая (63 пациента с АГ и ХЗВ) и контрольная (30 пациентов с АГ без ХЗВ). АГ диагностировали у сотрудников органов МВД, проходящих в госпитале стационарное лечение по поводу неконтролируемой АГ, на основании критериев ESH/ESC от 2013 г. Признаки ХЗВ диагностированы согласно критериям CEAP и по наличию патологических венозных рефлюксов во время ультразвукового исследования большой (БПВ) и малой (МПВ) поверхностных вен бедра, общей бедренной (ОБВ) и задней большеберцовой (ЗББВ) венах обеих конечностей в стандартных «ультразвуковых окнах». Ангиоскопию выполняли пациентам в положении лежа (в покое) и при ортостазе на сканере iU22 xMatrix (Phillips, США, 2014). Оценивали наличие патологических венозных рефлюксов. Патологическими считали рефлюксы поверхностной вены бедра продолжительностью более 0,5 сек, общей бедренной вены более 1 сек. Описательная статистика представлена в виде медианы и 25%-75% перцентилей. Сравнительный анализ выполнен методом Манна-Уитни. Различия статистически значимыми считали при $p < 0,05$. Этические вопросы - имеется положительное решение этического комитета ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А.Вагнера МЗ РФ на проведение данного исследование (протокол №6 от 28 июня 2017 г.).

Результаты: Пациенты тестовой группы характеризовалась возрастом 42(39-46) лет, САД 151(145-160) мм рт.ст., ДАД 94(90-100) мм рт.ст., ЧСС 72(70-78) уд. в мин. и продолжительностью АГ 4(2-5) лет. Контрольная группа - возрастом 43(39-49) лет, САД 151(148-160) мм рт.ст., ДАД 100(92(102) мм рт.ст. и ЧСС 70(61-72) уд. в мин. Стаж АГ в контрольной группе составил 6(1-7) лет. Различий по возрасту и стажу между группами не было выявлено ($p=0,263$ и $p=0,974$

соответственно). Отличия между группами зафиксированы только по ЧСС: в тестовой группе она оказалась выше ($p=0,027$).

Обсуждение: В изучении коморбидности АГ и ХЗВ, которая сегодня становится все более актуальной проблемой в кардиологии, важно знать патогенетические факторы, формирующие негативный клинический прогноз данной патологии. Остаются мало изученными факторы, способствующие появлению и ухудшению клиники ХЗВ. Отсутствие влияния возраста и стажа болезни у мужчин с АГ на частоту ХЗВ является важной резульатом в формировании знаний врача о патогенезе коморбидности АГ и ХЗВ.

Заключение: У мужчин трудоспособного возраста с АГ не выявлено влияния возраста и стажа АГ на частоту встречаемости ХЗВ.

18 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ СВЯЗЬ ВОЗРАСТА ПАЦИЕНТОВ И СТАЖА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ПАРАМЕТРАМИ ВЕНОЗНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕН

Летягина С.В., Баев В.М., Вагапов Т.Ф.

ФКУЗ «МСЧ МВД России по Пермскому краю», Пермь, Пермский край, Россия

Цель исследования: Исследование связи возраста пациентов и стажа артериальной гипертензии (АГ) с параметрами венозной гемодинамики нижних конечностей у мужчин с хроническими заболеваниями вен (ХЗВ).

Материал и методы: Объект исследования – мужчины трудоспособного возраста с АГ в возрасте 30-55 лет. Предмет исследования – венозное давление вен нижних конечностей. Обследовано 93 мужчины, из числа которых сформированы 2 группы пациентов – тестовая (63 пациента с АГ и ХЗВ) и контрольная (30 пациентов с АГ без ХЗВ). Тестовая группа характеризовалась возрастом 42(39-46) лет, САД 151(145-160) мм рт.ст., ДАД 94(90-100) мм рт.ст., индексом массы тела 29(27-32) и продолжительностью АГ 4(2-5) лет. Различий с контрольной группой по данным характеристикам не было. АГ диагностировали у сотрудников органов МВД, проходящих в госпитале стационарное лечение по поводу неконтролируемой АГ, на основании критериев ESH/ESC от 2013 г. Признаки ХЗВ диагностированы согласно критериям CEAP и по наличию патологических венозных рефлюксов во время ультразвукового исследования большой (БПВ) и малой (МПВ) поверхностных венах бедра, общей бедренной (ОБВ) и задней большеберцовой (ЗББВ) венах обеих конечностей в стандартных «ультразвуковых окнах». Ангиоскопию выполняли пациентам в положении лежа (в покое), и при ортостазе на сканере iU22 xMatrix (Phillips, США, 2014). Оценивали наличие патологических венозных рефлюксов и тонус вен ((И.В. Власова, 2009) и венозное давление нижних конечностей (М.В. Шумилина, 2013). Патологическими считали рефлюксы поверхностной вены бедра продолжительностью более 0,5 сек, общей бедренной вены - более 1 сек. Венозный тонус оценивали по величине индекса ортостатической дилатации (ИОД). Описательная статистика представлена в виде медианы и 25%-75% перцентилей. Сравнение параметров двух групп выполнено с использованием критерия Манна-Уитни. Линейная связь изучаемых параметров оценивали по результатам статического анализа с помощью критерия ранговой корреляции Спирмена. Учитывали значимые корреляции на уровне $p < 0,050$. Предельные показатели попарно удалены.

Результаты: В тестовой группе отмечено, что возраст и стаж имеют отрицательную

корреляционную связь с тономом ОБВ $R = -0,34$. При этом зафиксирована прямая связь между стажем и с венозным давлением $R = 0,35$, а также с тономом ЗББВ $R = 0,45$. В контрольной группе мы зафиксировали связи, не соответствующие тестовой. Отмечена отрицательная связь возраста и венозного давления $R = -0,65$, тонаса ЗББВ $R = -0,65$. Стаж АГ и тонус БПВ имели прямую зависимость $R = 0,39$.

Обсуждение: Выявленные зависимости могут помочь в выработке лечебных и профилактических мероприятий ХЗВ у пациентов с АГ. При наличии коморбидности АГ и ХЗВ мы отмечаем прямую связь стажа АГ с венозным давлением. Эта связь зафиксирована на фоне положительной корреляции стажа с тономом ЗББВ. Но связь между тономом ОБВ, основной венозной магистралью нижних конечностей, и возрастом и полом оказалась отрицательной. Хотя эта связь и слабая, но она, как раз, указывает на вероятный механизм снижения тонаса основной венозной магистрали – ОБВ, и последующее повышение венозного давления - флебогипертензии. Это подтверждается ранее выполненными исследованиями, где у пациентов с АГ было зафиксировано ускорение скорости кровотока в ЗББВ на фоне снижения ее в ОБВ. Флебогипертензия в настоящее время рассматривается как ведущий механизм развития ХЗВ.

Заключение: Возраст пациентов и стаж АГ при наличии ХЗВ имеют связь с венозным давлением и тономом глубоких вен нижних конечностей. Стаж АГ у пациентов с ХЗВ может выступать ведущим патогенетическим фактором риска в формировании флебогипертензии – ведущего механизма развития и прогрессирования ХЗВ.

19 ОСОБЕННОСТИ ВЕНОЗНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕН У МУЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРЕНЗИЕЙ

Баев В.М.¹, Летягина С.В.², Вагапов Т.Ф.²

¹Скорая медицинская помощь ПГМУ им. ак. Е.А.Вагнера, Пермь, Пермский край, Россия

²ФКУЗ «МСЧ МВД России по Пермскому краю», Пермь, Пермский край, Россия

Цель исследования: Изучение особенностей венозного кровообращения нижних конечностей при хронических заболеваниях вен (ХЗВ) у мужчин с артериальной гипертензией (АГ). Материал и методы.

Материалы и методы: Объект исследования – мужчины с АГ в возрасте 30-50 лет. Предмет исследования – венозное кровообращение. Обследовано 93 мужчины, из числа которых сформированы 2 группы пациентов – тестовая (63 пациента с АГ и ХЗВ) и контрольная (30 пациентов с АГ без ХЗВ). Тестовая группа характеризовалась возрастом 42(39-46) лет, САД 151(145-160) мм рт.ст., ДАД 94(90-100) мм рт.ст., индексом массы тела 29(27-32) и продолжительностью АГ 4(2-5) лет. Различий с контрольной группой по данным характеристикам не было. АГ диагностировали на основании критериев ESH/ESC (2013) у пациентов, проходящих стационарное лечение по поводу неконтролируемой АГ, Признаки ХЗВ диагностированы согласно критериям CEAP и по наличию патологических венозных рефлюксов во время ультразвукового исследования большой (БПВ) и малой (МПВ) поверхностных вен бедра, общей бедренной (ОБВ), задней большеберцовой (ЗББВ) и перфорантных вен Коккета (ПВК) обеих конечностей в стандартных «ультразвуковых окнах». Патологическими считали рефлюксы поверхностной вены бедра продолжительностью более 0,5 сек. и общей бедренной вены более 1 сек, зарегистрированные во время пробы Вальсальвы. Изучали диаметр и площадь просвета вены, скорость кровотока в БПВ, МПВ, ОБВ,

ЗББВ и ПВК только левой ноги. Изучали венозное давление левой ноги (М.В. Шумилина, 2013). Ангиоскопию выполняли пациентам в положении лежа (в покое), и при ортостазе на сканере iU22 xMatrix (Phillips, США, 2014). Описательная статистика представлена в виде медианы и 25%-75% перцентилей. Сравнительный анализ выполнен методом Манна-Уитни. Различия статистически значимыми считали при $p < 0,05$. Этические вопросы имеет положительное решение этического комитета ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера МЗ РФ на проведение данного исследования (протокол №6 от 28 июня 2017 г.).

Результаты: Тестовая и контрольная группы различались между собой по ряду параметров. У пациентов тестовой группы в БПВ зарегистрирован больший диаметр - 3,5(3,0-3,9) мм и площадь 3,0(2,8-3,6) мм², чем у пациентов группы контроля - диаметр составил 3,0(2,8-3,6) мм и площадь 6,8(5,9-10,4) мм² соответственно ($p=0,003$ и $p=0,005$). Аналогичные различия выявлены в МПВ: в тестовой группе диаметр составил 2,3(2,1-3,1) мм, площадь была 4,3(3,4-7,4) мм², что больше параметров контрольной группы – диаметр 2,1(1,7-2,8) мм и площадь просвета 3,5(2,2-6,2) мм² ($p=0,042$ и $p=0,035$). Пациенты тестовой группы характеризовались ускорением кровотока в МПВ 7,1(6,1-8,3) см/сек., ЗББВ - 7,8(6,7-9,6) см/сек. и ПВК - 8,6(6,3-9,8) см/сек. В контрольной же группе эти показатели составили 5,8(5,0-6,1) см/сек. ($p=0,001$); 6,8(5,1-8,8) см/сек. ($p=0,003$) и 5,3(5,3-5,3) см/сек. ($p=0,0370$). В тестовой группе величина венозного давления была больше - 22(20-30) мм рт.ст., чем в контрольной - 22(20-30) мм рт.ст., при $p=0,007$.

Заключение: Оценка венозного кровотока при АГ несет дополнительную информацию о возможных негативных рисках сосудистых осложнений. Наличие у пациентов с АГ как субъективных, так и объективных признаков ХЗВ, может помочь врачу-кардиологу верно оценить тяжесть АГ и ее прогноз. Наше исследование показало, что ХЗВ при АГ характеризуется расширением подкожных вен, ускорением венозного кровотока в глубоких венах, и увеличением венозного давления, что можно рассматривать как характерные проявления ХЗВ при АГ. Наши данные подтверждают мнение о том, что АГ и ХЗВ имеют общий патогенетический механизм – флебогипертензию, наличие которой необходимо учитывать при назначении гипотензивной терапии пациентам с АГ и ХЗВ.

20 ЭЛЕКТРО - И ЭХО - КАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Портнова Е.В.¹, Крюков Н.Н.², Павлова Е.Ю.¹, Куракина Е.А.¹

¹ГБУЗ СОККД, Самара, Самарская область, Россия

²ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Самарская область, Россия

Введение: Согласно современным рекомендациям, тяжесть, прогноз заболевания и тактика ведения пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) определяются степенью сердечно-сосудистого риска. Наличие гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) демонстрирует высокий риск развития осложнений. Электрокардиография (ЭКГ) является обязательным рекомендованным методом исследования при ГБ. В полной ли мере отражает это исследование состояние сердца на первичном этапе обследования?

Цель: Выявить корреляцию ЭКГ и ЭХО-КГ критериев ГЛЖ с целью усовершенствования ранней диагностики поражения органов-мишеней.

Материалы и методы: В исследование включены 70 пациентов (женщин и мужчин поровну), средний возраст 56,2± 7,3 лет. Длительность гипертонии - 6,4± 1,5 г. Всем пациентам проводилась

ЭКГ в 12 стандартных отведениях, ЭХО – КГ по стандартной методике. С целью оценки индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) использовалась формула Devereux. ЭКГ критерием ГЛЖ в нашем исследовании послужил индекс Соколова-Лайона более 35 мм и Корнельское произведение 2440 мс и более.

Результаты. Средние значения ИММЛЖ при ГЛЖ составляли 155.49 ± 28.08 г/м². Из 70 пациентов, имеющих ЭХО - КГ признаки ГЛЖ, индекс Соколова-Лайона 35 мм и более обнаружился у 4 пациентов, Корнельское произведение 2440 мс и более у 3, что составляло 6 % и 4 % соответственно. Индекс корреляции $r=0,02$.

Выводы: Полученные в нашем исследовании результаты свидетельствуют об отсутствии корреляции исследуемых признаков, низкой диагностической точности ЭКГ индексов в отношении ГЛЖ.

21

ЭФФЕКТ ВОЗДЕЙСТВИЯ НЕБИВОЛОЛА НА УПРУГО-ЭЛАСТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СВЯЗЬ ИЗМЕНЕНИЙ ЭТИХ СВОЙСТВ С АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Гайшун Е.И., Зарадей И.И., Целикова Н.Г.

1 городская клиническая больница, Минск, Минская область, Беларусь

Введение: Хорошо известно, что повышение жесткости крупных артерий увеличивает риск неблагоприятного развития сердечно-сосудистых заболеваний. Данные ряда исследований свидетельствуют о негативном влиянии артериальной гипертензии (АГ) и гипергликемии на упругоэластические свойства сосудистой стенки. Оценка органопротекторных свойств антигипертензивной терапии на жесткость артериальной стенки в настоящее время является предметом активного изучения, а поиск путей коррекции нарушений упруго-эластических свойств артерий является актуальной задачей современной медицины.

Цель: установить влияние небиволола на упруго-эластические свойства общей сонной артерии (ОСА) пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа и АГ 2 степени, и оценить воздействие изменений этих свойств на артериальное давление (АД).

Материалы и методы: в течение 10 месяцев под наблюдением находились 46 пациентов с длительным анамнезом СД 2 типа, который в среднем составил 7,4 лет (от 6 до 9 лет). В группу входили 32 мужчины и 14 женщины в возрасте 49 – 58 лет (средний возраст 54 года). Обязательным условием включения в исследование было отсутствие целевого уровня гликированного гемоглобина. Пациенты в группе были сопоставимы по возрасту, уровню артериального давления (АД), характеру сопутствующей патологии, проводимой медикаментозной терапии, включающей небиволол ($p<0,05$). На основании данных ультразвукового исследования левой ОСА и измерения АД на плечевой артерии рассчитывались различные показатели эластичности и растяжимости сосудистой стенки, в том числе и разработанные первым автором, а также коэффициенты корреляции Спирмена между их изменениями в процессе лечения и изменениями АД.

Результаты: доказано, что на фоне стандартной терапии небиволол значимо ($p < 0,01$) улучшает растяжимость и эластичность ОСА. Установлена обратная корреляция между улучшением упругих свойств ОСА и изменениями систолического АД (САД) и прямая корреляция с изменениями диастолического АД (ДАД).

Заключение: небиволол оказывает позитивное воздействие на упруго-эластические свойства крупных артерий пациентов с СД 2 типа в сочетании с АГ. В свою очередь, это способствует снижению САД, но увеличивает ДАД.

22 ВЫЯВЛЕНИЕ ГИПЕРТОНИИ И ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРАХ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Бейлина Н.И.¹, Малышева Е.В.², Ацель Е.В.¹

¹Казанская государственная медицинская академия - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Казань, Татарстан, Россия

²Поликлиника КГМА, Казань, Татарстан, Россия

Цель: определить распространенность артериальной гипертензии (АГ) среди ординаторов Казанской государственной медицинской академии, факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний, оценить гендерные различия

Материалы и методы: Среди прошедших медосмотр (344 человека, из них 219 женщин) выделены: 1 группа – имеющие АГ (13 человек, из них 3 женщины, средний возраст 27.92 ± 1.77 лет); 2 группа – имеющие факторы риска без АГ (21 человек, из них 13 женщин, средний возраст 25.95 ± 0.87 лет). Оценивались индекс массы тела (ИМТ), артериальное давление (АД), уровни холестерина, глюкозы. Статобработка с использованием критерия Стьюдента, точного критерия Фишера (значимость различий при $p < 0,05$) – 1-ая группа. Среднее значение САД у женщин выше мужчин (151.67 ± 7.76 и 148.2 ± 1.73 , $p > 0,05$). Среднее значение ДАД у женщин ниже мужчин (84.33 ± 11.37 и 96.5 ± 5 , $p > 0,05$). ИМТ у мужчин выше, чем у женщин (28.8 ± 2.5 и 23.2 ± 0.92 , $p > 0,05$). Завышенный ИМТ определен у 60% мужчин. Гиперхолестеринемия – у 33.3% женщин, 40% мужчин ($p > 0,05$); средние показатели у женщин -4.77 ± 0.66 ммоль/л, у мужчин -4.86 ± 0.35 ммоль/л ($p > 0,05$). Гипергликемия выявлена у 10% мужчин. Средние показатели у женщин -5.06 ± 0.2 ммоль/л, мужчин -5.05 ± 0.18 ммоль/л ($p > 0,05$).

В отсутствии АГ ФР выявлены у 21 человека (6.1%). Среднее значение САД у женщин во 2-ой группе ниже мужчин (117.69 ± 3.47 и 131.25 ± 3.04 , $p < 0,05$). ИМТ у мужчин выше женщин (24.5 ± 0.91 и 20.55 ± 0.52 , $p < 0,05$). Гипергликемия – у 25% мужчин, у 15.4% женщин ($p > 0,05$). Средние показатели у женщин -4.97 ± 0.18 ммоль/л, мужчин -5.22 ± 0.30 ммоль/л ($p > 0,05$). Средние величины САД в 1-ой группе выше, чем во 2-ой (149 ± 1.88 и 122.86 ± 2.78 , $p < 0,05$); средние показатели среди женщин и мужчин 2-ой группы выше показателей в 1-ой группе ($p > 0,05$).

Выводы: АГ I степени выявлена у 3,8% от прошедших осмотр, чаще у мужчин. Завышенный ИМТ чаще выявляется в 1-ой группе, где он выше у мужчин. Гиперхолестеринемия, гипергликемия выявлялись чаще во 2-ой группе.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИХ ПЕПТИДОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ: РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕСЯТИЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Губарева Е.Ю.¹, Губарева И.В.², Гасанова Д.Ф.², Крюков Н.Н.²

¹Клиники СамГМУ, Самара, Самарская обл., Россия

²ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Самарская область, Россия

Введение: Прогностическое значение повышения уровня натрийуретических пептидов (НУП) у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) доказано многочисленными исследованиями, однако у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) получены противоречивые результаты.

Цель исследования: изучение прогностического значения НУП у пациентов с ГБ по данными десятилетнего проспективного исследования.

Материалы и методы: Исследование выполнено в два этапа. На первом этапе обследованы 266 пациентов мужского пола в возрасте от 20 до 60 лет, поступивших в кардиологическое отделение «НУЗ ДКБ на ст. Самара ОАО «РЖД» в период с 2008 по 2009 гг. Пациенты были распределены на группы: 1 группа - пациенты с ГБ без ХСН (n=180); 2 группа - пациенты с ГБ с ХСН (n=86). Всем исследуемым выполнялась эхокардиография (ЭхоКГ) и ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефального ствола (ДС БЦС), суточное мониторирование электрокардиограммы по Холтеру (ХМ ЭКГ) с определением variability сердечного ритма (ВСР), по формуле СКД-ЕPI рассчитывалась скорость клубочковой фильтрации (СКФ). Методом ИФА определялся плазменный NT-proBNP (фмоль/мл). В проспективной части исследования для иллюстрации высказанного нами предположение о персонифицирующей роли уровня НУП у пациентов с АГ из пациентов первой и второй групп (60 человек) мы сформировали подгруппы по 25% (3,8 фмоль/мл) и 75% (22,0 фмоль/мл) перцентильям (первая и третья тертили) уровня НУП (NT-proBNP). Мы сравнили результаты ЭхоКГ и ДС БЦС, наиболее значимо отражающие ремоделирование миокарда и артерий брахиоцефального ствола, ВРС исходно, через 24 и 240 месяцев наблюдений в изучаемых подгруппах.

Результаты проспективного исследования в группе 1 (ГБ) показали, что у пациентов 2 подгруппы, в сравнении с 1 подгруппой, в начале исследования показатели структурного (ММЛЖ, ИММЛЖ, ИОТ) ремоделирования миокарда более выражены, преобладает симпатикотония. В динамике у пациентов 1 и 2 подгрупп увеличиваются ИММЛЖ, ИОТ; однако у пациентов 1 подгруппы они более выражены, прогрессируют диастолические нарушения по типу гипертрофических, дилатируется ОСА, утолщается ТКИМ; у пациентов 2 подгруппы отмечается дилатация ОСА, уменьшается гиперсимпатикотония. Результаты проспективного исследования в группе 2 показали, что у пациентов 2 подгруппы, в сравнении с 1 подгруппой, в начале исследования показатели структурного и функционального ремоделирования миокарда и БЦС более выражены, преобладает симпатикотония. В динамике у пациентов 1 и 2 подгрупп увеличиваются ИММЛЖ, ИОТ; у пациентов 1 подгруппы прогрессируют диастолические нарушения по типу гипертрофических, дилатируется ОСА; у пациентов 2 подгруппы отмечается дилатация правого желудочка, тенденция к псевдонормализации диастолических нарушений, утолщение ТКИМ, уменьшается гиперсимпатикотония.

Выводы: Результаты проспективного исследования иллюстрируют высказанное нами предположение о персонифицирующей роли уровня НУП у пациентов с ГБ и создают теоретическую основу для новых терапевтических стратегий лечения АГ и ХСН.

24

ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПО УРОВНЮ PCSK9 И МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Вуколова Ю.Ю.¹, Богданова И.А.², Киселева Г.И.¹

¹ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Самарская область, Россия

²НУЗ «ДКБ на ст. Самара ОАО «РЖД», Самара, Самарская область, Россия

Цель: Выявить изменения концентрации пропротеина конвертазы субтилизин кексинового типа 9 (PCSK9), провоспалительного IL-8 и противовоспалительного IL-10 у больных с артериальной гипертензией (АГ) с разной степенью атеросклеротического поражения коронарных артерий.

Методы исследования: Обследованы 83 пациента мужского пола в возрасте от 21 до 66 лет. Всем пациентам проведено исследование с помощью иммуноферментного анализа сыворотки крови: PCSK9 (Quantikine ELISA, конвертаза человеческого пропротеина 9/PCSK9), IL-8 и IL-10 «ИФАБЕСТ». С помощью биохимического анализа определены показатели общего холестерина (ХС), холестерина-липопротеида низкой плотности (ХС-ЛПНП). Коронарная ангиография (КАГ) проведена на ангиографическом комплексе General Electric Innova 3100, по методике Сельдингера. Больные АГ были разделены на группы в зависимости от коронарного статуса: I группу составили пациенты с неизменными коронарными артериями; II группу - пациенты с извитостью коронарных артерий; III группу - пациенты с однососудистым поражением коронарных артерий (менее 50%); IV группу составили пациенты с многососудистыми поражениями коронарных артерий (более 50%); контрольную группу составили практически здоровые лица.

Результаты: У пациентов во всех группах имело место достоверное повышение уровня PCSK9 по сравнению с контрольной ($p < 0,001$). В I группе на 39%, во II на 58%, в III - на 82% и IV в 2 раза (104%). Значимо отличалась активность PCSK9 у больных без атеросклероза КА (I и II группы) и у больных с атеросклерозом КА (III и IV групп). Гиперхолестеринемия регистрировалась в I группе в 74%; во II в 70%; у III – 89%; в IV – 71%. У больных как с высоким уровнем ХС так и с целевыми значениями определялись высокие цифры PCSK9, но достоверные различия отсутствовали. В I и во II группах отмечалось повышение активности PCSK9 до 570 нг/мл по сравнению с контролем (340 нг/мл) как при целевом, так и при высоком уровне ЛПНП. В III и IV группах имело место повышение уровня ЛПНП в 100% случаев. Была выявлена положительная корреляция между уровнем PCSK9 и ЛПНП ($r=0,35$; $p=0,006$). В I и во II группах без коронарного атеросклероза отмечалось повышение уровня IL-8 в 6 раз (60 пк/мл), ($p < 0,001$); в III и IV группах умеренные изменения концентрации IL-8 (30 пк/мл). Изменение уровня IL-10 в I, II, III группах достоверных различий по сравнению с контролем не выявило, в IV группе повышение IL-10 отмечается на 70%.

Заключение: Во всех группах регистрировались высокие цифры PCSK9 по сравнению с группой контроля. Выявлена высокая достоверная корреляция между активностью PCSK9 и ЛПНП. Высокий уровень PCSK9 сочетался с нарастанием концентрации провоспалительного IL-8 во всех группах. Изменения противовоспалительного IL-10 отмечалось в группе с выраженным коронарным атеросклерозом.

ДИЛАТАЦИЯ ВЕН И СНИЖЕНИЕ ВЕНОЗНОГО КРОВОТОКА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ (ПЕРИНДОПРИЛ И ГИПОТИАЗИД) АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Баев В.М.¹, Летягина С.В.², Нечаева М.Г.², Дружина Л.Н.²

¹Скорая медицинская помощь ПГМУ им. ак. Е.А.Вагнера, Пермь, Пермский край, Россия

²ФКУЗ «МСЧ МВД России по Пермскому краю», Пермь, Пермский край, Россия

Цель исследования: изучение влияния лекарственной комбинации гипотензивных препаратов (периндоприл и гипотиазид) на венозную гемодинамику нижних конечностей у мужчин с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы: Объект и объем исследования – 25 мужчин с АГ в возрасте 41 (38-46) лет. Предмет исследования – венозное кровообращение нижних конечностей. Тип исследования – динамический, с вмешательством. Критерии исключения из исследования – употребление наркотиков; онкологические заболевания; эндокринные заболевания (сахарный диабет, гипотиреоз, патология надпочечников); острые и хронические заболевания дыхательной системы; перенесенные острые респираторно-вирусные инфекции в течение последних 2-х недель; острые инфекционные заболевания; острые и хронические заболевания почек (пиелонефрит, гломерулонефрит); дифференцированные дисплазии соединительной ткани; анемии; гепатиты; цирроз печени; панкреатиты; язва желудка и двенадцатиперстной кишки; профессиональные спортсмены; переломы и операции на нижних конечностях; травмы позвоночника и головного мозга; органические заболевания центральной нервной системы и спинного мозга, хроническая сердечная недостаточность. При поступлении в госпиталь пациенты характеризовались уровнем САД 152(145-161) мм рт.ст., ДАД 103(94-102) мм рт.ст., ЧСС 74(70-85) в мин, ИМТ 30(27-32). Длительность АГ составила 3(1-5) лет. Постоянную гипотензивную терапию проводили только 4 пациента. Диагноз АГ устанавливали на основании критериев ESH/ESC (2013). Проводили ангиоскопию левой ноги, в положении пациента лежа, в покое на сканере iU22 xMatrix (Phillips, США, 2014). Изучали диаметр, площадь просвета вен и скорость кровотока в большой поверхностной вене бедра (ПВБ), общей вене бедра (ОВБ), задней большеберцовой вене (ЗББВ) и перфорантной вене Коккета (ПВК). Венозное давление (ВД) по М.В. Шумиловой (2013). Оценку уровня САД, ДАД и параметров ангиоскопии выполняли дважды – при поступлении и при выписке. Гипотензивная терапия проводилась пациентам с неконтролируемой АГ в условиях терапевтического отделения госпиталя ФКУЗ МСЧ «МВД России по Пермскому краю» (начальник госпиталя М.Г. Нечаева). Применяли комбинацию гипотензивных препаратов в течение 14 дней госпитализации - ингибитор АПФ (Периндоприл, 8 мг/сутки, КРКА-РУС ООО, Россия) и диуретик (Гипотиазид, 25 мг/сутки, ПАО «Валентина Фармацевтика». Россия). Использована непараметрическая статистика. Сравнительный анализ зависимых групп выполнен методом Wilcoxon. Различия статистически значимыми считали при $p < 0,05$. Этические вопросы - имеется положительное решение этического комитета ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера МЗ РФ на проведение данного исследования (протокол №11 от 26.12. 2018 г.).

Результаты: Гипотензивная терапия привела к снижению уровня САД до с 149(145-152) мм рт.ст. до 122(116-132) мм рт.ст. ($p=0,001$) и ДАД с 94(92-100) мм рт.ст. до 82(74-85) мм рт.ст. ($p=0,001$), и уменьшению ВД с 21(18-22) мм рт.ст. до 17(15-20) мм рт.ст. ($p=0,001$). При лечении зарегистрированы признаки дилатации вен: увеличился диаметр ОВБ с 8,6(7,4-9,5) мм до 9,0(7,9-10,7) мм ($p=0,037$), ЗББВ с 2,7(2,3-3,1) мм до 2,9(2,5-3,6) мм ($p=0,023$). Увеличение диаметра

привело к расширению просвета указанных вен: ОБВ с 57,6(43,5-71,3) мм² до 63,8(48,8-89,9) мм² ($p=0,037$), ЗББВ с 5,7(4,2-7,8) мм² до 6,7(4,8-10,2) мм² ($p=0,012$). Снижение артериального давления сопровождается падением скорости венозного кровотока в БПВ с 8,8(8,1-13,0) см/сек до 8,5(7,9-9,1) см/сек ($p=0,034$), в ОБВ с 29,0(20,9-35,1) см/сек до 20,4(18,1-26,1) см/сек ($p=0,001$), в ЗББВ с 8,3(6,7-9,6) см/сек до 7,1(6,1-8,3) см/сек ($p=0,005$), в ПВК с 8,6(6,9-9,2) см/сек до 6,0(5,3-7,1) см/сек ($p=0,005$).

Выводы: Диагностированную нами дилатацию глубоких вен, снижение венозного давления, уменьшения скорости кровотока в поверхностных, глубоких и перфорантных венах, можно рассматривать как положительные эффекты комбинированной гипотензивной терапии не только на течение АГ, но и на венозное кровообращение нижних конечностей, поскольку отмечаемая при АГ флебогипертензия является ведущим фактором риска развития хронических заболеваний вен нижних конечностей.

26 ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЭВЕНКОВ С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Шадрина С.С., Сивцева А.И., Сивцева Е.Н., Донская А.А., Петрова М.Н.
Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова, Якутск, Саха (Якутия), Россия

Введение: Артериальная гипертония (АГ) является мощным, но потенциально устранимым фактором риска, существенно влияющим на показатели сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Коренные малочисленные народы Севера (КМНС) все реже придерживаются традиционного образа жизни в условиях современного социально-экономического развития. В настоящее время изменения в образе жизни и условиях труда привели к снижению физической активности (ФА) и уменьшению трудовых физических нагрузок. Риск развития ССЗ у физически нетренированных людей в 2 раза выше, чем у физически активных.

Цель: оценить роль низкой физической активности как фактора риска АГ у коренных малочисленных народов Севера.

Материалы и методы: Работа проводилась в 2015 г. в рамках реализации НИР «Оценка состояния здоровья и качества жизни населения Оленекского улуса – территории будущей деятельности по добыче редкоземельных металлов (ниобия)». Проводилось исследование 355 жителей старше 20 лет п. Жилинда Оленекского района Якутии с использованием международного опросника поведенческих факторов риска ХНИЗ (CYNDI) и анкеты SF-36.

Результаты: Из всего количества исследованных ($n=355$) мужчины составили 170 (47,9%) человек, средний возраст - 39 (30-53) лет, женщины – 185 (52,1%), возраст - 44 (33-56,5) года. Мы оценили уровень физической активности у эвенков, в зависимости от возраста и пола. При изучении времени ходьбы эвенков п. Жилинда выявлено, что мужчины ходят пешком, в среднем, 50 минут, женщины - 45 минут в день. В соответствии с программой CYNDI, такая продолжительность ходьбы свидетельствует о недостаточной физической активности. Молодые люди ходят в течение дня около 50 минут, пожилые ходят меньше – около получаса в день. В зависимости от уровня ФА все обследованные были разделены на 4 группы: физически неактивны 39,1% мужчин и 24,7% женщин, низкую ФА имеют 7,2% мужчин и 14,8% женщин, среднюю ФА – 27,5% мужчин и 27,2% женщин, высокую ФА – 23,2% мужчин и 25,9% женщин. У лиц молодого и среднего возраста физическая активность была выше, чем у пожилых. Однако следует отметить, что более трети

молодых и более половины лиц среднего возраста в то же время были недостаточно физически активными (ФА ниже средней). При более детальной разбивке по возрасту и полу выявлены следующие различия: более половины мужчин в возрасте 45-54 года, а также пожилых лиц обоего пола являются физически неактивными ($p < 0,001$). Почти половина юношей в возрасте 15-24 года имеют низкую ФА (46,7%). Высокая ФА среди мужчин чаще наблюдается в возрасте 55-64 года (50%) ($p < 0,001$), среди женщин – в возрасте 15-34 года (38,5-42,9%) ($p = 0,01$). Женщины физически активнее мужчин в возрасте 15-24 и 45-54 года ($p = 0,03$ и $p = 0,0005$ соответственно). В исследованной популяции частота АГ составила 33,1%. В многочисленных эпидемиологических исследованиях выявлено, что образование и социальный статус популяции имеют обратную связь с уровнем АД и частотой АГ. АГ чаще встречалась среди вдовцов ($p < 0,001$), необразованных ($p < 0,001$), неудовлетворенных жилищными условиями ($p < 0,001$), употребляющих крепленые спиртные напитки ($p = 0,001$), не работавших более 5 лет ($p < 0,001$) и физически малоактивных лиц ($p < 0,001$).

Заключение: Таким образом, данная популяция в целом относится к физически малоактивной, включая мужчин молодого возраста. Выявлено, что распределение поведенческих факторов риска АГ напрямую зависит от половозрастной принадлежности и социального статуса исследованных. В п. Жилинда для повышения ФА населения, особенно молодёжи, целесообразно строительство спортивных и тренажерных залов, волейбольных и баскетбольных площадок; организация спортивных кружков и секций в школе. Организовать при больнице «Школу артериальной гипертензии».

Авторы выражают благодарность главе Оленекского района Якутии А.С. Иванову, депутату Госсобрания Якутии Е.Х. Голомарева за организационную и финансовую поддержку научного исследования.

27

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВАСКУЛОЭНДОТЕРИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА В КАЧЕСТВЕ МАРКЕРА СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Губарева Е.Ю.¹, Губарева И.В.², Желтякова О.В.³, Шенфогель С.В.³, Крюков Н.Н.²

¹Клиники ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Самарская область, Россия

²ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Самарская область, Россия

³НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО «РЖД», Самара, Самарская область, Россия

Введение: Эндотелиальная дисфункция, представляющая собой хронический дисбаланс между факторами вазоконстрикции и вазодилатации, играет роль ведущего патогенетического механизма у больных гипертонической болезнью (ГБ). Истощение и извращение дилатирующей способности эндотелия с преимущественным ответом на обычные стимулы вазоконстрикцией и пролиферацией сопровождаются ремоделированием сосудистой стенки и нарушением процессов ангиогенеза, ускоряя развитие атеросклероза и ишемического/реперфузионного поражения. Атеросклероз и ишемическое/реперфузионное повреждение относят к процессам патологического ангиогенеза, и васкулоэндотелиальный фактор роста (VEGF) относится к наиболее изученной группе проангиогенных факторов, что позволяет рассматривать его в качестве возможного маркера субклинического поражения органов, опосредованного артериальной гипертензией.

Цель исследования: выявить значения VEGF и оценить возможность его использования в качестве маркера сердечно-сосудистого ремоделирования у больных гипертонической болезнью мужчин среднего возраста.

Материал и методы: Обследованы 180 мужчин в возрасте 30-50 лет, которые были распределены в группы: группа 1 (n=28) – пациенты с ГБ среднего риска ССО, группа 2 (n=76) – пациенты с ГБ высокого риска ССО, группа 3 (n=31) – пациенты с ГБ очень высокого риска ССО. Группу контроля составили репрезентативные по возрасту практически здоровые мужчины с оптимальным и нормальным артериальным давлением (n=45). Всем исследуемым выполнялась эхокардиография (ЭхоКГ) и ультразвуковое исследование сосудов брахиоцефального ствола с определением толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ). Методом ИФА определялся плазменный VEGF (пг/мл).

Результаты: Во всех исследуемых группах была получена тенденция повышения концентраций VEGF по мере возрастания риска ССО, однако статистически значимых различий между группами не выявлено ($p > 0,05$). Корреляционный анализ взаимосвязи концентраций VEGF с ТКИМ общей сонной артерии с обеих сторон не выявил статистически значимых взаимосвязей ($p > 0,05$). Внутригрупповой корреляционный анализ выявил взаимосвязи концентраций VEGF и КДР ($r=0,640$; $p=0,008$), КДО ($r=0,656$; $p=0,006$), УО ($r=0,714$; $p=0,002$) и ИОТ ЛЖ ($r=-0,566$; $p=0,028$) в группе 3. Корреляционный анализ данных не выявил взаимосвязей концентраций VEGF с ремоделированием ЛЖ ($p > 0,05$), однако пациенты с нормальной геометрией сердца имели меньшие концентрации VEGF в сравнении с пациентами с ремоделированием ЛЖ ($149,89 \pm 225,68$ vs $207,51 \pm 216,72$ пг/мл).

Выводы: Изменение концентраций VEGF у больных гипертонической болезнью мужчин среднего возраста, вероятно, могут указывать на ремоделирование ЛЖ, однако необходимо выполнение более крупных спланированных исследований с целью суждения о возможном рутинном использовании VEGF в качестве маркера сердечно-сосудистого ремоделирования в данной когорте больных.

28 ВЫСОКИЙ ДИАЛИЗНЫЙ КЛИРЕНС ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В РАЗВИТИИ ИНТРАДИАЛИЗНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Токарева А.С.¹, Боровкова Н.Ю.¹, Линева Н.Ю.²

¹ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

²ГБУЗ НО, Нижний Новгород, Россия

Введение: Наличие интрадиализной гипертензии (ИДГ) является независимым фактором риска общей и сердечно-сосудистой смертности диализных пациентов. В настоящее время в качестве одного из патофизиологических механизмов повышения интрадиализного артериального давления рассматривается падение концентрации высокодиализируемых гипотензивных препаратов во время сеанса гемодиализа (ГД).

Цель исследования: Дать клиническую характеристику пациентов, получающих лечение программным ГД, оценить частоту ИДГ и выявить наиболее значимые предикторы её развития.

Материал и методы: Проведено ретроспективное исследование 131 амбулаторной карты пациентов, получавших лечение программным ГД в период с января 2014 г. по декабрь 2016 г. на базе отделения диализа и гравитационной хирургии крови ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко».

Фиксировались демографические данные пациентов, диализный стаж, сопутствующие сердечнососудистые заболевания, частота ИДГ, проводимая лекарственная терапия с акцентом на диализируемость используемых препаратов. Все пациенты получали заместительную почечную терапию методом программного ГД: по 3 сеанса в неделю, каждый сеанс длительностью по 4 часа в день в бикарбонатном режиме. Анализ полученных данных выполнен с использованием пакета прикладных программ IBM SPSS Statistics 25.

Результаты: Средний возраст пациентов составил 55,7 [53,5; 58,0] лет, диализный стаж – 59,3 [51,8; 66,8] месяцев. Соотношение полов было почти равным: 52% мужчин и 48% женщин. Все пациенты имели артериальную гипертензию и получали регулярную гипотензивную терапию. У 15% пациентов проводилась монотерапия, во всех остальных случаях терапия артериальной гипертензии требовала назначения двух и более препаратов. Высокодализируемые препараты применялись у 61% пациентов, наиболее часто – в 68% случаев – они использовались в группе бетаадреноблокаторов (БАБ), реже – среди ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (32%). Такие классы препаратов, как антагонисты рецепторов ангиотензина II, блокаторы кальциевых каналов и диуретики, в 100% случаев характеризовались низкой способностью проходить через диализные мембраны. ИДГ встречалась у 60% диализных пациентов и, по данным однофакторного корреляционного анализа, была ассоциирована с применением БАБ ($r=0,212$; $p=0,015$), моксонидина ($r=0,313$; $p=0,001$) и высокодализируемых лекарственных препаратов ($r=0,440$; $p<0,0001$).

С использованием выявленных предикторов была построена прогностическая модель для оценки вероятности развития ИДГ. С учетом возможности негативного влияния корреляции между предикторами на качество математической модели многофакторный анализ был выполнен с использованием прямого метода пошагового включения переменных. Таким образом, были получены два предиктора ИДГ по факторам, связанным с особенностями проводимой лекарственной терапии: использование лекарственных препаратов с высоким диализным клиренсом (ОШ 5,585; 95% ДИ 2,49-12,54; $p<0,0001$) и моксонидина (ОШ 2,701; 95% ДИ 1,194-6,106; $p=0,017$). Полученные данные позволили построить уравнение логистической регрессии для прогноза риска развития ИДГ:

$$y = -1,015 + 1,720 \times \text{Высокодализируемые лекарственные препараты} + 0,993 \times \text{Моксонидин}$$
$$P(\text{развитие ИДГ}) = \exp(y) / (1 + \exp(y))$$

Для определения чувствительности и специфичности полученной математической модели был проведен ROC-анализ с построением ROC-кривой и указанием площади под кривой (AUC). Построенная модель имеет хорошую общую предсказательную способность (AUC 0,78; 95% ДИ 0,690-0,855; $p<0,0001$). Однако, в случае предсказания развития ИДГ модель дает высокий процент правильных прогнозов (78,5%), в случае же отсутствия ИДГ точность правильного прогноза снижается до 65,4%. Предсказательная мощь предложенной математической модели составила 73,3%.

Заключение: В настоящем исследовании ИДГ имела место у 60% диализных пациентов. Анализ особенностей лекарственной терапии продемонстрировал преобладание (61%) высокодализируемых препаратов в лечении сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов на программном ГД. Однако, использование лекарственных средств с высоким диализным клиренсом было связано с увеличением частоты развития ИДГ (ОШ 5,585; 95% ДИ 2,49-12,54; $p<0,0001$). В качестве дополнительного предиктора ИДГ выступил моксонидин (ОШ 2,701; 95% ДИ 1,194-6,106; $p=0,017$). Недостаточная специфичность (65,4%) предложенной математической модели прогноза развития ИДГ ограничивает её применение в клинической практике, что требует проведения дальнейших исследований с целью выявления дополнительных предикторов ИДГ.

29

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Мирзаева Г.П., Турсунова Л.Д.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Введение: Артериальная гипертензия (АГ) – один из основных компонентов метаболического синдрома (МС). Для изучения особенностей течения АГ и суточного ритма артериального давления при МС метод суточного мониторирования артериального давления (СМАД) играет ведущую роль.

Цель: Изучить особенности профиля АД у больных с артериальной гипертензией, ассоциированной с метаболическим синдромом.

Материал и методы: Нами проведено СМАД 33 больным, из них 15 женщин (45,5%) и 18 мужчин (55,5%), средний возраст больных - $46 \pm 5,6$ года. В обследование включены больные АГ, ассоциированной с МС. Мониторирование проводилось на аппарате SpaceLabsMedica I90207 (США) по стандартной методике. Интервал между измерениями – 20 мин. днем и 40 мин. ночью. Исследование на исходном фоне без антигипертензивной терапии. Время мониторирования – в среднем 14 часов 40 минут. В анамнезе у 22 больных имелась АГ, у 3 – сахарный диабет 2-го типа средней тяжести. Анализировали следующие показатели: средние показатели систолического и диастолического АД (САД и ДАД) за сутки, день и ночь; индекс времени дневной систолической и диастолической гипертензии (ИВСАД и ИВДАД) – процент измерений АД, превышающих 140 и 90 мм рт. ст. в период бодрствования индекс времени ночной гипертензии (ИВСАДн и ИВДАДн) – процент измерений АД выше 120 и 80 мм рт. ст. В период сна, суточный индекс (СИ) для систолического и диастолического АД (СИСАД и СИДАД) – относительное снижение АД в ночные часы.

Результаты: Нормальная степень ночного снижения АД – дипперы, была выявлена у 9 больных (28%), недостаточная степень ночного снижения АД – нон-дипперы – у 1 больного (3%), устойчивое повышение ночного АД – «найтпиккеры» - у 6 больных (18%). Средние значения индекса времени: для систолического АД днем – 23,4 и 35% ночью, для диастолического АД – 51 днем и 35% ночью. Средние показатели АД были следующие: САД сут – $115,33 \pm 3,38$ мм рт. ст., ДАД сут – $70,56 \pm 2,16$ мм рт. ст. Отмечено преобладание монофазной (51%) суточной кривой с СИ менее 10% - nondipper. Остальные 28% больных относились к группе dipper и night-peaker (18%). Средние показатели СИСАД и СИДАД имели значения 5,88 1,44 и 7,71 1,69%, которые свидетельствуют о недостаточном снижении АД в ночное время.

Заключение: У большинства больных отмечается недостаточное снижение ночного АД и прогностический неблагоприятное увеличение показателя ИВ ночью. Обращает на себя внимание существенно большая частота нарушений циркадные существенно большая частота нарушений циркадного ритма в исследуемой группе.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕФРОПРОТЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ТИПА С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Сапаева З.А., Жабборов О.О., Асанова Г.К.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Южно-Казахстанская медицинская академия, Казахстан

Цель: Оценка нефропротекторного эффекта донатора оксида азота L- аргинина аспартата (L-АА) у больных сахарным диабетом 2-типа с диабетической нефропатии в сочетании с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы: Эффективность терапии L-АА оценивали у 60 больных сахарным диабетом 2-го типа с диабетической нефропатии мягкой и умеренной АГ II стадии в сочетании с до и через 3 месяца приема 10 мл (2 г) 2 раза в день L-АА. Фоновой терапией был прием лизиноприла в дозе 10-20 мг/сут. Проводили суточное мониторирование АД (СМАД). Почечный кровоток (ПК) оценивали с помощью доплерографического исследования диаметра ренальных артерий на ультразвуковом аппарате. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) определяли по клиренсу эндогенного креатинина, микроальбуминурию (МАУ) - методом иммуноферментного анализа, концентрацию магния в плазме крови и моче измеряли на спектрофотометре, калия – на пламенном фотометре.

Результаты и обсуждение: На фоне антигипертензивной терапии лизиноприлом было достигнуто снижение средне суточного уровня АД до $132,8 \pm 3,7/83,1 \pm 1,8$ мм рт.ст. После курса терапии L-АА СМАД показало отсутствие изменений среднесуточных уровней АД и суточных профилей АД. Достоверно уменьшилась величина утреннего подъема ($-7,7 \pm 3,4$ мм рт.ст.) систолического АД. Увеличился диурез, возросла СКФ со 101 до 117%, увеличилось выделение почками натрия с 311 ± 32 до 432 ± 38 мкмоль/мин ($p < 0,01$), его канальцевая реабсорбция снизилась с $98,1 \pm 0,3$ до $96,5 \pm 0,2\%$ ($p < 0,05$). Диуретический и натриуретический эффекты L-АА отмечены при одновременном ограничении соли в пище. Величина ПК возросла на 21,5% ($p < 0,05$) и составила 691 ± 22 мл/(мин \times $1,73$ м²) преимущественно за счет снижения эфферентного сопротивления почечных сосудов. Афферентная резистентность почечных сосудов достоверно не отличалась от исходной. Эфферентное сосудистое сопротивление снизилось на 29,8%. Дилатирующий эффект L-АА на эфферентные артериолы может определяться его способностью отдавать оксид азота, позитивно воздействующий на эндотелий эфферентных артериол. Уровень МАУ снизился на 20,4% ($p < 0,05$) и у всех лиц не превышал 30 мг в сутки. Почечная экскреция нитритов увеличилась на 9,1%. Уменьшилась ($p < 0,05$) почечная экскреция магния - на 23,7% и калия – на 18,9%.

Заключение: Уменьшая эндотелиальную дисфункцию эфферентных артериол, донатор оксида азота L-АА снижает МАУ, являющуюся аналогом повышенного гидростатического давления в клубочке и степени нефропатии, и обладает выраженной нефропротекторной активностью при использовании в комбинации с ингибитором АПФ при условии достижения хорошего антигипертензивного эффекта у больных ЭГ в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа.

31

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ С НАЛИЧИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Сапаева З.А., Жабборов О.О., Кадырова Ш.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение: По эпидемиологическим данным артериальная гипертензия (АГ) является одним из широко распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы в Узбекистане и зарубежом.

Цель: Изучение сравнительной эффективности антигипертензивной терапии периндоприла и индапамида, и комбинации периндоприл и амлодипин у больных системной красной волчанкой с наличием артериальной гипертензии.

Материалы и методы: 60 пациентов системной красной волчанкой с наличием артериальной гипертензии были разделены на 2 группы. Первую группу составили 30 пациентов, получавшие комбинированную терапию периндоприлом + индапамидом 2,5 мг/сут; вторую группу - 30 больных, лечившихся периндоприл + амлодипин 4/5 мг/сут в течении 14 дней. Всем больным проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД), эхокардиографию, определяли относительную плотность мочи в утренней порции мочи, микроальбуминурию (МАУ), креатинина крови с расчетом клубочковой фильтрации, глюкозы натощак, калия, мочевой кислоты, общего холестерина и триглицеридов в сыворотке крови. Комбинации периндоприл + индапамид и периндоприл + амлодипин сопоставимы между собой по антигипертензивному эффекту, способности уменьшать МАУ и улучшать функцию проксимальных почечных канальцев.

Результаты и обсуждение: При применении обеих схем лечения снижается количество больных с нарушенным циркадным ритмом артериального давления, уменьшается частота диастолической дисфункции. Комбинация эналаприл + индапамид достоверно эффективнее в восстановлении концентрационной функции почек. Комбинация периндоприл + индапамид и периндоприл + амлодипин обладают высокой антигипертензивной эффективностью, кардио-нефропротективными свойствами, а также метаболически нейтральны.

Заключение: Получена высокая эффективность антигипертензивной терапии периндоприла и индапамида, и комбинации периндоприл и амлодипин у больных системной красной волчанкой с наличием артериальной гипертензии

32

ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Турсунова Л.Д.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: Выявить частоту поражения почечных артерий, вазоренальной гипертензии (ВРГ) у больных эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) - «гипертонической болезнью (ГБ)».

Материалы и методы: С 1986 по 2015 гг. в НЦССХ им. Бакулева обследованы 2050 больных со стойкой артериальной гипертензией в возрасте от 5 до 84 лет, которые лечились в поликлиниках и ведущих клиниках г. Москвы с диагнозом «гипертоническая болезнь» (ГБ). Длительность АГ составила 5 + 18 лет.

Результаты: Гемодинамические АГ были диагностированы у 9,7% больных. ВРГ была выявлена у 5,5% пациентов. У 20 больных из-за окклюзии почечной артерии (ПА) и длительной АГ имелось сморщивание почек и снижение морфометрических показателей почек, которым была выполнена нефрэктомия, над- и поддиафрагмальная СГЭ. Стенозы ПА были выявлены у 54 больных. После пластики ПА у больных с длительностью АГ до 5 лет АД нормализовалось у 92%. У больных с длительностью АГ более 10 лет из-за необратимых изменений в почках нормализация АД произошло только у 65%. Расслаивающая аневризма аорты с отхождением одной из почечной артерии была обнаружена у 0,8% пациентов. Операбельными оказались только 40,0% больных, которым была выполнена успешная реконструкция аорты и артерий с удовлетворительным гипотензивным эффектом.

Заключение: Применение высокоинформативных методов диагностики (КТ, МРТ), способствуют уменьшения серьезных осложнений, количество больных с ЭАГ, улучшает результатов лечения больных. Несвоевременные операции при ВРГ у 25- 35 % больных не приводят к устранению АГ. Своевременное восстановление кровотока в 85- 95 % случаев приводит к нормализацию АД

33

ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА И СОСУДОВ В ОДНОРОДНОЙ ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН В ВОЗРАСТЕ 40-54 ЛЕТ С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ (ПРОДОЛЬНЫЙ 20-ЛЕТНИЙ СРЕЗ)

Фильцов К.В.

Клиника ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, Челябинск.

Цель: Выявить длительную тенденцию уровня артериального давления и ассоциированной с ним реакции органов – мишеней в однородной популяции мужчин с артериальной гипертензией и высоким нормальным уровнем артериального давления. В 1997 году было проведено сплошное обследование сотрудников промышленного предприятия, сформирована когорта пациентов, 211 человек с высоким нормальным артериальным давлением (ВНАД), 139 человек с артериальной гипертензией (АГ). В 2017 году были повторно обследованы сотрудники того же самого предприятия, 59 человек с ВНАД и 75 человек с АГ. Проводилось ультразвуковое исследование сердца и сосудов с вычислением массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и его индексированного показателя (ИММЛЖ), измерялась толщины интимы – меди общей сонной артерии (ТИМ). За 20 лет в сравниваемых когортах достоверно снизился уровень систолического давления. Достоверно увеличилась ММЛЖ как у пациентов с ВНАД ($212,92 \pm 4,54$, ср. с $203,64 \pm 1,97$, $P < 0.05$), так и с АГ ($226,77 \pm 6,24$, ср. с $210,48 \pm 4,58$,). Показатели ТИМ за 20 лет существенно не изменились. У лиц с высоким нормальным уровнем артериального давления уменьшилась доля пациентов с нормальной геометрией левого желудочка (с 71,5% до 63,8%). Произошли изменения и в структуре типов геометрии левого желудочка. Если 20 лет назад

преобладало концентрическое ремоделирование, то сейчас наиболее часто встречающимся типом геометрии стала эксцентрическая гипертрофия. Доля пациентов с нормальной геометрией левого желудочка у лиц с артериальной гипертензией не изменилась. Однако уменьшилась доля концентрического ремоделирования, протекающего относительно благоприятно, и увеличилась доля эксцентрической гипертрофии левого желудочка.

Вывод: Была выявлена разнонаправленная динамика показателей САД и структуры миокарда у исследуемых пациентов. Несмотря на снижение среднего систолического артериального давления в популяции мужчин за двадцатилетний период, процессы ремоделирования миокарда не только не уменьшились, но и приобрели совершенно иной характер, в виде увеличения массы миокарда левого желудочка с преобладанием ее эксцентрического варианта.

РАЗДЕЛ III. ПРОБЛЕМЫ ГЕМОСТАЗИОЛОГИИ

34 ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ: ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ

Павлова Т.В.^{1,2}, Зорина Е.А.¹, Шкаева О.В.¹, Тимошкина О.А.¹, Слушаева Е.А.¹,
Поляева С.А.²

¹ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

²ГБУЗ СО «Самарский областной клинический кардиологический диспансер им.В.П.Полякова», Самара, Россия

Введение: Тромбоцитопения оказывает большое влияние на тактику ведения кардиологического пациента. Согласно современным клиническим рекомендациям, большинство больных в кардиологическом стационаре получает препараты, блокирующие свертываемость крови, а также их комбинации. В доступной медицинской литературе данные о частоте встречаемости тромбоцитопений среди пациентов, находящихся в кардиологическом стационаре, отсутствуют.

Цель исследования: установить частоту встречаемости тромбоцитопении среди больных, находящихся на лечении в кардиологическом стационаре.

Полученные результаты: В период с 01.10.2018 по 28.02.2019 в трех кардиологических отделениях Самарского областного клинического кардиологического диспансера было пролечено 102 пациента с тромбоцитопенией, что составило 3,5% от общего числа госпитализированных больных (2 878 человек). Доля мужчин достигала 63,7% (65 человек, средний возраст – 64,2 года), женщин – 36,3% (37 человек; средний возраст – 70,1 лет). По степени выраженности тромбоцитопении пациенты распределились следующим образом: легкая ($149-100 \cdot 109/\text{л}$) – 89; средняя ($50-99 \cdot 109/\text{л}$) – 12; тяжелая (менее $50 \cdot 109/\text{л}$) – 1, что составило 87,3%, 11,8% и 0,9% от общего числа больных с тромбоцитопенией, соответственно. Основные причины госпитализации распределились следующим образом: ишемическая болезнь сердца – 73 (71,6%), артериальная гипертензия – 10 (9,8%), клапанная болезнь сердца – 5 (4,9%) тромбоэмболия легочной артерии – 4 (3,9%), кардиомиопатия – 3 (2,9%), нарушения ритма – 3 (2,9%), инфекционный эндокардит – 2 (2,0%), миокардит – 1 (1%), кардиалгия – 1 (1%). В течение госпитализации у 16 пациентов (15,7%) отмечено дальнейшее снижение числа тромбоцитов.

Выводы: Распространённость пациентов с тромбоцитопенией составила 3,5% от числа всех госпитализированных пациентов кардиологического профиля. Снижение уровня тромбоцитов почти в два раза чаще встречалось у мужчин. Наиболее часто встречалась тромбоцитопения легкой степени.

35

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ В КАРДИОЛОГИИ И ИХ МЕСТО В СОВРЕМЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЯХ

Сироткина О.В.^{1,2,3}, Вавилова Т.В.¹

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

²ФГБУ «Петербургский институт ядерной физики им. Б.П. Константинова Национального исследовательского центра «Курчатовский институт», Санкт-Петербург, Россия

³ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Среди сердечно-сосудистой патологии важное место отводится венозным тромбозам и эмболиям. Венозные тромбозы (ВТЭО) объединяют несколько клинических форм – тромбоз глубоких вен (ТГВ), подкожных вен (тромбофлебит) и тромбоз легочных артерий (ТЭЛА). Эти состояния встречаются в практике всех без исключения врачебных специальностей и несут угрозу здоровью и жизни пациентов. Международные исследования и регистры определяют возникновение ВТЭО у 900000 человек ежегодно, причем у 100000 пациентов эпизод ВТЭО заканчивается летально. Экстраполируя эти данные на популяцию, можно рассчитать частоту ВТЭО как 1-2 на 1000. Отдельно следует отметить феномен последних лет, когда с ростом компьютеризации населения возрастает риск развития многих патологий, связанных с малоподвижным образом жизни, в том числе венозных тромбозов. Данное явление получило название «e-thrombosis» или «компьютер-ассоциированные тромбозы». В настоящее время хорошо известны факторы риска развития ВТЭО, такие как наследственная тромбофилия, АФС, длительная иммобилизация, травма и хирургические вмешательства, беременность и прием гормональных препаратов, онкологические заболевания и т.д., однако нет точного лабораторного маркера, который указывает на «предтромботическое» состояние. Существующие и используемые в практике клинической лабораторной диагностики маркеры активации свертывания крови, такие как D-димер, уровень фибриногена, активность фактора VIII, антиген фактора Виллебранда, тест генерации тромбина, как правило, говорят уже о свершившемся тромбозе, но не всегда могут выступать как предикторы надвигающейся катастрофы. В этой связи на первый план выступает комплексная оценка тромботического риска у пациента, включая анамнестические данные с подробной семейной историей сердечно-сосудистых и тромбозных заболеваний, анализ сопутствующей патологии, клинико-лабораторные исследования. В данном списке отдельно стоят генетические тесты на наследственную тромбофилию, а именно – анализ лейденской мутации фактора V свертывания крови и мутации гена протромбина G20210A. Современные клинические рекомендации признают значимость данных факторов в патогенезе венозного тромбоза. Однако в рутинных случаях, генетические тесты на наследственную тромбофилию не рекомендованы. Тем не менее, в «не рутинных случаях»: при высокой степени риска, в случае тяжелых не спровоцированных тромбозов, отягощенном семейном анамнезе, генетическое тестирование на тромбофилию может быть полезным и должно быть применено при условии, что результаты теста повлияют на принятие клинического решения.

Следует отметить, что другие известные генетические факторы риска развития тромбозов, такие как полиморфизм генов фибриногена, тромбоцитарных рецепторов, PAI-1, ферментов фолатного цикла и т.д., не относятся к наследственной тромбофилии и не рекомендованы к исследованию для оценки риска развития как первичных, так и рекуррентных венозных тромбозов.

РАЗДЕЛ IV. ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

36 ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ

Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Узоков Ж.К., Исхаков Ш.А., Каримова Д.К., Иминова Д.А., Азизов Ш.И.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»; Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель: Оценить влияние комплексного лечения с включением фитопрепарата у больных ишемической болезнью сердца(ИБС) после стентирования.

Материал и методы: В исследование включили 36 больных ИБС стабильной стенокардией напряжения III-IV функционального класса(ФК) узбекской популяции, которым после плановой коронароангиографии проведено стентирование коронарных артерий. Пациенты получали базисное лечение(двойную антиагрегантную терапию – аспирин и клопидогрел, β -адреноблокаторы, статины – аторвастатин или розувастатин, ингибиторы АПФ, по показаниям нитраты, диуретики. Из них 18 пациентов(I группа) принимали дополнительно растительный препарат Колмстрес по 2 таблетке, 2 раза в день до еды в течение месяца в первый и четвертый месяцы наблюдения, остальные(II группа) пациенты - только базисное лечение. Исходно и через 3 и 6 месяцев изучали агрегацию тромбоцитов, липидный спектр(общий холестерин(ОХС), ХС липопротеидов низкой плотности(ХСЛПНП), ХС ЛП высокой плотности(ХСЛПВП), триглицериды(ТГ), аполипопротеин(апо)В), активности ферментов АЛТ и АСТ, общий билирубин. Проводили клинико-инструментальные исследования (электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография, холтеровское мониторирование ЭКГ, ВЭМ-пробы).

Результаты: У пациентов, принимавших только базисное лечение, содержание ОХС после 3-х месячной терапии снизилось на 30,2%, а у принимавших дополнительно фитопрепарат, этот показатель уменьшился на 38,6% ($p < 0,05$). При этом ХСЛПНП уменьшился соответственно на 35,2 и 42,1%. В крови больных обеих групп отмечалось снижение уровня ХСнеЛПВП: у пациентов I группы на 40,6%, а II-й группы на 31,1% ($p=0,001$). Выявлено, что уровень ХСнеЛПВП хорошо коррелирует с содержанием в плазме крови аполипопротеина(апо)В - основного белка ЛПНП. Величина соотношения ХС атерогенных липопротеидов (неЛПВП) и антиатерогенных(ЛПВП), т.е. ХСнеЛПВП/ХС-ЛПВП, косвенно отражает соотношение апоВ/апоАI. Этот показатель у пациентов I группы снизился на 41%, а у пациентов II группы – на 32%. Такие же изменения наблюдали при изучении ХСЛПВП(повышение с $1,28 \pm 0,43$ до $1,33 \pm 0,38$ и с $1,29 \pm 0,77$ до $1,30 \pm 0,36$ и ммоль/л, соответственно). При этом достоверно снижался уровень ТГ с и с $1,51$ до $0,92$ и с

1,9 до 1,29 ммоль/л, в I и II группах соответственно ($p=0,028$). Пациенты обеих групп лечение переносили хорошо и случаев отмены препаратов не было. На наш взгляд фитопрепарат, в состав которого входят экстракты хмеля обыкновенного, пустырника, каперсы, мелиссы лекарственной, чабреца, душицы, мяты перечной, усиливает эффект базисной терапии.

Выводы: Использование фитопрепарата оказывает благоприятное влияние на течение ИБС у больных после стентирования, усиливает эффект базисной терапии и Колмстрес может быть рекомендован для лечения и реабилитации этой категории пациентов.

37 НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И СОСТОЯНИЕ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ

Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Узоков Ж.К., Туляганова Д.К., Каримова Д.К., Иминова Д.А., Азизов Ш.И., Шерзод И.А.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»; Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель: Изучить влияние комплексного лечения с включением метаболита триметазидина на состояние сонных артерий биохимические показатели и параметры эхокардиографии у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), подвергшихся стентированию коронарных артерий (СКА).

Материал и методы: В исследование включены 40 пациентов ИБС, стенокардией напряжения III-IV функционального класса с атеросклеротическим поражением сонных артерий, которым проведено плановое СКА и получавших стандартную терапию (аспирин+клопидогрел, β -адреноблокаторы, розувастатин, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента). 20 получали дополнительно триметазидина дигидрохлорид (Метони МВ, Orville Services LLP, Англия), по 35 мг 2 раза в день. До и через 3 и 6 месяцев изучали показатели электро-, эхокардиографии (ЭКГ, доплерографии (толщина интима-медиа (ТИМ), велоэргометрии (ВЭМ), липидов (общий холестерин (ОХС), ХС липопротеидов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП и ХСЛПВП), триглицериды (ТГ), интерлейкин (ИЛ)-6, С реактивный белок (СРБ), агрегацию тромбоцитов (АТ), активность ферментов аланин- и аспаргатаминотрансферазы (АЛТ и АСТ), общий билирубин (ОБ),

Результаты: Нарушения липидного профиля выявлены у 75%, в т. ч. гиперхолестеринемия у 88,7%, гипертриглицеридемия – у 45%, повышение уровня ХСЛПНП – у 55%. Отмечено достоверное снижение ОХС, ХСЛПНП, ТГ, а также увеличение ХСЛПВП. Целевого уровня ОХС достигли 80,2% обследованных, ТГ – 78,7%, ХСЛПНП – 87,5%. У пациентов с каротидным атеросклерозом отмечено снижение показателя ТИМ на стороне поражения. проводили во взаимосвязи с уровнем ИЛ-6 и СРБ. В группе пациентов с мягкими атеросклеротическими бляшками (АСБ) статистически значимая динамика наблюдалась для обоих показателей воспаления; однако в группе пациентов с плотными АСБ отмечено достоверное снижение только уровня СРБ. Трансформация АСБ из мягкой в плотную, позволяет снизить риск развития инсульта. На фоне проводимой терапии мягкие АСБ трансформировались в однородные плотные. Динамика уровней провоспалительных цитокинов на фоне трансформации мягких бляшек в плотные показала, что наиболее значительно снижался именно уровень СРБ, тогда как изменение ИЛ-6 было статистически недостоверным. В результате терапии отмечены улучшение вазодилатирующей способности, уменьшение продукции провоспалительных цитокинов, регресс толщины комплекса ТИМ и объема АСБ. На фоне терапии отмечена трансформация мягких бляшек в плотные. Метиони МВ устранял ишемию миокарда на ранних стадиях ее развития и

предотвращал возникновение ее более поздних проявлений – стенокардии, снижения сократительной способности миокарда. Он оказывает цитопротекторный эффект на клетки миокарда, защищая от отрицательных последствий ишемии, улучшал показатели велоэргометрических тестов, снижал более чем в два раза частоту стенокардии а также повышал толерантность к физическим нагрузкам. При этом выраженность положительного эффекта Метиони МВ возрастала по мере увеличения продолжительности лечения. Комплексное лечение с включением Метиони МВ, пациенты переносили хорошо, без осложнений и побочных эффектов, что подтверждали повторные показатели АЛТ, АСТ и ОБ. Комплексное лечение - важный метод профилактики и лечения ИБС, фактор укрепления здоровья и повышения качества жизни. Комплексное лечение больных ИБС, подвергшихся стентированию, с включением метаболического цитопротектора Метиони МВ повышает эффективность и безопасность лечения и реабилитации этой категории пациентов.

Заключение: Следовательно, своевременное и адекватное лечение позволяет проводить успешную профилактику инсульта и других кардиоваскулярных осложнений у больных ИБС с каротидным атеросклерозом, подвергшихся СКА.

38 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТИОТРИАЗОЛИНА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Ходжанова Ш.И., Кадырова Ш.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение: В результате недостаточного поступления крови в клетках возникает дефицит всех необходимых для её метаболизма элементов (белки, углеводы, минералы, электролиты). Ишемия, как расстройства метаболизма требует метаболической терапии.

Цель: Оценить клинические эффекты Тиотриазолина у больных с ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы: В исследования включены 156 больных, возрасте от 45 до 75 лет, из них 58% женщины, 42% мужчины. Среди больных наблюдалось с диагнозом ИБС: стенокардия напряжения-45%, постинфарктный кардиосклероз-39,4%, различные нарушения ритма и проводимости: фибрилляция предсердий-6,7%, желудочковая экстрасистолия-14%, суправентрикулярная экстрасистолия-10,6%, суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия-6,4%, в 44 случаях (28,2%) хроническая сердечная недостаточность (ХСН) ФК III, у 71,3% случаев наблюдалась артериальная гипертензия. Также были выявлены у 4,5% случаев сопутствующей патологией были хронический гепатит, 26,4% случаев желчнокаменная болезнь. У всех пациентов проводилась оценка жалоб, данных анамнеза, объективное исследование, проводилось лабораторноинструментальные исследования: запись электрокардиографическое исследование (ЭКГ) и эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ), ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ). Оценка эффективности терапии проводилась по динамики изученных показателей и жалоб пациентов, отмеченных в конце исследования. Тиотриазолин назначался в терапевтической дозе (600мг/сут. (курс лечения 20 дней). Все участники исследования принимали Тиотриазолин параллельно с препаратами основных фармакологических групп согласно своему заболеванию.

Результаты исследования: По окончании курса терапии уменьшение болей, ишемии пораженного участка миокарда наблюдалось у 67,8% случаев, снижение количества пациентов с фибрилляцией предсердий с-6,7% на 3,3%, желудочковыми экстрасистолами с 13% на 1,2%, число больных ХСН ФК III подгруппе снизилось до 13 больных, улучшилось показатели биохимического анализа крови на 47%. А также отмечены улучшение состояния в 84,5% случаев, положительная динамика

в инструментальных исследованиях: на ЭКГ- достигнуто уменьшение депрессии сегмента STp < 0,05, на ЭхоКГ-, в увеличении фракции выброса (ФВ), снижение конечно-систолического (КСО) и конечно-диастолического (КДО) объёмов.

Выводы: Препарат Тиотриазолин обладающий антиишемической, метаболической, антиоксидантной активностью снижает чувствительность миокарда к адренергическим кардиостимулирующим воздействиям катехоламинов и препятствует прогрессивному угнетению сократительной функции миокарда, повышает устойчивость кардиомиоцитов к гипоксии оказывает противоаритмическое действие, является гепатопротектором.

39 ЧАСТОТА, СТРУКТУРА И НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ АСПИРИНИНДУЦИРОВАННЫХ ГАСТРОДУОДЕНОПАТИЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Буянова М.В., Боровкова Н.Ю.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, Нижегородская (Горьковская) область, Россия

Введение: Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) представляют собой большую проблему. Самой частой формой ССЗ является ишемическая болезнь сердца (ИБС), которая по разным данным регистрируется у 40% населения развитых стран (Л.В. Попова, 2014). В связи с этим встает вопрос о профилактике острых сердечно-сосудистых событий на фоне ИБС. Одним из главных ее компонентов является постоянный прием ацетилсалициловой кислоты (АСК) [ЕОК (2013)]. Однако при длительном приеме АСК существует высокий риск ее побочных действий, основные из которых, поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в виде эрозивно-язвенных процессов, скрытых и явных кровотечений (S Okada, et al., 2013). В настоящее время идет активный поиск путей защиты слизистой оболочки ЖКТ при длительном применении АСК.

Цель: Оценить частоту, структуру, а также эффективность использования препарата стимулятора выработки эндогенных простагландинов ребамипида в лечении АСК-индуцированных гастродуоденопатий у больных стабильной ишемической болезнью сердца (СИБС).

Материал и методы: В исследование вошли 387 больных. Все пациенты имели СИБС. Больные длительное время (более 12 месяцев) получали терапию защищенными формами АСК. СИБС устанавливался по клинической и инструментальной картине на основании электрокардиографии, эхокардиографии, холтеровского мониторирования, селективной коронарографии. Всем пациентам проводилась фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС). Не включались случаи эрозивноязвенных процессов, ассоциированных с бактерией *Helicobacter pylori*. Пациенты с эрозивноязвенным процессом ЖКТ, были разделены на две равные группы по 15 человек. Первая группа получала ингибиторы протонной помпы (ИПП) 40 мг в сутки в течение двух месяцев. Вторая группа получала ИПП вместе с препаратом ребамипид по 100 мг 3 раза в день в течение двух месяцев. Лечение происходило на фоне приема АСК. Далее оценивались результаты лечения при помощи повторной ФЭГДС. В комплексной оценке эффективности препарата ребамипид перед началом лечения и после его окончания определялся уровень простагландина E2 (ПГЕ2) иммуноферментным методом с использованием наборов фирмы RiD systems, Inc (США) в сыворотке крови. Группу контроля составили 20 пациентов имеющие СИБС, у которых

отсутствовали патологические изменения слизистой оболочки ЖКТ. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы статистика 10.0.

Результаты: Среди больных СИБС, принимающих АСК было отмечено 30 (7,7%) случаев эрозивных-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Из них было 20 лиц мужского пола (66,6%) и 10 женского (33,3%). Средний возраст пациентов составил $60,7 \pm 12,3$ года. Поражение слизистой ЖКТ было следующим. Эрозии тела и антрума желудка были выявлены у 16 человек (53,3%), эрозии двенадцатиперстной кишки у 6 человек (20%). У четырех (13,3%) пациентов-диагностирована геморрагическая гастропатия. У двух пациентов было обнаружено сочетание эрозивного гастрита и дуоденита (6,6%). По одному случаю пришлось на язвенную болезнь желудка и ДПК (6,6%). Средний уровень ПГЕ2 у пациентов с эрозивно-язвенными поражениями ЖКТ оказался достоверно ниже, чем у группы контроля ($386,0 \pm 31,0$ пг/мл) и составил $297,29 \pm 27,08$ пг/мл ($p=0,0264$). Это свидетельствовало о снижении защитной функции ПГЕ у больных, имеющих эрозивно-язвенный процесс. В результате лечения ИПП по результатам ФЭГДС выявлялась слизистая оболочка без патологических изменений у девяти пациентов из пятнадцати. Уровень ПГЕ2 после лечения отличался статистически незначимо и составил $338,20 \pm 16,0$ пг/мл ($p=0,0638$). После лечения ИПП в сочетании с ребамипидом у всех пациентов была слизистая оболочка без поражений ЖКТ. Средний уровень ПГЕ2 достоверно отличался от такового до лечения и от уровня группы, получающей только ИПП и составил $392,42 \pm 21,40$ пг/мл.

Обсуждение: Больные с ИБС пожизненно принимают АСК. При этом, нередко, развиваются эрозивно-язвенные процессы ЖКТ. В настоящее время ведется активный поиск путей защиты слизистой оболочки ЖКТ у пациентов длительно получающих АСК. Одним из таких способов может быть препарат стимулятор выработки простагландинов ребамипид.

Заключение: АСК-индуцированные гастродуоденопатии у пациентов с ИБС встречаются в 7,7% случаев. Среди них превалирует эрозивный процесс тела и антрума желудка. Препарат ребамипид показал хорошую эффективность в лечении АСК-индуцированных гастродуоденопатий у пациентов с СИБС.

РАЗДЕЛ V. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

40 СВЯЗЬ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОРАЖЕНИЯ КЛАПАННОГО АППАРАТА СЕРДЦА С ДИНАМИКОЙ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛАПАННОЙ КОРРЕКЦИИ

Казаева Н.А.¹, Суджаева С.Г.¹, Губич Т.С.¹, Корнелюк О.М.¹, Давидович М.И.²

¹ РНПЦ «Кардиология», Минск, Минская область, Беларусь

² Майс Партнер (MicePartner) унитарное предприятие «АйБиЭй АйТи Парк», Минск, Минская область, Беларусь

Цель: Установить связь особенностей поражения клапанного аппарата сердца с динамикой ремоделирования миокарда у пациентов с хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС) после хирургической клапанной коррекции.

Материал и методы: Обследовано 46 пациентов с ХРБС до, на 7-е сутки, через 3, 6 и 12 месяцев после хирургической клапанной коррекции. Эхокардиография выполнялась на приборе VIVID 7 компании GE датчиком 2,5 МГц. Оценивались клапанные структуры сердца, внутрисердечная гемодинамика, показатели ремоделирования сердца. С целью установления связи ремоделирования, обратного ремоделирования с особенностями поражения клапанного аппарата сердца у пациентов с ХРБС после хирургической коррекции клапанной патологии выполнен многофакторный анализ с использованием Т-критерия проверки гипотезы равенства средних в тестах и группах. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты: До операции наиболее неблагоприятные показатели ремоделирования выявлены у пациентов с аортальными пороками и недостаточностью трёхстворчатого клапана (ТК). В данных подгруппах зарегистрированы достоверно более высокие значения конечного диастолического диаметра (КДР), конечного систолического диаметра (КСР), конечного диастолического объёма (КДО), конечного систолического объёма (КСО) левого желудочка, массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), а также толщины миокарда межжелудочковой перегородки (ТММЖП) и толщины миокарда задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ). На 7-е сутки после операции в целом по группе пациентов с ХРБС установлено достоверное уменьшение индексированных к площади тела показателей КДО (КДОИ) и КСО (КСОИ) с $86,57 \pm 4,12$ до $72,22 \pm 3,51$ и с $41,34 \pm 2,87$ до $33,3 \pm 2,36$ при I-м и II-м обследованиях, соответственно, $p < 0,05$. Наиболее неблагоприятная динамика показателей ремоделирования миокарда на 7-е сутки после операции выявлена у пациентов с недостаточностью ТК в виде достоверно более высоких в сравнении с пациентами без недостаточности ТК значений КСО левого предсердия (КСОлп), ММЛЖ, КСО, КСОИ, КДОИ, поперечных и продольного размеров ЛЖ. Через 12 месяцев после операции в целом по группе выявлен регресс гипертрофии миокарда ЛЖ (достоверное в сравнении с дооперационным уровнем уменьшение ММЛЖ с $297,9 \pm 11,50$ до $228,2 \pm 11,09$, $p < 0,05$). У пациентов с недостаточностью ТК через 12 месяцев после клапанной коррекции средние значения ММЛЖ были достоверно выше анализируемых показателей в сравнении с подгруппой лиц без недостаточности ТК ($247,625$ и $145,00$, $p = 0,0308$, в подгруппах пациентов с и без недостаточности ТК, соответственно) и достоверно не отличались от дооперационных значений ($227,552$ и $247,625$, $p = 0,4297$, до и через 13 месяцев после операции).

Выводы: Наиболее неблагоприятные показатели ремоделирования до операции выявлены у пациентов с аортальными пороками и недостаточностью ТК. На протяжении года после клапанной коррекции наихудшие показатели ремоделирования выявлены у пациентов с недостаточностью трёхстворчатого клапана.

41

**РАННЯЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА
МЕТОДОМ АОРТОКОРОНАРНОГО
ШУНТИРОВАНИЯ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ
КЛИНИКО-ЗАВИСИМОЙ АРТЕРИИ СТЕНТАМИ
С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ 3
ПОКОЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ
КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ
СЕГМЕНТА ST И МНОГОСОСУДИСТЫМ
ПОРАЖЕНИЕМ**

Бочаров А.В.¹, Попов Л.В.²

¹*КОКБ имени Королева Е.И., Кострома, Костромская обл., Россия*

²*НМХЦ им. Н.И. Пирогова, Антропово, Москва и Московская обл., Россия*

Введение: Одним из дискуссионных вопросов современной неотложной кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии является выбор метода окончательной реваскуляризации миокарда у больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (STEMI) и многососудистым поражением. К сожалению, в доступной литературе мы не нашли данных по эффективности и безопасности этапного подхода - чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) клиничко-зависимой артерии с использованием стентов 3 поколения с лекарственным покрытием и дальнейшим АКШ, - у пациентов с STEMI с многососудистым поражением.

Цель: оценить эффективность и безопасность этапного лечения пациентов с STEMI с многососудистым поражением - ЧКВ клиничко-зависимой артерии с использованием стентов 3 поколения с лекарственным покрытием сиролимус и в дальнейшем АКШ.

Материалы и методы: Проанализированы результаты лечения и 2-летнего наблюдения 48 человек. Всем пациентам проведено стентирование инфаркт-зависимой артерии стентами 3 поколения с лекарственным покрытием сиролимус по поводу острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST в первые 2 часа от момента первого медицинского контакта, а затем выполнена реваскуляризация коронарного русла методом аортокоронарного шунтирования не позднее 90 суток после выполнения ЧКВ. Критериями исключения из исследования являлись: возраст менее 18 и более 80 лет, пациенты не приверженные к приему антикоагулянтов и/или дезагрегантов, наличие заболеваний лимитирующих выживаемость или получение терапии, невозможность выполнения реваскуляризации миокарда, тяжесть поражения коронарного русла по шкале Syntax менее 22 баллов и более 33 баллов. Период наблюдения пациентов, включенных в исследование, составил 24 месяца после выполнения реваскуляризации коронарного русла. Выполнялась оценка комбинированной конечной точки MACE. Средний возраст в исследуемой выборке пациентов (N=48) составил 59±7,5 лет, преобладали больные мужского пола -89%. Абсолютное большинство пациентов страдали артериальной гипертензией (n=47; 98%), гиперлипидемией (n=46; 96%) и стенокардией напряжения III-IV класса по классификации стенокардии Канадского кардиологического общества (CCS). Перенесенный инфаркт миокарда имели в анамнезе 15 пациентов (31%). Сахарный диабет фиксировался у 8 больных (17%), генерализованный атеросклероз – у 21 больного (44%), курение – у 14 (29%). Среднее значение фракции выброса левого желудочка перед аортокоронарным шунтированием равнялось 58±8%. Все пациенты имели трехсосудистое поражение коронарного русла со средним значением по

шкале SYNTAX $28 \pm 3,4$ балла. В 39,5% (n=19) случаев инфаркт-зависимой артерии являлась передняя нисходящая артерия, в 23% (n=11) – огибающая артерия и в 37,5% (n=18) – правая коронарная артерия. Среднее количество стентов, затраченных на реваскуляризацию в бассейне инфаркт-зависимой артерии, составило $1,17 \pm 0,4$ штук, длина стентированного участка – $26,2 \pm 10,2$ мм, средний диаметр стентов – $3,1 \pm 0,3$ мм. Время от момента стентирования инфаркт-зависимой артерии до выполнения аортокоронарного шунтирования в среднем было $63 \pm 18,5$ дней. Клинико-демографические показатели вышеназванной группы не имели статистически значимых различий с группой сравнения – реваскуляризация миокарда методом чрескожной ангиопластики со стентированием – усредненные данные на основе мета-анализа Hoffman S.N. [DOI:10.1016/S0735-1097(03)00157-8]. Статистическая обработка проводилась в программе Statistica 13.3 (StatSoftInc., США). Анализ количественных показателей проводился методом расчета среднего значения и стандартного отклонения. Качественные показатели представлены частотами в процентах. Различия оценивались с использованием оценки значения двустороннего 95% доверительного интервала разницы полученных неблагоприятных событий, исходя из выбранного дизайна «non-inferiority». Граница наименьшей эффективности [d] – 0,1. Статистическая значимость устанавливалась при вероятности ошибки первого типа менее 5%.

Результаты: За время наблюдения в основной группе у 1 больного произошел летальный инфаркт миокарда через год после реваскуляризации, других неблагоприятных событий не произошло. Таким образом, частота событий МАССЕ составила 0,021 [95% доверительный интервал: 0,0037; 0,1090]. Клиническая неэффективность чрескожной ангиопластики со стентированием в группе сравнения составила 0,037. Значение желаемой клинической неэффективности этапного подхода в основной группе было выбрано 0,035.

Выводы: Результаты реваскуляризации миокарда методом аортокоронарного шунтирования, выполненного не позднее 90 дней после стентирования клиничко-зависимой артерии стентами с лекарственным покрытием 3 поколения у больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST и многососудистым поражением коронарного русла эквивалентны результатам реваскуляризации методом чрескожной ангиопластики со стентированием.

42

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КЛИНИКО-ЗАВИСИМОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST И МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ

Бочаров А.В.¹, Попов Л.В.²

¹КОКБ имени Королева Е.И., Кострома, Костромская обл., Россия

²НМХЦ им. Н.И. Пирогова, Антропово, Москва и Московская обл., Россия

Введение: Сегодня широко применяются эндоваскулярные методы для лечения данной патологии, однако до 30% пациентов после стентирования по поводу ОКС нуждаются в дальнейшей реваскуляризации миокарда. Несмотря на прогресс инструментария для стентирования, появление новых генераций стентов с лекарственным покрытием, аортокоронарное шунтирование (АКШ) остается «золотым» стандартом лечения ишемической болезни сердца в целом и ОКС в частности.

В доступной литературе отсутствуют сведения об эффективности АКШ, выполненного в ранние сроки после стентирования клиничко-зависимой артерии с использованием стентов 3 поколения с лекарственным покрытием сиролимус по поводу ОКС.

Цель: оценить эффективность и безопасность хирургической реваскуляризации миокарда в ранние сроки после стентирования клиничко-зависимой артерии (до 90 дней) стентами с лекарственным покрытием сиролимус 3 поколения у пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST и многососудистым поражением.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов 2 летнего наблюдения этапного лечения 74 пациентов с ОКС без подъема сегмента ST и многососудистым поражением. Всем пациентам проведено стентирование инфаркт-зависимой артерии стентами 3 поколения с лекарственным покрытием сиролимус («Калипсо», производитель Ангиолайн, Россия) по поводу острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST, а затем выполнена реваскуляризация коронарного русла методом АКШ не позднее 90 суток после выполнения ЧКВ. Критериями исключения из исследования являлись: возраст менее 18 и более 80 лет, пациенты не приверженные к приему антикоагулянтов и/или дезагрегантов, наличие онкологических заболеваний, заболеваний системы крови, скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин, фракция выброса левого желудочка менее 30%, наличие сопутствующей патологии, требующей оперативного лечения, невозможность выполнения реваскуляризации миокарда, тяжесть поражения коронарного русла по шкале Syntax менее 22 баллов и более 33 баллов. По данным холтеровского мониторирования у всех пациентов после стентирования имелись ишемические изменения миокарда. Период наблюдения пациентов, включенных в исследование, составил 24 месяца после выполнения АКШ. Выполнялась оценка комбинированной конечной точки.

Результаты: Средний возраст в исследуемой выборке пациентов (n=74) составил 60±5,5 лет, преобладали больные мужского пола -81%. Большинство пациентов страдали гиперлипидемией (n=72; 97%) и артериальной гипертензией (n=72; 97%), стенокардией напряжения III-IV класса по классификации стенокардии Канадского кардиологического общества (CCS) (n=73, 99%). Инфаркт миокарда в анамнезе перенесли 24 пациента (33%). Сахарный диабет наблюдался у 13 больных (18%), генерализованный атеросклероз – у 40 больных (54%), курение – у 21 (29%). Фракция выброса левого желудочка после стентирования клиничко-зависимой артерии равнялось 58±6%. Трехсосудистое поражение коронарного русла было у всех пациентов группы, среднее значение по шкале SYNTAX равнялось 26±3,8 балла. Клиничко-зависимой артерией у 24 больных (33%) была передняя нисходящая артерия, у 29 (40%) – огибающая артерия и у 21 (29%) – правая коронарная артерия. Для реваскуляризации в бассейне клиничко-зависимой артерии среднее количество стентов составило 1,11±0,4 штуки, длина стентированного участка – 24,2±7,9 мм, средний диаметр стентов – 3,1±0,6 мм. От момента стентирования инфаркт-зависимой артерии до выполнения аортокоронарного шунтирования в среднем проходило 68±19,1 дней. Клиничко-демографические показатели вышеназванной группы не имели статистически значимых различий с группой сравнения – реваскуляризация миокарда методом чрескожной ангиопластики со стентированием – усредненные данные на основе мета-анализа Hoffman S.N. [DOI: 10.1016/S0735-1097(03)00157-8] За время наблюдения у 2 пациентов произошел летальный инфаркт миокарда: у 1 пациента он произошел в госпитальный период и у 1 пациента – позднее 18 месяцев после выполнения АКШ. через год после реваскуляризации, других неблагоприятных событий не произошло. Возврат клинички стенокардии произошел также у 2 больных, однако было достаточно оптимальной медикаментозной терапии и инвазивное лечение не потребовалось. Частота событий MACE составила 0,03 [95% доверительный интервал: 0,0074; 0,0933]. Клиническая неэффективность чрескожной ангиопластики со стентированием в группе сравнения составила 0,037. Согласно данным статистического анализа частоты MACE по критериям «non-inferiority» хирургическая реваскуляризация миокарда в ранние сроки после стентирования клиничкозависимой артерии у больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST и многососудистым поражением эквивалентна по эффективности и безопасности чрескожному коронарному вмешательству.

Обсуждение: Отдаленные результаты АКШ, которые технически зависят от вида применяемых шунтов, использования искусственного кровообращения, отражены во многих исследованиях и метаанализах. Результаты рентгенэндоваскулярной реваскуляризации в большей степени зависят от типа и поколения используемых коронарных стентов. Несмотря на выход новых рекомендаций по реваскуляризации миокарда, которые говорят о необходимости выполнения полной реваскуляризации миокарда, нерешенным остается вопрос определения границы минимального срока направления пациентов после стентирования коронарных артерий по поводу ОКС с умеренной тяжестью поражения коронарного русла на АКШ. Основным лимитирующим фактором раннего направления данной группы пациентов являются риск тромбоза стентов вследствие отмены антиагрегантной терапии. При использовании голометаллических стентов или стентов с лекарственным покрытием 1 или 2 поколения общепринятый срок находился в интервале от 6 до 12 месяцев. На сегодняшний день нет данных о минимальном безопасном сроке выполнения полной хирургической реваскуляризации миокарда и её отдаленных результатах после стентирования КЗА с использованием стентов 3 поколения с лекарственным покрытием сиролимус и биodeградируемым полимером, что подтверждает актуальность освещаемой в статье проблемы.

Выводы: Хирургическая реваскуляризация миокарда в ранние сроки после стентирования клиникoзависимой артерии у больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST и многососудистым поражением эквивалентна по эффективности и безопасности чрескожному коронарному вмешательству.

43 ВЛИЯНИЕ РАЗРАБОТАННОЙ ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ

Корнелюк О.М., Суджаева С.Г., Губич Т.С., Казаева Н.А.

РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Цель работы: Изучить влияние различных программ физической реабилитации на показатели суточного мониторинга ЭКГ (СМ ЭКГ) у пациентов с хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС) после хирургической коррекции клапанных пороков.

Материал и методы: В исследование включено 90 пациентов с ХРБС и хирургической коррекцией клапанных пороков. Сформированы 2 группы: контрольная группа (КГ, n=50), средний возраст—55[47;59] лет и основная группа (ОГ, n=35), средний возраст 51 [43; 58] год (p>0,05). В послеоперационном периоде пациентам КГ физическая реабилитация осуществлялась традиционным способом. У лиц ОГ использовалась разработанная программа медицинской реабилитации, предусматривающая индивидуализированное назначение физических тренировок с учётом мощности достижения анаэробного порога по данным спирометрии. СМ ЭКГ проводилось: до операции, через 10-14 дней, 3, 6 и 12 месяцев после клапанной коррекции.

Результаты: По средней и минимальной суточной ЧСС, количеству суправентрикулярных и желудочковых нарушений ритма до операции группы были сопоставимы как среди лиц с синусовым ритмом, так и с ФП ($p < 0,05$). При сравнении данных эктопической активности достоверных различий в послеоперационном периоде у исследуемых групп выявлено не было ($p > 0,05$). У пациентов с ФП ОГ в раннем послеоперационном периоде средняя суточная ЧСС была достоверно выше ($p = 0,03$). Начиная с 3-го месяца и далее после клапанной коррекции различия анализируемого показателя в ОГ становятся сопоставимыми. При анализе данных СМ ЭКГ пациентов с синусовым ритмом отмечено, что средняя ЧСС через 3 месяца в ОГ была достоверно ниже ($p = 0,03$). Установлено, что у лиц ОГ ЧСС минимальная на фоне синусового ритма была достоверно ниже как через 3, так и через 6 месяцев после клапанной коррекции ($p = 0,03$ и $p = 0,05$ соответственно). У пациентов КГ в раннем послеоперационном периоде наблюдается достоверный рост ЧСС ср и ЧСС макс по сравнению с дооперационным уровнем. Эта тенденция сохраняется в сроки 3 и 6 месяцев. Средняя и максимальная ЧСС становятся сопоставимыми с дооперационными значениями только через 12 месяцев после клапанной коррекции. Достоверное увеличение ЧСС мин в послеоперационном периоде объясняется имплантацией ЭКС пациентам с выраженной брадикардией после операции.

Выводы: У пациентов КГ по данным СМ ЭКГ отмечается повышение уровней ЧСС в послеоперационном периоде, которое становится сопоставимым с дооперационными данными только через 12 месяцев после операции. Использование разработанной программы медицинской реабилитации у лиц ОГ способствует нормализации ЧСС уже через 3 месяца после клапанной коррекции.

44

ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНЫХ УСЛОВИЙ ПРЕБЫВАНИЯ ПАЦИЕНТА В ОПЕРАЦИОННОМ БЛОКЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Папенина С.М., Федоркина Т.Н., Андгуладзе О.П.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение “Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний”, Кемерово, Россия

Введение: Безопасной больничной средой называется среда, которая в наиболее полной мере обеспечивает пациенту и медицинскому работнику условия комфорта и безопасности, позволяющие эффективно удовлетворять жизненно важные потребности. Задачами процесса «Обеспечения безопасной больничной среды», являются: мероприятия по идентификации пациента; организация и контроль выполнения мероприятий по профилактике ИСМП; организация и контроль безопасности пациентов при применении ЛС высокого риска; организация и контроль безопасного перемещения и транспортировки пациентов внутри стационара, для предупреждения падения пациентов; соблюдение медицинским персоналом требований к преаналитическому этапу; обеспечение безопасных условий пребывания в операционном блоке.

Цель: Разработка комплекса мероприятий для обеспечения безопасных условий пребывания пациента в операционном блоке кардиохирургической клиники.

Материалы и методы: Разработан комплекс мер, направленных на обеспечение пациенту и медицинскому работнику условия комфорта и безопасности в условиях кардиохирургической клиники. Среди них следующие основные направления. Исключение ошибок при оформлении первичной медицинской документации, при выполнении оперативных вмешательств, диагностических и лечебных процедур (вопросы идентификации пациента). Оптимизация

транспортировки пациента с разработкой соответствующего алгоритма. Обеспечение лекарственной безопасной пациентов, закрепленной в приказе Учреждения. Обеспечение безопасных условий пациента в операционном блоке. Профилактика развития пролежней в рамках разработанного протокола по профилактике пролежней. Профилактика ИСМП, которые регламентированы рядом локальных актов. Рутинно производится оценка результативности процесса в рамках документированных процедур с контролем температурного режима в помещениях операционного блока, температурного режима холодильных установок, работы бактерицидной установки, проведения генеральных уборок, ПСО медицинского инструментария, регистрации биологического материала для исследования.

Заключение: Комплекс мер, разработанных для обеспечения безопасных условий пребывания пациента в операционном блоке кардиохирургической клиники демонстрирует свою эффективность, что отражается в удовлетворительных значениях целевых показателей, оцениваемых в рамках системы менеджмента качества.

РАЗДЕЛ VI. ОКС И ИМ

45

РЕПЕРФУЗИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ КРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПО ДАННЫМ 10-ЛЕТНЕГО РЕГИСТРА

**Скопец И.С.¹, Везикова Н.Н.², Марусенко И.М.², Барышева О.Ю.², Малыгин А.Н.³,
Литвинова В.А.³, Исправникова А.А.²**

¹Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск, Карелия, Россия

²ГБОУ ВПО, Петрозаводск, Карелия, Россия

³ГБУЗ РК, Петрозаводск, Карелия, Россия

Материалы и методы: в исследование включены 2256 пациентов, последовательно госпитализированных в Региональный сосудистый центр (г.Петрозаводск) в период с 01.01.2009 по 01.01.2019 по поводу острого коронарного синдрома со стойким подъемом сегмента ST (ОКСспST), включенных в Федеральный регистр.

Результаты: Среди 2256 пациентов с ОКСспST преобладали мужчины (65,8%), средний возраст 68 лет. 14,1% больных ранее переносили острый инфаркт миокарда (ОИМ). В исследуемой группе реперфузионные вмешательства были выполнены в 83,5% случаев, преимущественным методом (76,2%) было чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Среднее время от начала клинических проявлений ОКС до проведения эндоваскулярного лечения составило 240 минут, в 82% ЧКВ было выполнено в период ≤ 90 минут с момента поступления в стационар. Тромболитическая терапия (ТЛТ) была проведена 165 пациентам (7,3%), среди них в 15 случаях (0,6%) ввиду ее неэффективности потребовалось выполнение спасительного ЧКВ. Следует отметить, что у 67,3% пациентов системный фибринолиз выполнен в период 30 минут с момента первого контакта со службой здравоохранения. Консервативное лечение ОИМ без реперфузионных вмешательств проводилось в 16,5% случаев, что чаще всего было связано с поздним обращением пациентов за медицинской

помощью. Анализ динамики объема реперфузии у пациентов с ОКСспST продемонстрировал рост числа вмешательств с 76,6% до 83,1% в период с 2014 по 2018 гг., на фоне чего отмечена отчетливая тенденция по снижению госпитальной летальности при ОИМ (с 9,7% до 6,1%).

Выводы: в работе представлены данные о выполнении реперфузионных вмешательств при ОКСспST в реальной клинической практике по результатам 10-летнего регистра. Продemonстрировано, что увеличение объема своевременных вмешательств было ассоциировано со снижением госпитальной летальности при данной патологии.

46

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ НА ФОНЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ - ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ

Иванов А.В., Шаленкова М.А.

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №38», Нижний Новгород, Нижегородская (Горьковская) область, Россия

Введение: У пациентов с онкологическим заболеванием (ОЗ) в 1,9-4,2% случаев развивается острый коронарный синдром (ОКС).

Цель: изучить особенности клинического течения ОКС у пациентов с ОЗ.

Материалы и методы: В исследование были включены пациенты, госпитализированные с диагнозом ОКС (n=176), средний возраст – 66,8±9,4 лет, преобладали мужчины (57,9%). Основная группа – 88 больных ОКС с ОЗ; группа сравнения (ОКС без ОЗ) – подобрана методом «копи-пара» в соотношении 1:1 по полу, возрасту, структуре ОКС (n=88). Статистическая обработка проводилась в программе SPSS Statistics 17.0. Уровень статистической значимости p<0,05.

Результаты и обсуждение: При поступлении ОКС без подъема ST был у 58% пациентов, ОКС с подъемом ST – 42%. Наиболее частой локализацией ОЗ были: легкие (15,9%), желудочно-кишечный тракт (15,9%) и гематологические заболевания (14,8%). В дебюте ОКС у больных с ОЗ, в отличие от больных без ОЗ, чаще: был атипичный ангинозный приступ (15,9 и 4,5% соответственно, p=0,025), а одышка и/или общая слабость – ведущая жалоба (27,3 и 14,8% соответственно, p=0,04), была выше частота дыхательных движений (18,3±2,9 и 17,6±0,9 в 1 мин. соответственно, p=0,003), выслушивались влажные хрипы в нижних отделах легких (20,5% и 9,5% соответственно, p=0,03), и диагностировалась острая левожелудочковая недостаточность Killip II-IV (31,8 и 15,9% соответственно, p=0,01). Средняя величина фракции выброса левого желудочка была достоверно ниже у больных ОКС с ОЗ, чем у больных ОКС без ОЗ (47,3±8,3 и 51±7,4% соответственно, p=0,0014), что возможно указывает на перенесенное ранее повреждение миокарда вследствие проводимого противоопухолевого лечения. Инвазивная тактика достоверно реже применялась у больных ОКС с ОЗ, чем у больных ОКС без ОЗ (79,7 и 95,5% соответственно, p=0,002). При лабораторном исследовании у больных ОКС с ОЗ были достоверно ниже средний уровень гемоглобина (120,94±28,44 против 138,8±15,57 г/л; p=0,000004) и эритроцитов (4,21±0,88 против 4,62±0,56 10¹²/л; p=0,001). Достоверных различий по частоте выявления гемодинамически значимых сужений, острой и хронической окклюзии коронарных артерий (КА) в исследуемых группах не выявлено. У больных ОКС с давностью ОЗ <6 мес. и в стадии прогрессирования (n=20) частота острой окклюзии КА составила 90%. У больных ОКС с ОЗ, по сравнению ОКС без ОЗ, чаще развивались urgentные сердечно-сосудистые осложнения (28,2 и 6,8% соответственно, p=0,0004), была более высокая летальность (12,5 и 3,4% соответственно, p=0,048), особенно досуточная (7,9 и 1,1% соответственно, p=0,03).

Заключение. Изучение особенностей клинического течения ОКС у пациентов с ОЗ необходимо для оптимизации оказания им медицинской помощи.

47 ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Ходжанова Ш.И., Кадырова Ш.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение: Сегодня ОКС представляет собой определенный спектр клинических проявлений одного и того же процесса в коронарных артериях где происходит формирование обструкции коронарной артерии различной степени выраженности, вплоть до ее полной окклюзии. Согласно по данным ученых, в настоящее время показатель ОКС составляет 7,4% (7,5% для острого ИМ с элевацией сегмента ST, 5,2% для острого коронарного синдрома (ОКС) без элевации сегмента ST). Учитывая ОКС имеет свою особенность клиники, не достаточно изучено динамика ЭКГ у больных, а это приводит к несвоевременно установке окончательного диагноза и от туда выбора в тактике лечения.

Цель исследования: Изучить факторы риска, отрицательно влияющие на течения ОКС и изменения на ЭКГ.

Материалы и методы: Изучены истории болезни и результаты методов обследования (ЭКГ, ЭхоКГ), зарегистрированных больных с ОКС. Всего больных:30. Средний возраст больных 63 года, из них мужчин-21, женщин-9). Больным проведено клиническое, лабораторное и инструментальные методы исследования. При поступлении больные предъявляли жалобы, как, колющие боли в груди-60%, боль в покое-35%, жжение за грудиной при нагрузке-43%, Атипичная картина включала: боль в эпигастральной области-22%, появления дискомфорта во время еды -17%, нарастающую одышку-60%. Без болей-25% -это больных старше 75 лет и больных с сахарным диабетом -26,6%, ограничение физической нагрузки у 90 % больных.

Результаты исследования: Выявлены факторы риска, влияющее на течению ОКС: возраст 60-70 лет-19 больные, 70-80 лет-8 больных, старше 80 лет-3 больных. Среди больных составили: сахарный диабет-7%, артериальная гипертензия-48%, длительно протекающая стенокардия, ПИКС-15%, больные после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) -8%, перенесенное аорта коронарное шунтирование (АКШ) - 2%, застойная сердечная недостаточность-38%. На ЭКГ выявлены: низкий риск-сглаживание зубца Т или его инверсия (25%),средний риск-ST сегмент 1 мм, высокий риск-преходящий подъем сегмента ST, депрессия сегмента ST$> 1\text{ мм}$, глубокая симметричная инверсия Т. У всех больных ЭхоКГ метод обследования показал следующие результаты: локальные левожелудочковые признаки гипокинезии и акинезии, снижение (меньше 55%) объем выброса крови (ФВ).

Выводы: Для правильной постановки диагноза (ОКС,ОИМ,НС) имеют значения: сбор полного анамнеза, после чего в последующие 10 мин провести ЭКГ обследования, динамики-на 2-3 сутки,(в случае надобности провести холтеровское обследование) и проведение ЭхоКГ обследование, определение маркеров повреждения миокарда в крови,определить к какой группе риска относится больной. А это дает возможности выбора правильной тактики лечения и предотвратить различные осложнения или смерти.

48 СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Садырова М.А., Ниязова М.Б., Миралиева М.Э.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Введение: Острый коронарный синдром (ОКС), развивающийся в результате нарушения целостности атеросклеротической бляшки с последующим тромбообразованием может привести к нарушению центральной гемодинамики и развитию сердечнососудистой недостаточности.

Цель исследования: Изучение показателей центральной гемодинамики при остром коронарном синдроме.

Материал и методы: Проведено обследование 40 пациентов с ОКС (из них мужчин – 24, женщин – 16), находившихся на стационарном лечении в 1-й Республиканской клинической больнице. Средний возраст пациентов $54,3 \pm 5,6$ лет. Пациенты были разделены на 2 группы: I группа – 18 пациентов с ОКС с элевацией сегмента ST, II группа – 22 пациента с ОКС без элевации сегмента ST. Группу сравнения составили 10 пациентов со стабильной стенокардией II-III ФК. Всем пациентам провели полное клиническое обследование, изучили липидный спектр крови, тропонин 1, ЭКГ в 12 стандартных отведениях. Пациентам определили также показатели острофазовых реакций (С-реактивный белок, фибриноген, интерлейкин 1, интерлейкин 6 и фактор некроза опухоли α). Показатели центральной гемодинамики изучали по данным ЭхоКГ в двухмерном и Доплеровском режимах при поступлении и на 5 й день стационарного лечения после трансформации ОКС. По ЭхоКГ оценивали показатели центральной гемодинамики: КДО, КСО, УО, ФВ, МО, СИ.

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

Заключение: Сравнительное изучение показателей центральной гемодинамики у больных ОКС с элевацией сегмента ST и без нее показало достоверное снижение ФВ у пациентов с ОКС с элевацией сегмента ST по сравнению с пациентами с ОКС без элевации и с контрольной группой. Снижение ФВ у пациентов с ОКС без элевации сегмента ST при поступлении по сравнению с контрольной группой также было статистически достоверным. Приведенные данные позволяют сделать заключение о том, что у пациентов с ОКС с элевацией сегмента ST и без нее развивается снижение показателей центральной гемодинамики, причем более выраженные у пациентов с ОКС с элевацией сегмента ST.

49

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНВАЗИВНОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОВТОРНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С УЧЕТОМ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Газарян Г.Г., Тюрина Л.Г., Нефедова Г.А., Чепкий Д.А., Алиджанова Х.Г.

ГБУ здравоохранения г. Москвы «НИИ СП им. Н.В.Склифосовского ДЗ г. Москвы». Москва, Россия

Цель: Оценить эффективность консервативного и инвазивного лечения больных повторным инфарктом миокарда (ПИМ) с учетом различных возрастных групп.

Материал и методы: Обследовано 743 больных ПИМ, госпитализированных в отделение неотложной кардиологии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с 2008 по 2017 г. I группу составили 219 больных старше 75 лет, II – 161 в возрасте от 65 до 74 лет и III – 363 младше 65 лет. Первичные ЧКВ в первые 12 ч. выполнялись у 313 больных, в сроки 12-72 ч. – у 167, консервативная терапия - у 263 больных; с учетом I, II и III возрастных групп: 51, 40, 128; 86, 33, 42 и 176, 94, 93 больных соответственно. Ангиографический успех ЧКВ оценивали по достижению кровотока TIMI 3 в инфаркт-связанной артерии (ИСА). Риск смерти (РС) определяли по шкале TIMI.

Результаты: Исходный РС с учетом I, II и III групп составил 8,2 баллов или 28,6%, 6,6 или 20,5% и 4,3 или 8,8%, в среднем 5,9 баллов или 15,7%. Ангиографический успех после ЧКВ был констатирован в 80,2% случаев. При применении первичных ЧКВ летальность среди лиц старше 75 лет, 65-74 и младше 65 лет составила: 11,6%, 4,8% и 7,1% соответственно; с учетом ранних и отсроченных ЧКВ: 15%, 4,8%, 9,3% и 7,1%, 4,8%, 4,4% соответственно. У всех умерших после ЧКВ финальный кровоток в ИСА соответствовал TIMI 0 или 1. В отсутствии ЧКВ летальность в I, II и III группах составила 25,2%, 15,3% и 10,8% соответственно. По данным аутопсии у всех умерших имело место многососудистое поражение коронарного русла, суммарная площадь свежего и ранее перенесенного ИМ превышала 50% массы ЛЖ. Причиной смерти чаще всего являлись кардиогенный шок и выраженный отек легких.

Заключение: ПИМ является предиктором высокого РС. В отсутствии ЧКВ он сопровождается высокой летальностью в особенности среди лиц старческого возраста. Успешное применение первичных вмешательств, включая отсроченные, независимо от возраста, предотвращает развитие летальных исходов.

50

РОЛЬ ПЕРВИЧНЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ВЫПОЛНЕННЫХ ПРИ ПОЗДНЕМ ПОСТУПЛЕНИИ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕДНИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Газарян Г.Г., Тюрина Л.Г., Нефедова Г.А., Чепкий Д.А.

ГБУ здравоохранения г. Москвы «НИИ СП им. Н.В.Склифосовского ДЗ г. Москвы». Москва, Россия

Цель: оценить роль первичных чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ), выполненных при поступлении от 12 до 72 часов у больных первичным передним инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) старческого возраста.

Материал и методы: В исследование включены 555 больных с диагнозом передний ИМпST, поступивших в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с 2008 по 2015 г., из которых I группу составили 118 (21,3%) больных в возрасте старше 75 лет (в среднем $79,4 \pm 8,1$), II - 437 (78,7%) младше 60 лет (в среднем $50,5 \pm 7,9$). Единственным критерий не включения - тромболитическая терапия. Первичные ЧКВ в первые 12 ч. выполнены у 205 больных, через 12-72 ч. - у 187 и консервативная терапия - 163 больных, с учетом I и II групп: 41, 33, 44 и 164, 154, 119 больных соответственно. Ангиографический успех ЧКВ оценивался по достижению финального кровотока TIMI 3, в сопоставлении с ЭКГ-признаками реперфузии. Риск смерти (РС) определяли по шкале TIMI.

Результаты: Соотношение больных, госпитализированных позднее первых 12 ч. в I и II группах составило 57,9% и 49,2%; исходный РС - 7,8 балла или 26,1% и 4,1 балла или 7,8% соответственно. Все больные старше 75 лет оказались с высоким риском, младше 60 лет - с высоким, средним и низким: 38%, 50,5% и 11,5% соответственно. Проксимальное поражение ПМЖВ выявлено в 58% и 46% наблюдений, множественное - в 68% и 44% соответственно. Ангиографический успех после ЧКВ был констатирован в 88,7% наблюдений, с учетом I и II групп: 72,8% и 92,7% соответственно. ЭКГ -признаки реперфузии выявлялись реже: редукция сегмента ST более 50% через час после ранних ЧКВ - в половине наблюдений. При применении первичных ЧКВ летальность среди лиц старше 75 и младше 60 лет составила 5,4% и 2,3% соответственно; с учетом ранних и экстренноотсроченных ЧКВ: 4,9%, 1,8% и 6,1%, 2,6% соответственно. В отсутствии ЧКВ летальность в I и II группах составила 29,5% и 8,4% соответственно. Всего умерло 33 пациента, из них среди лиц старческого возраста с учетом инвазивной и консервативной стратегии 4 и 12, младше 60 лет - 7 и 10 соответственно. Практически у всех больных независимо от возраста причиной обширного ИМпST, достигающего 50% площади ЛЖ, явилась проксимальная окклюзия ПМЖВ в сочетании с множественным поражением, только в 1 случае она была изолированной.

Заключение: Передний ИМпST, обусловленный проксимальной окклюзией ПМЖВ при множественном поражении является предиктором высокого РС. У лиц старческого возраста такое сочетание встречается чаще и в отсутствие РТ сопровождается высокой летальностью. Успешное применение первичных ЧКВ при позднем поступлении, более характерном для этой категории больных, предотвращает развитие летальных исходов, повышает эффективность лечения.

РАЗДЕЛ VII. ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

51

КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И КОМПЛАЕНТНОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИОБРЕТЕННОГО СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА

Жидяевский А.Г.¹, Горохова Е.А.², Ибрагимова К.Р.², Галяутдинов Г.С.²

¹Казанский ГМУ, Татарстан, Казань, Россия

²ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Татарстан, Казань, Россия

Цель: исследовать уровень когнитивной дисфункции, качество жизни и приверженность к лечению пациентов с постоянной формой неклапанной фибрилляции предсердий и хронической сердечной недостаточностью при различном уровне образования.

Материал и методы: обследовано 47 человек в возрасте 65-72 лет с постоянной формой неклапанной фибрилляции предсердий и хронической сердечной недостаточностью I, IIa стадии (ФК II). Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от уровня образования. Первую группу составили 29 человек с высшим образованием, во вторую группу вошли 18 пациентов со средне-профессиональным образованием. Контрольная группа состояла из 27 здоровых лиц. Выявление когнитивных нарушений проводилось с помощью MMSE-теста, МОСА-теста и теста «Батарея лобной дисфункции (FAB)». Комплаентность к лечению пациентов определялась с помощью опросника Мориски-Грина. Комплаентными к лечению считались лица, набравшие 4 балла, а некомплаентными получившие 3 балла и менее. Оценка качества жизни проводилась с использованием опросника «Качество жизни больных с аритмиями» (Либис Р. А. и соавт., 1998). Достоверность различий между двумя группами по исследуемым параметрам оценивались по Укритерию Манна-Уитни.

Результаты: показатель опросника MMSE в первой группе лиц был равен $29,6 \pm 0,26$ балла, во второй - $24,2 \pm 0,12$ балла ($p < 0,05$). По итогам МОСА-теста пациенты первой группы набрали $29,2 \pm 0,21$ балла, второй - $19,6 \pm 0,37$ балла ($p < 0,05$). FAB тест у больных первой группы дал результаты в $16,8 \pm 0,41$ балла, во второй - $8,8 \pm 0,32$ балла ($p < 0,05$). Показатель по опроснику Мориски-Грина равнялся $3,9 \pm 0,34$ балла в первой группе, а во второй - $0,5 \pm 0,21$ балла ($p < 0,05$). В первой группе показатель качества жизни по результатам опросника «Качество жизни больных с аритмиями» составил $18,3 \pm 0,42$ балла, а во второй - $75,2 \pm 0,13$ балла ($p < 0,05$).

Выводы: у пациентов с постоянной формой неклапанной фибрилляции предсердий и хронической сердечной недостаточностью, имеющих высшее образование, выявляются менее выраженные когнитивные нарушения, наблюдается более высокий уровень качества жизни и лучше комплаентность к лечению по сравнению с пациентами со средне-профессиональным образованием.

КОМОРБИДНОСТЬ: ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ДИСФУНКЦИЯ ПОЧЕК

Мацкевич С.А., Бельская М.И.

Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь

Введение: Дисфункция почек – одно из наиболее часто встречающихся состояний коморбидных с хронической сердечной недостаточностью и может быть предиктором неблагоприятного клинического исхода.

Цель работы: оценить функциональное состояние почек в динамике у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы: Обследовано 140 пациентов с ХСН II,III функционального класса (ФК) ишемического генеза (давность перенесенного инфаркта миокарда с зубцом Q – $4,12 \pm 3,18$ года), средний возраст составил $60,41 \pm 7,06$ года. Пациенты с заболеваниями почек и/или эндокринной патологией в исследование не включались. Ультразвуковое исследование сердца проведено на аппарате Vivid-7 по стандартной методике, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) составила в среднем $50,5 \pm 7,16\%$. Биохимические исследования выполнены на анализаторе Olympus: уровень цистатина С определяли с использованием лабораторных наборов Randox, концентрацию креатинина – с использованием наборов Vekman. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ в мл/мин/1,73 м²) по уровню креатинина определяли по формуле Cockcroft-Gault, СКФ по уровню цистатина С – по формуле: $СКФ = -4,32 + 80,35 / \text{цистатин С}$. Уровень NT-proBNP в сыворотке крови определяли на иммуноферментном анализаторе. Для определения микроальбуминурии (МАУ в утренней порции мочи свыше 30 мг/л) использовался анализатор Olympus, уровня альфа-1-микроглобулина (А1М) в моче – метод прямого твердофазного иммуноферментного анализа с использованием пары моноклональных антител ИФА-А1М (норма до 10 мг/л).

Результаты: Уровни мочевины, глюкозы крови, ферментов были в норме исходно и в динамике у всех пациентов. Средние значения креатинина и цистатина С исходно не превышали нормальных значений. Однако средние значения СКФ по уровню креатинина и по уровню цистатина С ниже нормальных значений. Снижение СКФ (легкое и умеренное), определяемое по уровню цистатина С, отмечалось у 61,4% пациентов. Умеренное снижение СКФ (по уровню цистатина С) имели 8,6% пациентов – эти пациенты имеют поражения органов-мишеней при отсутствии клинических проявлений. Выявлены также повышенный уровень А1М (15% пациентов) и МАУ (14,3% пациентов). Через год наблюдения при стабильном течении ХСН и отсутствии ухудшения показателей внутрисердечной гемодинамики, независимо от ФК ХСН, выявлено динамическое ухудшение функции почек: прогрессирующее снижение СКФ, увеличение количества пациентов со сниженной СКФ по цистатину С (81,4% пациентов), из них с умеренным снижением СКФ (по уровню цистатина С) – 10,3% пациентов, а также увеличение количества пациентов с А1М (20,7% пациентов) и МАУ (20,7% пациентов). Исходно и в динамике исследования выявлена корреляционная зависимость между уровнем цистатина С и А1М ($r=0,51$, $p<0,001$), ФВ ЛЖ и уровнем цистатина С ($r=-0,57$, $p<0,001$), между уровнями цистатина С и NT-proBNP ($r=0,50$, $p<0,001$).

Заключение: Таким образом, у пациентов при стабильном течении ХСН и при отсутствии ухудшения показателей внутрисердечной гемодинамики в динамике наблюдения определяются признаки динамического ухудшения функции почек, т.е. прогрессирующая дисфункция почек. Вероятно, определение уровня цистатина С, МАУ и А1М позволяет выявлять начало почечной дисфункции у пациентов с ХСН. Цистатин С обладает наибольшей чувствительностью в отношении выявления ранних нарушений функции почек и может использоваться как маркер ранней дисфункции почек при отсутствии клинической картины.

53

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Садырова М.А., Ниязова М.Б., Миралиева М.Э.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Введение: Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является заболеванием с высокой распространённостью и неблагоприятным исходом, особенно в старших возрастных группах: в возрасте от 50 до 59 лет распространённость ХСН составляет 1,0%, а в группе больных от 80 до 89 лет её частота возрастает до 10%. Основную долю больных ХСН составляют лица в возрасте от 60 до 79 лет (65,6%), которые в 68,1% случаев имеют ХСН III-IV функционального класса (ФК) среди всех больных с этим заболеванием. Частота сердечной недостаточности согласно Фремингемским критериям среди госпитализированных пациентов пожилого и старческого возраста составляет 33,3%, при этом пациенты с систолической ХСН составляют почти половину (48%), а пациенты с диастолической ХСН пятую часть (20%). Более известной и изученной является систолическая форма ХСН, с изучения которой много десятилетий назад и началось исследование проблемы сердечной недостаточности, и для которой характерны дилатация полости левого желудочка и снижение его сократительной функции. Диастолическая ХСН является менее известной, менее изученной и часто не диагностируется, так как для нее характерны нормальные (или уменьшенные) размеры полости ЛЖ и сохраненная сократительная функция. Подавляющее большинство исследований посвящено клинической картине, течению и лечению ХСН у больных, находящихся в стационарных условиях. В то же время имеются единичные работы, в которых сообщалось о наблюдении больных ХСН в поликлинических условиях. Практически отсутствуют работы, в которых обследование пожилых больных с этим заболеванием было комплексным и всесторонним с определением структурно-функционального состояния сердца.

Цель исследования: оптимизировать тактику ведения пожилых больных ХСН в поликлинических условиях для улучшения их прогноза.

Материал и методы исследования: Проведено комплексное обследование, динамическое наблюдение и лечение 130 больных (84 мужчин и 36 женщин) ХСН II-IV ФК по классификации НьюЙоркской ассоциации сердца (НУНА), развившейся вследствие ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертензии (АГ), дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) в возрасте от 39 до 85 лет. Причиной ХСН у 79% больных 60 лет и старше явилась ИБС и у 21% - АГ без клиникоэлектрокардиографических признаков ИБС. Среди 83% больных до 60 лет причиной ХСН была ИБС, у 8,5% – ДКМП и у 8,5% - АГ. Эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) в покое и всем больным определяли фракцию выброса ЛЖ методом Симпсона. Сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса ЛЖ определялась при значении фракцию выброса $\leq 45\%$, с сохранённой фракцией выброса при её значении $>45\%$ в сочетании с нарушением наполнения ЛЖ. Исследование диастолической функции ЛЖ проводили с помощью импульсно-волновой доплерографии. Оценивали скорость раннего диастолического наполнения ЛЖ (Е, см/с), скорость позднего диастолического наполнения ЛЖ (А, см/с), отношение пиковых скоростей Е/А, время замедления скорости кровотока в раннюю фазу диастолы (DT, мс), время изоволюметрического расслабления (ВИР, мс). Признаками нарушения податливости ЛЖ считали увеличение ВИР более 90 мс и/или уменьшение отношения Е/А менее 1,0. При увеличении отношения Е/А $>1,5$ считали, что трансмитральный кровоток указывает на рестриктивный характер наполнения ЛЖ. Статистическую обработку данных проводили с использованием пакетов программ SPSS 16.0 и Statistica 6.0. Различия считали статистически значимыми при значениях двустороннего $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение: Ведущей причиной развития ХСН была ИБС (постинфарктный кардиосклероз), которая встречалась у 83% больных в возрасте до 60 лет и у 79% - 60 лет и старше. Артериальная гипертензия, как этиологический фактор ХСН, оказалась на втором месте после ИБС, но у больных 60 лет и старше она отмечалась почти в два раза чаще, чем у больных до 60 лет. ДКМП была причиной ХСН у 8,5% больных в возрасте до 60 лет, в то время, как ни у одного больного в возрасте 60 лет и старше ДКМП не наблюдалась. Фибрилляция предсердий встречалась у 26,2% больных ХСН старших возрастных групп и у 19,5% в возрасте до 60 лет. Сахарный диабет 2 типа имелся у 17,7% больных ХСН 60 лет и старше и у 12,2% в возрасте до 60 лет. При оценке факторов риска неблагоприятного прогноза ХСН, включавших сахарный диабет, АГ и гипертрофию ЛЖ, отмечено, что сочетание этих факторов встречалось у 15% больных пожилого возраста и у 4,9% в возрасте до 60 лет. С возрастом у больных ХСН уменьшались СКФ ($p=0,014$), клиренс креатинина ($p<0,001$) и увеличивалось количество больных со сниженной функцией почек. Полученные данные согласуются с современными представлениями, свидетельствующих об увеличении вклада этих состояний в неблагоприятное течение ХСН больных пожилого возраста.

По данным ЭхоКГ исследования сердца больные ХСН 60 лет и старше имели меньшие размеры и большую толщину стенок ЛЖ, а также среди них чаще выявлялись больные с сохранённой фракцией выброса ЛЖ (51,2%), по сравнению с больными в возрасте до 60 лет (33%). Пожилые больные ХСН и сохранённой фракцией выброса ЛЖ были старше больных ХСН, имевших сниженную фракцию выброса ЛЖ. Среди больных со сниженной фракцией выброса ЛЖ преобладали мужчины, в то время как среди больных с сохранённой фракцией выброса ЛЖ женщины. ИБС была ведущей причиной ХСН, но чаще она выявлялась у больных со сниженной фракцией выброса ЛЖ (93,3%), чем с сохранённой фракцией выброса ЛЖ (65,9%), $p<0,001$. Артериальная гипертензия, как причина ХСН, встречалась у 34,1% больных с сохранённой фракцией выброса ЛЖ и у 6,7% - со сниженной фракцией выброса ЛЖ. Больные ХСН и сохранённой фракцией выброса ЛЖ имели более высокий индекс массы тела и среди них чаще были больные с ожирением, чем среди больных со сниженной фракцией выброса ЛЖ. Полученные данные соответствуют существующим представлениям о том, что больные ХСН и сохранённой фракцией выброса ЛЖ – «это преимущественно пожилые женщины с ожирением и сахарным диабетом».

Течение сердечной недостаточности было более тяжелое у больных со сниженной фракцией выброса ЛЖ: у них чаще имелась ХСН III-IV ФК. Больных с сохранённой фракцией выброса ЛЖ чаще соответствовали II ФК сердечной недостаточности. У пожилых больных с фракцией выброса ЛЖ $\leq 45\%$ по результатам ЭхоКГ исследования чаще регистрировался рестриктивный и, возможно, псевдонормальный тип нарушения по сравнению с больными с фракцией выброса ЛЖ $>45\%$, у которых доминировало снижение податливости ЛЖ, то есть начальная фаза диастолической дисфункции ЛЖ. Данные сопоставимы с результатами большинства других авторов, в работах которых показано наличие диастолической дисфункции у больных ХСН с сохранённой фракцией выброса ЛЖ.

Выводы: Таким образом, в подавляющем большинстве случаев основными причинами развития ХСН являлись ишемическая болезнь сердца (постинфарктный кардиосклероз) и артериальная гипертензия. У 51,2% больных ХСН в возрасте 60 лет и старше, наблюдавшихся в поликлинических условиях, выявлялась сохранённая фракция выброса левого желудочка ($\geq 45\%$). Высокий функциональный класс ХСН и низкая фракция выброса левого желудочка повышают вероятность декомпенсации ХСН.

54

РАСТВОРИМЫЕ РЕЦЕПТОРЫ ТРАНСФЕРРИНА В ОЦЕНКЕ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ.

Смирнова М.П., Чижов П.А.

ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

Введение: Анемический синдром различного генеза выявляется по данным разных исследований у 15-60% пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Механизмы развития анемии при ХСН многообразны; дефицит железа (ДЖ) является одной из наиболее частых причин. Для оценки ДЖ традиционно используют концентрацию сывороточного железа (Fe), ферритина (FER), трансферрина (TR). Новым лабораторным показателем для объективной оценки метаболизма железа и раннего выявления ДЖ являются растворимые рецепторы трансферрина (sTRR).

Цель: оценить уровень sTRR у пациентов с ХСН с постоянной формой фибрилляции предсердий (ФП).

Материалы и методы: обследовано 55 пациентов с ХСН и ФП (39 женщин (Ж) и 16 мужчин (М)), средний возраст $71,36 \pm 7,68$ лет. Всем обследованным проводили тест 6-минутной ходьбы для оценки функционального класса (ФК) ХСН, определяли уровень гемоглобина (HGB) в г/л, средний объем эритроцита (MCV) в фл, среднее содержание (MCH) в пг и среднюю концентрацию (MCHC) HGB в эритроците в г/л, распределение эритроцитов по объему (RDW) в % и абсолютных величинах. Уровень Fe в мкмоль/л, FER в мкг/л, TR в г/л в сыворотке крови определяли фотометрическим методом по конечной точке. Процент насыщения трансферрина железом (sTR) рассчитывали по формуле: $STRF = (Fe \text{ сыворотки, мкмоль/л} \times 398) / TR, \text{ мг/дл, в \%}$; уровень sTRR определяли иммуноферментным методом в пмоль/л.

Результаты: у 7 человек выявлена ХСН II ФК по NYHA, у 21 – III ФК, у 27 – IV ФК. Уровень sTRR по группе в целом составил $34,58 \pm 30,18$ пмоль/л, у М и Ж значения не имели существенных отличий, $34,27 \pm 31,29$ пмоль/л и $35,61 \pm 27,13$ пмоль/л соответственно. У пациентов с ХСН и ФП концентрация sTRR достоверно увеличивается от II ФК к IV ФК, значения составили $17,16 \pm 9,30$ пмоль/л для ФК II, $37,29 \pm 27,47$ пмоль/л для ФК III и $39,53 \pm 36,67$ пмоль/л при ФК IV соответственно. У 42 пациентов (77%), с ХСН и ФП (28Ж и 14 М) выявлен ДЖ (FER < 100 нг/мл или sTR < 25% при FER 100-300 нг/мл). Средний уровень HGB в этой группе составил $127,24 \pm 20,58$ г/л, Fe $12,96 \pm 6,66$ мкмоль/л, FER $46,81 \pm 27,97$ мкг/л, sTRR $42,96 \pm 35,80$ пмоль/л. Анемия, согласно критериям ВОЗ (HGB < 130 г/л у М и < 120 г/л у Ж), выявлена у 22 (40%) обследованных, 10Ж и 12М. У всех пациентов с выявленной анемией уровень HGB соответствовал легкой степени (>90 г/л), средние значения составили: HGB $108,95 \pm 11,42$ г/л, Fe $11,12 \pm 6,32$ мкмоль/л, FER $61,21 \pm 46,56$ мкг/л, sTRR $55,35 \pm 37,15$ пмоль/л. По группе пациентов с ХСН и ФП в целом установлены достоверные отрицательные корреляции между sTRR и MCV, MCH и MCHC и положительные корреляции между sTRR и RDW.

Выводы: по мере увеличения ФК ХСН у пациентов с ФП отмечается увеличение концентрации sTRR. У пациентов с латентным ДЖ, даже на фоне нормального значения Fe, уровень sTRR увеличивается. Анемия у пациентов с ХСН и ФП сопровождается дальнейшим увеличением уровня sTRR.

55

ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ ОРТОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Джигоева О.Н.¹, Загиченко М.А.²

¹ГБУЗ ГКБ №24 ДЗМ, Москва, Россия

²ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Введение: В настоящее время отсутствуют единые подходы к профилактике ятрогенных ортостатических патологических состояний. Работа в этом направлении является актуальной и клинически значимой медико-социальной задачей.

Цель: разработать методы профилактики ортостатических состояний у пациентов пожилого и старческого возраста с декомпенсацией ХСН.

Материалы и методы: было отобрано 55 человек, которые поступили в стационар Городской Клинической Больницы Департамента Здравоохранения г. Москвы, по поводу декомпенсации хронической сердечной недостаточности (ХСН). Риск ВТЭО по шкале PADUA исключал необходимость использования фармакологической и механической профилактики венозных тромбозных осложнений. Всем пациентам проводилась инструментальная и лабораторная диагностика ХСН в соответствии с рекомендациями ОССН 2016 г. После стабилизации состояния пациенты были разделены на 2 группы (25 людей опытная группа и 30 человек в контрольной группе). Первой группе пациентов на время исследования был предоставлен компрессионный трикотаж (чулки), который они надевали при пробуждении утром и снимали перед отхождением ко сну, находясь в нем весь день. Компрессионный трикотаж с профилактической степенью компрессии, класс А. вторая группа компрессионный трикотаж не использовала. В нашем исследовании мы проводили измерение артериального давления (АД) на приборе Microlife WatchBPoffice (автоматическая манжета), после того как пациенты находились в горизонтальном положении 10-15 минут. Измерение АД проводили на верхних конечностях в положении лежа и стоя и на ноге в положении лежа. Результаты заносились ежедневно в индивидуальную таблицу-дневник. В конце госпитализации оценивались повторно лабораторные и инструментальные критерии, на основании которых диагностирован тот или иной тип ХСН.

Результаты: Ношение компрессионного трикотажа положительно влияет на стабилизацию АД. Использование компрессионного трикотажа способствуют плавному снижению АД, что расценивается как менее агрессивная тактика комплексной терапии. При этом отсутствует негативное влияние на течение сердечной недостаточности.

56 ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.

Смирнова М.П.

¹ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

Введение: распространенность анемии среди больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), по данным разных регистров и клинических исследований, составляет от 14 до 60%. Анемия является независимым фактором, ухудшающим качество жизни, увеличивающим риск повторной госпитализации и смертности при ХСН. Анемический синдром на фоне ХСН может иметь различное происхождение, наиболее часто встречаются анемия из-за дефицита железа (ДЖ) и анемия хронических заболеваний. ДЖ у пациентов с ХСН может быть связан со снижением потребления пищи (сердечная кахексия), синдромом мальабсорбции, микрокровоотечением из-за использования аспирина в профилактических целях. ДЖ даже без анемии может оказывать негативное влияние на прогноз, ухудшая переносимость физических нагрузок и снижая качество жизни.

Цель: изучить частоту встречаемости дефицита железа и анемии у больных с ХСН, находящихся на лечении в терапевтическом стационаре, проанализировать показатели, характеризующие обмен железа.

Материалы и методы: обследовано 209 больных, 53 мужчины (М) и 156 женщин (Ж), с ХСН разного функционального класса (возраст 71,79±7,44 года), находившихся на лечении в терапевтическом отделении ГБУЗ ЦГБ г. Ярославля по поводу ухудшения течения ИБС и/или гипертонической болезни и нарастания симптомов ХСН. У всех больных проводили клиническое обследование с оценкой функционального класса ХСН по ШОКС в интерпретации В.Ю.Мареева, тест 6-минутной ходьбы, общий анализ крови с определением количества эритроцитов (RBC) в 10¹²/л, уровня гемоглобина (HGB) в г/л, среднего объема эритроцита (MCV) в фл, среднего содержания (MCH) в пг и концентрации (MCHC) в г/л гемоглобина в эритроците, распределения эритроцитов по объему (RDW) в % и в абсолютных значениях в пг. На гематологическом анализаторе определяли уровень мозгового натрийуретического пептида в пг/мл, уровень железа (Fe) в мкмоль/л, ферритина (FER) в мкг/л, трансферрина (TRF) в г/л, СРБ в г/л высокочувствительным методом в сыворотке крови фотометрическим методом по конечной точке. Процент насыщения трансферрина железом (STRF) рассчитывали по формуле: STRF= железо сыворотки, мкмоль/л x398) / трансферрин, мг/дл. О наличии дефицита железа судили в соответствии с рекомендациями Европейского Общества кардиологов (ESC) по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2016 на основании снижения уровня ферритина сыворотки крови менее 100 мкг/л или ферритина в диапазоне от 100 до 299 мкг/л и насыщения трансферрина менее 20%. Анемию диагностировали в соответствии с рекомендациями ВОЗ (уровень гемоглобина у М менее 130 г/л, у Ж менее 120 г/л). Всем больным регистрировали ЭКГ и проводили ЭХО-КС на аппарате экспертного класса GEVIWID-7. Статистический анализ полученных результатов проводился с помощью программы Statistica 10.0 с использованием t-критерия Стьюдента, непараметрических методов, коэффициентов корреляции. За уровень значимости принят $p < 0,05$.

Результаты: согласно классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA) у 60 (28,6%) пациентов диагностирован 2 функциональный класс (ФК) ХСН, у 110 (52,4%) – 3 ФК, у 40 (19%) 4 ФК. Достоверных отличий числа эритроцитов в среднем по группам не установлено, уровень HGB при 4 ФК ХСН достоверно ниже, чем при 2 и 3 ФК. У больных с 3 ФК ХСН достоверно ниже, чем при 2 ФК, MCHC, а при 4 ФК ХСН достоверно ниже, чем при 2 и 3 ФК, MCHC,

RDW% и RDV. Кроме того, при 4 ФК ХСН была достоверно ниже, чем 2 ФК, МСН. Исследование показало, что из всех обследованных анемии легкой степени имели 49 больных с ХСН (23% от всей группы, 29 женщин и 20 мужчин). Число эритроцитов у больных с анемией составляло $3,92 \pm 0,60 \times 10^{12}/л$, HGB – $107,65 \pm 11,36$ г/л. Концентрация Fe в крови в среднем по всем группам была в пределах нормы, однако нарастание ФК ХСН сопровождалось достоверным прогрессирующим снижением уровня Fe. Снижение концентрации сывороточного Fe установлено у 73 больных (34,9%), во 2 ФК – у 14, при 3 ФК – у 33, при 4 ФК – у 26. В группе со сниженным уровнем Fe у 29 больных (15Ж и 14 М) имела место анемия. Содержание TRF в среднем во всех группах находилось в пределах нормы и не имело достоверных отличий в сравниваемых группах. Уровень FER в среднем по группам при всех ФК ХСН был меньше 100 мкг/л и не имел достоверных отличий между сравниваемыми группами. При этом снижение содержания FER меньше 100 мкг/л при 2 ФК отмечалось у 41 пациента (в среднем, $54,59 \pm 24,62$), при 3 ФК - у 68 ($46,64 \pm 27,72$) при 4 ФК – у 32 ($45,63 \pm 25,90$). STRF при всех ФК ХСН в среднем по группам выше 20%. Установлено прогрессирующее достоверное снижение насыщения STRF при нарастании ФК ХСН. Уменьшение STRF меньше 20% при уровне FER в диапазоне 100-299 мкг/л установлено у 6 пациентов. Таким образом, латентный ДЖ по уровню FER и STRF диагностирован у 147 больных, что составляет 70% от обследованных.

Выводы: латентный ДЖ наблюдается у значительного числа пациентов с ХСН. Уровень сывороточного Fe и STRF достоверно снижаются с ростом ФК ХСН. Своевременное выявление латентного ДЖ у пациентов с ХСН и его дальнейшая коррекция может повысить эффективность терапии этих пациентов.

57

ВЛИЯНИЕ САКУБИТРИЛА И ВАЛСАРТАНА НА ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ И ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХСН 3-4 ФК

Бегдамирова А.А.

АМУ, Кафедра клинической фармакологии, Азербайджан, Баку.

Введение: Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента снижают относительный риск смертности у больных с легкой и умеренной хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Действие комплекса валсартан + сакубитрил состоит в новом механизме – в одновременном подавлении активности неприлизина веществом LBQ657 (активный метаболит сакубитрила) и блокадой рецепторов к АТ1 валсартаном, являющимся антагонистом АРА II).

Цель исследования: изучить влияние препарата Юперлио® (комплекса валсартан + сакубитрил, Entresto) на состояние больных с ХСН 3-4 ф.к., при наличии артериальной гипертензии II стадии.

Материал и методы исследования: Было обследовано 20 больных с ХСН III или IV класса (по NYHA) в возрасте 40-65 лет и с фракцией выброса 30% и менее. Длительность заболевания больных составляла от 5 до 20 лет. Всем больным были проведены обще-клинические исследования и биохимические анализы крови и инструментальные исследования сердца (ХМЭКГ и ЭхоКГ). Пациенты, принимающие любую дозу ингибитора АПФ не менее, чем до 4 недели до начала данного исследования, должны были принимать бета-блокатор бисапролол 10 мг + сердечный гликозид -Digoxinum (по 0,25 мг 3 раза в сут) +диуретик Trifas в дозе 10 мг/сутки,+ИАПФ - периндоприл 5-10мг /сут. Из исследования были исключены больные с симптоматической гипотензией, систолическим артериальным давлением менее 100-90 мм рт. ст. при скрининге, со снижением скорости клубочковой фильтрации более чем на 25%, уровнем калия в сыворотке

крови более 5,2 ммоль/л при скрининге, ангионевротический отек или недопустимые побочные эффекты во время приема ингибиторов АПФ. Прием препарата осуществлялся по схеме: первый месяц – 50 мг/сутки, в последующие месяцы – 100 мг/сутки. Измерение параметров центральной гемодинамики и насосной функции сердца проводилось динамически в конце каждого месяца в течение 12 месяцев. Проводились лабораторно-инструментальные обследования всех больных, включая определение показателей антиоксидантной системы (малоновый диальдегид (МДА), каталаза и GSH), пуринового обмена, липидного спектра и уровня ANP(1-98), изменения гормонов надпочечных желез и отношение обхвата талии к обхвату бедер (ОТ/ОБ), наличие абдоминального ожирения (АО), индекс массы тела (ИМТ).

В результате исследования обнаружено: низкий уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), повышенный уровень триглицеридов, ЛПНП. Выявлена прямая зависимость уровня ТГ-ов ($r=0,4$, $P<0,05$) и мочевой кислоты ($r=0,4$, $P<0,001$) от показателя ОТ/ОБ; а также обратная зависимость уровня ХС-ЛПВП от ИМТ ($r=0,4$, $P<0,005$). А также выявлено повышение МДА 51%, каталазы 41%, а уровень GSH уменьшен в 1,5 раза. Наряду с увеличением уровня надпочечных гормонов было обнаружено повышение pro-ANP(1-98) на 45% ($P<0,001$) по сравнению с контрольной группой. На фоне лечения препаратом Юперо обнаружено достоверное изменение в динамике показателей гемодинамики сердца - КСР, КДР, увеличение ФВ на 7,8% свидетельствовали об улучшении релаксации левого желудочка. Приводя в порядок нейрогуморальное регулирование кровообращения, обнаружено снижение ANP(1-98) и концентрации гормонов надпочечных желез в плазме крови.

Таким образом, преимуществом препарата Юперо, являются их метаболические эффекты, заключающиеся в улучшении показателей антиоксидантной системы, пуринового обмена, липидного спектра, включая и уровня ANP(1-98).

58 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Ефремова Е.В., Шутов А.М., Подусов А.С., Трошина И.Ю., Сакаева Э.Р.

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», медицинский факультет, Ульяновск, Россия

Введение: Последние рекомендации по хронической сердечной недостаточности (ХСН) выделяют в отдельную группу больных с промежуточной фракцией выброса (СНпФВ). Однако данных, оценивающих клиническое течение, особенности качества жизни и психологического функционирования больных с СНпФВ недостаточно.

Цель исследования: изучить особенности качества жизни и психологического функционирования больных с СНпФВ.

Материалы и методы: Обследовано 194 больных (73 женщины и 121 мужчина, средний возраст $61,7 \pm 9,6$ лет) с ХСН I – III ФК с СНпФВ и сохраненной фракцией выброса левого желудочка (СНсФВ). ХСН диагностировали в соответствии с рекомендациями по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности ОССН, РКО (2016). Коморбидность оценивали с помощью индекса коморбидности (ИК) Чарлсона и расценивали как высокую при $ИК \geq 6$ баллов. Для оценки личностного статуса использовался опросник Мини-мульти (сокращенный вариант ММРП). Оценивались когнитивные функции и качество жизни. Срок наблюдения за больными составил 12 мес. Работа выполнена при поддержке гранта Президента РФ (МК-1812.2019.7) 2019г.

Результаты: У 46 (23,7%) больных наблюдалась СНпФВ, у 148 (76,3%) с СНсФВ. Индекс коморбидности в зависимости от ФВ статистически не различался ($5,4 \pm 2,1$ у больных с СНпФВ и $4,8 \pm 2,1$ СНсФВ балла соотв., $p=0,1$). Индекс массы миокарда ЛЖ у больных с СНпФВ был больше, чем у пациентов с СНсФВ: $213,4 \pm 57,7$ и $176,6 \pm 44,3$ г/м² соотв., $p=0,009$. Больные с СНпФВ имели более высокий ФК сердечной недостаточности (по результатам теста 6-минутной ходьбы для больных с СНпФВ - $307,4 \pm 92,4$ м, для больных с СНсФВ $339,0 \pm 78,7$ м ($p=0,02$). За период наблюдения умерло 15 больных, смертность в зависимости от ФВ ЛЖ не различалась. У больных с СНпФВ по сравнению с больными с СНсФВ показатели качества жизни достоверно ниже как по шкале физического: физическое функционирование ($36,3 \pm 14,2$ и $48,1 \pm 13,3$ баллов соотв., $p=0,006$); так и по шкале психологического здоровья ($33,4 \pm 5,3$ и $35,8 \pm 6,7$ баллов соотв., $p=0,03$). По результатам опросника Мини-мульти больные с СНпФВ по сравнению с больными с СНсФВ, обладали более высоким профилем, характерным для депрессивно-ипохондрического состояния. Приверженность к приему препаратов для обеих групп больных составила 32% и статистически не различалась.

Выводы: Больные с СНпФВ по сравнению с пациентами с СНсФВ характеризуются более тяжелым клиническим течением сердечной недостаточности, у них хуже качество жизни за счет большей распространенности депрессивно-ипохондрических состояний, что необходимо учитывать при разработке тактики ведения данной группы пациентов.

Конфликт интересов: Работа выполнена при поддержке гранта Президента РФ (МК-1812.2019.7) 2019г.

РАЗДЕЛ VIII. НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ

59 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОЛИМОРФИЗМЫ VKORC1 И СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Рубаненко О.А., Рубаненко А.О., Дьячков В.А., Щукин Ю.В.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Самарская область, Россия

Цель исследования: Выявить взаимосвязь между генетическими полиморфизмами гена VKORC1 C1173T и показателями гемостаза у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий.

Материал и методы исследования: В обсервационное одномоментное исследование включено 235 пациентов с ишемической болезнью сердца и постоянной формой ФП, которые подписали протокол информированного согласия на участие в исследовании (средний возраст – $66,5 \pm 8,3$ лет). Все пациенты были разделены на три группы: в 1 группу включено 67 пациентов с генотипом CC гена VKORC1 C1173T, во 2 группу – 126 пациентов с генотипом CT гена VKORC1 C1173T, в 3 группу – 42 пациента с генотипом TT гена VKORC1 C1173T.

Результаты: При анализе полученных данных было выявлено, что у пациентов с генотипом СС гена VKORC1 средняя концентрация АТИФ превышала нормальные значения, что оказалось на 50,7% и 51,9% соответственно выше по сравнению с пациентами с генотипами СТ и ТТ ($p < 0,05$). Средняя концентрация РФМК была выше нормы у пациентов всех групп, при этом в 1 группе она оказалась соответственно на 31,4% и 36,6% выше по сравнению с пациентами 2 и 3 групп ($p < 0,05$). По данным проведенного многофакторного регрессионного анализа было выявлено, что у пациентов с наличием СС генотипа VKORC1 отношение шансов для увеличения концентрации АТИФ более 210% составило 1,4 (95% ДИ 1,2-1,9; $p = 0,02$), а для увеличения концентрации РФМК более 11 мг% – 1,3 (95% ДИ 1,1-1,7; $p = 0,01$).

Выводы: У пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий генотип СС гена VKORC1 ассоциируется с увеличением концентрации активируемого тромбином ингибитора фибринолиза более 210% и растворимых фибрин-мономерных комплексов более 11 мг%.

60

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛГОРИТМОВ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Суворов А.Ю.¹, Гиляров М.Ю.², Мелик-Оганджян Г.Ю.¹, Дмитриева Е.В.¹

¹Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница №4 Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

²ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Цель: создание и сравнение моделей прогноза риска тромбоза ушка левого предсердия (УЛП) у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) перед плановой кардиоверсией с помощью методов машинного обучения.

Материалы и методы: с 12.2018 в локальный регистр ГБУЗ ГКБ №4 ДЗМ по плановой кардиоверсии включено 108 пациентов с ФП. Всем пациентам выполнялось ЭХОКГ и чреспищеводное ЭХОКГ (ЧПЭ) для исключения тромбоза УЛП. Собраны данные об анамнезе, факторах риска, проводимой терапии. Полученные результаты позволили с помощью алгоритмов машинного обучения создать модели, нейросеть и дерево классификации, на языке программирования R для прогнозирования риска наличия тромба в УЛП до проведения ЧПЭ. Модели обучена/верифицированы на 63%/37% включенных.

Результаты: среди включенных пациентов 45,4% женщины. Медиана возраста – 69 (61; 79) лет. Пароксизмальная ФП зарегистрирована у 24,1%. Артериальная гипертензия отмечалась у 75,0%, сахарный диабет 2 типа — у 16,7%. Нарушение мозгового кровообращения ранее переносили 4,6% пациентов, инфаркт миокарда (ИМ) — 13,5%, у 27,0% отмечались симптомы недостаточности кровообращения (НК) во время нарушения ритма. Медиана баллов по CHA2DS2VASc 3 (3;4). Медиана индексированного объема левого предсердия составила 47 (39;57) мл/м². Тромбоз УЛП выявлен у 32,4% пациентов. Большинство пациентов получали ривароксабан (34,3%), 25,9% не получали антикоагулянтной терапии (АТ), медиана срока приема АТ — 2 мес (1;6 мес). Группа разделена на «обучающую» и «тестовую» в пропорции 70%/30% по времени включения. Для создания и обучения модели отобраны следующие признаки: перенесенный ИМ, АТ и ее длительность, наличие НК,

уровень, пиковая систолическая скорость и диаметр легочных вен, E/e` митрального клапана, индексированный объем ЛП, пиковый градиент митральной регургитации, средняя ЧСС по ХМЭКГ, фракция выброса левого желудочка, количество баллов по CHA2DS2-VASc. Качество моделей верифицировано на «тестовой» группе: дерево классификации AUC 93,6% (83,6 - 99,9%), чувствительность 96,4%, специфичность 91,7%, RMSE 0,606+0,014; многослойный перцептрон AUC 82,7% (69,6% - 95,9%), чувствительность 82,1%, специфичность 83,3%, RMSE 0,418+0,026, различие по RMSE незначимо, $p = 0,23$, модели одинакового качества.

Выводы: модели прогноза риска тромбоза УЛП с использованием алгоритмов машинного обучения продемонстрировали высокие прогностические качества.

61 ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, НАПРАВЛЕННОГО НА КАРДИОВЕРСИЮ. СТРАТЕГИЯ УДЕРЖАНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Суворов А.Ю.¹, Гиляров М.Ю.², Мелик-Оганджян Г.Ю.¹, Дмитриева Е.В.¹, Воскресенская Н.В.¹, Круглов А.А.¹

¹Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница №4 Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

²ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

На базе ГБУЗ ГКБ 4 ДЗМ г Москвы создан регистр пациентов с фибрилляцией предсердий, направленных на плановую кардиоверсию. В настоящее время включено 108 пациентов (к моменту доклада планируется включить до 230 пациентов). В докладе затронут алгоритм обследования таких пациентов, пути его оптимизации, представлены промежуточные результаты регистра: описание группы в целом: клиничко-анамнестические данные, распространенность ФР и имеющих ССЗ, информация о проводимой терапии в анамнезе, данные об антикоагулянтной терапии, ее длительности и характере. Широко представлены анатомические особенности и характер гидродинамики в левом предсердии и ушке левого предсердия. Проведен одномерный и многомерный регрессионный анализ с целью определения основных факторов риска развития тромбоза УЛП, создана многомерная модель высокого качества (AUC 91%, чувствительность 85,7%, специфичность 86,3%, p менее 0,001). Отдельно в докладе большое внимание уделено подгруппам пациентов в так называемых «серых» зонах: пациенты до 64 лет, пациенты с низким риском по CHA₂DS₂-VASc, пациенты без артериальной гипертензии, пациенты с тромбозом ушка. Проведен описательный и сравнительный анализ по «серым» зонам, обозначен «портрет» таких пациентов.

РАЗДЕЛ IX. НЕКОРОНАРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

62 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СКРИНИНГА ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ

Вайханская Т.Г.¹, Сивицкая Л.Н.², Левданский О.Д.², Даниленко Н.Г.²

¹ГУ Республиканский научно-практический центр, Беларусь, Минская обл., Минск

²ГНУ Институт генетики и цитологии НАН Беларуси

Введение: Низкая фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) уже несколько десятилетий является основным стратифицирующим фактором риска внезапной сердечной смерти (ВСС) при дилатационной кардиомиопатии (ДКМП). Однако семейные истории необъяснимых ВСС, особенно в юном возрасте или при ФВЛЖ >35%, вызывают вполне оправданную обеспокоенность по поводу потенциальных наследственных причин. Сегодня в значительной степени малоизвестными являются генетические факторы риска ВСС, которые могут быть интегрированы в клиническую практику для оптимального выбора кандидатов на имплантацию кардиовертер-дефибриллятора (КВД).

Цель исследования: изучение диагностической ценности генетического тестирования у пациентов ДКМП с семейным анамнезом ВСС и при наличии показаний 1-класса для имплантации КВД, основанных на текущих рекомендациях.

Материалы и методы: Из 217 пациентов с ДКМП (период наблюдения - медиана 54 месяца), для молекулярно-генетического исследования включили 48 неродственных лиц (29 пробандов с семейным анамнезом ВСС, документированной в возрасте до 40 лет, и 19 пациентов с имплантированными в период наблюдения КВД/СРТ-Д). Молекулярный анализ проведен методом секвенирования нового поколения (NGS/кардиопанель 174 гена) с последующей верификацией выявленных вариантов по методу Sanger. Основные гендерно-возрастные и клиникоинструментальные параметры тестируемой когорты: средний возраст манифестации ДКМП составил 38,2±9,15 лет, при имплантации КВД - 46,7±11,4 лет; семейная форма ДКМП выявлена у 37 (77,1%) пациентов; 26 (54,2%) мужчин: в т.ч. 12 лиц мужского пола с КВД и 14 пробандов с семейной историей необъяснимых ВСС до 40 лет; ФВЛЖ на момент генетического скрининга составила 29,4±9,67%, а конечный диастолический диаметр ЛЖ - 75,2±10,7 мм.

Результаты: Генетические варианты (патогенные или вероятно патогенные) обнаружены у 29 (60,4%) пациентов: LMNA (n=7/14,6%), TTN (n=7/14,6%), LAMP2 (n=3/6,25%), SCN5A (n=2/4,16%), MYH7 (n=2/4,16%), TRPM4 (n=2/4,16%), FBN1 (n=2/4,16%), EMD (n=1/2,08%), HADHA (n=1/2,08%), PLN (n=1/2,08%), DSP (n=1/2,08%). Редкие мутации (с низкой частотой встречаемости, менее 0,01) неизвестной клинической значимости (VUS) идентифицированы у 9/18,7% пациентов, в 10 случаях выявлены непатогенные изменения нуклеотидной последовательности. Дигенные мутации выявлены у 11 (22,9%) пациентов. Так, по два варианта обнаружено у 5 пробандов с семейным анамнезом ВСС: 1) TTN+TTN, 2) PLN+TRPM4, 3) LMNA+HCN4, 4) TTN+MYH6,

5) MYH7+ACTC1. Два и более варианта выявлено у лиц с имплантированными устройствами СРТ-Д/КВД: 1) LMNA+TTN, 2) TTN+VAG3, 3) LMNA+MYBP3, 4) MYBP3+FBN1+TTN, 5) TTN+MYH7, 6) SCN5A+TTN. В качестве первичных конечных точек для многофакторного анализа были приняты: ВСС события, эпизоды устойчивой ЖТ/ФЖ и обоснованные разряды КВД. В результате построения бинарной регрессионной модели с пошаговым включением переменных по методу Фишера ($R^2=0,737$; $F(13,5)=4,38$; $p<0,00008$) выявлены независимые факторы риска ВСС: пространственный угол $3DQRS-T > 106^\circ$ ($\beta=0,37$; $p=0,0008$), $mAIV > 65$ мкВ ($\beta=-0,36$; $p=0,002$), синкопе в анамнезе ($\beta=0,31$; $p=0,006$), дигенные мутации ($\beta=0,29$; $p=0,007$) и удлинение PQ интервала > 225 мс ($\beta=-0,29$; $p=0,012$).

Заключение: Результаты проведенного исследования подтверждают потенциально важную роль молекулярно-генетической диагностики, как неотъемлемой части интегральной клинической оценки ДКМП, для стратификации риска ВСС.

63 КОРРЕЛЯЦИИ ЭКГ-МАРКЕРОВ ТАХИАРИТМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ГЕНОТИПОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ДИЛАТАЦИОННОЙ И НЕКОМПАКТНОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Вайханская Т.Г.¹, Сивицкая Л.Н.², Курушко Т.В.¹, Русак Т.В.¹, Левданский О.Д.², Даниленко Н.Г.², Давыденко О.Г.²

¹ГУ Республиканский научно-практический центр, Минская обл., Минск, Беларусь

²ГНУ Институт генетики и цитологии НАН Беларуси

Введение: Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) и некомпактная (неклассифицируемая) кардиомиопатия (НКМП) являются генетически и фенотипически гетерогенными заболеваниями. Большинство генетических мутаций, идентифицируемых при НКМП, ассоциированы и с ДКМП. Внезапная сердечная смерть (ВСС) и жизнеугрожающие желудочковые тахикардии (ЖТА) являются неблагоприятными осложнениями как НКМП, так и ДКМП.

Цель исследования: определение генетического спектра НКМП и ДКМП, изучение генотипфенотипических корреляций и ЭКГ-маркеров ЖТА.

Материалы и методы: В исследование включили 125 неродственных лиц: 68 пациентов с ДКМП (семейная форма 39/57,3%; $38,7 \pm 12,1$ лет; 49/72,1% муж; ФВЛЖ $29,3 \pm 11,2\%$) и 57 пациентов (семейная форма 14/24,6%; $36,8 \pm 12,9$ лет; 31/54,4% муж; ФВЛЖ $46,1 \pm 12,3\%$) с НКМП. Диагноз НКМП верифицировали на основании морфологических (ЭхоКГ/МРТ) критериев при наличии одного или более облигатных клинических признаков: нарушение сердечного ритма или проводимости, СН (систолическая или диастолическая), снижение сократительной функции, предшествующие ТЭО, нейромышечные расстройства или семейная история болезни. Всем пациентам проведено генетическое (NGS, Sanger), клинико-инструментальное (ЭКГ-12, ЭхоКГ, МРТ, ХМ) и нейромышечное обследование. Период наблюдения составил $52,4 \pm 16,9$ мес.

Результаты: У 43/63,2 % пациентов с ДКМП выявлено 54 патогенные или вероятно патогенные мутации; 12/27,9 % гено-позитивных лиц являлись носителями дигенных мутаций. Доминирующими мутациями у пациентов с ДКМП были TTNtv (27,9%) и LMNA (16,2%) варианты. В результате рангового корреляционного анализа Спирмена выявлены положительные корреляции LMNA-позитивности с пароксизмальной желудочковой тахикардией (нЖТ: $r=0,45$; $p=0,014$; уЖТ: $r=0,28$; $p=0,037$), повышением уровня КФК ($r=0,31$; $p=0,038$), удлинением PQ

($r=0,30$; $p=0,04$) и патологическим замедлением ритма DC ($r=0,36$; $p=0,016$). Эпизоды ВСС/ЖТА в общей когорте значимо коррелировали ($p < 0,01$) с синкопе в анамнезе ($r=0,58$), патологическим показателем турбулентности сердечного ритма (TCP) - TO ($r=0,65$), индексом замедления ритма DC ($r=0,51$) и с удлинением комплекса QRS ($r=0,34$; $p=0,02$). У 39/68,4 % пациентов с НКМП выявлено 52 патогенных или вероятно патогенных варианта; 13/33,3 % гено-позитивных лиц являлись носителями дигенных мутаций. Преобладающими мутациями были TTNtv (20,8%), MYBPC3 (15,1 %) и LMNA (9,43%) варианты. В результате гапкорреляционного анализа Спирмена выявлена ассоциация гено-позитивности со всеми неблагоприятными клиническими исходами ($r=0,66$; $p<0,0001$), фрагментацией QRS комплекса (nQRSfr: $r=0,52$; $p<0,001$) и фиброзом миокарда (%LGE: $r=0,53$; $p<0,001$). С эпизодами ЖТА выявлены положительные корреляции предшествующих синкопе ($r=0,82$; $p<0,0001$), расширения QRS ($r=0,52$; $p<0,001$), удлинения PQ ($r=0,41$; $p<0,01$) и фиброза миокарда по данным МРТ (%LGE: $r=0,47$; $p=0,002$).

Заключение: Представленные результаты исследования демонстрируют генетическую общность НКМП и ДКМП с преобладающими мутациями в гене титина (TTNtv). С учетом многофакторности патофизиологических процессов аритмогенеза и полученных результатов исследования, для стратификации риска ВСС/ЖТА целесообразно проводить интегральный анализ данных ЭхоКГ, МРТ, ХМ и ЭКГ (с дополнительной оценкой ширины и фрагментации QRS, интервала PQ, параметров DC и TCP) и, по возможности, - генетический скрининг.

64

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФЕНОТИПИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫЯВЛЕННОГО ГЕНОТИПА

Курушко Т.В.¹, Вайханская Т.Г.¹, Булгак А.Г.¹, Сивицкая Л.Н.², Даниленко Н.Г.

¹РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

²Институт генетики и цитологии Национальной Академии Наук Беларуси, Минск, Беларусь

Введение: Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) является генетически гетерогенным заболеванием. Помимо генетической гетерогенности существует и выраженная клиническая вариабельность фенотипов ДКМП. Основными инвалидизирующими осложнениями являются прогрессирующая сердечная недостаточность (СН), жизнеугрожающие желудочковые тахикардии (ЖТА) и внезапная сердечная смерть (ВСС).

Цель исследования: определение генетического спектра ДКМП, проведение сравнительного генотип-фенотипического анализа и оценка неблагоприятных исходов.

Материалы и методы: В исследование включены 62 пациента с верифицированной ДКМП, из них 33 (53%) с семейным анамнезом заболевания, 29(46,8%) с идиопатической формой, ср. Возраст 39.3 ± 13.3 лет, муж. 47 75.8%, ЧСС при первом осмотре 75.8 ± 16.0 уд.в мин; КДД 67.45 ± 10.3 мм; ФВ ЛЖ $29.32 \pm 11.0\%$). Всем пациентам был проведен комплекс клинико-инструментальных исследований: ЭКГ-12, ХМ, Эхо-КГ, МРТ, генетический скрининг (NGS/Сэнгер) и нейромышечное обследование с определением уровня сывороточной креатинфосфокиназы (сКФК).

Результаты: У 42/66% пациентов с ДКМП (гено-позитивная группа) выявлено 50 патогенных (или вероятно патогенных) мутаций; 8/12.9% пациентов были носителями дигенных мутаций. Наиболее распространёнными вариантами были мутации в генах титина (TTN, $n=13/26\%$), ламина

A/C (LMNA, n=9/18%), мембранного лизосом-ассоциированного протеина2 (LAMP2, n=3/4.84%), тяжёлых цепей миозина (MYH7, n=2/4%), миозин-связывающего протеина (С-MYBPC3, n=2/4%), SCN5A (n=2/4%), DSP (n=2/4%), TRPM4, EMD, NEXN, SCN1B, RBM20. В результате проведения дискриминантного анализа (пошаговое исключение по методу Фишера: Лямбда Уилкса 0.72848, F (7.54)=2.875 p<0.0126)) в группе носителей TTN мутаций выявлены значимые различия следующих показателей: фрагментация комплекса QRS (f QRS, p=0.00866, F=7.4; количества ЭКГ отведений с фрагментацией QRS (p=0.023, F=5.4); наличие неустойчивой ЖТ (p=0.005, F=8.46). Выявлены значимые различия ЭКГ показателей в когорте пациентов с LMNA вариантами (Лямбда Уилкса 0.41, F=8.5): патологическое торможения сердечного ритма (DC: p=0.0000, F=20.6), длительность интервала PQ (p=0.0000, F=30.6), амплитуда зубца R (p=0.007), наличие устойчивой ЖТ (p=0.0000, F=19.9). Для пациентов с дигенными мутациями (2 варианта мутации) выявлены значимые ассоциации по следующим показателям (Лямбда Уилкса 0.39, F=15.46, p=0.0132): дисперсия QT-T (p=0.003, F=9.5), ПБЛНПГ (p=0.001, F=11.82), интервал PR (p=0.0139, F=6.53), мАТВ (p=0.0164, F=6.202), ФВ ПЖ (p=0.018, F=6.01). Пациенты с двумя патогенными мутациями в период наблюдения 42 мес. (медиана) имели худший прогноз по клиническим исходам (p=0.0075, F=7.8): трансплантация сердца, имплантация поддерживающего устройства ЛЖ, ВСС, имплантация ИКД. В результате проведения многофакторного регрессионного анализа были выявлены независимые предикторы неблагоприятных аритмических исходов (ВСС, устойчивая ЖТ, эпизоды ИКД терапии; p=0.00001): f QRS комплекса (p=0.03), генопозитивность (p=0.03), наличие LMNA мутации (p=0.03), патологический тест мАТВ (p=0.022).

Заключение: Клинически значимая желудочковая эктопическая активность отличалась у пациентов с TTN и LMNA вариантами: у TTN носителей доминировали пароксизмы неустойчивой ЖТ, в группе LMNA позитивных – синкопальные события и устойчивая ЖТ. Таким образом, LMNA гено-позитивность была ассоциирована с неблагоприятными аритмическими событиями.

РАЗДЕЛ X. ЭХОКАРДИОГРАФИЯ

65

ИЗУЧЕНИЕ ТИПОВ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Турсунова Л.Д., Мирзаева Г.П.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Введение: Примерно в 25-30% случаев в основе сердечной недостаточности лежат нарушения диастолической дисфункции желудочков, которая определяет следующие гемодинамические изменения: значительное и раннее повышение конечного диастолического давления желудочка; застой крови в венозном русле малого или большого круга кровообращения; отсутствие значительной дилатации желудочка.

Цель: Изучить типы диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ) и их влияние на течение хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материалы и методы: Были обследованы 34 пациента с ДДЛЖ при ХСН в возрасте от 46 до

72 лет, средний возраст $54 \pm 5,6$ лет. У 70,6% больных ХСН развилась в результате артериальной гипертензии (АГ) и хронической ишемической болезни (ИБС) при постинфарктном кардиосклерозе (ПИКС) и у 29,4% больных причиной ХСН стала АГ. Для определения функционального класса (ФК) ХСН по классификации NYHA использовали тест 6-ти минутной ходьбы (ТШХ). У обследованных пациентов определили ХСН I, II и III ФК. Диастолическая функция левого желудочка (ЛЖ) оценивалась по отношению E/A, полученным при доплер ЭхоКГ на аппарате «Аloka-SSD-350».

Результаты: Из 34 пациентов у 20 (58,8%) была определена ДДЛЖ I типа, у 8 (23,5%) II типа и у 6 (17,7%) III типа. У 18 (90%) пациентов с ДДЛЖ I типа наблюдалась диастолическая дисфункция. У всех пациентов с ДДЛЖ III типа вместе с диастолической дисфункцией наблюдалась и систолическая дисфункция. У пациентов с ХСН I и II ФК в 75% случаев наблюдалась ДДЛЖ I и II типов. У пациентов с III типом ДДЛЖ определялось снижение толерантности к физическим нагрузкам на 35% по сравнению с ДДЛЖ I и II типов.

Выводы: ДДЛЖ чаще встречается при гипертрофии левого желудочка и кардиосклерозе. ХСН при ДДЛЖ I и II типов протекает сравнительно одинаково, в то время как при ДДЛЖ с III типом отмечается относительно тяжелое течение.

66

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ СЕРДЦА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ПРЕХОДЯЩЕЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С КЛАПАННОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Турсунова Л.Д., Мирзаева Г.П.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Введение: Синдром стенокардии, развивающийся у пациентов с приобретенными клапанными пороками сердца, является значимым фактором, ухудшающим прогноз, качество жизни пациента, а также повышает риск внезапной смерти, а следовательно, является одним из показаний для выполнения хирургической коррекции клапанного порока. Комплексная оценка параметров центральной гемодинамики у больных с приобретенными пороками сердца и синдромом преходящей ишемии миокарда представляется достаточно актуальной, потому как нет общего мнения о роли внутрисердечной гемодинамики и степени изменения структуры и функции камер сердца, способствующих развитию ишемии миокарда.

Цель исследования: выявить особенности гемодинамических параметров у пациентов с приобретенными пороками сердца и вторичной ишемией миокарда.

Материалы и методы исследования: всего обследован 101 пациент с приобретенными пороками сердца и преходящей ишемией миокарда. Из них у 72 пациента присутствовал болевой синдром при непораженных коронарных артериях (1 группа). 2 группа включала 12 человек, у которых при коронароангиографии были выявлены гемодинамически незначимые стенозы коронарных артерий и присутствовал болевой синдром. В 3 группе было 17 человек с гемодинамически значимыми стенозами и болевым синдромом. Всем больным была выполнена КАГ, а также ЭХО КС и Доплер КС.

Результаты исследования: Оценка параметров центральной гемодинамики пациентов показала следующее: наиболее низкие цифры фракции выброса наблюдались у пациентов 3 группы, в то время как самые высокие цифры наблюдались у пациентов во 2 группе. Самые низкие цифры

ударного объема отмечены у пациентов из 1 группы, самые высокие у пациентов 2 группы. Наиболее низкие цифры градиента давления клапана ЛА выявлены у пациентов 1 группы, самые низкие цифры в 3 группе. Расширение ствола легочной артерии наиболее выражено у пациентов 1 группы, наименее выражено у пациентов 2 группы.

Заключение: Таким образом, у пациентов с приобретенными ревматическими пороками сердца и клиникой стенокардии установлены особенности структуры и функции камер сердца, которые, предположительно, являются факторами, провоцирующими развитие некоронарогенной ишемии миокарда, для подтверждения чего необходимо дальнейшее проведение исследования.

РАЗДЕЛ XI. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

67

КАРДИОМИОПАТИЯ ЯМАГУЧИ И РАК ПРЯМОЙ КИШКИ: ГДЕ ИСТИННАЯ ВЕРШИНА АЙСБЕРГА?

Рогожкина Е.А., Орлов Д.О., Джиева О.Н.

ГКБ 24, Москва и Московская обл., Россия

Введение: Апикальная гипертрофическая кардиомиопатия характеризуется первичной гипертрофией миокарда вследствие мутации гена сердечного актина. Ее распространенность в Европе не превышает 1-2%. В связи с чем, своевременная диагностика апикальной гипертрофической кардиомиопатии является актуальной проблемой практического здравоохранения.

Описание случая: 20 июня 2019 года пациент С. направлен на консультацию кардиолога для проведения стресс-ЭХО-КГ с целью определения сердечно-сосудистого риска перед хирургическим вмешательством по поводу рака прямой кишки.

Из анамнеза: повышение АД выше 140/90 мм рт.ст. отрицает. ОНМК, ОНМК, синкопе отрицает. Боли за грудиной ангинозного характера эпизодически в покое, спонтанно купируются. По данным ХМ-ЭКГ регистрировались бессимптомные пробежки ЖТ до трех комплексов.

Объективно: контактен, ориентирован, адекватен. Кожные покровы обычной окраски. Периферические отеки не выявлены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Sp O₂ при дыхании атм. воздухом 98%. ЧДД=18/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, дополнительные тоны, шумы не выслушиваются. АД 120/80 мм рт.ст. на обеих руках. Живот обычной формы, не увеличен в объеме, при пальпации безболезненный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул со слизью до 3х раз в день.

На ЭКГ: ритм синусовый, ЭОС влево, ЧСС=87 уд/мин, вольтажные критерии гипертрофии ЛЖ, отрицательные Т V4-V6. ЭХО-КГ: выраженная апикальная концентрическая гипертрофия ЛЖ с формированием тяжелой внутрисердечной обструкции. МЖП в средней части и в области верхушки 25 мм, в базальных отделах 10 мм, ЗС в средних и апикальных отделах от 15 до 20 мм, ИММЛЖ=266 г/м², Внутрижелудочковые градиенты: PGmax=45 mmHg, PGmean=30 mmHg, V=3,4 м/с. Сократимость ЛЖ и ПЖ не снижена. ФВ=65%, TAPSE=24. МР умеренной степени, ТР легкой степени. Диастолическая функция нарушена. Учитывая нарушение внутрижелудочковой гемодинамики по данным трансторакальной ЭХО-КГ, эпизоды ЖТ в анамнезе, проведение стресс-ЭХОКГ противопоказано. Риск развития периоперационных сердечно-сосудистых осложнений высокий.

Диагноз: Апикальная гипертрофическая кардиомиопатия (нельзя исключить ГКМП Ямагучи) с формированием внутрижелудочковой обструкции. Несмотря на высокий риск кардиальных осложнений, проведена резекция прямой кишки с формированием коло-ректального анастомоза на фоне постоянного приема бета-адреноблокаторов. Послеоперационный период протекал без особенностей.

Обсуждение: В данном клиническом примере встает вопрос периоперационного риска внесердечной хирургической операции. Бессимптомная ГКМП не является противопоказанием для проведения операции по поводу активного онкологического процесса. Во время оперативного вмешательства противопоказана отмена бета-адреноблокаторов.

Заключение: В позднем послеоперационном периоде показано проведение генетического тестирования с целью верификации мутаций, МРТ сердца, повторное ХМ-ЭКГ с целью оценки эффективности терапии бета-адреноблокаторов и консультация кардиохирурга.

68 ГИГАНТСКАЯ АНЕВРИЗМА ЛЕВОЙ КРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

Орлов Д.О.¹, Шехян Г.Г.²

¹ГКБ №24 ДЗМ, Москва и Московская обл., Москва, Россия

²ГБУ здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского» г. Москвы

Введение: аневризма коронарной артерии – редкая патология сосудистого русла, при которой происходит локальное увеличение диаметра коронарной артерии более, чем в полтора раза.

Описание случая: пациент З., 61 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в клинику больницы Московской области с жалобами на боль за грудиной ангинозного характера длительностью около часа, одышку при физической нагрузке. Повышение АД около 10 лет с макс. цифрами до 180/90 мм рт.ст. ОИМ, в анамнезе отрицает. Нарушения ритма ранее не регистрировались. Постоянную кардиотропную терапию не принимает.

05.2019г. после физической нагрузки отметил появление выраженного дискомфорта в грудной клетке, «сопение» при дыхании, головокружение, бледность и влажность кожных покровов. Вызвал 03. До приезда СМП приступ купировался, от госпитализации отказался. 05.2019г. повторный приступ с вышеописанными жалобами, вызвал 03. Госпитализирован в клинику больницы Московской области с диагнозом ОКС с подъемом сегмента ST

Объективно: Состояние тяжелое. Сознание ясное. Положение тела: лежа на кровати с приподнятым изголовьем. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Набухание шейных вен не выявлено. Температура тела 36,5С. Дыхание через нос свободное, аускультативно везикулярное, ослаблено в нижних отделах с двух сторон. Единичные незвонкие хрипы в нижних отделах легких с двух сторон. ЧДД-22 в мин, SpO2-95%. Тоны сердца приглушены, аритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС-110 уд. в мин, АД-110/60 мм рт.ст. Печень по краю реберной дуги. Размеры печени по Курлову 13-11-9см. Симптом Пleshа положительный. Мочеиспускание свободное, безболезненное, диурез сохранен.

На ЭКГ: Синусовый ритм, ЧС-100 уд. в мин, элевация ST во всех отведениях до 0.5мм. ЭХО-КГ: Умеренный гидроперикард. В лабораторных анализах: тропониновый тест I 7,71 нг/мл, NT-proBNP – 933 пг/мл. Учитывая изменения на ЭКГ, ЭХО-КГ, лабораторные показатели, пациенту по экстренным показаниям была выполнена коронароангиография. По результатам которой была выявлена гигантская аневризма ПМЖВ. Проведено МСКТ ОГК с целью уточнения диагноза и анатомии пациента перед кардиохирургическим вмешательством. Во время оперативного вмешательства при ревизии в полости перикарда

около 600 мл лизированной крови, отмечаются признаки состоявшегося кровотечения в полость перикарда с развитием выраженного эпикардита, все сердце покрыто толстым слоем фибрина, в проекции ЛКА огромных размеров аневризма. Аневризма ЛКА размером 12 x 10 см. Выполнено вскрытие полости аневризмы. Практически всю полость аневризмы занимает тромб размером 12 x 8 см. Тромботические массы удалены. Проведена резекция аневризмы и коронарное шунтирование в условиях аппарата искусственного кровообращения (МКШ ПМЖВ, АКШ ВТК). Послеоперационный период протекал без особенностей.

Обсуждение: наличие перикардита с клинической картиной ангинозных болей и значимого повышение кардиоспецифических ферментов, всегда должно настораживать клинициста. Необходимо исключать гемоперикард, причиной которого может быть патология коронарных артерий. В данном клиническом случае проведение коронарографии позволило вовремя диагностировать аневризму ЛКА и проведение кардиохирургического вмешательства

Заключение: частота встречаемости аневризмы коронарных артерий – 0,4-4,9% в популяции. Из них в 40-90% случаев патологические изменения наблюдаются в правой коронарной артерии. Гораздо реже поражаются огибающая и передняя нисходящая артерия, что и было представлено в данном клиническом случае.

69 ФИБРОПЛАСТИЧЕСКИЙ ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ЭНДОКАРДИТ

Валеев И.Г.

Башгосмедуниверситет, Уфа, Башкортостан(Башкирия), Россия

Введение: Впервые гиперэозинофилия у больной М. была выявлена в 2013 году. Не обследовалась, не лечилась. В сентябре 2015 года начал беспокоить сухой кашель, появились боли в левой половине грудной клетки. Антибактериальная терапия облегчения не принесла. В декабре 2015 года был проведен общий анализ крови: выявлены лейкоцитоз - $20,0 \times 10^9$ /л, эозинофилия 24%, сдвиг лейкоцитарной формулы влево: палочкоядерные лейкоциты - 12%, юные лейкоциты – 3%, миелоциты - 2%. При проведении эхокардиографического обследования было выявлено наличие образований полулунной формы в верхушках правого и левого желудочков. В последующем наличие образований было подтверждено данными мультиспиральной компьютерной томографии.

Описание случая: В конце декабря 2015 года была госпитализирована в гематологическое отделение. Анализ крови показал: лейкоцитоз $18,7-43,0 \times 10^9$ /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, умеренный эритроцитоз $5,59-5,6 \times 10^{12}$ /л. По данным стерильной пункции – многоклеточный костный мозг. Проведенное исследование не выявило наличия гельминтов. Был установлен диагноз гиперэозинофильного синдрома. Проводилась терапия преднизолоном (в дозе 60 мг) и эниксумом. В феврале 2016 года на фоне продолжающейся терапии преднизолоном наблюдалось снижение числа лейкоцитов до $8,6 \times 10^9$ /л, эозинофилов до 5%. Повторное эхокардиографическое исследование не выявило существенной динамики: в апикальной части желудочков визуализировались пристеночные образования. Расчетное давление в правом желудочке: 35 – 40 мм рт. ст.

Обсуждение: Несмотря на проводимое лечение оставались жалобы на слабость. Отмечались судорожные подергивания мышц конечностей. Беспокоили боли в эпигастральной области. Объективное исследование: кожные покровы чистые, влажные, лицо пастозное, лимфатические узлы не пальпировались. Аускультативно над легкими: дыхание везикулярное, хрипы отсутствовали. Частота дыхания: 16 – 18 в мин. Тоны сердца

ритмичные, приглушены - 72 удара в минуту. Шумы не выслушивались. АД - 120/80 мм рт. ст. Язык чистый. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастрии. Печень, селезенка не пальпировались.

Диагноз: Фибропластический эозинофильный эндокардит Лефлера. Осложнения: Легочная гипертензия 1 степени.

70 ПОЛИТОПНАЯ ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ТАХИКАРДИЯ С ПРЕДСЕРДНОЙ МНОГОФОКУСНОЙ ТАХИКАРДИЕЙ

Солдаткина И.П., Лапшина Н.В., Карпушкина Е.М.

Самарский областной клинический кардиологический диспансер им. В. П. Полякова, Самара, Россия

Введение: Желудочковая тахикардия (ЖТ) – это учащенный ритм сердечных сокращений, а именно быстрее 100 (или 120) ударов/мин, возникающих в любом отделе проводящей системы сердца, в свободном миокарде или того и другого.. Это наиболее распространенная форма ширококомплексной тахикардии с высокой степенью смертности. Желудочковую тахикардию можно классифицировать на устойчивую или не устойчивую, с общепринятым значением для разделения в 30 секунд.

У пациентов с мономорфной ЖТ риск смертности коррелирует со степенью структурной сердечной патологии. Основные структурные заболевания сердца, такие как ишемическая кардиомиопатия, гипертрофическая кардиомиопатия, болезнь Шагаса и дисплазия правого желудочка, связаны с дегенерацией мономорфной или полиморфной формы ЖТ до фибрилляции желудочков. Даже без таких изменений ЖТ также может приводить к застойной сердечной недостаточности. Если ЖТ гемодинамически переносится удовлетворительно, непрекращающаяся тахикардия может привести к дилатационной кардиомиопатии.

Предсердная тахикардия – суправентрикулярная тахикардия, которая возникает, не затрагивая атриовентрикулярного (АВ) узла, вспомогательных путей или ткани желудочков. Расстройство может происходить как у людей со структурно нормальным сердцем, так и у лиц с патологиями сердца, включая больных с врожденными пороками сердца (в особенности после операции по восстановлению или коррекции врожденных болезней сердца или болезни клапанов сердца).

Представлен клинический случай полиморфной желудочковой тахикардии с многофокусной предсердной тахикардией у пациентки Б. 22 лет, без органической патологии сердца и клинических проявлений.

Материалы: Пациентка 22 лет, в анамнезе заболевания сердечно-сосудистой системы отсутствуют, жалоб нет. При прохождении мед комиссии снята ЭКГ, на которой обнаружена политопная желудочковая тахикардия в сочетании с многофокусной предсердной тахикардией. При проведении трансторакальной ЭХОКГ: незначительное диффузное снижение сократительной способности ЛЖ (КСО 67 мл, КДО 129 мл, ФВ по Симпсону 48 %). МРТ сердца: воронкообразная деформация грудной клетки с вторичной компрессией и смещением сердца (грубая деформация латеральной стенки правого предсердия).

Учитывая наличие 2 видов нарушения ритма в сочетании с врожденной патологией грудной клетки, пациентка направлена на обследование и лечение в ФЦ.

Выводы. Пациентам с деформацией грудной клетки, даже при отсутствии жалоб, необходимо проведение ЭКГ, ЭХОКГ и МРТ органов грудной клетки с целью раннего выявления сопутствующих заболеваний.

71 ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ И ЖЕЛУДОЧКОВАЯ АРИТМИЯ ПРИ ДКМП: РЧА ИЛИ ИКД?

Пухова А.А.¹, Гудкова С.А.²

¹ ГБУЗ СО ТГКБ №2, Тольятти, Самарская обл., Россия

² ФГБУ «НМИЦ Профилактической медицины», Москва, Россия

Пациент М, 59 лет, в марте 2014 г поступил в ГБУЗ СО ТГКБ №5 с жалобами на одышку при ходьбе обычным темпом, сердцебиение, приступы удушья по ночам, уменьшающиеся в вертикальном положении, тупые, давящие боли в грудной клетке, не связанные с физическими нагрузками.

Из анамнеза: гипертензия до 170 и 100 мм рт ст около 30 лет, регулярной терапии не принимает, сердцебиение и одышка в течение 2 недель. В молодости профессионально занимался тяжелой атлетикой на протяжении 12 лет. При осмотре: В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ритм правильный, ЧСС 78 в мин, печень + 2 см из-под края ребра, отеков нет, АД 140 и 80 мм рт ст.

Обследования: ЭКГ при поступлении- ритм синусовый, сглаженные з.Т; ЭХОКГ ФВ 33% по Симпсону, ЛП 46 мм, КДР 67 мм, КСР 57 мм, диффузный гипокинез стенок ЛЖ. Недостаточность МК 2-3 ст, ТК 2 ст, давление в ЛА 39 мм рт ст. ЧПЭС на ИБС: проба сомнительная. Желудочковая парная экстрасистолия. ХМЭКГ: синусовый ритм ЧСС ср 73 в мин, ЧСС макс 140 в мин, ЧСС мин 53 в минуты. ЖЭ 2868 за сутки, политопные, полиморфные, аллоритмия, би- и тригемения, на всем протяжении, без связи с нагрузками, ЧСС и времени суток. СВЭ 2436 за сутки, 2 эпизода групповых до 3 сокращений. Ишемических изменений нет. Рентгенограмма грудной клетки: кардиодилатация, гемодинамическая недостаточность, дисковидная ателектазы. ОАК и ОАМ без особенности, тропонины отрицательные, глюкоза крови 4,1 ммольл, общий холестерин 4,35 ммольл, ЛПНП 2,7 ммольл, СКФ 79 млмин (MDRD).

На фоне проводимого лечения состояние стабилизировалось, и пациент выписан с диагнозом: ДКМП. ХСН 2Б ФК3. Экстрасистолия. Гипертоническая болезнь 2 ст 2 ст риск 3. Хронический гастрит. Через 2 дня после выписки пациент бригадой СМП госпитализирован вновь в кардиологический стационар с пароксизмом фибрилляции предсердий. Ритм восстановлен кордароном. ТТГ 4,18(норма 0,27-4,20), тропонины – отрицательные, Д – димер 0,05. Рассчитан риск ТЭО по шкале CHA2DS2- VASc- 2 балла и риск кровотечений по шкале HAS-BLED- 1 балл. Пациенту начата терапия варфарином, подобрана доза, МНО при выписке 2,9. Контрольное ЭХОКГ –ФВ по Simpson 30%, КСР 55 мм КДР 67 мм КДО 254 мл, КСО 190 мл. Выписан с диагнозом ИКМП. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. ЖЭ. ХСН 2 Б ФК 3. Для верификации генеза кардиомиопатии рекомендована коронарография.

В мае 2014 в условиях ТГКБ №2 выполнена диагностическая коронарография. Тип кровоснабжения правый. Коронарные артерии не изменены. За время госпитализации нарушений ритма не было. Пациенту при выписке была рекомендована консультация в СОКД, для определения дальнейшей тактики лечения. В 2017-2018 г пациент дважды госпитализируется в кардиологические отделения с декомпенсацией ХСН и персистирующей фибрилляцией предсердий неустановленной давности. Во время этих госпитализаций выяснилось, что пациент принимал варфарин бесконтрольно, самостоятельно отменял терапию. В 2017 г на ЭХОКГ – ФВ 31%, давление в легочной артерии 36 мм рт ст, КСР 63 мм КДР 74 мм. на ЭКГ – фибрилляций предсердий с ЧСС 60-104 в мин. Желудочковая экстрасистолия.

В 2018 г на ЭХОКГ – ФВ 27%, КСР 61мм, КДР 70мм, давление в легочной артерии 40 мм рт ст. На ХМЭКГ в апреле 2018г зарегистрирована постоянная фибрилляция предсердий, ЧСС ср 82

в мин, 7154(6,5%) ЖЭ полиморфные (3-х морфологий), одиночные и 201 куплет. Неустойчивые пробежки полиморфной и мономорфной желудочковой тахикардии (3-4 комплекса), всего 21 за сутки, с ЧСС 222мин. NT-proBNP-1146 пгмл. Пациенту назначено юперио, эспиро, торасемид, биспролол, варфарин, аторвастатин.

Пациент заочно проконсультирован в ФГБНУ «РНЦХ им. Акад. Б.В. Петровского» на предмет имплантации ИКД. Рекомендовано РЧА для восстановления синусового ритма. Перед РЧА выполнено МРТ сердца май 2018 г.: увеличение полости ЛЖ с резким снижением ФВ (КДР 70 мм, ФВ ЛЖ 26%), фиброзные изменения миокарда переднеперегородочного сегмента на базальном и среднем уровнях, и субэпикардальных по заднебоковому и заднему сегменту на базальном и нижнем уровнях не ишемического генеза. 31.05.18 при ЧПЭХОКГ выявлен тромбоз ушка левого предсердия. Рекомендован прием ксарелто 15 мг 2 р в день вместо варфарина. При контрольном ЧПЭХОКГ через 1 мес тромба не выявлено. 29.06.18 г выполнена РЧА фибрилляции предсердий. РЧА атипичного левопредсердного трепетания. РЧА типичного трепетания. Пациент выписан с синусовым ритмом. По ЭХОКГ- ФВ 34%, КДР 64мм, КСР 57 мм. самочувствие улучшилось, выросла толерантность к физической нагрузке, уменьшилась одышка.

В августе 2018 госпитализация в ФГБНУ «РНЦХ им. Акад. Б.В. Петровского». 27.08.18 выполнено дополнительное РЧ воздействие на область крыши левого предсердий, где была выявлена несостоятельность блока. На ЭХОКГ ФВ 39% КДР 69 мм, КСР 58 мм, давление в ЛА 30 мм рт ст.

При выписке рекомендовано юперио, кордарон, диувер, эспиро, ксарелто, аторис, конкор. Толерантность к нагрузкам выросла, самочувствие удовлетворительное. На фоне синусового ритма и приеме кордарона сохранялась ЖЭ- ХМЭКГ 11.2018г 28512сутки -29,2%, одиночные, куплеты, мономорфная. В марте 2019 был отменен кордарон и в мае 2019 выполнен ХМЭКГ- синусовый ритм, 24 эпизода неустойчивой желудочковой тахикардии, максимально из 17 комплексов- 9 сек, ЖЭ 36268(37%) полиморфная 4- морфологии, преимущественно днем. NT-proBNP-911 пгмл.

По ЭХОКГ март 2019г ФВ 45% КДР 62,7 мм, КСР 48,4 мм, тест с 6-минутной ходьбой 390 м- 2 ФК. В июне 2019 в ФГБНУ «РНЦХ им. Акад. Б.В. Петровского» выполнено РЧА субстрата желудочковой тахикардии в левом желудочке в области фиброзного кольца аортального клапана между правой и левой коронарными створками аортального клапана. При контроле регистрировалась единичная ЖЭ с морфологией БПНПГ и верхней осью. На ХМЭКГ после операции зарегистрирован синусовый ритм м, 4702 ЖЭС-5,98%, 2 морфологий 61 куплет, пробежек не зарегистрировано. Пациент выписан на юперио, конкоре, липримаре. Возобновление антикоагулянтов после контроля ложной аневризмы правой бедренной артерии. В настоящее время пациент чувствует себя удовлетворительно, одышка при быстрой ходьбе более 400 м, подъеме на 4 этаж. Перебои в работе сердца не отмечает.

72 РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ - ПАПИЛЛЯРНАЯ ФИБРОЭЛАСТОМА НЕКОРОНАРНОЙ СТВОРКИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

Филиппова И.В., Михайлов К.М., Карпушкина Е.М.

Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия

Введение: Папиллярная фиброэластома составляет от 4,4% до 8% первичных опухолей сердца, что делает ее второй по распространенности после миксомы. Наиболее часто поражает именно клапаны сердца, имеет бессимптомный медленный рост и является случайной находкой

при ЭХОКГграфии. Существуют трудности диагностики ПфЭ, так как она может напоминать крупные вегетации и миксомы. Представляем клинический случай ПфЭ некоронарной створки аортального клапана, отражающий все этапы диагностики и результаты хирургического лечения.

Клинический случай. Пациентка 58 лет госпитализирована в СОККД с подозрением на бактериальный эндокардит с поражением аортального клапана. Жалобы на общую слабость, головокружение, одышку. Лихорадка отсутствовала. Были проведены плановые ЭХО-КГ и ЧП ЭХОКГ обследования в Самарском Диагностическом Центре. Обнаружены крупные вегетации на створках аортального клапана. Больная направлена в СОККД. Нами проведены повторно ЭХО-КГ и ЧП ЭХО-КГ и бактериальный эндокардит был исключен. Обнаружено округлое подвижное образование с четкими контурами на ножке, крепящееся к некоронарной створке аортального клапана. Данных за деструкцию клапана не выявлено. КТ подтвердила наличие образования аортального клапана. Учитывая клиническую картину и высокий риск эмболизации была выбрана хирургическая тактика лечения. Образование было успешно удалено. На интраоперационной ЧП ЭХО-КГ недостаточности на аортальном клапане не выявлено. Новообразование отправлено на гистологическое исследование, где определена ПфЭ.

ПфЭ - это редкое доброкачественное новообразование, локализующееся на эндокарде клапанных и неклапанных структур, редко нарушающее работу клапана, но в 30% случаев приводящее к тромбозу и эмболизации.

Вывод. Данные новообразования стали чаще выявляться в связи с широким использованием ЭХОКГ и ЧП ЭХО-КГ. Необходимо знать о существовании данных опухолей и проводить более тщательную оценку всех образований, выявленных при ЭХО-КГграфическом исследовании для определения дальнейшей тактики лечения.

73 ПОРАЖЕНИЕ АОРТЫ И АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ВНЕСУСТАВНОЙ ФОРМЫ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА (НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Карпушкина Е.М., Шеина Н.В., Филлипова И.В., Зыбин А.А., Семагин А.П.
ГБУЗ СОККД им.В.П. Полякова, Самара, Россия

Введение: Анкилозирующий спондилит - хроническое системное воспалительное заболевание неизвестной этиологии с преимущественным поражением крестцово-позвоночных суставов (сакроилеит), позвоночника (спондилит), периферических суставов (артрит) с возможным поражением глаз (увеит), сердца, аорты и других внутренних органов.

Цель: показать значение трансторакальной эхокардиографии в постановке основного диагноза (выяснение причины) при наличии значимой аортальной недостаточности.

Пациент М. 45 лет. Диагноз при поступлении: Инфекционный эндокардит с поражением аортального клапана. Недостаточность аортального клапана 3 степени. Жалобы при поступлении: одышка при небольшой физической нагрузке, длительное повышение температуры до 38 градусов, боль в плечевых суставах при движении, ограничение в движении позвоночника (шейный, поясничные отделы).

Эхокг данные: аорта-ФК-28 мм, синусы Вальсальвы-41 мм, синотубулярное соединение-42 мм, восходящая аорта-41 мм. Стенки аорты утолщены до 7 мм, повышенного свечения. Аортальный клапан: 3 створки, тонкие, незначительно уплотнены по свободному краю, без дополнительных

наложений, не смыкание створок в диастолу, раскрытие 1 тип по Карпантье, пиковый градиент 19 мм.рт.ст.. средний-8 мм.рт.ст.(гемодинамический), регургитация 4 степени до верхушки ЛЖ с дистальным заворотом струи ,поток по всей зоне коаптации, ширина потока 18 мм, РНТ-190 мс.КДР ЛЖ-67 мм, КСР ЛЖ-44 мм,ФВ-62 %, ЛП-43/41/64 мм, систолическое Р в ПЖ 56 мм.рт.ст. Заключение ЭхоКГ: Признаки аортита. Незначительная дилатация восходящей аорты без признаков расслоения. Относительная недостаточность Ао клапана 4 степени. Дилатация левых отделов сердца.

Лабораторных данных за наличие у пациента сифилиса, ВИЧ-инфекции не получено. Эхокардиографическое заключение способствовало расширению диагностического поиска. СОЭ 30 мм/ч,CRP-15-16(норма0-1).

Рентгенография костей таза и поясничного отдела позвоночника: Анкилозирование илеосакральных сочленений лобкового симфиза, поясничного отдела позвоночника. Болезнь Бехтерева 2-3 степени.

Консультация ревматолога: Анкилозирующий спондилит (HLAB 27),поздняя стадия, низкая степень активности, двухсторонний сакроилеит с внеклеточными проявлениями. Рекомендовано протезирование аортального клапана после курса противовоспалительной терапии (НПВП, преднизолон).

Таким образом, одной из основных задач врача при выполнении Эхокг исследования является не только определение нарушения анатомии, но и определение механизма регургитации клапанов. Правильный анализ ведет к правильному диагнозу и оптимальному лечению.

74 СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ТЕРАПЕВТА

Губарева Е.Ю.¹, Губарева И.В.², Супорник Г.В.³, Батова А.В.³, Иващенко М.Д.³

¹*Клиники СамГМУ, Самара, Россия*

²*ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Самарская область, Россия*

³*НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО «РЖД», Самара, Россия*

Пациентка Л., 61 г., в анамнезе жалобы на периодические приступы снижения АД, учащенного сердцебиения, ощущения нехватки воздуха, дурноты, тошноты, общей выраженной слабости, возникающих внезапно без предвестников, похудание на 20 кг за 6 месяцев. Для купирования состояния принимала горизонтальное положение с возвышенным положением ног и анаприлин. За время стационарного лечения зарегистрировано 5 эпизодов резкого снижения АД до 80 и 40 мм рт.ст., сатурации до 85%, глюкоза крови во время приступов 7,5-8,2 ммоль/л. Приступы возникают после курения, во время которых сознание сохранено, лицо и верхняя половина грудной клетки багрово-синюшного оттенка, тошнота, рвота, одышка; появляются влажные хрипы в нижних и средних отделах легких спереди; тоны сердца тихие, аритмичные, ЧСС до 120 уд в мин, судорог нет. На фоне проводимой терапии (дексаметазон, корвалол, валидол, кораксан) существенного эффекта не отмечала, длительность приступа до 30 мин. До госпитализации 5 эпизодов синкопальных состояний в анамнезе.

Пациентка находилась на стационарном лечении в НУЗ «ДКБ на ст. Самара ОАО «РЖД» с 23.01.2018 по 01.02.2018 с диагнозом «ХИМ 2 ст., сложного генеза, прогрессирующая эссенциальная гипотония с частыми гипотоническими кризами, редкими ортостатическими синкопальными состояниями». После выписки вновь приступ гипотензии, повторно госпитализирована в ДКБ для исключения надпочечниковой недостаточности. По результатам КТ у пациентки диагностированы аденомы тела левого надпочечника, по данным ЭНМГ верхних и нижних конечностей – признаки выраженных очаговых димиелинизирующих нейропатий срединных нервов с двух сторон на

уровне запястных каналов. Начальные признаки димиелинизирующего поражения моторных волокон нервов нижних конечностей по полиневритическому типу. оАк – анемия смешанной этиологии, легкой степени тяжести. Консультирована консилиумом врачей ДКБ и главным кардиологом МЗ СО Д.В. Дупляковым – на момент госпитализации генез гипотонических кризов и синкопальных состояний установить не удалось, приступы сохранялись, их частота увеличилась. Было рекомендовано дообследование (ПЭТ, тилт-тест, кровь на онконевральные АТ и серотонин), наблюдение гематологом.

По результатам дообследования у пациентки диагностирован другой миелоидный лейкоз, хроническое миелопролиферативное заболевание крови, jak-2 негативное. Первичный остеомиелофиброз, промежуточный риск. Вторичная паранеопластическая вегетативная недостаточность (вегетативная полинейропатия) с частыми ортостатическими гипотоническими кризами, редкими гипотоническими синкопами. Рекомендован прием препарата «Гидрея» (МНН – гидроксикарбамид).

75 КОМОРБИДНЫЙ БОЛЬНОЙ - СЛОЖНОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ

Денисов О.Н.¹, Ефремова Е.В.², Галушина И.А.¹, Юдин А.Н.¹

¹ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница, Ульяновск, Россия

²ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, Россия

Введение: Несмотря на отсутствие факторов риска по шкале CHA2DS2–VASc, проблема тромбоэмболических осложнений является актуальной у коморбидных пациентов с фибрилляцией или трепетанием предсердий. Данный клинический случай демонстрирует тромбоз ушка левого предсердия у больного с бронхолегочным заболеванием без факторов риска по шкале CHA2 DS2 –VASc.

Описание клинического случая: Больной М., 47 лет, житель г. Ульяновска, обратился на прием к кардиологу в связи с жалобами на перебои в работе сердца, сердцебиение, слабость. Из анамнеза: наблюдается у пульмонолога в связи с наличием неспецифической легочной патологии. Диагноз «эндогенная бронхиальная астма, средней ст. тяжести» установлен с 2007 года. Стаж курения более 30 лет. Около 1 месяца назад в связи с обострением бронхо-легочного заболевания, обратился к пульмонологу в консультативный центр Ульяновской областной клинической больницы. В это же время при проведении ЭКГ впервые зарегистрировано типичное трепетание предсердий, давность аритмии не известна. Назначена пульс-урежающая терапия (верапамил). Наличие сердечно-сосудистой патологии в анамнезе отрицает, артериальная гипертензия не регистрировалась. При объективном осмотре: Общее состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Телосложение гиперстеническое с ИМТ 40 кг/м², объем талии 120 см. В легких дыхание везикулярное, диффузно-ослабленное, жесткое, хрипы не выслушиваются с ЧД - 18/мин. Границы сердца – не расширены. Ритм сердца правильный, тоны приглушены, ЧСС – 120/мин. АД 100/60 мм рт.ст. на обеих руках. Отеков нижних конечностей нет. Щитовидная железа не увеличена. Результаты лабораторного исследования: В общем анализе крови отмечается умеренный лейкоцитоз (Leu до 12x10⁹/л), Eг 5,23x10¹²/л, Hб 173 г/л, Тг 225x10⁹/л. Результаты исследования ормонов щитовидной железы в пределах нормы. Скорость клубочковой фильтрации по СКД EPI 74 мл/мин/1,73 м². Протромбин 97%, МНО 1,01; фибриноген 3,3 г/л. ЭКГ: трепетание предсердий, с ЧСС 75 в минуту с АВ проведением 4:1 - 2:1. нормосистолия. Нормальное положение ЭОС. Трансторакальная ЭХО-

КС – умеренная дилатация предсердий, размеры и функция желудочков удовлетворительные, нарушений локальной сократимости левого желудочка нет. Клапанный аппарат без патологии. Чреспищеводная эхокардиография: в ушке левого предсердия четко лоцируется объемное образование размерами 0,8x1,0см умеренно подвижное, не пролабирующее в основную полость левого предсердия. По шкале CHA2DS2–VASc - 0 баллов. Рекомендована терапия - небиволол 7,5мг, аписабан 5мг 2 раза в день, пантопрозол. На фоне приема небивалола удовлетворительный контроль ЧСС в покое. Рекомендовано чреспищеводная ЭХО-КС через 4 недели.

Обсуждение: Для оценки риска тромбоза и осложнений при фибрилляции предсердий рекомендована к использованию шкала CHA2DS2–VASc, что упрощает принятие решений относительно антикоагулянтной терапии. Но у пациентов с коморбидностью существуют другие факторы риска тромбообразования в полости предсердий (такие как эритроцитоз, полицитемия и, возможно, ожирение), которые не учитываются при использовании традиционных методов оценки риска. Таким образом, при выборе тактики лечения коморбидных больных с фибрилляцией/трепетанием предсердий необходима комплексная оценка с учетом коморбидности, и особое внимание клинициста в связи с неблагоприятным прогнозом, определяемым в том числе, высокой коморбидностью.

Заключение: особенностью данного клинического случая является тромбоз ушка левого предсердия у пациента с бронхолегочным заболеванием и отсутствием факторов риска по шкале CHA2 DS2 –VASc.

РАЗДЕЛ XII. КАРДИОНЕВРОЛОГИЯ

76 НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Иванов М.Г., Алиджанова Х.Г.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

Введение: В остром периоде ишемического инсульта (ИИ) нарушения ритма сердца (НРС) еще более дестабилизируют гемодинамику, ограничивая объем медикаментозной и реабилитационной помощи, повышая риск смерти (РС).

Цель: изучить частоту НРС в остром периоде ишемического инсульта (ИИ), требующих проведения неотложной медикаментозной и инвазивной терапии.

Материал и методы: В остром периоде ИИ обследованы 1460 чел. (645 муж и 815жен, в возрасте от 36 до 91 лет). Комплексное обследование: ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), ЭхоКг, нейровизуализация (КТ и МРТ головного мозга) проведены всем пациентам. Аритмии считались клинически значимыми, если проявлялись симптомами или были обнаружены на ЭКГ или при ХМ ЭКГ по следующей классификации: а) желудочковые тахиаритмии; б) суправентрикулярные тахиаритмии (длительность > 30 с и ЧСС > 130); в) брадиаритмии (паузы > 3 с или ЧСС ≤ 30 уд / мин в течение более 30 с); г) суправентрикулярные экстрасистолы (чрезмерная суправентрикулярная эктопическая активность); и д) желудочковые экстрасистолы (сложная желудочковая эктопическая активность).

Результаты: В остром периоде ИИ у 708 (48%) пациентов, с сопутствующей кардиальной патологией, диагностированы различные одиночные и сложные НРС. Наиболее часто встречались (80%) - фибрилляция предсердий, суправентрикулярные тахикардии и экстрасистолическая

аритмия. Неустойчивые пароксизмы желудочковой тахикардии диагностированы у 76 (11%) чел. Из них 18 пациентам в период стационарного лечения проведена коронарография, по результатам которой выявлено многососудистое поражение коронарных артерий. Брадиаритмии (с и без синкопе) выявлены у 65(9%) пациентов с большими полушарными инфарктами мозга. Среди них синдром Фредерика и Морганьи Адамса-Стокса диагностированы у 1 и 8 чел, соответственно. Для поддержания регуляции сердечно-сосудистой системы, лечения брадиаритмий, профилактики внезапной смерти и расширения возможностей медикаментозной терапии в условиях клиники постоянный электрокардиостимулятор (ЭКС) имплантирован 20 пациентам (9 жен и 11 муж, средний возраст $74,1 \pm 8,9$ лет). У послеоперационных больных улучшилась гемодинамика, что позволило подключить активные методы реабилитации. Остальным 45 пациентам проводилась консервативная терапия и рекомендована плановая имплантация ЭКС.

Заключение: Диагностика НРС в ранние сроки ИИ и их своевременная коррекция снижает РС, расширяет возможности медикаментозной терапии и реабилитационных методов лечения. Среди НРС брадиаритмии и пароксизмы неустойчивой желудочковой тахикардии чаще требуют привлечения кардиологической службы для решения вопроса о инвазивной диагностике и хирургической тактике лечения.

77 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Алиджанова Х.Г., Тюрина Л.Г., Чепкий Д.А., Мазанов М.Х., Кумпилова А.Д., Сагиров М.А., Газарян Г.А.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

Введение: Пациенты с повторным инфарктом миокарда (пИМ) относятся к группе высокого риска, с худшими результатом лечения и отдаленным прогнозом [Radovanovic D.,2016].

Цель исследования: изучить особенности течения пИМ у лиц с перенесенным инсультом.

Материал и методы: В исследование включено 80 пациентов с пИМ (57 муж. и 23 жен.) в возрасте 52-87 лет (средний возраст $68,9 \pm 10$ лет). I группу составили 52(65%) чел. с ранее перенесенным инсультом; II группу – 28 без инсульта в анамнезе. Исходный риск смерти (РС) оценивали по шкале TIMI.

Результаты: В I группе, у лиц перенесших инсульт, пИМ большей частью был передней локализации. В 8 наблюдениях(15%) имели место повторные инсульты, в 5 они возникли одновременно с пИМ. Средний возраст пациентов составил $70,5 \pm 10$ лет. Исходный РС по TIMI - 7,2 балла или 25% по шкале TIMI. Во II группе, среди лиц без инсульта, преобладали больные с нижней локализацией ИМ. Средний возраст составил $67,3 \pm 10$ лет ($p=0,1$), РС по TIMI - 5,7 балла или 15% по шкале TIMI. Частота многососудистого поражения коронарных артерий(КА). в обеих группах достигала 80%. Фибрилляция предсердий (ФП) и значимые стенозы сонных артерий отмечались преимущественно в I группе: в 52% и 69% наблюдений, соответственно. Ранее выполненные чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) имели место у 29 и 18 пациентов, в период стационарного лечения у 25 и 14 пациентов, соответственно. ЧКВ выполнялись преимущественно на правой и огибающей КА. Фракция выброса левого желудочка (ЛЖ) в I группе была несколько ниже, чем II ($41,8 \pm 12$ и $46,0 \pm 11\%$; $p=0,08$). У пациентов с инсультом в анамнезе течение болезни чаще осложнялось пароксизмами ФП; ранней постинфарктной стенокардией, прогрессирующим хронической сердечной недостаточности и почечной дисфункции. Госпитальная летальность в обеих группах оказалась ниже исходного РС:

15,4 и 10,7%, соответственно. Умерло всего 11 чел., из них только 2 – после ЧКВ(5,1%), в обоих наблюдениях - с инсультом в анамнезе; и 9 – в отсутствии реперфузионной терапии(24,9%). Практически все умершие оказались старческого возраста, с множественным поражением КА, суммарной площадью инфаркта превышающей 50%.

Заключение: Повторный ИМ с инсультом в анамнезе является предиктором высокого РС, требующего инвазивной диагностики и лечения. Тяжесть поражения КА, старческий возраст и проявления хронической ишемии головного мозга повышают вероятность интрапроцедурных осложнений. Успешное восстановление инфаркт-связанной артерии предотвращает прогрессирование дисфункции ЛЖ, развитие летального исхода.

78 ЦЕРЕБРОКАРДИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ НЕЙРОРЕАНИМАТОЛОГА

Матвеев А.С.¹, Игнатъева А.В.², Петрова М.Н.¹

¹Медицинский институт СВФУ имени М.К. Аммосова, Якутск, Саха (Якутия), Россия

²РБ№2-ЦЭМП, Якутск, Саха (Якутия), Россия

Введение: Цереброкардиальный синдром (ЦКС) характеризуется изменениями на электрокардиограмме (ЭКГ) при различных поражениях головного мозга, в том числе ишемическом и геморрагическом инсультах.

Цель исследования: Изучить частоту ЭКГ изменений при ЦКС в остром периоде САК.

Материал и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ случаев САК у пациентов, госпитализированных в ОРИТ ОНМК РСЦ. Всем пациентам проведены общеклинические исследования, ЭКГ (3 и 6 канальная) в динамике, эхокардиография (ЭХО-ЭКГ) в динамике, нейровизуализация (КТ или МРТ головного мозга в динамике), цифровая субтракционная ангиография, неврологический осмотр с использованием шкал NIHSS, Glasgow, Hunt-Hess, консультация кардиолога. По показаниям проводились исследования специфических ферментов (количественная и качественная оценка уровня тропонина I и T, СК-МВ и миоглобина), снятие ЭКГ в дополнительных отведениях. Статистический анализ данных выполнен с использованием пакетов компьютерных программ STATISTICA7. Количественные признаки, не имевшие нормального распределения, описывались медианами (Me) и квартилями [Q1;Q3]. Исследование взаимосвязи между парами дискретных качественных признаков проводилось с использованием анализа парных таблиц сопряженности. Помимо оценок точного критерия Фишера и достигнутого уровня статистической значимости оценивали силу ассоциаций в значениях относительного риска (OR) с 95% доверительным интервалом (CI).

Результаты исследования: Всего обследован 91 пациент с диагнозом САК в остром периоде. Средний возраст составил 47 [38; 56] лет. Пациентов мужского пола было 34 (37,4 %), женского – 57 (62,6 %). В 58 случаях (63,7%) при обследовании были выявлены аневризмы церебральных сосудов, которые явились причиной САК. В 4 случаях (4,4 %) выявлены артерио-венозные мальформации (АВМ). В 29 случаях (31,8 %) при обследовании не выявлено аномалий сосудов головного мозга. В результате обследования диагностированы аневризмы передней мозговой артерии-передней соединительной артерии (ПМА-ПсА) – в 23 случаях (25,3 % от общего числа САК), средней мозговой артерии (СМА) – в 22 случаях (24,2 %), внутренней сонной артерии (ВСА) – в 12 (13,2 %), позвоночной артерии (ПА) – в 1 случае (1,1 %). САК сочеталось с прорывом крови в желудочковую систему мозга в 35 случаях (38,5 %). В общей группе средний балл по шкале NIHSS при поступлении составил 7,3 [0; 9], а при выписке (среди выживших пациентов) – 2,8 [0; 5,0] балла. Средний балл по шкале Glasgow составил при поступлении в стационар 12,6 [11,5; 15] балла, а при выписке (среди выживших пациентов) – 14,2 [13,5; 15,0]. Средний

балл по шкале Hunt-Hess при госпитализации составил 2,3 [2,0; 3,0] балла. ЭКГ отклонения в виде появления патологических зубцов Q, изменения конечной части желудочкового комплекса (различные изменения зубца T, отклонения сегмента ST от изолинии) зарегистрированы в 26 случаях, что составило 28,6% от общего количества случаев САК. Были исключены изменения ЭКГ, связанные с нарушениями проводимости и с гипертрофией левого желудочка. После соответствующего дообследования в дальнейшем в 22 случаях (84,6 %) эти изменения ЭКГ расценены как ЦКС, а в 4 случаях (15,4 %) как ОКС (с развитием инфаркта миокарда на фоне ИБС). Из 22 случаев ЦКС выявлены изменения зубца T в двух и более отведениях: в 7 случаях (31,8 %) по типу высоких положительных зубцов T; в 9 случаях – отрицательные T (40,9 %); в 3 случаях – глубокие отрицательные (13,6 %). Изменения сегмента ST в двух и более отведениях установлены в 4 случаях по типу депрессии сегмента ST (18,2 %), в 2 случаях – подъем сегмента ST по типу повреждения (9,0 %). Патологический зубец Q в двух отведениях был зафиксирован в 1 случае (4,5 %). ЭКГ без изменений в острой фазе САК зафиксированы в 65 случаях (71,4 %). Таким образом, в обследованной группе изменения ЭКГ по типу ЦКС диагностированы в 24,2 % случаев САК в остром периоде (n=22). Изменения ЭКГ зафиксированы у 9 мужчин (26,5 % от общего количества пациентов мужского пола) и у 17 женщин (29,8 % от общего количества пациентов женского пола). Не установлено различий в частоте данных изменений в зависимости от гендерного признака (p=0,813). Кроме того, данные изменения ЭКГ чаще сопровождалось нарушением локальной сократимости миокарда на ЭХО-КГ. Так, у 30 % пациентов с изменениями на ЭКГ диагностированы гипокинезы, в то время как в группе пациентов без изменений на ЭКГ гипокинезы диагностированы в 4,8 % (p=0,015; OR = 6,2; 95% CI: 1,2–35,1). Изменения на ЭКГ были ассоциированы с неблагоприятным (летальным) исходом (p=0,001 (OR=5,3; 95% CI: 1,8–16,1)). Так, в группе пациентов с изменениями на ЭКГ было 16 летальных случаев (61,5 % от числа пациентов данной группы), а в группе пациентов без изменений на ЭКГ – 15 случаев (23,1 % от числа пациентов данной группы).

Выводы: ЦКС выявлен в 24,2 % случаев и сопровождался различными отклонениями зубца T, сегмента ST, появлением патологического зубца Q в двух и более отведениях на электрокардиограмме. Изменения на ЭКГ были ассоциированы со случаями массивных кровоизлияний с неблагоприятным исходом, что свидетельствует о детерминирующей роли патологии центральной нервной системы в патогенезе цереброкардиального синдрома.

79

БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ НЕЗНАЧИМЫМИ СТЕНОЗАМИ СОННЫХ АРТЕРИЙ И ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНСУЛЬТОМ

Дьячков В.А., Терешина О.В., Усенко Е.В., Рябова Е.Н., Борзенкова Г.А.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Самарская область, Россия

Введение: нарушения мозгового кровообращения являются сложной с социально значимой проблемой, что объясняется их распространенностью, тенденцией к увеличению, высокой смертностью и тяжелой инвалидизацией пациентов. Две трети инсультов обусловлены атеросклеротическим стенозом и деформирующей патологией сонных артерий. Доказано, что риск развития ишемического инсульта напрямую связан со степенью сужения просвета артерии. Однако среди пациентов, перенесших ОНМК, достаточно большой процент составляют пациенты, у которых выявлены гемодинамически незначимые стенозы.

Цель исследования: сопоставить частоту возникновения ОНМК у пациентов с гемодинамически незначимыми стенозами общей сонной артерии (ОСА), внутренней сонной артерии (ВСА) с частотой возникновения безболевой ишемии миокарда по данным холтеровского мониторирования ЭКГ.

Материалы и методы: проводилось ретроспективное исследование историй болезни 75 пациентов в возрасте от 62 до 75 лет с ОНМК в анамнезе, находившихся на лечении в клиниках Самарского Государственного Медицинского Университета в 2016 - 2018 годах, у которых на УЗДГ БЦС были выявлены гемодинамически незначимые стенозы ОСА, ВСА (35–50%). Вышеуказанным пациентам было выполнено холтеровское мониторирование ЭКГ, на котором у 39 пациентов зарегистрированы эпизоды безболевой ишемии миокарда (отсутствовали комментарии в дневнике пациента и метки плохого самочувствия на ЭКГ).

Заключение: полученные данные позволяют рекомендовать проведение холтеровского мониторирования ЭКГ у пациентов с гемодинамически незначимыми стенозами БЦС перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

80

РОЛЬ АМБУЛАТОРНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА И РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ

Бахметьев А.С.¹, Коваленко В.И.², Курсаченко А.С.¹, Лойко В.С.¹, Сухоручкин В.А.¹, Чехонацкая М.Л.¹

¹ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского», Саратов, Россия

²НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева, Москва, Россия

Введение: Ишемический инсульт (ИИ) является важной социальной проблемой во всех развитых странах мира. Основной причиной ИИ является атеросклеротический стеноз устья внутренней сонной артерии (ВСА). Значимые стенозы подвергаются хирургическому удалению, однако количество рестенозов и следующих за ними случаев ИИ по данным различных авторов составляет от 8 до 25%.

Цель: изучение роли послеоперационной амбулаторной профилактики рестеноза и дислипидемии у пациентов, оперированных по поводу атеросклеротического стеноза ВСА.

Материалы и методы: Нами был проведен сравнительный анализ состояния больных 2 групп по уровню летальности и числу рестенозов оперированного сегмента. Первая группа включала 52 пациента, которые находились под наблюдением ангиохирурга и невролога; пациенты отказались от курения, а также соблюдали рекомендации и выполняли назначения, получаемые при выписке и при каждом последующем визите к врачу. Пациентам по показаниям назначали соответствующую диету, липостатические и гипотензивные препараты, тромбоцитарные антиагреганты, эндотелиальные протекторы, а также средства нормализующие уровень сахара в крови. Дуплексное сканирование сонных артерий проводили каждые 3 месяца в течении первого года после операции, в последующем – каждые полгода. Вторую группу составили 48 пациентов, которые по разным причинам «выпали из поля зрения» ангиохирурга и невролога (чаще иногородние пациенты). У пациентов этой группы не было регулярного контроля и коррекции артериального давления, липидного и углеводного профиля.

Результаты: В первой группе летальность и ишемический инсульт не отмечались. Во второй группе у 1 (2,1%) пациента отмечен летальный исход от ИИ вследствие тромбоза ствола ВСА на фоне изъязвленной атеросклеротической бляшки в ранее оперированном сегменте. У одного (2,1%) пациента 2 группы (контрольной) выявлена окклюзия ВСА, вызвавшая нелетальный

инсульт. Транзиторная ишемическая атака головного мозга диагностирована у 2 (3,8%) пациентов 1 группы, которым в последующем было выполнено стентирование ВСА, а также у трёх (6,3%) пациентов контрольной группы. Гемодинамически значимый рестеноз ВСА (более 70%) в 1 группе был выявлен у одного (1,9%) пациента, тогда как в контрольной группе – у 3 (6,3%) пациентов. При этом, качественно рестеноз у пациентов контрольной группы существенно отличался тем, что бляшки чаще имели эмбологенный характер (8,4%).

Заключение: Сравнительный анализ достоверно продемонстрировал эффективность активного диспансерного наблюдения пациентов после каротидной эндартерэктомии по таким показателям, как летальность, встречаемость острых нарушений мозгового кровообращения, рестеноз и образование эмболоопасных атеросклеротических бляшек.

81 КАРОТИДНАЯ ЭНДАРТЕРЭКТОМИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Недосеев С.С.

Клинический кардиологический диспансер имени академика Л.С. Барбараша, Кемерово, Россия

Введение: На сегодняшний день поражение сонных артерий - одна из причин развития ишемического инсульта, а также прогрессирования ХИГМ. Те лекарственные средства, которые применяются для лечения атеросклероза, способствуют регрессии заболевания, но полностью от атеросклеротических бляшек не избавляют (Спирин Н.Н. и соавт., 2011). В связи с этим разработана методика хирургического лечения: каротидная эндартерэктомия (КЭЭ).

Цель исследования: Провести анализ госпитальных исходов каротидной эндартерэктомии. Выявить динамику осложнений.

Материалы и методы: Ретроспективный анализ 513 историй болезни пациентов, которым выполнялась каротидной эндартерэктомия с 2015 по 2019 годы.

Результаты: В 2015 – 2019 гг. в Кемеровском кардиологическом диспансере 513 пациентам выполнялась КЭЭ. Среди них у 151 (29,4%) больного были выявлены значимые стенозы сонных артерий с двух сторон. При анализе госпитальных и годовых исходов после КЭЭ значимых различий получено не было. Однако комбинированная конечная точка среди больных с двусторонними стенозами имела большую тенденцию к увеличению. Положительный эффект каротидной эндартерэктомии (КЭЭ) у пациентов со стенозами сонных артерий бесспорен и хорошо известен. Однако больные с сопутствующим контралатеральным поражением составляют особую когорту, вероятно имеющую прогрессирующее течение заболевания с последующим развитием ишемического инсульта. Целью настоящего исследования явился сравнительный анализ госпитальных и годовых исходов КЭЭ у больных с односторонними и с двусторонними стенозами внутренних сонных артерий (ВСА). С 2015г. в Кемеровском кардиологическом диспансере 513 пациентам выполнялась КЭЭ. Среди них у 151 (29,4%) больного были выявлены значимые стенозы сонных артерий с двух сторон. Выбор стратегии хирургического лечения осуществлялся мультидисциплинарной командой на основе комплекса клинико-инструментальных данных, выраженности коронарного и брахиоцефального атеросклероза, существующих рекомендаций и внутренних протоколов учреждения. Контрольные точки фиксировались в госпитальном и годовом послеоперационном периоде. У пациентов с наличием контралатерального поражения ВСА период наблюдения составил $13,8 \pm 6,7$ месяца, а у больных с односторонними стенозам - $15,1 \pm 6,3$ месяцев. Информация о структуре осложнений в через год после КЭЭ была получена

путем телефонного обзвона (удалось получить информацию о 77% больных). Под контрольными точками понималось развитие таких неблагоприятных кардиоваскулярных событий как повторная незапланированная реваскуляризация миокарда, инфаркт миокарда (ИМ) и острое нарушение мозгового кровообращения/транзиторная ишемическая атака (ОНМК/ТИА).

Представленные группы пациентов были сопоставимы по большинству клинико-демографических параметров. Однако больные с двусторонними стенозами ВСА статистически чаще имели постинфарктный кардиосклероз, хроническую почечную недостаточность и ОНМК/ТИА (острое нарушение мозгового кровообращения/транзиторная ишемическая атака) в анамнезе, что характеризует более отягощенный коморбидный фон у этих пациентов. При анализе госпитальных исходов после КЭЭ значимых различий получено не было. Однако комбинированная конечная точка среди больных с двусторонними стенозами имела большую тенденцию к увеличению относительно второй группы (3,3% против 2,2%; $p=0,67$). В годовом периоде наблюдения в группе пациентов с наличием контралатерального поражения статистически чаще выявлялся летальный исход (4% против 0,8%; $p=0,03$). Относительно других осложнений различий получено не было.

Выводы: Таким образом, пациенты с окклюзионно-стенотическими поражениями ВСА с двух сторон характеризуются отягощенным коморбидным фоном, неблагоприятным годовым прогнозом и большей мультифокальностью системного атеросклероза, напротив, пациенты с односторонним поражением сонной артерии практически не имели вышеуказанных осложнений.

РАЗДЕЛ XIII. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В КАРДИОЛОГИИ И КАРДИОХИРУРГИИ

82

СЕСТРИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРИ СТЕНОКАРДИИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Бакирова З.А.

ГБПОУ ДЗМ «Медицинский колледж №6», Москва, Россия

В общей структуре заболеваемости инфарктом миокарда молодые люди (в возрасте до 45 лет) по данным отечественных авторов составляют 3–14%, в подавляющем большинстве случаев это мужчины. Цель исследования: изучить особенности сестринской деятельности при реабилитации пациентов молодого возраста со стенокардией. Исследование было проведено на базе кардиологического отделения в ГКБ им. Д.Д. Плетнева г. Москвы у 18 пациентов с диагнозом «Стенокардия» в возрасте от 31 до 44 лет с использованием авторской анкеты и «Сиэтловского опросника качества жизни больных стенокардией». Среди факторов риска отмечены: наследственность, артериальная гипертензия, частые стрессовые ситуации, избыточная масса тела, табакокурение. Выявлены различный уровень ограничения физической активности в зависимости от функционального класса стенокардии, обременительность приема лекарств, высокий уровень информированности о своем заболевании, удовлетворенность своим лечением. К факторам, негативно отразившимся на лечении, молодые мужчины отнесли психологические, социальные проблемы, связанные с заболеванием и необходимостью пребывания в стационаре:

тревожность в ожидании приступа стенокардии, страх внезапной смерти, беспокойство по поводу прогноза заболевания, ограничения в профессиональном выборе, страх изоляции, скучный досуг, бытовые неудобства. Таким образом, медицинской сестре при оказании профессиональной помощи молодым мужчинам со стенокардией следует мотивировать их к изменению образа жизни и коррекцию факторов риска. Среди вариантов оказания психологической поддержки можно использовать элементы краткосрочной когнитивно-поведенческой психотерапии, преимущественно в «обсуждающем», поддерживающем и обучающем форматах, при этом необходимо создавать обстановку доверия во время беседы, поддерживая доброжелательный тон разговора, формулируя точные и однозначные фразы. Немаловажное значение имеет своевременное информирование родственников пациента в рамках сестринской компетенции.

83 ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНЫХ УСЛОВИЙ ПРЕБЫВАНИЯ ПАЦИЕНТА В ОПЕРАЦИОННОМ БЛОКЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Папенина С.М., Федоркина Т.Н., Андгуладзе О.П.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово

Введение: Безопасной больничной средой называется среда, которая в наиболее полной мере обеспечивает пациенту и медицинскому работнику условия комфорта и безопасности, позволяющие эффективно удовлетворять жизненно важные потребности. Задачами процесса «Обеспечения безопасной больничной среды», являются: мероприятия по идентификации пациента; организация и контроль выполнения мероприятий по профилактике ИСМП; организация и контроль безопасности пациентов при применении ЛС высокого риска; организация и контроль безопасного перемещения и транспортировки пациентов внутри стационара, для предупреждения падения пациентов; соблюдение медицинским персоналом требований к преаналитическому этапу; обеспечение безопасных условий пребывания в операционном блоке.

Цель: Разработка комплекса мероприятий для обеспечения безопасных условий пребывания пациента в операционном блоке кардиохирургической клиники.

Материалы и методы: Разработан комплекс мер, направленных на обеспечение пациенту и медицинскому работнику условия комфорта и безопасности в условиях кардиохирургической клиники. Среди них следующие основные направления. Исключение ошибок при оформлении первичной медицинской документации, при выполнении оперативных вмешательств, диагностических и лечебных процедур (вопросы идентификации пациента). Оптимизация транспортировки пациента с разработкой соответствующего алгоритма. Обеспечение лекарственной безопасной пациентов, закрепленной в приказе Учреждения. Обеспечение безопасных условий пациента в операционном блоке. Профилактика развития пролежней в рамках разработанного протокола по профилактике пролежней. Профилактика ИСМП, которые регламентированы рядом локальных актов. Рутинно производится оценка результативности процесса в рамках документированных процедур с контролем температурного режима в помещениях операционного блока, температурного режима холодильных установок, работы бактерицидной установки, проведения генеральных уборок, ПСО медицинского инструментария, регистрации биологического материала для исследования.

Заключение: Комплекс мер, разработанных для обеспечения безопасных условий пребывания пациента в операционном блоке кардиохирургической клиники демонстрирует свою эффективность, что отражается в удовлетворительных значениях целевых показателей, оцениваемых в рамках системы менеджмента качества.

84

РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Поборцева О.А., Мироненко Е.Н.

ГБУЗ Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) по-прежнему остаются наиболее распространенными и занимают первое место в структуре смертности и инвалидизации населения. С 2008 года в Самарской области реализуется Федеральная программа по совершенствованию медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями.

В 2009 году на базе СОКБ им. В.Д. Середавина открыт Региональный сосудистый центр (РСЦ). Оказание медицинской помощи больным с ССЗ осуществляется в рамках последовательного процесса, начинающегося на догоспитальном этапе, который продолжается в лечебно – профилактических учреждениях в стационарных условиях, далее в амбулаторно – поликлинических учреждениях в т.ч. восстановительного лечения, центрах восстановительной медицины и реабилитации, медицинской и социальной реабилитации, санаторно – курортных учреждениях.

Острый коронарный синдром (ОКС) — остро развивающаяся ишемия миокарда вследствие частично или полностью окклюзирующего тромба, формирующегося на нестабильной атеросклеротической бляшке коронарной артерии. Патогенез ОКС подразумевает необходимость нахождения пациентов в специализированных подразделениях: блоке интенсивной терапии или в отделении кардиореанимации с почасовым наблюдением за ритмом сердечной деятельности и состоянием гемодинамики.

В первые 24 - 48 часов от начала развития ОКС медицинские сестры осуществляют круглосуточный уход и наблюдение за пациентами в палате реанимации и интенсивной терапии, что включает в себя:

- оценку функционального состояния пациента (ведение листа динамического наблюдения);
- внутривенные, внутримышечные, подкожные инъекции, уход за внутривенным и мочевым катетерами, уход за стомами (ведение листа назначений);
- подготовку пациента к лабораторным и инструментальным методам исследования, в том числе к коронарографии;
- подготовку пациента к стентированию коронарных артерий;
- мероприятия по уходу;
- своевременное соблюдение и выполнение всех врачебных назначений.

Основной задачей медицинской сестры, после перевода пациента в кардиологическое отделение, является достижение следующих целей:

- Повышение толерантности пациента к физической нагрузке;
- Улучшение симптоматики;
- Отказ или уменьшение потребности пациента в курении;
- Улучшение липидного профиля и уменьшение массы тела;
- Нормализация АД;
- Улучшение психоэмоционального состояния пациента .

Медицинская сестра несет ответственность за адекватность и безопасность ухода, оценку и наблюдение за физическим и психологическим состоянием пациента, принятие необходимых мер и своевременное информирование других специалистов, предоставление постоянной физической и психологической поддержки пациенту и ухаживающим за ним лицам.

Высокий профессионализм сестринского персонала кардиохирургических отделений обеспечивает выполнение стандартов ведения больных с острым коронарным синдромом, что позволяет улучшить прогноз.

85 САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В ПОСТСТАЦИОНАРНОМ ПЕРИОДЕ ПРОЦЕССА РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Монахова Л.В.

ГБУЗ «Самарская городская поликлиника № 6 Промышленного района»

Введение: Серьезная болезнь одного из членов семьи оказывает влияние не только на самого больного. Она нарушает привычный ход жизни всех членов семьи, вносит ограничения, требует создания особого режима для больного, перераспределения обязанностей, заставляет менять планы на будущее, испытывать чувство страха, неопределенности, беспомощности, которые охватывают больного и его близких. Чаще всего здоровье определяется не отсутствием болезней, а способностью успешно их преодолеть. Медицинская сестра общей практики, общаясь с семьей, решает вопросы отношения к проблемам здоровья, болезни, лечения, реабилитации и профилактики. Она помогает семье не только приспособиться к уходу за больным и его лечению, но и активно направлять и корректировать реабилитацию, как физическую, так и психологическую. Инфаркт миокарда — это патологическое состояние, сопровождающееся некрозом тканей из-за нарушения кровоснабжения организма. Ключевую роль в выздоровлении пациента и в его возвращении к полноценной жизни, играет реабилитация. Реабилитация после инфаркта является крайне необходимой для возвращения пациента к нормальной жизни. Восстановительные мероприятия не только позволяют снижать риск повторных приступов, но и существенно продлить жизнь пациента и улучшить качество его жизни.

Цель: Как можно быстрее вернуть пациента к полноценной жизни и профессиональной деятельности.

Задачи: Научить пациента ведению здорового образа жизни в период постинфарктной реабилитации: дать рекомендации о здоровом питании, помочь в составлении оптимального режима дня для профилактики повторных инфарктов, обучить элементам лечебной физкультуры. Обучить методике измерения давления и подсчету пульса, ведению дневника самоконтроля состояния. Обучить пациента и его родственников приемам самопомощи при ухудшении состояния.

В ГБУЗ СО СГП № 6 с 2013 года созданы комплексные участки, основой которых является расширение функционала медицинских сестер, в том числе медицинской профилактики. Расширение сестринского профилактического компонента оказания первичной медико-санитарной помощи на данных участках организовано за счет увеличения времени самостоятельного приема медицинскими сестрами, как в поликлинике, так и на дому.

Участие медицинской сестры в постстационарном периоде реабилитации после перенесенного инфаркта трудно переоценить: именно в этот промежуток времени состояние пациента стабилизируется, он под непосредственным руководством медицинской сестры общей практики адаптируется к новому режиму питания и образу жизни, отказывается от вредных привычек, приобщается к лечебной физкультуре, нормализуется психологический настрой.

86

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ С ПАЦИЕНТАМИ, ПРИНИМАЮЩИМИ ВАРФАРИН

Кузнецова А.В., Иноземцева С.В.

*ГБУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер им. В.П. Полякова»,
Самара, Россия*

С 1981 года в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Самарский областной клинический кардиологический диспансер им. В.П. Полякова» развернуто единственное в области отделение амбулаторной реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда и реконструктивные операции на сердце. Цель работы отделения - восстановление и сохранение работоспособности больных, путем применения комплекса мер по медикаментозной, физической, психологической и профессиональной реабилитации.

В отделении реабилитации кардиологического диспансера им. В.П. Полякова наблюдается почти 2000 пациентов. Большинство из них принимают антикоагулянт непрямого действия – Варфарин. Проблема заключается в том, что люди НЕ ПОНИМАЮТ ВАЖНОСТЬ правильного приёма препарата! НЕ ЗНАЮТ как контролировать МНО! Очень часто пациенты не соблюдают необходимые принципы питания, пропускают приём Варфарина или самостоятельно меняют дозу препарата.

Роль медицинских сестер в профилактике сердечно – сосудистых заболеваний очень значима на современном этапе. За год наблюдения в отделении реабилитации, пациенты (а некоторые из них находятся на лечении в нашем отделении от 1 года до 5-10 лет в зависимости от тяжести состояния) нередко считают сотрудников своими близкими, с кем можно поделиться наболевшим, получить совет, если требуется помощь, рассказать о радостных событиях в семье. В доверительных беседах медицинские сестры постоянно стараются сформировать у пациентов правила здорового образа жизни, с тем, чтобы предотвратить развитие повторного инфаркта миокарда или осложнений после перенесенных операций.

Задачи медицинской сестры во время пребывания пациента в реабилитационном отделении:

- Уметь правильно построить отношения с определенным пациентом, в зависимости от его личностных качеств и состояния здоровья.
- Правильно и своевременно оценить изменения состояния больного.
- Совместно с врачом провести адекватное лечение и мероприятия по профилактике осложнений.
- Дать рекомендации пациентам и их родственникам о целесообразности четких выполнений назначений врача и профилактических мероприятий дальнейшего развития сердечно - сосудистых заболеваний и их осложнений.

Регулярное наблюдение медицинскими сестрами, которые отслеживают выполнение пациентами рекомендаций, своевременно выявляют начало декомпенсаций и, конечно же, повышают грамотность больного в отношении своего состояния - вот главные составляющие успешной терапии сердечно-сосудистых патологий.

87

РАСШИРЕНИЕ РОЛИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОМ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Иноземцева С.В., Ференс С.А.

ГБУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер им. В.П. Полякова», Самара, Россия

Введение: Участие пациента в лечении любого хронического заболевания не может ограничиваться пассивным подчинением медицинским назначениям. Он должен быть активным, ответственным участником лечебного процесса и помочь ему в этом может медицинский работник, в полной мере владеющий медицинскими знаниями, навыками организатора, психолога и педагога. Таким специалистом сегодня может стать медицинская сестра. Профессионально подготовленные медицинские сестры являются важным звеном в лечебном процессе. Они помогают больному осознать суть происходящего, показывая связь между его поведением и опасностью для здоровья, необходимость соблюдения рекомендаций по лечению, самонаблюдения и самопомощи для предупреждения осложнений.

Фибрилляция предсердий — одно из наиболее распространенных видов нарушения ритма сердца, которое встречается примерно у 1% жителей Земли, и частота которого у лиц старше 80 лет превышает 10%. В связи с этим профилактика осложнений является одной из важнейших задач в терапии пациентов с фибрилляцией предсердий. Кроме того, большое влияние на жизнь пациента с этим диагнозом оказывает образ его жизни, а именно, уровень и характер двигательной активности, диета и т.п. На какие аспекты обратить внимание, можно узнать в ходе школ для пациентов.

Цель: повысить уровень знаний пациентов о факторах риска возникновения фибрилляции предсердий, симптомах и профилактике осложнений. Увеличение уровня знаний необходимо для повышения эффективности лечения, улучшения качества жизни, снижения тревожности по поводу своего заболевания.

Задачи: Обучить пациентов с фибрилляцией предсердий навыкам самоконтроля и комплексу приемов самопомощи при ухудшении состояния. Обучить самостоятельной технике измерения артериального давления, подсчету пульса.

В Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Самарский областной клинический кардиологический диспансер», с целью улучшения качества оказываемой в диспансере медицинской помощи пациентам с фибрилляцией предсердий, приказом главного врача от 12.02.2019 года № 50 организованы Школы для пациентов с ФП под руководством среднего медицинского персонала.

Форма общения: школа (медицинские сестры-учителя, пациенты-ученики). Группы: 6–10 человек. Продолжительность занятия — 40 минут. Каждое занятие включает информационный материал и интерактивные формы обучения, направленные на развитие практических навыков у пациентов. Все занятия хронометрированы, имеют четкий план:

- лекция-презентация
- обсуждение
- обучение практическим навыкам
- анкетирование (обратная связь)

Школа для пациентов с фибрилляцией предсердий — это современная и эффективная форма образования больных, страдающих расстройствами сердечного ритма. Программа занятий в

доступной форме дает пациенту представление о фибрилляции предсердий, рекомендации о том, как правильно жить с этим заболеванием, чтобы предупредить осложнения, как вести себя во время приступа, а также обучает необходимым навыкам (измерение артериального давления, пульса, ведение дневника самочувствия и т. д.). Сотрудничество медицинского работника-учителя и пациента-ученика позволяет контролировать течение заболевания, использовать полученные знания для адекватного лечения фибрилляции предсердий и повышения качества жизни.

РАЗДЕЛ XIV. НАШЕ БУДУЩЕЕ - СТУДЕНЧЕСКИЕ РАБОТЫ

88

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ЕЕ ФАРМАКОТЕРАПИЯ В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ГОРОДА МОСКВЫ

Агаева А.И., Кузнецова В.А., Свирина Е.С., Дубов А.А., Мелехов А.В., Наконечная А.Д., Наконечный В.Д., Полевянова П.О., Тучкова А.С., Никитин И.Г.
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва, Россия

Введение: Эпидемиология артериальной гипертензии (АГ) и особенности антигипертензивной терапии (АГТ) в РФ неоднократно оценивалась в ходе исследований с различной методологией и в различных когортах. Ситуация в Московском регионе изучена недостаточно.

Цель: Исследовать особенности АГ и АГТ в неорганизованной популяции г. Москвы, сопоставив осведомленность пациентов с результатами измерения артериального давления (АД).

Материалы и методы: В городском парке обследовано 532 участников старше 16 лет. С помощью анкетирования собрана информация о поле, возрасте, наличии АГ, особенностях и эффективности АГТ. Участникам трехкратно измеряли АД автоматическим тонометром с последующим расчетом средних значений.

Результаты: Возраст обследованных составил 57 (38-66) лет, 71,1% женщин. Женщины оказались статистически значимо старше мужчин (59 (46-67) и 48 (31-61) лет соответственно, $pMU=0,0001$). 42,7% опрошенных сообщили, что страдают АГ; из них АГТ принимали 62,5%; как эффективную ее оценили 79,7% от получающих АГТ, или 49,8% пациентов, страдающих АГ. Самостоятельно в домашних условиях АД измеряли 43,7% опрошенных (частоты усреднены по полу и возрасту). При измерении АД оптимальные значения выявлены в 29,7%, нормальные – в 22,6%, высокие нормальные – в 15,2%, АД>140 и/или 90 мм рт.ст. – в 32,6% (частоты усреднены по полу и возрасту). Значения АД>140 и/или 90 мм рт.ст. были зафиксированы у 48,8% пациентов с АГ и у 16,4% участников, считавших, что не страдают АГ ($pX^2=0,0001$); у 49,5% получавших АГТ и 46,9% не получавших АГТ ($pX^2=0,3$); у 39,6% участников, оценивавших АГТ как эффективную и 75,5% считавших АГТ неэффективной ($pX^2=0,0001$). 63,4% участников, принимавших АГТ, назвали принимаемые препараты. Из них 65,3% получали монотерапию, 27,1% - два препарата и 7,6% - три препарата, фиксированные комбинации получали лишь 17%. Значения АД и частота выявления гипертензии не были связаны с количеством принимаемых препаратов.

Обсуждение: Несмотря на ряд ограничений нашего исследования (исключение тяжелых и маломобильных пациентов, одномоментное измерение АД), усредненные по полу и возрасту

параметры оказались в целом сопоставимы со значениями, полученными в ходе отечественных эпидемиологических исследований.

Заключение: При обследовании неорганизованной популяции г. Москвы нами выявлена высокая частота АГ и предгипертензии, однако она несколько ниже, чем их распространенность в РФ в целом. У 8,5% обследованных значения АД, превышающие нормальные, зафиксированы впервые. АГТ проводилась только 62,5% пациентов с АГ, не была связана с меньшей частотой выявления гипертензии или меньшими значениями АД, что может быть следствием неоправданно частого применения монотерапии и редкого использования фиксированных комбинаций.

89

РАНЖИРОВАНИЕ КЛИНИКО- ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ

Микитюк А.В.¹, Скуратова Н.А.²

¹ «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

² «Гомельская областная детская клиническая больница», Гомель, Беларусь

Введение: Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются актуальной проблемой здравоохранения. Важным является изучить и проранжировать клинико-диагностические показатели сердечно-сосудистой системы (ССС), что позволит выделить для каждого заболевания, ведущие клинические и функционально-диагностические особенности и составить клинический портрет пациента.

Цель: провести ранжирование клинико-диагностических показателей ССС у детей с различными ССЗ, на основании результатов составить клинический портрет пациента.

Материалы и методы исследования: на базе кардиологического отделения было обследовано 188 пациентов в возрасте от 8 до 16 лет, из них: 99 (57%) мальчиков и 89 (43%) девочек. В зависимости от профиля заболеваний системы кровообращения дети были разделены на 5 групп: 1 группа – дети с малыми аномалиями развития сердца (МАРС), 2 группа – дети с врожденными пороками сердца (ВПС), 3 группа – дети с нарушением ритма сердца (НРС), 4 группа – дети с вегетативной дисфункцией (ВД), 5 группу составили дети с артериальной гипертензией (АГ). Наряду с клиническим обследованием всем проводилась электрокардиограмма (ЭКГ), холтеровское мониторирование (ХМ) и суточное мониторирование артериального давления (СМАД). При статистическом анализе результатов использовался критерий хи-квадрат и метод прямого ранжирования. Достоверными считали $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение: была составлена «пирамида» значимости заболеваний по данным ранжирования клинико-диагностических показателей ССС у детей, согласно которой на 1 месте расположились МАРС, на 2 месте – ВД, на 3 месте – НРС, на 4 месте – ВПС, на 5 месте – АГ. По результатам статистического анализа отмечено, что клинический портрет педиатрического пациента с МАРС включает характерные признаки: боль в области сердца, слабость и утомляемость, приступы тахикардии. ЭКГ характеризуется нарушениями сочетанного характера, по ХМ преобладает IVb класс (парные полиморфные экстрасистолы), по СМАД лидировала нормотензия. У детей обследованных по поводу АГ, характерны: головная боль, головокружение, потемнение в глазах, повышение АД, носовое кровотечение. Суточное мониторирование в отличие от других групп по ранговому соотношению была отмечена стабильная гипертензия САД, лабильная АГ, снижения САД дети-«дипперы» и снижения ДАД «нон-дипперы».

Выводы: наиболее значимыми по сумме баллов в ранговой принадлежности по клинико-диагностическим признакам явились МАРС, по клиническим жалобам — лидировали ВД, по данным ЭКГ нарушения проводимости характерны для пациентов с ВПС. По данным ХМ признаки электрической нестабильности миокарда чаще регистрировались у детей на фоне МАРС. По результатам СМАД нестабильные цифры АД характерны для детей с ВД, АГ и ВПС.

90

ОЦЕНКА ЖАЛОБ И ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКГ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЦА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО И ОРГАНИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА

Микитюк А.В.¹, Скуратова Н.А.²

¹ «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

² «Гомельская областная детская клиническая больница», Гомель, Беларусь

Введение: Выделяют функциональные и органические заболевания сердечно-сосудистой системы. К первым можно отнести малые аномалии развития сердца (МАРС), ко вторым — врожденные пороки сердца (ВПС). Важным является своевременная диагностика и адекватная оценка прогноза разного рода сердечно-сосудистых заболеваний у детей .

Цель: оценить структуру жалоб и изменения на электрокардиограмме (ЭКГ) у детей с заболеваниями сердца функционального и органического характера.

Материалы и методы: Обследовано 72 ребенка в возрасте от 8 до 16 лет, находившихся на обследовании и лечении в кардиологическом отделении Гомельской областной детской клинической больницы. Дети были разделены на 2 группы: 1 группа — дети с МАРС составили 50 детей, из них 22 (44%) мальчика и 28 (56%) девочек, 2 группа — дети с ВПС составили 22 ребенка, из них: 15 (68%) мальчиков и 7 (32%) девочек. У детей было проведено полное клиническое обследование, также использовался метод ЭКГ.

Результаты: В общей структуре жалоб у детей 1 группы кардиологические и астеновегетативные жалобы наблюдались в 27 (54%) и 26 (52%) случаев соответственно, неврологические жалобы и смешанный характер — у 5 (10%) и 19 (38%) случаев соответственно. В структуре жалоб 2 группы кардиологические жалобы имелись в 10 (45,5%) случаях, астеновегетативные — в 13 (59%) случаев, неврологические — у 7 (32%) человек, смешанный характер — у 7 (32%) пациентов, в 10 (45,5%) случаях дети не предъявляли жалоб. При анализе ЭКГ в 1 группе детей нарушение функции автоматизма зарегистрировано у 14 (28%) человек, нарушение возбудимости — у 1 (2%) ребенка, нарушение проводимости — у 11 (22%) человек, нарушения сочетанного характера — у 17 (34%) детей, нормальную ЭКГ имели 7 (14%) детей. Во 2 группе нарушение автоматизма зарегистрировано у 5 (23%) человек, нарушение проводимости — у 10 (45%) лиц, нарушения сочетанного характера — у 4 (18%) детей, нормальную ЭКГ имели 3 (14%) ребенка.

Выводы: У детей с функциональной и органической патологией сердца доминировали кардиологические и астеновегетативные жалобы, однако в половине случаев у детей с ВПС жалобы отсутствовали, что может свидетельствовать о бессимптомном течении порока. По данным ЭКГ у детей с функциональными заболеваниями сердца доминировали нарушения автоматизма и нарушения ритма сочетанного характера, у детей с органической патологией преобладали нарушения проводимости.

91 ИНФАРКТ МИОКАРДА С ОБСТРУКЦИЕЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И БЕЗ: ПОРТРЕТЫ БОЛЬНЫХ

Бунь М.Б., Гафнер Л.В., Скирденко Ю.П.
ФГБОУ ВО ОмГМУ МЗ РФ

Введение: Экспертами Европейского общества кардиологов введено понятие инфаркт миокарда без обструкции коронарных артерий (ИМБОКА), которое является “рабочим” диагнозом и диктует необходимость выявления патогенетических причин, определения тактики, а также группы риска, особенности течения и исходы данного состояния, изучение которых является одной из ведущих задач современной кардиологии.

Цель: выявить клинические и социальные особенности больных ИМБОКА.

Материалы и методы: В исследование социальных и клинических особенностей больных, выполненное на базе ФГБОУ ВО ОмГМУ МЗ РФ, вошли 34 пациента с ИМБОКА и 32 - с инфарктом миокарда с обструкцией коронарных артерий (ИМСОКА), диагноз выставлялся согласно четвертому универсальному определению инфаркта миокарда (2018). Для статистического анализа использовались параметрические и непараметрические методы, уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение: Оказалось, что ИМБОКА чаще выявлялся у лиц до 65 лет (55% против 45%, Pearson, $\chi^2=4,09$, $p=0,06$) и у женщин (62% против 38%, Pearson, $\chi^2=20,17$, $p < 0,00$), тогда как ИМСОКА - у лиц старше 65 лет (55% против 45%, Pearson, $\chi^2=3,42$, $p=0,06$) и преобладали мужчины (75% против 25%, Pearson, $\chi^2=72,62$, $p < 0,00$). Пациенты с ИМСОКА чаще страдали ожирением (70,6% против 29,4%, Pearson, $\chi^2=54,097$, $p < 0,00$). Среди особенностей клинического течения у лиц с ИМБОКА выявлены одышка (75% против 25%, Pearson, $\chi^2=201,9$, $p < 0,00$) и сердцебиение (57% против 43%, Pearson, $\chi^2=6,9$, $p < 0,03$). Маркеры повреждения миокарда в группе ИМБОКА оказались ниже чем в группе ИМСОКА: МВ фракция креатинфосфокиназы (КФК-МВ) ($22,95 \pm 13,67$ ЕД/л и $44,77 \pm 21,38$ ЕД/л соответственно, Mann-Withney, $p < 0,00$), лактатдегидрогеназа (ЛДГ) ($437,6 \pm 157,5$ ЕД/л и $720,8 \pm 431,1$ ЕД/л соответственно, Mann-Withney $p < 0,00$), тогда как уровень тропонина значимо не отличался ($3,138 \pm 1,022$ нг/мл и $4,377 \pm 1,043$ нг/мл, Mann-Withney, $p > 0,05$). По электрокардиограмме у лиц с ИМСОКА чаще регистрировался подъем сегмента ST (60% против 40%, Pearson $\chi^2=15$, $p < 0,00$) и патологический зубец Q (58% против 42%, Pearson, $\chi^2=9,9$, $p < 0,00$). У лиц с ИМБОКА преобладало поражение передней стенки левого желудочка (57% против 43%, Pearson $\chi^2=11,2$, $p < 0,04$).

Заключение: В результате исследования выявлено, что лица с ИМБОКА- это чаще женщины до 65 лет, с поражением передней стенки левого желудочка, в клинической картине, которых преобладает одышка и сердцебиение. Особого внимания заслуживает дальнейшее изучение причин более частого поражения передней стенки левого желудочка (анатомических, физиологических), преобладание женщин в данной группе (выявление эксцентрически расположенных бляшек).

ВЫЯВЛЕНИЕ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У ДЕТЕЙ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПО ДАННЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ

Микитюк А.В.¹, Скуратова Н.А.²

¹ «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

² «Гомельская областная детская клиническая больница», Гомель, Беларусь

Введение: Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) стала основной задачей здравоохранения и медицинской науки [1]. Глубокий интерес к этой проблеме определяется широким распространением ССЗ, тенденцией к нарастанию их у лиц молодого возраста, в частности детей [2]. Современные достижения детской кардиологии дают основание говорить о множестве патогенетических звеньев в возникновении заболеваний, участвующих в развитии сердечно-сосудистых болезней (малых аномалий развития сердца (МАРС), врожденных пороков сердца (ВПС), различных нарушений ритма сердца (НРС), вегетативной дисфункции (ВД) и артериальной гипертензии (АГ), приводящих к многообразию клинических проявлений, сложности лечения и прогнозирования [1,4]. Этим определяется ведущая роль применения холтеровского мониторирования (ХМ) у детей [3]. Особо актуальным является клиническая оценка выявления экстрасистолии (ЭС) различных градаций по Лауну, что позволяет выявить признаки электрической нестабильности миокарда у детей с различными ССЗ.

Цель: оценить клиническую значимость выявления экстрасистолии различных градаций по Лауну у детей с различными ССЗ по данным холтеровского мониторирования.

Материалы и методы: на базе кардиологического отделения Гомельской областной детской клинической больницы обследовано 139 детей в возрасте от 8 до 16 лет, из них: 74 (53%) мальчика и 65 (47%) девочек. Наряду с клиническим обследованием всем детям проводилось ХМ. В зависимости от профиля ССЗ дети были разделены на 5 основных групп: 1 группа – дети с МАРС (n=37), 2 группа – дети с ВПС (n=17), 3 группа – дети с НРС (n=44), 4 группа – дети с ВД (n=29), 5 группу составили дети с АГ (n=12). С целью оценки клинической значимости ЭС по данным ХМ использовалась классификация ЭС по Лауну, согласно которой выделяли 5 классов, при этом учитывались не только желудочковые, но и наджелудочковые аритмии. При статистическом анализе результатов использовался критерий хиквадрат, достоверными считали различия при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение: У детей 1 группы были зарегистрированы ЭС следующих градаций: I класс - менее 30 ЭС в час (до 350 ЭС в сутки) – у 15 (41%) детей, II класс - свыше более 30 ЭС в час (более 350 экстрасистол за сутки) – у 7 (19%), III класс - полиморфные экстрасистолы – у 1(3%) ребенка, IVa класс - парные мономорфные экстрасистолы – у 4 (11%) детей, IVb класс - парные полиморфные экстрасистолы – у 6 (16%), V класс - пробежки желудочковой тахикардии у 4 (10%) детей. Во 2 группе детей была зарегистрирована следующая ЭС: I класс – у 5 (29%) детей, II класс – у 1 (6%) ребенка, III класс – у 4 (24%) детей, IVa класс – ЭС не наблюдалось, IVb класс – у 2(12%) лиц, V класс – у 5 (29%) детей. При анализе результатов ХМ в 3 группе детей была установлена аритмия следующих градаций: I класс – у 15 (34%) детей, II класс – у 16 (36%), III класс – у 3 (7%) детей, IVa класс – у 1 (3%), IVb класс – у 5 (11%), V класс – у 4 (9%) детей. У детей 4 группы зарегистрирована ЭС: I класс – у 17 (59%) детей, II класс – у 1 (3%) ребенка, III класс – у 2(7%) детей, IVa класс – у 6(21%), IVb класс – у 3(10%) детей, V класс - не зарегистрирована ни в одном случае. При оценке результатов ХМ в 5 группе детей была зарегистрирована следующая аритмия: I класс – у 6 (50%) детей, II класс – у 2 (17%), III класс и IVa класс – не зарегистрированы

ни в одном случае, IVb класс – у 1(8%) ребенка, V класс – у 3(25%) детей. При статистическом анализе результатов выявлены достоверные различия между частотой встречаемости II класса, IVa класса и V класса в представленных группах детей ($\chi^2 = 14,9$, $p = 0,006$; $\chi^2 = 11,3$, $p = 0,024$; $\chi^2 = 11,5$, $p = 0,022$) соответственно. При анализе суммарной частоты встречаемости ЭС I-V классов у детей с разными ССЗ достоверных различий между группами не выявлено ($\chi^2 = 5,9$, $p = 0,21$).

Выводы: По данным ХМ у детей с различными ССЗ имели место различные классы аритмии, при этом признаки электрической нестабильности миокарда наблюдались у пациентов на фоне всех представленных групп заболеваний. У большинства детей с ВД и АГ была выявлена аритмия I класса, что свидетельствует опрогностически благоприятном течении заболевания. Наиболее значимые, следовательно, потенциально опасные аритмии (I-V класса) чаще выявлялись у детей с ВПС, что диктует необходимость динамического наблюдения за детьми с данными заболеваниями.

РАЗДЕЛ XV. РАЗНОЕ

93

ОЦЕНКА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Вологодина И.В.¹, Болотов П.Н.², Жабина Р.М.¹

¹Российский научный центр радиологии и хирургических технологий имени академика А.М. Гранова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

²Городская поликлиника №104 Поликлиническое отделение №15, Санкт-Петербург, Россия

Введение: Несмотря на то, что проблеме кардиотоксичности на этапе проведения химиолучевой терапии (ХЛТ) в последние годы уделяется большое внимание, многие аспекты остаются до конца не выяснены, нет достаточной доказательной базы, отсутствуют общепринятые рекомендации и стандарты лечения таких больных после проведенного специфического лечения и выписки из стационара.

Цель исследования: Оценить состояние сердечно-сосудистой системы у онкологических больных разных возрастных групп в условиях городской поликлиники через месяц после ХЛТ.

Материалы и методы: Обследовано 98 пациентов с раком различной локализации после проведенной ХЛТ и выписки на амбулаторное лечение. Пациенты с тяжелой сердечно-сосудистой патологией в исследование не включались. Пациенты были разделены на две группы. В 1-ю группу вошло 46 пациентов среднего возраста ($53,4 \pm 4,1$ года), во 2-ю группу 52 пациента пожилого и старческого возраста ($69,4 \pm 5,7$ лет). Количество мужчин в 1-й группе составило 23(51,1%), во 2-й группе — 21 (38,9%). Достоверного различия между группами по полу не было (χ^2 квадрат 0,18, p точного двустороннего критерия Фишера 0,762). Обследование

включало регистрацию ЭКГ, ХМ и ЭХОКГ. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ Statistica 8,0.

Результаты: В 1 группу вошли 12 мужчин (52,2%) с раком предстательной железы, 3 (13,1%) с раком легкого, 5(21,7%) с раком желудка, 3(17,3%) с колоректальным раком. Среди женщин 1-й группы у 11(47,8%) был рак шейки и тела матки, у 10 (43,5%) рак молочной железы, у 2(8,6%) колоректальный рак. Во 2-ю группу вошли 10(47,6%) мужчин с раком предстательной железы, 5(23,8%) с раком легкого, 4(19,5%) с раком желудка, 2(9,5%) с колоректальным раком. Во 2-ю группу вошли также 14(45,1%) женщин с раком шейки и тела матки, 15(45,5%) с раком молочной железы, 1(3,1%) с раком желудка и 1 (3,1%) с колоректальным раком. Патологические изменения сердечно-сосудистой системы выявлены у 31(67,4%) пациента среднего возраста и 49(94,2%) пациентов старше 60 лет. Диастолическая дисфункция по рестриктивному типу выявлена у 21(32,6%) пациента 1-й группы и 47(90,4%) пациентов 2-й группы. Выявленное достоверное различие между группами (Chi квадрат 5,43, p точного двустороннего критерия Фишера 0,0231). Систолическая дисфункция выявлена у 5 пациентов 1-й группы и 18 второй (Chi квадрат 4,85, p точного двустороннего критерия Фишера 0,037). Нарушения ритма и проводимости по результатам ХМ выявлены у 35(76,5%) больных 1-й группы и 45(86,5%) второй, различие недостоверно (Chi квадрат 0,18, p точного двустороннего критерия Фишера 0,762). У 24(52,2%) больных 1-й группы и 31(57,4%) 2-й группы было выявлено утолщение листков перикарда, различие также не достигло уровня достоверной значимости (Chi квадрат 0,15, p точного двустороннего критерия Фишера 0,737).

Обсуждение: Несмотря на то, что нами были включены в исследование пациенты разных возрастных групп со сходной патологией, кардиоваскулярные осложнения в виде систолической и диастолической недостаточности чаще встречались у пациентов старших возрастных групп. Отсутствие достоверности различия в зависимости от возраста по частоте выявлений нарушений ритма и проводимости вероятно связано с влиянием гормонального дисбаланса у больных среднего возраста. Для точной оценки состояния перикарда требуется более длительный период наблюдения, срок которого не ограничен.

Заключение: Пациенты, получавшие ХЛТ после выписки должны находиться под наблюдением врача терапевта и/или кардиолога с учетом высокой распространенности сердечно-сосудистой патологии. В первую очередь в наблюдении нуждаются больные старших возрастных групп.

94 ОЦЕНКА СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Вахмистрова Т.К.¹, Баталина М.В.², Лобанова Л.Н.¹, Буханцева Д.В.¹, Горбунова Н.Н.¹, Яковлева В.В.¹, Вахмистрова А.В.¹

¹ГАОУЗ «Оренбургская РБ», Оренбург, Оренбургская обл., Россия

²ГБОУ ВПО Оренбургский государственный медицинский университет МЗ РФ, Оренбург, Оренбургская обл., Россия

Введение: Изучение стрессоустойчивости в условиях, когда организм женщины подвергается комплексу вазовегетативных, эндокринных и психоэмоциональных расстройств, связанных с угасанием репродуктивной системы женщины, является актуальной.

Цель: изучение функционального состояния и стрессоустойчивости женщин в менопаузе по параметрам вариабельности ритма сердца (ВРС).

Материалы и методы: в исследование включены 30 женщин с проявлениями климактерического синдрома средней степени тяжести (от 12 до 19 баллов по шкале Грина), в возрасте 36–59 лет (средний возраст 47,66±5,67 г), проживающих в Оренбургском сельском районе, наблюдающихся в женской консультации районной больницы. Критериями исключения из исследования

явились острые и хронические заболевания внутренних органов. Исследование включало кардиоритмографию на приборе «ПолиСпектр» «НЕЙРОСОФТ» по общепринятой методике с проведением активной ортопробы (АОП).

Результаты: функциональное состояние женщин оценивали по вариативности сердечного ритма - среднее значение общей мощности спектра $TP = 2866.33 \pm 1323.33 \text{ мс}^2/\text{Гц}$, что соответствует норме, по структуре спектральной мощности ВРС (выявлено преобладание очень медленных низкочастотных колебаний (%VLF)= $46,01 \pm 5,51\%$, высокочастотные колебания (%HF) равны $35,33 \pm 13,67\%$, низкочастотные колебания (LF) составили $19,06 \pm 8,53\%$) и балансу отделов вегетативной нервной системы (ВНС), определяемым как соотношение LF/HF - отличается смешанным (сбалансированным) типом регуляции $1,67 \pm 1,07$. Оценку стрессоустойчивости организма проводили с учетом результатов активной ортостатической пробы: TP практически не изменилась $27946.67 \pm 1852.17 \text{ мс}^2/\text{Гц}$ (9,7%), доля %VLF-компонента уменьшилась до $38,67 \pm 17,6\%$ (на 16%), доля %HF снизилась в 2,1 раза ($16,37 \pm 8,83\%$), а доля %LF увеличилась в 2,3 раза ($44,66 \pm 9,33\%$). Вегетативное обеспечение (LF/HF) пробы характеризуется ростом отношения LF/HF до 2.7 (63%).

Выводы: показатели ВРС свидетельствуют как о снижении функционального состояния женщин с умеренно выраженным климактерическим синдромом, так и о нарушении адаптационных возможностей организма.

95

АУДИТ СМЕРТНОСТИ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ АНЕСТЕЗИОЛОГОРЕАНИМАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ

Матвеев А.С., Иванова А.А., Босиков Д.В.

Медицинский институт СВФУ имени М.К. Аммосова, Якутск, Саха (Якутия), Россия

Введение: В настоящее время качество медицинской помощи зависит от многих факторов, но в первую очередь, от профессионализма врачей и медицинских сестер; материально-технической базы ЛПУ и всей организации службы в целом. Именно эти факторы являются основными и определяют уровень оказания помощи и ее эффективность.

Цель исследования: изучить и выявить дефекты оказания медицинской помощи на основе комплексного исследования в кардиологической анестезиолого-реанимационной службе.

Материал и методы: Аудит проведен в отделении экстренной кардиологической анестезиолого-реанимационной и интенсивной терапии по следующим основным направлениям: экспертиза качества оказания медицинской помощи, соблюдение Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология», материально – техническое оснащение.

Результаты: Для проведения аудита смертности был сделан запрос на предоставление копий 20 историй болезни пациентов, лечение которых закончилось летальным исходом. Из 20 историй болезни представлено 18 (90%), 2 истории болезни не представлены. В 17 из представленных 18 историй болезни (94%) выявлены дефекты разной степени значимости, которые были объединены в следующие группы. 1) Нарушен протокол проведения сердечно-легочной реанимации (СЛР) в 12 историях болезни (71%): применение препаратов, не входящих в протокол СЛР (47,1%); неверная интерпретация по монитору вида остановки кровообращения, который является определяющим критерием при выборе реанимационной тактики (11,8%); проведение аппаратной ИВЛ на фоне непрямого массажа сердца (11,8%); преждевременное прекращение реанимационных мероприятий (11,8%), что следует

интерпретировать как преждевременное прекращение СЛР, приведшее к летальному исходу; недостаточное введение адреналина при проведении СЛР (5,9%); отсутствие конечного управления проходимость дыхательных путей в виде интубации трахеи на протяжении всей СЛР (11,8%); регистрация ЭКГ во время проведения СЛР (за 25 минут СЛР снято 5 ЭКГ (5,9%), что влечет неоправданно длительное прекращение непрямого массажа сердца и заведомое ухудшение прогноза лечения; отсутствие мониторинга ЭКГ во время проведения СЛР (17,6%). 2) Нарушения при проведении фармакотерапии в историях болезни (52,9%): назначение лекарственных средств без показаний (35,3%); проведение инфузионной терапии и коррекции водно-электролитного баланса без контроля КЩС (17,6%); проведение инфузионно-трансфузионной терапии без контроля и учета центрального венозного давления (ЦВД), диуреза и перспирации (11,8%); недостаточное проведение анальгезии при наличии показаний, приведшее к развитию осложнений (5,9%); нерациональная антибактериальная терапия (52,9%); нарушения проведения энтерального и парентерального питания при наличии показаний (5,9%). 3) Неверная оценка тяжести состояния пациентов, повлиявшее на исход болезни (29,4%): ранний перевод пациента в соматическое отделение (11,8%); поздний перевод в ОАРИТ при наличии показаний (5,9%); отказ врача анестезиолога-реаниматолога в переводе пациента в ОАРИТ при наличии показаний (5,9%); недооценка степени тяжести состояния пациентки (5,9%). 4) Нарушения при проведении гемотрансфузии в 2 историях болезни (11,8%): неверный выбор трансфузионной среды (5,9%); трансфузия компонентов крови без показаний (5,9%). 5) Неверная анестезиолого - реанимационная тактика в 11,8%: капельная инфузия вазопрессоров без использования дозаторов (5,9%) и необоснованно поздняя катетеризация ЦВ при наличии показаний (5,9%). 6) Дефект оформления медицинской документации в историях болезни (35,3%): неверное оформление консилиумов, недостаточный состав специалистов для участия в консилиуме (5,9%); отсутствие листа назначения наркотических препаратов (11,8%); в истории болезни (дневнике) не отражена динамика результатов лабораторно-инструментальных исследований, в диагнозе не указано нарушение ритма сердца, зарегистрированная на ЭКГ (5,9%); отсутствие определения антропометрических данных и ИМТ пациенту с алиментарной кахексией (5,9%). В 11 из 17 (64,7%) историй болезни, в которых выявлены дефекты, установлено от 2 до 6 значимых нарушений в оказании медицинской помощи в ОАРИТ, оказавшие отрицательное влияние на состояние здоровья пациентов (кроме дефектов оформления медицинской документации).

Заключение: Анализ представленных историй болезни выявил серьезные нарушения в оказании медицинской помощи по профилю «анестезиология и реаниматология», в части сердечно-легочной реанимации и интенсивной терапии, в том числе оказавших неблагоприятное влияние на здоровье пациентов и исход их лечения. По совокупности выявленных нарушений, часть которых повлияла на развитие неблагоприятного исхода, установлена закономерность допускаемых ошибок, связанная с недостаточным уровнем профессиональной компетентности врачей анестезиологов – реаниматологов, главным образом, в вопросах проведения интенсивной терапии и сердечно – легочной реанимации, а также качества ведения медицинской документации. Выявленные дефекты оказания медицинской помощи в отделении анестезиологии - реанимации и интенсивной терапии свидетельствуют об отсутствии должного контроля за качеством оказываемой медицинской помощи со стороны ответственных лиц и органов надзора.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ КАРДИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ТРОМБОЗАМИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Дьячков В.А., Масленникова Н.О., Мунини М.В., Сергеева Т.А., Овчинникова Л.В., Фисенко Д.Г.

Клиники ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Самарская область, Россия

Введение: Ежегодно по всему миру миллионы людей подвергаются внесердечным хирургическим операциям. Любое оперативное вмешательство является фактором агрессии, и возникает проблема не только переносимости пациентом хирургических операций, но и вероятного развития осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Тромботическое поражение венозного русла нижних конечностей, прежде всего тромбоз глубоких вен (ТГВ), представляет собой острое состояние. В пожилом и старческом возрасте частота ТГВ увеличивается в несколько раз и достигает 200 случаев на 100 000 в год. Больным с эмболоопасными формами тромбоза показано экстренное оперативное вмешательство. Кардиологическая патология является наиболее распространенной среди сопутствующих заболеваний у пациентов с тромбозами вен нижних конечностей. Следует учитывать, что с периоперационным инфарктом миокарда (ИМ) связано 30-50% летальности и снижение продолжительности жизни. Поэтому перед оперативным вмешательством важно определить риски развития периоперационных коронарных событий, что может потенциально уменьшить смертность, продолжительность госпитализации и стоимость лечения.

Материалы и методы: Ключевыми этапами в осмотре терапевтом хирургических больных с острыми тромбозами вен нижних конечностей является: дооперационная идентификация пациентов высокого кардиального риска и диагностика ишемии миокарда. Для оценки риска кардиальных осложнений при внесердечных операциях используют следующие прогностические индексы: Goldman, Detsky, Lee, RCRI. Наиболее удобен и рекомендован для предоперационной оценки сердечно-сосудистого риска индекс Lee, который включает оценку шести параметров (таблица 1).

Пересмотренный индекс сердечно-сосудистого риска Lee

Таблица 1.

Параметры	Баллы
Хирургическое вмешательство высокого риска	
- Аневризма брюшного отдела аорты	
- Периферические сосудистые операции	
- Торакотомия	
- Большие абдоминальные операции	1
Ишемическая болезнь сердца	
- Инфаркт миокарда в анамнезе	
- Положительный стресс-тест в анамнезе	
- Текущие жалобы на стенокардию	
- Терапия нитратами	
- Q зубец на электрокардиограмме	1
Застойная сердечная недостаточность	
- Анамнез застойной сердечной недостаточности	
- Отёк легкого в анамнезе	

- Ночная одышка	
- Влажные хрипы или ритм галопа в S3	
- Усиленный легочный рисунок на R-грамме	1
Церебрально-васкулярные заболевания	
- Инсульт в анамнезе	
- Транзиторная ишемия в анамнезе	1
Инсулин-зависимый СД	1
Креатинин сыворотки >2,0 мг/дл	1

Интерпретация результатов при оценке сердечно-сосудистого риска по индексу Lee предполагает разделение пациентов на категории очень низкого, низкого, промежуточного и высокого риска. С увеличением количества факторов риска частота развития периоперационных кардиальных осложнений возрастает при разных типах операций. Для оценки риска интра- и послеоперационного ИМ используется модель NSQIP MICA, которая предоставляет расчетную вероятность ИМ/сердечного приступа для конкретного пациента, для чего используется выявление пяти предикторов: тип хирургического вмешательства, функциональный статус пациента, повышенный уровень креатинина, возраст и класс по градации американского общества анестезиологов. Операции на периферических сосудах, связанные с реваскуляризацией нижних конечностей, эмболотромбэктомией, относятся к группе высокого хирургического риска. В случае экстренного оперативного вмешательства пациент направляется в операционную без предварительного кардиологического обследования и/или лечения, требующего временных затрат. Основной задачей в таком случае будет назначение плана лечебно-диагностических мероприятий для периоперационного ведения пациента. При выявлении нестабильной стенокардии, декомпенсированной ХСН, выраженных нарушений сердечного ритма и проводимости необходимо временно, по возможности, отложить плановое внесердечное хирургическое вмешательство. Пациенты данной категории должны пройти обязательное кардиологическое обследование, включая нагрузочное тестирование, и получить соответствующее лечение перед операцией. Учитывая их низкий функциональный статус, предпочтительным нагрузочным тестом является проведение стресс-ЭхоКГ.

Заключение: Хирургические вмешательства по поводу острых тромбозов вен нижних конечностей относятся к операциям высокого хирургического и кардиального риска. В связи с этим пациентам с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы необходимо проводить персонифицированную оценку риска кардиальных периоперационных осложнений, а также выполнять лечебно-диагностические мероприятия при подозрении на наличие нестабильных коронарных состояний у пациентов перед оперативным вмешательством.

97

СМЕРТНОСТЬ ОТ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ОБЩЕЙ СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ В ЯКУТИИ

Петрова М.Н., Дохунаева А.М.

Медицинский институт ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К.Аммосова», Якутск, Саха (Якутия), Россия

Работа выполнена в рамках гранта РФФИ, проект «Проблема валоризации и популяризации культуры питания народов Севера в современных условиях (на примере Якутии)» № 17-21-08001.

Введение: Помимо снижения качества жизни, кардио- и цереброваскулярные заболевания относятся к факторам, являющимся причиной смертности населения республики. Среди факторов, оказывающих наибольшее влияние на показатели здоровья населения, важную роль играет характер питания: жирная пища, помогающая выжить в суровых климатических условиях, способствует нарушению липидного обмена и манифестации болезней системы кровообращения. Умение народа выживать в тяжелых условиях, когда зимой - 50, летом + 40, и при этом умело организовывать свое питание, явление особенное в материальной культуре якутского народа. Якутская кухня основана на национальных устоях, впитала в себя лучшие элементы северной кухонной традиции, включает многообразие блюд. Отличительной чертой якутской кухни является максимально полное использование всех компонентов исходного продукта. Активно используются практически все субпродукты, богатые холестерином. Однако настоящее исследование показало, что в современных условиях повседневное питание трансформируется и в рационе якутян преобладают углеводные продукты, способствующие нарушению углеводного обмена, привносящие свою лепту в сумму факторов риска ССЗ. К трудностям оказания специализированной помощи также относится территориальный фактор и сложности логистики.

Цель исследования: Провести сравнительный анализ смертности от ОИМ в общей структуре смертности от болезней системы кровообращения в отдельных улусах Республики Саха (Якутия).

Материал и методы исследования: В июле-августе 2017 г. проведено анкетирование с использованием выборочного метода по квотной выборке ($n=870$), на основе учета структуры генеральной совокупности по сферам занятости респондентов. Было роздано 745 анкет в 26 населённых пунктах Оймяконского, Томпонского, Сунтарского, Намского, Усть-Алданского, ВерхнеВилуйского улусов и Мирнинского районов, с общей численностью населения 55188. Также проведен анализ официальной статистики МЗ Республики Саха (Якутия) - Статистический сборник №167/318. Смертность населения республики Саха (Якутия) в 2016 году. Якутск 2017.- 215 с.

Результаты исследования и их обсуждение: Среди улусов, включённых в исследование, наибольший коэффициент смертности на 1000 человек населения отмечается в Оймяконском улусе (17,5 в 2011 году; 14,5 в 2012 году; 13,5 в 2016 году). Анализ коэффициентов смертности населения в целом по республике показывает снижение смертности за 16 лет (2000-2016 гг.) ($y = -15,54x + 1034$; $R^2 = 0,816$). При этом смертность от болезней системы кровообращения имеет некоторую тенденцию к снижению $y = -5,303x + 462,4$; $R^2 = 0,269$; от цереброваскулярных болезней $-2,399x + 102,6$; $R^2 = 0,774$; от ИБС незначительно снижается $y = -1,066x + 177,0$, $R^2 = 0,059$; от ОИМ отрицательной динамики с 2000 года не наблюдается $y = 0,497x + 29,41$, $R^2 = 0,344$.

При анализе смертности населения изучаемых улусов в целом от болезней системы кровообращения в 2015-2016 гг. больше случаев было в Оймяконском улусе (1194,4-1354,2: 100000 населения), от ОИМ (65,7-44,8: 100000 населения) и от ЦВБ (219,1-179,1:100000 населения); летальных исходов от ИБС было больше в Томпонском улусе (277,1-289,4:100000 населения). В Оймяконском улусе также было больше смертности от всех причин (1194,4-1354,2: 100000 населения).

Выводы: При общей положительной динамике снижения смертности от ССЗ, смертность от ОИМ пока не имеет достоверного снижения; Важно уделять внимание диагностике заболеваний системы кровообращения в ЛПУ первичного звена; Проводить профилактические осмотры среди кочевых народностей Якутии.

ФАКТОРЫ РИСКА СОЧЕТАННОГО РАЗВИТИЯ ИБС И ОСТЕОПОРОЗА В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Соловей С.П.¹, Руденко Э.В.², Денисевич Т.Л.¹

¹ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь

²УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Введение: Реальные возможности влияния на атеросклероз связаны с применением гиполипидемической терапии. В целях первичной профилактики ИБС у женщин актуальной является проблема своевременности ее начала с учетом величины сердечно-сосудистого риска (ССР) и уровня холестерина. Результаты экспериментальных и клинических исследований свидетельствуют о том, что гиполипидемические препараты статины не только снижают кардиоваскулярную летальность, но и обладают антиостеопоротической активностью. Остеопороз (ОП), развивающийся в период менопаузальной перестройки, повышает атерогенность ряда традиционных факторов ССР, затрудняя его оценку. В этой связи представляется целесообразным определение факторов риска (ФР) развития сочетания ИБС и ОП у женщин в климактерическом периоде.

Цель исследования: Установить комплекс общих ФР развития ИБС и ОП у женщин в климактерическом периоде, определяющих сочетанное развитие данных заболеваний.

Материал и методы: В исследование включались женщины в пери-, постменопаузальном периоде в возрасте 45-60 лет с наличием ИБС и сопутствующим ОП (n=41) и с отсутствием данных заболеваний (n=40). Состояния, приводящие к потере костной массы, использование гормональной терапии, хирургическая менопауза служили критериями исключения. Проводилось межгрупповое сравнение частоты встречаемости общепринятых ФР развития ИБС и ФР развития ОП. Для определения пороговых значений количественных характеристик выполняли ROC-анализ. Применялся прямой пошаговый дискриминантный анализ с использованием F-критерия Фишера.

Результаты: Только 6 переменных продемонстрировали статистическую значимость в дифференциации групп здоровых и женщин с ИБС в сочетании с ОП: возраст менопаузы < 50 лет, нарушения менструального цикла в фертильном возрасте, артериальная гипертензия, минимальный вес после 25 лет < 58 кг, индекс Соловьева < 16 см, переломы в анамнезе. Общая дискриминирующая точность комплекса - 89%, качество классификации здоровых и женщин с ИБС в сочетании с ОП высокое (94% и 85%).

Выводы: Установленный нами комплекс независимых факторов, наилучшим образом классифицирующих здоровых женщин и женщин с ИБС в сочетании с ОП, может быть использован в дальнейшем для разработки скрининговой модели выявления женщин климактерического периода с риском развития данной сочетанной патологии.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПЕРВИЧНЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: КОМОРБИДНОСТЬ И МОДИФИЦИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА

Ибрагимова А.Р.¹, Друк И.В.¹, Ибрагимова М.Р.²

¹ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, Омск, Россия

²БУЗОО Клинический онкологический диспансер, Омск, Россия

Введение: Одной из наиболее актуальных проблем современной терапии первичного рака молочных желез (РМЖ) является профилактика кардиотоксичности химиотерапевтических средств. Известно, что наличие сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), ассоциированное с более старшим возрастом, является фактором риска (ФР) кардиальных побочных эффектов терапии. Учитывая существующую тенденцию к «омоложению» ССЗ и РМЖ, представляется актуальной оценка клинического статуса женщин с первичным РМЖ.

Цель исследования: охарактеризовать сердечно-сосудистую патологию и ФР ССЗ среди женщин с первичным РМЖ.

Материалы и методы: В исследование были включены 136 пациенток с РМЖ, поступивших в химиотерапевтическое отделение БУЗОО КОД. Медиана возраста составила 57 лет (49;63), в возрасте до 45 лет было 14,7% пациенток. Оценивали статус курения, анамнез ССЗ, антропометрические данные, показатели углеводного и липидного обменов, функции почек, показатели ЭКГ, ЭхоКГ, риск по шкале SCORE.

Результаты: ССЗ в анамнезе имели 93 пациентки (медиана возраста - 60 лет (55;65)). Наиболее частым ССЗ была артериальная гипертензия (АГ) (n=93): 1 стадии - у 14 женщин, 2 стадии – у 58, 3 стадии – у 21 пациентки; целевое АД было достигнуто у 62 женщин; признаки гипертрофии левого желудочка определялись у 8 пациенток. ИБС страдали 24 пациентки (во всех случаях – в сочетании с АГ): I-II ФК – 23/24, ФК IV – 1/24. У 47 больных имелись признаки ХСН с сохраненной фракцией выброса: I-II ФК – 45/47, III ФК – 2/47. Медиана рСКФ составила 57,7 мл/мин/1,73 м² (51,5;68,8). У 44 пациенток имелась ХБП стадий С2-3б. Часть пациенток (15/93) имели сахарный диабет, из которых только 9 человек получали терапию. Треть пациенток имела избыточную массу тела (30/93), треть – ожирение (21/93 - 1 степени, 11/93 - 3 степени). Более половины пациенток (62/93) получали терапию по поводу ССЗ (иАПФ/БРА, бета-блокаторы, диуретики, антагонисты кальция) в виде моно(n=23) или комбинированной терапии (n=39). Антиагреганты получали 18 пациенток, статины – 9.

Отсутствие достижения целевых параметров контроля ФР и ССЗ имело место в трети случаев (35/93). По шкале SCORE риск оценивался как высокий у 43, очень высокий - у 28, средний или низкий – у 22 из 93 пациенток. В общей группе у 43 больных не было выявлено ССЗ, пациентки были моложе (медиана возраста 48 лет (38;53); U=3344; p=0,0001) и в большинстве случаев имели ФР ССЗ (39/43): гиперхолестеринемия (22/43), избыточную массу тела/ожирение (17/43), курение (20/43); сочетание ≥ 2 ФР (22/43). По шкале SCORE низкий риск определялся у 11, средний – у 13, высокий – у 19 из 43 женщин. В целом ССЗ и/или высокий риск по SCORE имели 112/82,4% пациенток. ССЗ и их ФР отсутствовали в меньшинстве наблюдений (4/2,9%).

Выводы: большинство пациенток с первичным РМЖ имеют сопутствующие ССЗ, сочетание ФР ССЗ и/или высокий риск по SCORE, треть имеют недостаточный контроль ФР и ССЗ на амбулаторном этапе, что следует учитывать при прогнозировании развития кардиотоксичности химиотерапевтических средств.