



Российское
кардиологическое
общество



Министерство
здравоохранения
Самарской области



Самарский
Государственный
Медицинский
Университет



СОАВ
Самарская Областная
Ассоциация врачей



Самарский областной
клинический
кардиологический
диспансер



10

Всероссийская конференция «Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы»

онлайн формат

12-13 ноября 2021 года



ТЕЗИСЫ

ТЕХНИЧЕСКИЙ ОРГАНИЗАТОР
MICE Partner
MEETINGS INCENTIVES CONFERENCES EVENTS

«Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы»

Материалы X Всероссийской конференции с международным участием «Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы»

(12-13 ноября 2021 года). – Самара, 2021. – 66 с. УДК: 616.12(082)

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 при определении прогноза и тактики ведения пациентов с коморбидной патологией.

СОДЕРЖАНИЕ

I. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ КАРДИОЛОГОВ И ВРАЧЕЙ ДРУГИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ	6
1. ПРЕДИКТОРЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ БОЛЬШИХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ВНЕСЕРДЕЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.....	6
2. СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОСТИНФАРКТНОГО ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ И АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА	7
3. НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА, ИНДЕКС ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ DISSE И ИХ СВЯЗЬ С ПРЕДОПЕРАЦИОННЫМ СТАТУСОМ И ГОСПИТАЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ	8
4. ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ К ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА	9
5. КАРДИОТОКСИЧНОСТЬ НОВЫХ И ПЕРЕПРОФИЛИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ И ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ	10
6. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ЛУЧЕВОЙ АРЕТРИИ ЧЕЛОВЕКА ПРИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ	11
7. АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ COVID-ГОСПИТАЛЯ №2 КЛИНИК САМГМУ	12
II. ДЕТСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ И КАРДИОХИРУРГИЯ.....	13
8. ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ IL-6 И IL-10 У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО	13
9. СИНДРОМ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ	14
III. НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА (МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ)	16
10. УДАЛЕННЫЙ МОНИТОРИНГ НАРУШЕНИЙ РИТМА С ПОМОЩЬЮ НОСИМЫХ РЕГИСТРАТОРОВ ЭКГ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19.....	16
11. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕСТА «ТРОМБОДИНАМИКА» ДЛЯ ОЦЕНКИ ДИНАМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПРИНИМАЮЩИХ ПРЯМЫЕ ОРАЛЬНЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ.....	17
12. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРУРИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ.....	18
13. ФАКТОРЫ РИСКА ПОВТОРНЫХ РАЗРЯДОВ ИКД У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ АРИТМИЯМИ	18
14. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА ПРИ ПЕРВИЧНОМ СИНДРОМЕ ПРЕДВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ В ЖАРКОМ КЛИМАТЕ	19
15. ПРЕДИКТОРЫ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ COVID-19	20
16. АНАЛИЗ ПРИЧИН ГЕМОРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	21
IV. НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ	23
17. КРОВОПОТЕРЯ И ВЛИЯНИЕ ДЫХАНИЯ НА ВАРИАЦИИ СРЕДНЕГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, САД, СИНУСОВУЮ АРИТМИЮ, СА И АРТЕРИАЛЬНЫЙ ГЕМАТОКРИТ, НТА.....	23
18. ФЕНОМЕН «ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО МАТОВОГО СТЕКЛА» ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РУТИННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПАЦИЕНТАМ С COVID-19	24

19. СТЕНОЗ СОННЫХ АРТЕРИЙ, КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ИНСУЛЬТА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИБС ПОСЛЕ АКШ	25
20. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА В ЖАРКОМ КЛИМАТЕ	26
V. ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ	27
21. КОМОРБИДНОСТЬ И ГЕРИАТРИЧЕСКИЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 70 ЛЕТ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	27
22. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АОРТОАРТЕРИИТА ТАКАЯСУ У ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	28
23. УРОВЕНЬ ЛЕПТИНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ И ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ОЖИРЕНИЯ	29
24. ОЦЕНКА НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫХ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА	29
25. ДИСТАНТНОЕ ИШЕМИЧЕСКОЕ КОНДИЦИОНИРОВАНИЕ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКИ РЕПЕРФУЗИОННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	30
26. БИОХИМИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РЕПЕРФУЗИОННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ЛИЦ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	31
27. ВЛИЯНИЕ ИНВАЗИВНОЙ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ НА БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПРИ ПОЗДНЕМ ПОСТУПЛЕНИИ В ЧКВ ЦЕНТР	32
28. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ «ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ИНОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТА С КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ»	33
29. ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ	34
30. ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ	35
31. ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РАННИЙ ПОСТИНФАРКТНЫЙ ПЕРИОД	36
32. ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	37
VI. ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ	39
33. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ПОРОКОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА, ДО КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ	39
34. ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	40
35. ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ЦЕНТРА ПО ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ.....	41
36. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	42
37. РОЛЬ ТКАНЕВОГО ИНГИБИТОРА МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ-1 В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	43
38. ДИНАМИКА ПОЧЕЧНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА.....	44
39. ВЗАИМОСВЯЗЬ ГОРМОНАЛЬНОГО, ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСОВ И ФИБРИЛЛЯЦИИ	

ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА.....	45
VII. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ	46
40. ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У РАБОТНИКОВ СТРЕССОВОЙ ПРОФЕССИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	46
41. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ДЕКОМПЕНСАЦИИ СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19	46
42. ФИБРОМУСКУЛЯРНАЯ ДИСПАЗИЯ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТКИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	47
VIII.....	
ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ	49
43. МЕХАНИЗМЫ АКТИВАЦИИ СВЕРТЫВАНИЯ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ: НОВЫЕ ДАННЫЕ И НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ	49
44. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ.....	50
IX. ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В КАРДИОЛОГИИ	52
45. СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГИПОТИРЕОЗА	52
46. ЛЕЙДЕНСКАЯ МУТАЦИЯ ФАКТОРА V: ЧЕТВЕРТЬ ВЕКА НА «СЛУЖБЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ».....	53
47. ТИП ЛИЧНОСТИ Д И ТРУДНЫЕ ЖИЗНЕННЫЕ СИТУАЦИИ.....	54
48. ЖЕСТКОСТЬ И УПРУГОСТЬ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У МУЖЧИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА	55
49. ИЗМЕНЧИВОСТЬ МОЛЕКУЛЯРНОЙ СТРУКТУРЫ ГЕНОВ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА И ЕЁ ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ КРИТИЧЕСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ	56
50. ПОВРЕЖДЕНИЕ МИОКАРДА ПРИ COVID-19: МИОКАРДИТ ИЛИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ	57
X. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	59
51. ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ РОССИИ	59
52. ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ОСНОВНЫХ ЭЛЕКТРОЛИТОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОМ ОСТРЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК.....	60
53. ВЛИЯНИЕ СТАТИНОТЕРАПИИ НА АТЕРОСКЛЕРОЗ КАРОТИДНЫХ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	61
54. К ВОПРОСУ ГЕНДЕРНЫХ ОТЛИЧИЙ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАНОВОЙ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ	61
55. ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В АМБУЛАТОРНОМ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	62
XI. ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ КАРДИОЛОГИЯ	64
56. ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У ПАЦИЕНТКИ С СИНДРОМОМ ХАЙДА	64
57. ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ	65

I. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ КАРДИОЛОГОВ И ВРАЧЕЙ ДРУГИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

1. ПРЕДИКТОРЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ БОЛЬШИХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ВНЕСЕРДЕЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Джигоева О.Н.¹, Шварц В.А.², Киселев А.Р.¹, Рогожкина Е.А.¹, Драпкина О.М.¹

¹ФГБУ НМИЦ ТПМ Минздрава России, Москва, Россия

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

Цель исследования: определить предикторы, ассоциированные с развитием ПОФП и летальности после больших абдоминальных внесердечных хирургических вмешательств.

Ретроспективное когортное исследование. Анализировались анамнестические данные, результаты лабораторно-инструментальных исследований перед операцией, операционные данные, а также клинические параметры в раннем послеоперационном периоде. В исследование включено 226 больных. Частота ПОФП в общей группе составила 30% случаев. Пневмония встречалась с частотой 23%, кровотечения наблюдались в 16%, ССВР – 15%, тромбоэмболические осложнения – 14% случаев. Пациенты в группе с ПОФП были значимо старше 77 (69;84) против 61 (44;71), ($p<0,001$); чаще имели перенесенный ИМ в анамнезе: 30% против 8,4%, ($p<0,001$); НРС в анамнезе: 35,7% против 10,3% ($p<0,001$); чаще имели ХБП 2 и выше стадий; чаще имели выраженную ХСН – 2-3 ФК 68,7% против 18% ($p<0,001$); сахарный диабет 34,3% против 11,6%, ($p<0,001$) и ХОБЛ 10% против 1,3% ($p=0,006$). Было получено, что возраст >72 лет статистически значимо ($p<0,001$) был связан с исходом «ПОФП». Независимыми факторами увеличивающими риск развития ПОФП в нашей выборке были: перенесенный ИМ (ОШ 4,7 ДИ 2,2-10,1), НРС в анамнезе (ОШ 5,0 ДИ 2,5-10,3), ХБП (ОШ 8,7 ДИ 4,6-16,5), ХСН 2-3ФК (ОШ 9,9 ДИ 5,2-19,1), СД (ОШ 4,0 ДИ 2-8), ХОБЛ (ОШ 8,6 ДИ 1,7-42,3), интраоперационная инфузия больше 3 литров (ОШ 3,4 ДИ 1,6-7,4).

Группа пациентов с летальным исходом, что логично, статистически значимо отличалась по частоте релапаротомий ($p<0,001$); по частоте ССВР ($p<0,001$), по частоте кровотечений ($p=0,031$), по частоте развития ПОФП ($p<0,001$), тромбоэмболических осложнений ($p<0,001$) и частоте пневмоний ($p<0,001$). Независимыми факторами увеличивающими риск летальности в нашей выборке были: НРС в анамнезе (ОШ 3,4 ДИ 1,7-6,9), ХБП (ОШ 2,48 ДИ 80-764), ХСН 2-3ФК (ОШ 6,8 ДИ 3,7-12,6), СД (ОШ 4,9 ДИ 2,3-9,6), ХОБЛ (ОШ 6,5 ДИ 1,3-32), интраоперационная инфузия больше 3 литров (ОШ 2,9 ДИ 1,46-5,7), послеоперационная инфузия 3-5 литров (ОШ 2,9 ДИ 1,6-5,0), ПОФП (ОШ 14,8 ДИ 7,4-29,4), тромбоэмболические осложнения (ОШ 37,9 ДИ 8,7-164).

2. СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОСТИНФАРКТНОГО ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ И АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА

Смолина О.В., Белан И.А., Барбухатти К.О.

Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского,, Краснодар, Россия

Вступление. Одним из наиболее тяжелых осложнений инфаркта миокарда (ИМ), является наличие дефекта межжелудочковой перегородки (ДМЖП). Выживаемость пациентов с постинфарктным ДМЖП к 1 мес. составляет 20%, через один год – всего 5%. Периоперационная смертность при данном осложнении ИМ достигает 30-40% при пятилетней выживаемости 75% у выживших в больнице пациентов. Если исходно сердечная недостаточность была не более II ФК, выживаемость достигает до 80%. Таким образом, пациенту с постинфарктным ДМЖП показано экстренное хирургическое вмешательство в максимально ближайшие сроки до наступления кардиогенного шока и полиорганной недостаточности.

Описание. Пациент А., 77 лет, поступил в ЦГХ в тяжелом состоянии. Из анамнеза: за 1,5 месяца до госпитализации развился приступ за грудиных болей, длился несколько часов, пациент за медицинской помощью не обращался. Спустя 2 недели появились одышка при физической нагрузке, отеки нижних конечностей, пациент обратился в поликлинику по месту жительства, на фоне терапии – без значимого улучшения. 16.12.2020 г. выполнено ЭХО-КС, по результатам которого диагностирован ДМЖП диаметром около 12 мм, экстренно доставлен в ЦГХ г. Краснодар. При осмотре в приемном отделении: пациент в положении ортопноэ, выраженные отеки нижних конечностей. При аускультации выслушиваются влажные хрипы над всей поверхностью легких, грубый систолический шум во всех точках аускультации сердца, максимально в точке Боткина. На ЭКГ: синусовая тахикардия, блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса, рубцовые изменения передне-перегородочкой, верхушечно-боковой области левого желудочка (ЛЖ). По результатам ЭХО-КС: ДМЖП (в области верхушечно-перегородочного сегмента, диаметром 13-14 мм.), ФВ 42-43%, выраженный гипокинез с акинезом верхушки, аневризма верхушки ЛЖ с тромбом, выраженная недостаточность трикуспидального клапана (+++/++++), высокая легочная гипертензия до 90 мм.рт.ст., недостаточность митрального клапана (++/+++), жидкость в полости перикарда до 8 мм. за задней стенкой левого желудочка. По УЗИ плевральных полостей двусторонний гидроторакс до 100 мм. Выполнена коронароангиография: ПНА: стеноз 60% в проксимальном отделе, окклюзия в среднем отделе, дистальное русло заполняется по коллатералям из ПКА. По вентрикулографии: аневризма ЛЖ (30 мм x 19 мм.). Мышечный ДМЖП со сбросом из ЛЖ в ПЖ, диаметром 15 мм.

Пациент обсужден на консилиуме, принято решение об оперативном лечении после стабилизации пациента с крайне высокими рисками осложнений. 24.12.2021г. выполнена операция в условиях ИК и ФХКП: пластика ДМЖП заплатой из ксеноперикарда, тромбэктомия из левого желудочка и правого предсердия, линейная пластика левого желудочка, пластика трикуспидального клапана опорным кольцом, маммарокоронарное шунтирование ПНА.

Послеоперационный период сопровождался миокардиальной слабостью, пароксизмом фибрилляции предсердий, дыхательной недостаточностью (что потребовало продленной ИВЛ). На фоне проводимой многокомпонентной терапии, клиническое состояние стабилизировано, пациент выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение кардиолога по месту жительства. На контрольном осмотре через 3 и 6 месяцев от операции состояние удовлетворительное, по результатам ЭХО-КС ФВ 40%, у верхушечного сегмента эхо-сигнал от заплаты, без сброса, на ТК незначительная регургитация (++) , без признаков легочной гипертензии.

Обсуждение. Пациенты с наличием постинфарктных осложнений относятся к группе низкой долгосрочной выживаемости без хирургического лечения. Качество жизни, ввиду нарастающей сердечной и полиорганной недостаточности, прогрессивно снижается. Поэтому хирургическое лечение показано в кратчайшие сроки разрыва межжелудочковой перегородки.

Заключение. Пациент с постинфарктным ДМЖП, наличием сердечной недостаточности имеет крайне высокие риски развития послеоперационных осложнений и летального исхода, особенно в пожилом возрасте. Однако хирургическое лечение остается единственно верным способом лечения таких пациентов, что наглядно продемонстрировано в данном клиническом случае.

3. НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА, ИНДЕКС ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ DISSE И ИХ СВЯЗЬ С ПРЕДОПЕРАЦИОННЫМ СТАТУСОМ И ГОСПИТАЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ КРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Безденежных Н.А.^{1,2}, Сумин А.Н.¹, Безденежных А.В.¹, Кузьмина А.А.¹, Кошелев В.А.³, Брюханов Я.И.³, Барабаш О.Л.¹

¹НИИ КПССЗ, Кемерово, Россия

²НИИ КПССЗ, Москва, Россия

³ФГБОУ ВО КемГУ, Кемерово, Россия

Цель исследования: изучение госпитальных исходов коронарного шунтирования (КШ) у пациентов с нарушениями углеводного обмена (предиабетом и сахарным диабетом 2-го типа) и нормогликемией, а также роли маркеров инсулинорезистентности в определении ближайшего прогноза.

Материалы и методы: Включены 708 последовательных пациента, подвергшихся КШ в 2011-2012 году в НИИ КПССЗ. При отсутствии ранее установленного сахарного диабета и пограничной гипергликемии натощак ($\geq 6,1$ и $< 7,0$ ммоль/л для венозной плазмы) всем пациентам при отсутствии противопоказаний проводился пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ). Проанализированы предоперационные показатели, характеристики хирургического вмешательства, госпитальные осложнения в 2-х группах, разделенных по окончательному гликемическому статусу: группа 1 – пациенты с НУО (n=266); группа 2 – пациенты без нарушений углеводного обмена (n=442).

Свободные жирные кислоты и инсулин натощак в плазме были определены у 383 последовательных пациентов всей выборки, у этих же пациентов был рассчитан индекс инсулинорезистентности Disse, QUICKI (Quantitative Insulin Sensitivity Chek Index) и RevisedQUICKI.

Результаты: Проведение скрининга перед коронарным шунтированием позволило увеличить число пациентов с установленными нарушениями углеводного обмена. Более трети всего сахарного диабета 2 типа (36,8% от всех случаев СД) и подавляющее большинство случаев предиабета (78,0% от всех случаев предиабета) было выявлено при дополнительном предоперационном исследовании гликемического статуса.

В группе НУО был большим процент значимых госпитальных осложнений (25,2% vs 17,0%, p=0,007), прогрессирование почечной недостаточности (6,3% vs 2,9%, p=0,021), полиорганная недостаточность (4,5% vs 1,7%, p=0,039), значимые осложнения стеральной раны (6,3% vs 2,9%, p=0,018), чаще проводилась экстракорпоральная коррекция гомеостаза (3,7% vs 1,1%, p=0,020) и неотложные операции на артериях нижних конечностей (1,5% vs 0%, p=0,039).

Индекс Disse, снижение которого означает повышение инсулинорезистентности, показал статистически значимую связь с большим количеством клинических характеристик: он обратно коррелировал с длительностью искусственного кровообращения (p=0,017), общей длительностью операции (p=0,047), кратностью кардиopleгии (p=0,023), интраоперационной кровопотерей (p=0,018), количеством дней пребывания в стационаре после КШ (p=0,042), значимыми госпитальными

осложнениями КШ ($p=0,018$). Индекс Disse также обратно коррелировал с эхокардиографическими показателями: конечно-диастолическим размером левого желудочка (ЛЖ), конечным систолическим объемом ЛЖ ($p=0,045$), толщиной межжелудочковой перегородки ($p=0,102$), задней стенки ЛЖ ($p=0,024$), массой миокарда ЛЖ ($p=0,044$) и индексом массы миокарда ЛЖ ($p=0,032$), E/A (отношение раннего и позднего диастолического трансмитрального потока, $p=0,044$), E/СРП ($p=0,014$).

Проведен логистический регрессионный анализ для выявления предикторов конечной точки «нахождение в стационаре после КШ более 10 дней, либо значимое послеоперационное осложнение». По результату многофакторного анализа индекс Disse стал значимым предиктором данной конечной точки в нескольких регрессионных моделях, независимо от возраста, пола, ФК ХСН, избыточной массы тела, размера левого предсердия, сахарного диабета (отношение шансов (ОШ) 1,060 в одной из моделей; 95% доверительный интервал (ДИ) 1,016-1,105; $p=0,006$).

Выводы: В группе с нарушениями углеводного обмена чаще развивались госпитальные осложнения КШ. Индекс инсулинорезистентности Disse – независимый предиктор длительного пребывания в стационаре или значимых послеоперационных осложнений после коронарного шунтирования.

4. ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ К ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА

Жидяевский А.Г., Галяутдинов Г.С., Жидяевский А.Г., Жамиев А.А., Гатауллина А.Г., Кузьменко А.О.

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

Цель: оценить влияние невротических состояний, уровня качества жизни, когнитивных функций на психосоциальную адаптацию пациентов с хронической сердечной недостаточностью в зависимости от фракции выброса левого желудочка.

Материал и методы: обследовано 84 человека с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-IV ФК и сопутствующей постоянной неклапанной формой фибрилляции предсердий в возрасте 55-72 лет. Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от фракции выброса левого желудочка. В первую группу вошли 48 человек с сохраненной ФВ, во вторую группу были включены 36 человек с низкой фракцией выброса. Контрольная группа была представлена 24 пациентами с ишемической болезнью сердца без ХСН. Каждый пациент анкетировался с помощью клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний (Яхин К.К., Менделевич Д.М., 1978). Оценка качества жизни проводилась с помощью Миннесотского опросника качества жизни у больных с ХСН (MLHFQ) и опросника качества жизни SF-36. Исследование когнитивного статуса проводилось по результатам MMSE – теста. Степень социальной адаптации оценивалась с помощью сокращенного многофакторного опросника для исследования личности (СМОЛ). Достоверность различий между двумя группами по исследуемым параметрам оценивались по U-критерию Манна-Уитни.

Результаты: клинический опросник для выявления невротических состояний продемонстрировал высокие значения по шкале тревоги. Так в первой группе пациентов значения были равны $-0,5 \pm 0,25$ баллов, во второй $-1,9 \pm 0,78$ баллов ($p < 0,05$). Показатель по опроснику MLHFQ составил $46,1 \pm 2,41$ баллов в первой группе, а во второй $51,9 \pm 4,87$ баллов ($p > 0,05$). По опроснику SF-36 обнаруживается существенная разница по показателю «Физический компонент здоровья» Так в первой группе пациенты набрали $23,8 \pm 2,97$ баллов, во второй $36,1 \pm 3,89$ баллов ($p < 0,05$). Опросник MMSE не выявил существенных различий между исследуемыми группами, так у первой группы – $24,5 \pm 0,47$ баллов и $24,6 \pm 0,87$ у второй ($p > 0,05$). Оценка психосоциальной адаптации с помощью опросника СМОЛ выявила высокие баллы по шкале ипохондрии: в первой – $54,9 \pm 1,65T$ и $62,3 \pm 1,97T$ во второй группе ($p < 0,05$).

Выводы: у пациентов с ХСН и сниженной ФВ обнаруживаются признаки напряжения психологической и социальной адаптации к заболеванию, сопровождающиеся соматизацией тревоги и снижением качества жизни за счет физического компонента здоровья.

5. КАРДИОТОКСИЧНОСТЬ НОВЫХ И ПЕРЕПРОФИЛИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ И ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

Кукурика А.В.

ГПТД, Донецк, Украина

Введение: Среди нежелательных явлений (НЯ) в процессе лечения больных туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (МЛУ/ШЛУ ТБ) особое место занимает синдром удлинённого интервала QT (СУИ QT). Несмотря на высокий риск респираторнокардиальной коморбидности у больных туберкулезом, СУИ QT имеет большое клиническое значение, поскольку ассоциирован с внезапной сердечной смертью (ВСС) вследствие развития фатальных желудочковых аритмий, в том числе, полиморфной желудочковой тахикардии (ЖТ) типа «пируэт», получившей название *torsade de pointes* (TdP). На длительность интервала QT влияют множество факторов, среди которых особое внимание уделяется приему лекарственных средств (ЛС). Кардиотоксическими свойствами обладают следующие препараты, используемые для лечения МЛУ/ШЛУ ТБ: фторхинолоны, бедаквилин (Bdq), деламанад (Dlm) и претоманид (Pa), клофазимин (Cfz).

Цель: Изучение и анализ учебно-методической литературы, посвященной вопросу кардиотоксичности новых и перепрофилированных препаратов при лечении МЛУ/ШЛУ ТБ.

Материалы и методы: Проанализированы 95 литературных источников (в выборку включены научные статьи, руководства, гайдлайны, клинические рекомендации, данные клинических испытаний), опубликованные в поисковых системах PubMed, Web of Science, Google Scholar и Scopus, в т. ч. 87 зарубежных.

Результаты: Учитывая синергизм пролонгации QTc при лечении несколькими кардиотоксическими препаратами, некоторые исследователи выразили обеспокоенность по поводу их одновременного применения. Однако многие зарубежные авторы утверждают, что новые схемы лечения имеют благоприятный профиль кардиологической безопасности и могут быть использованы в рутинной практике фтизиатрической службы. По данным литературы, не было зафиксировано случаев ВСС либо ЖТ типа TdP на фоне лечения современными режимами химиотерапии. В руководствах отмечается, что значения QTcF более 450 мс у мужчин и 470 мс у женщин или одномоментное увеличение интервала на > 60 мс от базового значения (ΔQTc) обуславливает необходимость контроля электролитного баланса и более частого мониторинга ЭКГ. Удлинение QTcF более 500 мс считается жизнеугрожающим, поэтому рекомендуется прекращение дальнейшего приема ЛС, провоцирующих СУИ QT. Опасность развития ЖТ типа TdP может возрастать в отношении больных старших возрастных групп, женщин, при сопутствующей кардиологической патологии, при применении ЛС, увеличивающих длительность QT или замедляющих сердечный ритм, ведущих к нарушению электролитного баланса, а также при сочетании препаратов, конкурирующих на путях метаболизма и изменяющих концентрации друг друга. При лечении МЛУ/ШЛУ ТБ следует учитывать вышеперечисленные факторы и вести электрокардиографический мониторинг.

Выводы: Профиль кардиологической безопасности новых и перепрофилированных ПТП изучен недостаточно в силу малого опыта применения, особенно в отечественной практике. Комбинации препаратов, удлиняющих интервал QTc, предрасположены к нежелательным явлениям, связанным не только с ЛС, но и с имеющимися факторами риска у больных. Соотношение рисков и пользы доказывает,

что новые ЛС обладают большими перспективами при лечении МЛУ/ШЛУ ТБ. К задачам последующих исследований необходимо отнести изучение влияния удлинения интервала QTc на исходы лечения у больных МЛУ/ШЛУ ТБ и определение частоты развития угрожающих жизни нарушений ритма, что обуславливает междисциплинарный подход к лечению и взаимодействие фтизиатров и кардиологов.

6. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ЛУЧЕВОЙ АРТЕРИИ ЧЕЛОВЕКА ПРИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Михайлов К.М.¹, Николаева Е.Н.¹, Нефедова И.Ф.², Кузнецов Д.В.¹, Хальметова А.А.¹

¹ГБУЗ СОККД им. В.П. Полякова, Самара, Россия

²ФГОУ ВО "СамГМУ" Минздрава РФ, Самара, Россия

В кардиохирургические стационары поступают пациенты с мультифокальным атеросклерозом – поражением коронарных артерий в сочетании, в частности, с поражением магистральных артерий нижних конечностей. Ввиду невозможности выделения аутовенозных шунтов из за атеросклеротического процесса магистральных артерий нижних конечностей, кардиохирурги останавливают свой выбор на аутоартериальных кондуитах. Гистологические изменения лучевой артерии при мультифокальном атеросклерозе не изучались, и вопрос об атеросклеротических изменениях лучевой артерии при мультифокальном атеросклерозе остается открытым.

Целью исследования стало изучение изменений ЛА у пациентов с мультифокальным атеросклерозом и сопутствующими факторами риска влияющими на исход течения ИБС.

Материалы и методы: Объектом исследования являлись фрагменты лучевой артерии человека, извлеченные в процессе проведения операции коронарного шунтирования у пациентов со стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий и клиническими проявлениями ИБС. Проанализировано 32 препарата из ЛА, выделенной в интраоперационный период у 30 пациентов (у двух пациентов выделялись лучевые артерии с двух верхних конечностей). Гистологическое, морфометрическое исследования проводились у 30 пациентов. Измеряли толщину внутренней и средней оболочки сосудов, а так же диаметр просвета. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – 15 пациентов, у которых, помимо ИБС, имело место гемодинамически значимое поражение артерий нижних конечностей; 2 группа – 15 пациентов, у которых не было сопутствующего поражения магистральных артерий.

Результаты: При гистологическом исследовании стенки лучевой артерии человека с мультифокальным атеросклерозом выявлены следующие гистологические изменения: разрастание подэндотелиального слоя внутренней оболочки, которое может приводить к ее окклюзии, перекрытие просвета ЛА массивным скоплением агглюцинированных эритроцитов, отек внутренней, средней и наружной оболочек, а так же массивное кровоизлияние в наружную оболочку. Изменения стенки ЛА не связаны с ее исходной толщиной стенок и диаметра. При анализе пациентов с ожирением, мы обратили внимание на то, что у них наблюдается большая толщина внутренней стенки артерии, нежели чем у пациентов без ожирения. Так же обращает на себя внимание тот факт, что tunica intima лучевой артерии существенно больше у пациентов с тремя пораженными сосудами, чем с двумя и скорость кровотока по ним меньше. При оценке скорости кровотока по кондуиту ЛА у пациентов с сахарным диабетом 2 типа выявлена статистически значимо большая скорость, нежели чем у пациентов, не страдающих этой патологией.

Выводы: Каждый отдельный фактор гистологического изменения стенки ЛА при гемодинамически значимом атеросклерозе артерий не несут статистически значимого риска наличия гистологических изменений стенки ЛА, однако совокупность факторов статистически могут влиять на сроки функционирования кондуита из ЛА.

7. АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ COVID-ГОСПИТАЛЯ №2 КЛИНИК САМГМУ

Губарева Е.Ю.¹, Губарева И.В.², Фатенков О.В.³

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

²ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава РФ, кафедра внутренних болезней, Самара, Россия

³ФГБОУ ВО Клиники СамГМУ Минздрава РФ, кафедра и клиника факультетской терапии, Самара, Россия

В связи с тяжелой эпидемиологической ситуацией, вызванной пандемией COVID-19 с 18 ноября 2020 г. по 2 февраля 2021 г. на базе терапевтического корпуса ФГБОУ ВО Клиники СамГМУ был открыт COVID-госпиталь №2 вместимостью 200 коек, включая 20 реанимационных. Были проанализированы данные пациентов, поступивших в приемное отделение 18, 19, 20 ноября и 10 декабря 2020 г. Даты для анализа данных были выбраны случайным образом. За четверо выбранных для анализа суток в COVID-госпиталь поступил 61 пациент (n=29, 47,5% – женщины), средний возраст госпитализируемых – $62,26 \pm 10,9$ (30; 82) лет, день заболевания на момент госпитализации в приемное отделение – $10 \pm 8,9$ (2; 55). Температура в первый день заболевания $38,2 \pm 0,64$ С (37; 39,2).

У 1 пациента на момент поступления в приемное отделение – пресинкопальное состояние. Наиболее часто встречаемые жалобы на момент госпитализации – 96,9% – общая слабость, 72,7% одышка и кашель, 42,4% – потливость и тяжесть в грудной клетке, 39,3% – головная боль, 33,3% мокрота, озноб и першение в горле. Менее распространенные жалобы включали – головокружение, тошноту, боль в пояснице (9%), затрудненный глубокий вдох, сердцебиение, сухость во рту/носу, жажду (2%). ЧДД на момент госпитализации – $22 \pm 2,3$ движ/мин (18; 28), SpO₂ на воздухе – $94 \pm 3,59\%$ (94; 99), САД – $133,19 \pm 20,25$ мм рт.ст. (90; 180), ДАД – $81 \pm 11,43$ мм рт.ст. (60; 100), ЧСС $92,2 \pm 9,67$ уд/мин (70; 110). У всех пациентов на догоспитальном этапе выполнена КТ органов грудной клетки – в 100% выявлены изменения легких, характерные для COVID-инфекции, у 1 пациента – КТ-2, у всех остальных пациентов степень поражения легких КТ-1.

По данным дообследования у 10 пациентов диагноз COVID-19 не подтвердился, среди 51 пациента с подтвержденным диагнозом COVID-19 у 2-х пациентов летальный исход (оба пациента в анамнезе имели сердечно-сосудистые заболевания). 64,7% пациентов с подтвержденным по результатам дообследования диагнозом COVID-19 имели в анамнезе сердечно-сосудистое заболевание: гипертоническую болезнь (75%), ишемическую болезнь сердца (45%), фибрилляцию предсердий (12%), что подтверждает данные мировых исследований и регистров о том, пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями составляют особую группу риска в условиях пандемии COVID-19.

II. ДЕТСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ И КАРДИОХИРУРГИЯ

8. ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ IL-6 И IL-10 У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Цепочкина А.В., Ивкин А.А., Понасенко А.В., Шабалдин А.В.
ФГБНУ НИИ КПССЗ, Кемерово, Россия

Целью исследования было определение связи сывороточных концентраций IL-6 и IL-10 со значениями полиморфных вариантов генов IL-6, IL-6R, IL-10 у детей, перенесших хирургическую коррекцию врожденных пороков сердца в условиях искусственного кровообращения

Материалы и методы: В исследование включены 32 пациента (16 мальчиков и 16 девочек), перенесших коррекцию врожденного порока сердца (дефект межжелудочковой и межпредсердной перегородок) в условиях искусственного кровообращения. Концентрацию IL-6 и IL-10 определяли в сыворотке крови методом твердофазного иммуноферментного анализа наборами компании Invitrogen (Thermo Fisher Scientific, США), перед радикальной операцией на сердце, сразу после нее (в операционной) и на 1 сутки после операции. Генотипирование проводили по 8 полиморфным сайтам 3 генов IL-6, IL-6R, IL-10 методом ПЦР в режиме реального времени с использованием Taqman зондов (Thermo Fisher Scientific, США). Статистическую обработку данных проводили при помощи программ SNPstats и GrafPad prism.

Результаты: Средняя концентрация IL-6 на дооперационном уровне составила $2,79 \pm 0,56$ pg/ml и была статистически значимо ниже по сравнению со значениями после операции ($23,35 \pm 2,19$ pg/ml) и на 1 сутки после оперативного вмешательства ($37,81$ pg/ml). Подобная картина наблюдается и с динамикой уровня IL-10 ($0,62$ pg/ml, $8,54$ pg/ml, $0,81$ pg/ml, соответственно). Однако, стоит отметить, статистически значимое снижение IL-10 на 1 сутки после операции. Кроме того, показано, что сывороточные уровни IL-6 и IL-10 и их динамика не зависят от генотипов полиморфных вариантов генов IL-6, IL-6R и IL-10 как на дооперационном, так и в раннем послеоперационном периоде.

Обсуждение: Большинство фенотипов врожденных пороков сердца требуют хирургической коррекции в условиях ИК. Контакт крови с контуром аппарата ИК, а также гемоделиция, гипотермия и другие факторы, в комплексе или по отдельности обуславливают развитие системной воспалительной реакции, следствием которой является активный синтез медиаторов воспаления, в том числе цитокинов. В тоже время, пилотное исследование показало отсутствие генетического детерминирования воспаления, регулируемое IL-6, IL-10.

Выводы: Изучение уровней цитокинов в динамике сможет позволить определять течение послеоперационного периода с возможностью прогнозирования развития воспалительного ответа после коррекции врожденных пороков сердца в условиях ИК.

9. СИНДРОМ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Бердовская А.Н.¹, Короткая В.В.¹, Яхимчик А.И.²

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Гродненская областная детская клиническая больница, Гродно, Беларусь

Цель. Изучить особенности клинической картины при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW) у детей Гродненской области.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 55 историй болезни пациентов.

Результаты и их обсуждение: Среди пациентов было 36 мальчиков (65,5%) и 19 девочек (34,5%). Средний возраст пациентов $9,9 \pm 2,2$ года.

67,6% поступили по направлению врачей амбулаторного звена, 10,9% переведены из других стационаров, 9,1% обратились сами, 12,4% направлены врачами скорой помощи. У 51 пациента синдром WPW являлся основным.

50 детей (90,9%) при поступлении были направлены в кардиологическое отделение, из них 26 детей поступило в плановом порядке. 5 детей (9,1%) были госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии. Среднее число койко-дней проведенных в стационаре составило 11,7 койко-дней.

Состояние детей при поступлении расценено следующим образом: средней степени тяжести (29 детей) – 52,6%, удовлетворительное (22) – 40%, тяжелое (3) – 5,6%, очень тяжелом (1) – 1,8%.

При поступлении дети или их родители предъявляли жалобы на приступы тахикардии (23) – 41,8%, боль в сердце (13) – 23,6%, одышку (1) – 1,8%, чувство страха (2) – 3,6%, слабость (7) – 12,7%, сонливость (1) – 1,8%, головную боль (6) – 10,9%, головокружение (2) – 3,6%, обмороки (2) – 3,6%, повышение АД (6) – 10,9%, бледность (3) – 5,5%, тошноту (1) – 1,8%, рвоту (2) – 3,6%.

При проведении эхокардиографического исследования сердца выявлены следующие структурные особенности: аномально расположенные хорды левого желудочка – 67,3%, пролапс митрального клапана 1 степени – 9,1%, митральная – 5,3%, трикуспидальная – 1,8%, легочная – 3,6% регургитации и функционирующее овальное окно – 1,8%. В 5,3% случаев на рентгенограмме отмечалось увеличение кардиоторакального индекса выше возрастной нормы.

В биохимическом анализе крови отмечено повышение АСЛО – 23,6%, гипер – 1,8%, гипокалиемия (1) – 1,8%, повышение ионов фосфора (1) – 1,8%, повышение креатинкиназы (5) – 9,1%, гиперхолестеринемия (2) – 3,6%, повышение мочевой кислоты (2) – 3,6%, повышение АСТ (1) – 1,8%, повышение АЛТ (2) – 3,6%.

Феномен WPW регистрировался на ЭКГ у пациентов на фоне нормальной частоты сердечных сокращений (63,64%), тахи – 29,1%, либо брадикардии (7,26%).

По данным холтеровского мониторирования у 81,8% детей зарегистрирован преходящий синдром WPW. В 18,2% случаев синдром предвозбуждения регистрировался на всем протяжении мониторирования, приступы пароксизмальной тахикардии зафиксированы у 3 детей (6,7%).

Дополнительно отмечены следующие нарушения ритма. Синоатриальные блокады 2 степени – 16,4%, желудочковые – 11,1%, наджелудочковые – 44,4%, сочетание желудочковых и наджелудочковых – 24,4%. Максимальное количество наджелудочковых экстрасистол – 46720 в сутки.

Для купирования приступов пароксизмальной тахикардии в отделении реанимации использовались диазепам у одного ребенка в качестве монотерапии, амиадорон у 2 детей. У двух детей приступы купировались вагусными приемами.

В соматическом отделении в лечении использовались антиаритмические средства (пронанорм – 1,8%, амиадорон – 9,1%), ингибитор ангиотезин превращающего фермента (лизиноприл – 1,8%), селективный бета 1 – адреноблокатор (метапролол – 7,3%). Все пациенты получили кардиометаболическую терапию.

«Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы»

Выводы:

1. Феномен WPW чаще регистрируется в возрастной группе от 13 до 16 лет – 32,7%.
2. В большинстве случаев отмечались жалобы вегетативного характера в виде боли, чувства страха, слабости, сонливости, головной боли, головокружения.
3. В 41,8% случаев отмечались приступы пароксизмальной тахикардии клинически, которые получили документальное подтверждение при проведении холтеровского мониторирования в стационаре в 6,7 % случаев.

III. НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА (МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ)

10. УДАЛЕННЫЙ МОНИТОРИНГ НАРУШЕНИЙ РИТМА С ПОМОЩЬЮ НОСИМЫХ РЕГИСТРАТОРОВ ЭКГ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

Гарькина С.В., Лебедев Д.С., Татарский Р.Б., Симонова К.А., Оршанская В.С.
ФГБУ НМИЦ им. В.А. Алмазова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Течение инфекции SARS-CoV-2, особенно в группе пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском, часто осложняется развитием различных нарушений ритма и проводимости сердца. Использование дистанционных носимых устройств и внешних портативных регистраторов ЭКГ предоставляет возможность клиницисту осуществлять удаленный мониторинг у пациентов группы риска во время пандемии COVID-19.

Цель исследования. Оценить спектр имеющихся нарушений ритма и их влияние на краткосрочный прогноз у пациентов с COVID-19 с применением методов дистанционного мониторинга ЭКГ. **Методы исследования.** В исследовании участвовало 34 пациента с подтвержденным диагнозом SARS-CoV-2 (средний возраст $62,45 \pm 5,25$ года, 16 мужчин). Удаленный беспроводной мониторинг ритма проводился с помощью портативного регистратора ЭКГ. Средний срок наблюдения составил 21 день на госпитальном этапе и 2 месяца после выписки из стационара.

Результаты. Часть госпитализированных пациентов с подтвержденным SARS-CoV-2 до поступления в стационар имели в анамнезе нарушения ритма (9 случаев документированной пароксизмальной фибрилляции предсердий, в то время как у 11 пациентов в анамнезе были желудочковая экстрасистолия либо неустойчивая желудочковая тахикардия). Одному из участников исследования 1,5 года назад была проведена трансплантация сердца (женщина 38 лет с дилатационной кардиомиопатией в анамнезе), и одному пациенту в качестве первичной профилактики было имплантировано устройство CRTD (мужчина 54 года с перенесенным инфарктом миокарда и снижением ФВ ЛЖ менее 28%). У остальных 12 пациентов нарушения ритма до госпитализации отсутствовали. В период наблюдения был зарегистрирован один случай возникновения бессимптомной АВ блокады 2 степени тип 2 с периодами асистолии продолжительностью более 6 секунд, что было выявлено с помощью портативного мобильного регистрирующего устройства. Через 2 месяца наблюдения у данного пациента сохранялись гемодинамически значимые паузы ритма, что явилось показанием к имплантации постоянного кардиостимулятора. У одного пациента спонтанная конверсия ФП в синусовый ритм была подтверждена беспроводным мониторингом ЭКГ, что позволило скорректировать принимаемую медикаментозную терапию. У остальных пациентов клинически значимых аритмий в рамках периода госпитализации не было. Продолжительность скорректированного интервала QT также контролировалась в течение госпитального периода у всех пациентов, среднее значение составило 451 ± 12 мсек.

Выводы. Использование в период пандемии COVID-19 носимых мобильных электронных устройств для регистрации ЭКГ может способствовать лучшему контролю симптомов и мониторингу состояния пациентов.

11. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕСТА «ТРОМБОДИНАМИКА» ДЛЯ ОЦЕНКИ ДИНАМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПРИНИМАЮЩИХ ПРЯМЫЕ ОРАЛЬНЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ

Гебекова З.А., Кудрявцева А.А., Колпачкова Е.В.

*ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.Сеченова»
Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия*

Возможности глобальных тестов для динамической оценки тромбообразования у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), принимающих прямые оральные антикоагулянты (ПОАК), не были подробно исследованы. Одним из таких диагностических методов в современной коагулологии является тест «Тромбодинамика».

Оценить особенности динамики тромбообразования при помощи теста «Тромбодинамика» у пациентов с ФП, принимающих различные ПОАК.

Тест «Тромбодинамика» – глобальный тест для исследования *in vitro* состояния гемостаза, учитывающий пространственную организацию процесса роста фибринового сгустка, позволяющий выявить состояния гипер- и гипокоагуляции. Тест оценивается по следующим показателям: V – скорость роста сгустка [20-29] (мкм/мин) и её модификации, Tlag – задержка роста сгустка [0,1-1,5] (мин), D – плотность сгустка [15000-32000] (отн. ед.), CS – размер сгустка [1800-1200] (мкм).

В исследование включено 100 человек с постоянной или пароксизмальной формой ФП: 43 мужчины, 57 – женщины. Средний возраст составил 73 года [67.00; 80.00]. Период наблюдения – 18 месяцев.

У всех пациентов перед плановым приёмом очередной дозы ПОАК проводилась оценка стандартных анализов крови и показателей теста «Тромбодинамика». Для профилактики тромбоэмболических осложнений пациенты принимали ПОАК, дозы определялись в соответствии с инструкцией и были снижены у 46% по показаниям: апиксабан – 10 человек (10%), ривароксабан – 15 человек (15%), дабигатран – 75 человек (75%).

При остаточной концентрации различных ПОАК все показатели теста «Тромбодинамика» оставались в пределах допустимых референсных значений: V – 26.56 [24.98; 29.15] (мкм/мин), Vi – 44.25±7.70 (мкм/мин), Vst – 26.48 [24.94; 28.38] (мкм/мин), Tlag – 1.05 [0.85; 1.27] (мин), D – 22883.08±3199.87 (отн. ед.), CS – 999.72 [912.90; 1084.71] (мкм).

Плотность сгустка была достоверно выше у женщин (22947.7 [21477.5,22947.7] (N = 57) против 22124.8 [19722.8,22124.8] (N = 43) p=0,0035). Параметр Tlag оказался достоверно выше у лиц, имеющих хроническую сердечную недостаточность (ХСН) (1.2 [1.0,1.2] (N = 22) против 1.0 [0.8,1.0] (N = 78), p=0.008).

Таким образом, при остаточной концентрации различных ПОАК показатели теста «Тромбодинамика» соответствуют референсным значениям нормокоагуляции, что подтверждает хорошо известные данные об адекватном антикоагулянтном эффекте всех ПОАК у пациентов с ФП.

Плотность сгустка – это оптический показатель, который характеризует плотность и структуру образовавшегося фибринового сгустка. Повышение плотности сгустка у женского пола, который сам по себе является независимым фактором риска системной эмболии у пациентов с ФП, может косвенно говорить о меньшей антикоагулянтной активности на остаточной концентрации ПОАК.

Увеличение Tlag у пациентов с ХСН, вероятно, служит предиктором возникновения состояния гипокоагуляции, хотя наличие ХСН является хорошо известным фактором риска тромбоза и тромбоэмболии.

Для подтверждения полученных в ходе исследования результатов необходимо проведение более крупных клинических исследований с возможностью долгосрочного наблюдения пациентов.

12. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРУРИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Борисенко Т.Л.¹, Снежицкий В.А.¹, Давыдчик Э.В.¹, Дорошкевич И.П.¹, Мадекина Г.А.², Черная Е.Н.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

²Гродненский областной клинический кардиологический центр, Гродно, Беларусь

Вступление. На сегодняшний день фибрилляция предсердий (ФП) представляет собой одну из важнейших проблем общественного здравоохранения, являясь наиболее часто встречающимся в клинической практике видом аритмии. Гиперурикемия (ГУК) издавна считается основным этиологическим фактором подагры, однако в последние годы установлено, что она может играть роль в патогенезе ряда сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе ФП.

Цель. Оценить распространенность ГУК у пациентов с разными формами ФП в сочетании с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. Обследованы 75 пациентов с неклапанной ФП в сочетании с АГ. Средний возраст – 54 (44;60) года, лица мужского пола составили 86,7 % (n=65). Пароксизмальная форма ФП диагностирована у 25 (33,3%), персистирующая – 28 (37,3%), постоянная – 22 (29,3%) пациентов. Все обследуемые имели АГ.

Уровень мочевой кислоты (МК) определяли в сыворотке крови ферментативным колориметрическим методом. Статистический анализ проводился с помощью непараметрических методов в программе Statistica 10.0. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Уровень МК у обследуемых пациентов составил 0,41 (0,34; 0,42) мкмоль/л. ГУК имела место у 42 пациентов (56%), нормальный уровень МК – у 33 пациентов (44%). Уровень МК значимо различался у пациентов с разными формами ФП в сочетании с АГ. У лиц с персистирующей ([0,41 (0,34; 0,42)] мкмоль/л) и постоянной ([0,42 (0,38; 0,42)] мкмоль/л) формами аритмии величина урикемии была выше, чем у пациентов с пароксизмальной формой ФП ([0,36 (0,32; 0,40)] мкмоль/л). Достоверные различия получены между пациентами с наличием пароксизмальной и персистирующей ФП ($p=0,02$), пароксизмальной и постоянной формами ФП ($p=0,002$). У пациентов с ГУК чаще имела место постоянная ФП – 17 (77,3%) относительно 5 (22,7%) и персистирующая – 18 (64,3%) относительно 10 (35,7%) пациентов с нормальным уровнем МК. Наоборот, пароксизмальная ФП диагностировалась чаще у лиц без повышения МК – 18 (72%) по сравнению с 7 (28%) случаями у лиц с ГУК.

Выводы. ГУК имеет место у половины пациентов с ФП. У пациентов с постоянной и персистирующей ФП уровень МК выше, чем у лиц с пароксизмальной формой аритмии.

13. ФАКТОРЫ РИСКА ПОВТОРНЫХ РАЗРЯДОВ ИКД У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ АРИТМИЯМИ

Плащинская Л.И., Гончарик Д.Б., Барсукевич В.Ч., Часнойть А.Р., Ребеко Е.С.
РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Введение: пациенты с множественными разрядами имплантированного кардиовертера дефибриллятора (ИКД) (как обоснованными, так и необоснованными) чаще имеют депрессивные психические расстройства, 3-х кратное повышение риска смерти и значительное снижение качества жизни по сравнению с пациентами без разрядов ИКД.

Цель: оценить факторы риска повторных разрядов ИКД по причине рецидивирующих пароксизмов желудочковой тахикардии (ЖТ) и фибрилляции желудочков (ФЖ).

Результаты: среди пациентов с рецидивирующей ЖТ/ФЖ преобладали лица с ишемической болезнью сердца (ИБС) – 32 (82,1%). В 36,4% случаях при ИБС с ИКД/CRT-Д в течение $1,7 \pm 0,93$ года наблюдалась обоснованная ИКД-терапия. Рецидивирующая ЖТ со срабатываниями ИКД чаще имела место при: 1) ЖТ ишемической этиологии; 2) фракции выброса левого желудочка ниже 35%; 3) при частой желудочковой эктопии; 4) возрасте > 60 лет. Целевая доза бета-адреноблокаторов (ББ) не была достигнута у 13% пациентов, и-АПФ/сартанов – у 42,1% пациентов, что также было одной из причин повторных эпизодов ЖТ и ФЖ. Среди пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) класса ≥ 2 NYHA только 12,8% принимали комбинацию сакубитрила/валсартана. Некорректная детекция ЖТ/ФЖ или агрессивная антитахикардитическая стимуляция (АТС) ИКД имели место у 21,1% пациентов с рецидивирующими ИКД-шоками. Потенциально предотвратимый электрический шторм из-за некорректных настроек детекции ЖТ и АТС-терапии наблюдался у 29,4% пациентов среди тех, кто получил разряды ИКД.

Заключение: недостаточные/нецелевые дозы блокаторов ББ и И-АПФ/сартанов для лечения ХСН, а также субоптимальные настройки ИКД-детекции и терапии были обнаружены в качестве дополнительных факторов риска рецидивирования ЖТ и ИКД-шоков в дополнение к хорошо установленным другим факторам риска.

14. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА ПРИ ПЕРВИЧНОМ СИНДРОМЕ ПРЕДВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ В ЖАРКОМ КЛИМАТЕ

Мухамметгулыева О.С.

Больница с научно-клиническим центром физиологии, Ашхабад, Туркменистан

В свете современной концепции аритмического поражения сердца отдельно стоит проблема оценки степени риска электрической нестабильности миокарда (ЭНМ) у больных с первичным синдромом предвозбуждения желудочков (ПСПВЖ) в случае сочетания его с клинически манифестным синдромом желудочковой аритмии (ЖА), который с учетом того, что ЖА встречается как у здоровых, так и больных людей относят к переходным состояниям. Важная роль при этом отводится оценке уязвимости миокарда в отношении ЭНМ на примере электрического (Э) аритмогенного ремоделирования (АР) проводящей системы сердца (ПСС).

Цель работы: изучение ЭАР ПСС у больных ПСПВЖ с клинически латентным и манифестным синдромами ЖА, с оценкой их прогностического значения.

Материал и методы: Обследовано 38 больных ПСПВЖ: с латентным – 12 и манифестным синдромом ЖА – 26 чел. Группу контроля составили 24 здоровых лица. Всем им проводилось общеклиническое обследование, включая суточный мониторинг ЭКГ (СМ ЭКГ) и чреспищеводное ЭФ-исследование ПСС.

Результаты: У здоровых лиц значения ЭФ-параметров не отличались от данных, полученных в умеренном климате, и свидетельствовали о высоком регуляторно-адаптивном статусе их ПСС. У больных ПСПВЖ по 1-ой группе по сравнению со здоровыми лицами была выявлена хронотропная недостаточность (ХронН), с проявлениями, аналогичными обнаруживаемым при первичном синдроме слабости синусового узла (ПСССУ). Активация дополнительных путей проведения (ДПП) была выявлена при возросших до 260 имп./мин. значениях т. Венкенбаха, а при СМ ЭКГ одновременно была выявлена ригидность сердечного ритма (РСР) при значениях частоты сердечных сокращений (ЧСС) до 95 уд./мин. По 2-ой же группе больных были обнаружены более выраженные проявления ХронН, при этом активация ДПП выявлялась при низких до 150 имп./мин. значениях т. Венкенбаха. Обнаружение у больных ПСПВЖ ЭФ-проявлений ПСССУ было интересным фактом, так как мнения о причинно-следственных параллелях при ПСПВЖ в случае впервые выявленного ПСССУ либо слиянии его с ранее верифицированным ПСССУ по данным литературы остаются противоречивыми. Нахождение

РСР отличалось от данных литературы по умеренному климату. Данные особенности ЭАР ПСС были объяснены её первично тотальным поражением. Активация ДПП и манифестация клинически синдрома ЖА явились одними из замещающих ритмов в ответ на данный процесс и предпосылкой для развития случаев внезапной смерти у части наших больных.

Вывод: Симбиоз ХронН, РСР и вариабельности значений АВ-проводимости свидетельствовал о преобладании «блокадного» фактора в прогрессировании ЭНМ и модулирующей роли ЧСС в провоцировании летальных аритмий. Приоритетность наших наблюдений подтверждена патентом на изобретение «Способ диагностики электрической нестабильности миокарда при АБС» (№ 715, 2017 г.). Выявленные патофизиологические особенности в ЭАР ПСС у больных ПСПВЖ послужили одним из объяснений проаритмогенных эффектов консервативной антиаритмической терапии и безуспешности хирургических методов его коррекции.

15. ПРЕДИКТОРЫ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ COVID-19

Шейна А.Е., Бурмистров М.Е., Бурмистрова Л.Ф.

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия

Вступление. Коронавирусная болезнь 2019 года (COVID-19) — это инфекция нижних дыхательных путей, вызванная тяжелым острым респираторным синдромом коронавируса 2 (SARS-CoV-2). Как известно, что среди клинических проявлений COVID-19 в основном встречается поражение органов дыхания, но все больше и больше регистрируются сердечно-сосудистые проявления и осложнения, и в том числе аритмии. У некоторых пациентов, аритмии, являются первым клиническим проявлением инфекции COVID-19, в то время как в других случаях аритмия может возникать только во время выздоровления. Среди патогенетических механизмов развития аритмий таких пациентов можно отметить прямое вирусное повреждение миокарда, цитокин-индуцированное повреждение миокарда, гипоксемию и гиперadrenergическое состояние. Кроме того, еще один значимый механизм развития аритмия – это влияние лекарств на сердечно-сосудистую систему, таких как гидроксихлорохин или азитромицин, которые могут привести к удлинению QT-связанной аритмии – Torsades de Pointes.[1,2].

Цель: охарактеризовать различные аритмии, встречающиеся у госпитализированных пациентов с COVID-19 различной степени тяжести.

Материалы и методы: Было проведено одноцентровое ретроспективное исследование 150 историй болезни пациентов с подтвержденной инфекцией COVID-19 в возрасте старше 65 лет, медианный возраст обследуемых составил 76 (65; 92) лет, соотношение мужчин-женщин 1:1. Результатом исследования была любая документированная аритмия во время госпитализации, основанная на ежедневном физикальном осмотре, рутинной ЭКГ, ХМ-ЭКГ.

Результаты: В ходе исследования все пациенты были разделены на несколько категорий в зависимости от задокументированной аритмии во время COVID-19. Первая категория это пациенты спредсердные тахикардии – 78 человек (52%), причем в 80 % случаев регистрировалась именно фибрилляция предсердий (63 пациента), следующая категория – пациенты с желудочковыми тахикардиями – 13 пациентов (8,7%), третья категория пациенты с экстрасистолиями – 35 пациентов (23,3%), последняя категория включала в себя 24 пациента (16%) с LQTS. Так же хотелось бы отметить, что среди пациентов ранее регистрировалась аритмия только у 17 пациентов (11,3 %). Для стратификации пациентов на группы высокого и низкого риска развития аритмии так же учитывались такие критерии как возраст, тяжесть заболевания, наличие ИБС, ХСН, АГ, СД в анамнезе, уровень тропонина. Кроме того, наше исследование выявило достоверную корреляцию между тяжестью заболевания и распространенностью аритмии. Также мы заметили следующую закономерность, что среди пациентов с артериальной гипоксемией чаще регистрировалась фибрилляция предсердий. У пациентов пожилого и старческого

возраста с нормальным уровнем тропонина частота встречаемости жизнеугрожающих нарушений ритма сердца составляет 5,8 %, а среди пациентов с гипертропонимией – 13,2%. Кроме того, мы отметили, что пациенты пожилого и старческого возраста, принимающие такие антиковидные препараты, как противомаларийные и макролиды, имеют более высокую частоту развития аритмий, чем пациенты, принимающие другие антиковидные препараты.

Выводы: Доминирующей аритмией среди пациентов с COVID-19 является фибрилляция предсердий. Распространенность аритмии связана с возрастом, тяжестью заболевания, и наличием других состояний в анамнезе. Кроме того, значительное меньшинство тяжелых пациентов с аритмиями имели нормальный уровень тропонина, что предполагает другие механизмы, а не повреждение сердца, вызывая аритмии у этих пациентов.

16. АНАЛИЗ ПРИЧИН ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Галкина Е.И., Починка И.Г.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ

Введение. Фибрилляция предсердий (ФП) – наиболее распространенное устойчивое нарушение ритма. При ФП создаются условия для формирования тромба в ушке левого предсердия, что может привести к эмболическим осложнениям. С целью профилактики подобных осложнений применяются оральные антикоагулянты (ОАК), но их использование сопровождается риском геморрагических осложнений. Профилактика кровотечений подразумевает оценку риска и устранение модифицируемых факторов. Несмотря на это в реальной клинической практике регулярно наблюдаются случаи геморрагий, ассоциированных с применением ОАК.

Цель работы. Дать клиническую характеристику пациентов с фибрилляцией предсердий, госпитализированных в связи с геморрагическими осложнениями на фоне применения ОАК, провести анализ причин и оценить потенциальную предотвратимость этих осложнений.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ всех последовательных случаев экстренной госпитализации больных терапевтического профиля (1669 случаев), хирургического (699), нейрохирургического (222), урологического (641) профилей и больных с профилем острого нарушения мозгового кровообращения (936) в городскую больницу №13 Нижнего Новгорода в течение января-июня 2019 года, всего – 4167 случаев. Данные представлены в виде медианы и интерквартильных интервалов.

Результаты. Выявлено 30 случаев с геморрагическими осложнениями на фоне применения ОАК у больных с ФП, что составило 0,7% от всех случаев экстренной госпитализации в многопрофильный стационар. Возраст больных с кровотечениями составил 75 [68; 82] лет, из них 21 женщин (70%). Количество баллов по CHADS-VASc составило 5 [4; 6], по HAS-BLED составило 3 [2; 4]. Масса тела составляла 75 [64,5; 80] кг. На момент назначения ОАК: уровень гемоглобина составил 116,5 [111,5; 132,5] г/л, количество тромбоцитов – 216 [175; 270] * 10⁹ / л, расчетная скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) 52,8 [41,87; 62,8] мл/мин, АЛАТ 20,5 [15,9; 24] Ед/л, уровень общего билирубина 14,7 [10,2; 23,1] мкмоль/л. Применялись следующие ОАК: 17 случаев (57 %) – варфарин, 10 случаев – ривароксабан, 2 случая – дабигатран и 1 случай – апиксабан. Продолжительность применения ОАК в 12 случаях составила более 12 месяцев, у 5 больных – от 3 до 6 месяцев, в 2 случаях – от 6 до 12 месяцев, в 1 случае – от 1 до 3 месяцев, в 10 случаях длительность приема ОАК установить не удалось. В 13 случаях имелась анемия без уточненного источника кровотечения, в 17 случаях (57%) установлен источник кровотечения: 4 случая – желудочное кровотечение, 3 случая – носовое кровотечение, в 2 случаях – макрогематурия, в 5 случаях – внутричерепная геморрагия (ВЧГ), в 1 случае – геморрагический перикардит, а также в 2 случаях наблюдалось одновременно 2 локализации кровотечения – носовое и маточное кровотечения, носовое кровотечение и макрогематурия. Зарегистрировано 3 летальных

«Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы»

исхода, среди которых 2 случая у больных с ВЧГ и 1 случай у больного с носовым кровотечением и макрогематурией. Уровень гемоглобина на момент госпитализации по поводу кровотечения составил 88 [65; 98] г/л. По критериям RELY AF в 8 случаях имелось жизнеугрожающее кровотечение, в 17 случаях – большое кровотечение. Выявлены следующие дефекты применения ОАК: 9 случаев приема варфарина без контроля МНО, 3 случая несоответствия дозы ривароксабана сниженному клиренсу креатинина, 3 случая не диагностированной злокачественной опухоли, 2 случая применения ОАК при циррозе печени С-класса по Child-Pugh, 2 случая не диагностированной язвенной болезни в активной фазе, 1 случай регулярного сочетанного применения ОАК и нестероидных противовоспалительных препаратов. Всего в 20 случаях (67%) кровотечение было потенциально предотвратимым, в 10 случаях – кровотечение было непредсказуемым и предотвратимым.

Выводы. Кровотечения на фоне применения ОАК больных с ФП составляют 0,7% всех экстренных госпитализаций в отделения различного профиля. Наиболее частым клиническим вариантом геморрагических осложнений является анемия без установленного источника кровотечения (43% всех случаев). В 67% случаев кровотечения были ассоциированы с неадекватной терапией ОАК и могли рассматриваться как потенциально предотвратимые.

IV. НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

17. КРОВОПОТЕРЯ И ВЛИЯНИЕ ДЫХАНИЯ НА ВАРИАЦИИ СРЕДНЕГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, САД, СИНУСОВУЮ АРИТМИЮ, СА И АРТЕРИАЛЬНЫЙ ГЕМАТОКРИТ, НТА

Кислухин В.В.¹, Кислухина Е.В.²

¹Медисоник, Москва, Россия

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

Введение. Известно, что при гиповолемии наблюдаются вариации САД с частотой дыхания, появляется дыхательный компонент в СА, а также появляются вариации артериального гематокрита, Нта. Относительная простота регистрации САД, СА и плотности крови (она определяется, в первую очередь, гематокритом), позволяет в эксперименте установить связь между кровопотерей и дыхательными вариациями приведенных параметров. В их число также входит количество крови, оттекающее от легких за сердечный цикл (УВ) и количество жидкости перемещающейся между внутри и вне сосудистыми пространствами.

Цель исследования: Показать, что в эксперименте при кровопотере появляются (или растут, если были) дыхательные вариации Нта. А также наблюдаются дыхательные вариации САД и появляется дыхательный компонент в СА. Показать, что вариации обусловлены перемещением жидкости между внутри и вне сосудистым пространством. Предложить мат модель для объяснения влияния дыхания. Оценить объем, перемещающийся между внутри и вне сосудистыми пространствами легких.

Материалы и методы. В эксперименте с кровопотерей на крысах (n=10, вес 320–530 гр.) использовался ультразвуковой флоуметр (Transonic Systems Inc., Ithaca, NY). Датчик, размещенный на аорте, регистрировал кровоток в аорте и плотность крови, при этом пульсация кровотока использовалась для определения ЧСС. В бедренной артерии регистрировалось давление с использованием катетера (PE50). Эксперимент проводился в четыре этапа: три этапа производилась потеря крови, суммарно 30-40% от ожидаемого объема крови (75 мл/кг), четвертый этап – восполнение кровопотери. На каждом этапе определялись, методом разведения, объем крови и сердечный выброс. Экспериментальные данные использовались для оценки перемещаемой жидкости. Математическая модель переноса жидкости между внутри и вне сосудистыми пространствами базировалась на законе Старлинга и на феномене прохождения эритроцитами микроциркуляции быстрее плазмы, а также на нелинейности зависимости между внутри капиллярным объемом и внутри капиллярным давлением.

Результаты. На каждом этапе регистрировалось снижение плотности крови, связанное с потерей крови, имеющей гематокрит Нта и замещением/выходом в центральную циркуляцию крови с низкой плотностью (с гематокритом Нтс). При этом снижение гематокрита, за три этапа, составляло 30% (с 45 до 31.4, в среднем) Изменение плотности зависело от $F_{cel} = (\text{гематокрит всего тела})/Нта$. Величина F_{cel} к окончанию кровопотери менялась от 0.6 до 1.0, снижаясь в среднем с 0.91 до 0.75. Одновременно со снижением плотности крови появлялись (или усиливались, если были до начала забора крови) вариации плотности крови с частотой дыхания. При этом количество перемещавшейся жидкости менялось от 1 до 3 мл/кг. Анализ дыхательных вариаций кровотока, показал, что вариации, связанные с перемещением, жидкости достигают 70% от дыхательных вариаций УВ.

Выводы. Приведены экспериментальные данные, показывающие, что гиповолемия ведет к появлению выраженного влияния дыхания («дыхательные волны») на среднее артериальное давление, на синусовую аритмию, кровоток в аорте и на плотность крови. Феномен появления/усиления влияния дыхания на перечисленные параметры обусловлен переходом жидкости между водными секторами легких.

18. ФЕНОМЕН «ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО МАТОВОГО СТЕКЛА» ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РУТИННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПАЦИЕНТАМ С COVID-19

Цоколова А.В., Жданова Н.В., Перепечаев М.А., Ильин И.Б., Юмаев Р.Х.

ФГБУ «1409 Военно-морской клинический госпиталь» МО РФ, Калининград, Россия

В настоящее время характер и механизмы повреждения органов и тканей при инфекции SARS-CoV-2 требуют дальнейшего уточнения и более глубокого изучения. Это относится и патологии сердечно-сосудистой системы, в части касающейся выраженности воспалительного поражения сердца в форме миокардита и его обратимости, если это имеет место быть на самом деле.

Целью исследования: уточнить характер изменений сократительной способности миокарда у пациентов с COVID-19 в зависимости от тяжести заболевания.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В исследование было включено 70 пациентов, перенесших COVID-19 и находящихся в периоде реконвалесценции. Объем поражения легочной ткани по данным компьютерной томографии (КТ) составлял от 5% до 88%. В зависимости от выявленного объема поражения легких пациенты были разделены на группы: КТ-1 (0-25%), КТ-2 (26-50%), КТ-3 (51-75%) и КТ-4 (76-100%). Исследования выполнялись на приборе GE Vivid S70 секторным датчиком в стандартных позициях. ЭХОКГ-исследования выполнялись на 25-40й день с момента постановки диагноза.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ. Средний возраст пациентов в группе КТ-3 и КТ-4 превышал таковые в группе КТ-1 и КТ-2 более чем на 10 лет ($60 \pm 10,2$ и $58,3 \pm 11,1$ против $46,2 \pm 16,6$ и $47,6 \pm 14,2$ года, соответственно). Показатели сократительной способности миокарда ЛЖ, оцененные по методике Симпсона, составили $62,4 \pm 7,7\%$, $55,8 \pm 5,9$, $49,8 \pm 3,3\%$ и $58 \pm 8,2\%$ в группах КТ-1, 2, 3, 4 соответственно.

ОБСУЖДЕНИЕ. Парадоксальная на первый взгляд ситуация по всей видимости обусловлена особенностями лечебной тактики, а именно – более «агрессивной» терапией пациентов группы КТ-4 (по сравнению с пациентами схожей степени тяжести, но с меньшим объемом поражения легких по данным КТ). При этом было отмечено, что примерно в 70% случаев вне зависимости от объема поражения легочной ткани не удавалось получить желаемого качества изображения, главным образом из парастернального доступа. Из верхушечного доступа низкое качество изображения регистрировалось на периферии сектора сканирования и в области верхушки сердца.

Качество получаемого изображения не зависело от объема поражения легких, несмотря на хорошие «ультразвуковые окна». Получаемые изображения были с большим количеством рассеянных артефактов, «помех», и «шумов», как это бывает при неверной настройке фильтров, либо их полном отсутствии. Подобные артефакты мы назвали «феноменом эхокардиографического матового стекла» по аналогии с рентгенологическим феноменом у пациентов с COVID-19, с целью обоснования низкого качества получаемых изображений. Причина подобного феномена на наш взгляд кроется в воспалительных и структурно-функциональных изменениях всех (!) тканей организма различной степени выраженности, происходящих при заболевании COVID-19. На примере миокарда левого желудочка подобные изменения описываются в виде воспалительного мононуклеарного клеточного инфильтрата тканей, отека миофибрилл и саркоплазмы (по данным аутопсии), что вероятно и приводит к снижению качества визуализации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Пациенты с объемом поражения легочной ткани 50-75% вне зависимости от степени тяжести, подлежат такому же интенсивному лечению, что и пациенты с тяжелым течением заболевания и объемом поражения легких более 75%. Подобный подход может способствовать лучшему исходу заболевания, и меньшему числу осложнений. При этом следует помнить о том, что зарегистрированный нами «эхокардиографический феномен матового стекла» также не зависит от объема поражения легких (по данным КТ), и отражает лишь общие патофизиологические процессы, происходящие во всех органах и тканях пациентов с COVID-19.

19. СТЕНОЗ СОННЫХ АРТЕРИЙ, КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ИНСУЛЬТА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИБС ПОСЛЕ АКШ

Шнитман Т.А.¹, Труханова И.Г.²

¹ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Клиники СамГМУ, Самара, Россия

²ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра анестезиологии, реаниматологии и СМП ИПО, Самара, Россия

Атеросклероз является мультифокальным заболеванием, поражение коронарных и сонных артерий повышает риск развития цереброваскулярных осложнений. Ишемический инсульт – одна из главных причин инвалидизации и смертности пожилых жителей развитых стран, которая занимает второе место после инфаркта миокарда среди причин смертности в Российской Федерации и во всем мире, а также первое место среди причин утраты трудоспособности. По данным различных литературных источников, частота сочетанного поражения коронарного и брахиоцефального русла составляет 12.5 – 17% [1, 2].

Частота развития острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) после коронарного шунтирования колеблется от 2 до 6% [3, 4].

Проблема периоперационного инсульта является одной из приоритетных в кардиохирургии, так как связана с длительной госпитализацией, чрезмерной операционной смертностью, высокими «больничными» затратами и изменением качества жизни.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Выявить зависимость риска развития ОНМК у пожилых пациентов после АКШ и степенью стеноза сонных артерий.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ.

- Оценить степень стеноза сонных артерий у пожилых пациентов с АКШ.
- Сопоставить риск развития ОНМК со степенью стеноза ОСА у пожилых пациентов, перенесших АКШ.
- Обосновать риск развития ОНМК от степени поражения сонных артерий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование проводилось в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинской декларации. Протокол исследования одобрен этическим комитетом ФГБОУ ВО «СамГМУ» Минздрава РФ. В настоящее исследование было включено 112 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), средний возраст которых составил $65,87 \pm 3,44$ лет, среди них 82 мужчин (73,81%) и 30 женщин (26,19%).

РЕЗУЛЬТАТЫ. На основании данных инструментальной диагностики было выявлено поражение сонных артерий у всех пожилых пациентов. Степень стеноза была различной. Нами была выполнена градация степени сужения просвета СА, а именно: поражение до 20%, 21-30%, 31-40%, 41-50%, более 50%. Выявили степень поражения сонных артерий у пожилых пациентов до проведения АКШ и влияние этого фактора на риск развития ОНМК после хирургического вмешательства. Далее нами был выполнен анализ Хи-квадрата, который подтвердил влияние стеноза общей сонной артерии на 41-50% и более на

риск возникновения периоперационного инсульта у пожилых пациентов с АКШ. Анализ ОР подтвердил, что гемодинамически значимым является поражение ОСА на 41-50% и более, не зависимо от стороны локализации, но наиболее статистически достоверным оказывается сужение левой ОСА на 41-50% ($p < 0,000$).

ВЫВОДЫ. Стеноз ОСА более 41% не зависимо от стороны поражения является надежным предиктором периоперационного инсульта у пожилых пациентов с АКШ.

20. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА В ЖАРКОМ КЛИМАТЕ

Мухамметгулыева О.С.

Больница с научно-клиническим центром физиологии, Ашхабад, Туркменистан

В свете современной концепции аритмического поражения сердца у лиц с первичной патологией проводящей системы сердца (ПСС) велика вероятность развития кардиомиопатий, поэтому при данной патологии предлагается определять функциональный резерв миокарда. Согласно существующей концепции синдрома «аридного напряжения» течение физиологических и патологических состояний в жарком климате имеет свои особенности.

Цель работы: определение функционального состояния миокарда и адаптивности аритмогенного ремоделирования (АР) левого желудочка (ЛЖ) у больных первичным синдромом предвозбуждения желудочков (ПСПВЖ) в случае сочетания его с клинически манифестным синдромом желудочковой аритмии (ЖА), с оценкой их прогностического значения.

Материал и методы. Обследованы 38 больных ПСПВЖ в фазе его обострения: с латентным – 12 и манифестным синдромом ЖА – 26 чел. Группу контроля составили 24 здоровых лица. Всем проведено общеклиническое обследование, включая эхокардиографию (ЭхоКГ).

Результаты. У здоровых лиц в жарком климате значения ЭхоКГ-параметров не отличались от данных, полученных в умеренном климате, и свидетельствовали об оптимизации функционального состояния сердца. У 1-ой группы больных по сравнению с контролем отмечен рост конечносистолического размера (КСР) ЛЖ, толщины задней стенки (Тзслж) и снижение его фракции выброса, не выходящие за границы нормы. Но при этом обнаруженное значение Тзслж, равное 12 мм, превысило границы нормы и свидетельствовало, несмотря на сохранность значений остальных ЭхоКГ-параметров, о выявлении дезадаптивного АР ЛЖ. У 2-ой группы больных по сравнению с контролем при не выходящих за границы нормы возросших значениях конечно-диастолического размера и объёма, КСР ЛЖ и ударного объёма были найдены избирательно большие свыше 12 мм значения Тзслж при регрессии до 10 мм значений толщины межжелудочковой перегородки (Тмжп). Наличие регрессии Тмжп было объяснено включением зоны АВ-соединения в процесс прогрессирующего склерофиброзирования ПСС, а активация дополнительных путей проведения (ДПП), как и манифестный вариант синдрома ЖА, были отнесены к одним из замещающих ритмов. Эти сдвиги говорили о крайне неблагоприятном варианте течения ПСПВЖ.

Вывод. У больных ПСПВЖ выявлены патофизиологические особенности в виде обнаружения при сохранном функциональном состоянии миокарда двух дезадаптивных вариантов АР ЛЖ: при латентном синдроме ЖА с избирательным ростом Тзслж, а при манифестном – с избирательной регрессией Тмжп. Симбиоз манифестного синдрома ЖА и активации ДПП свидетельствовал о высокой уязвимости больных ПСПВЖ в отношении фатальных аритмий и объяснял случаи внезапной смерти у части наших больных, с непредсказуемостью времени и места её наступления. Приоритетность наших наблюдений подтверждена патентом на изобретение «Способ диагностики электрической нестабильности миокарда при АБС» (№ 715, 2017 г.).

V. ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

21. КОМОРБИДНОСТЬ И ГЕРИАТРИЧЕСКИЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 70 ЛЕТ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Айдумова О.Ю., Щукин Ю.В.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра пропедевтической терапии, Самара, Россия

Введение. Включение пациентов пожилого и старческого возраста в клинические исследования не отражает возрастной ассоциированности заболеваний. Синдром старческой астении («хрупкость»), как неблагоприятный вариант старения, является независимым и важным предиктором более высокой смертности от инфаркта миокарда. Определение гериатрического статуса, и в том числе синдрома старческой астении, у пациента пожилого и старческого возраста с инфарктом миокарда позволит улучшить стратификацию риска у данной группы пациентов.

Цель. Изучить коморбидный фон и гериатрический статус у пациентов старше 70 лет с инфарктом миокарда.

Материал и методы. Было проведено одномоментное исследование 92 пациентов с инфарктом миокарда старше 70 лет, проходивших лечение в кардиологических отделениях Клиник СамГМУ с 2020 по 2021 год. Выявление и определение тяжести гериатрических синдромов проводилось с использованием специализированных шкал на 5 сутки госпитализации. Так, оценка двигательной активности проводилась с использованием теста «Встань и иди», и функциональной активности – по Бартел (Barthel Activities of Daily Living Index), нутритивного статуса – по шкале Mini Nutritional Assessment, морального статуса – Philadelphia Geriatric Morale Scale, умственного состояния – Mini-Mental State Examination. Для выявления синдрома старческой астении применяли опросник «Возраст не помеха». Также определяли индекс коморбидности Чарлсона (Index of Comorbidity). Применялись статистические непараметрические методы. Данные представлены в виде медиана (25%; 75%-квартиль).

Результаты исследования. Средний возраст пациентов в исследуемой когорте составил $77,3 \pm 2,4$ года. Мужчины составили 47,8% (n=44). В анамнезе 36 пациентов имели перенесенный ранее инфаркт миокарда (39,13%), 26 пациентов (28,26%) – фибрилляцию предсердий, 14 пациентов (15,22%) – острое нарушение мозгового кровообращения, 75 пациентов застойную хроническую сердечную недостаточность (ХСН) (81,53%) и все пациенты – гипертоническую болезнь. ЧКВ в анамнезе было лишь у 6,52% пациентов (n=6). Сахарный диабет 2 типа был сопутствующим заболеванием в 38,04% случаев (n=35), при этом в 8,7% случаев (n=8) – инсулинозависимый, ХОБЛ – 6,52% (n=6), атеросклероз периферических артерий был выявлен у 41,3% пациентов (n=38). Хроническая болезнь почек (ХБП) была выявлена у всех пациентов, при этом ХБП С2 у 57,61% (n=53), ХБП С3а – 28,26% (n=26), ХБП С3б – 14,13% (n=13). Медиана индекса коморбидности Чарлсона составила 6 баллов (5; 7). По результатам опросника «Возраст не помеха» синдром старческой астении был выявлен у 16,3% пациентов (n=15), преастении – у 32,61% (n=30). В исследуемой когорте медиана (25%; 75%-квартиль) времени по результатам оценки двигательной активности теста «Встань и иди» составила 12 (9; 15) секунд. Медиана (25%; 75%-квартиль) по шкале функциональной активности Бартел составила 95 (80; 95) баллов; по шкале Mini Nutritional Assessment – 20 (18; 22) баллов; по шкале Philadelphia Geriatric Morale Scale – 65 (55,5; 74) баллов; по шкале Mini-Mental State Examination – 19 (17; 22).

Выводы. У пациентов старше 70 лет с инфарктом миокарда был выявлен высокий уровень коморбидности. У всех пациентов выявлена ХБП, отражающая реализацию кардиоренальных взаимосвязей. Сахарный диабет был сопутствующим заболеванием более чем у трети пациентов. Почти у половины пациентов (48,91%) была выявлена «прехрупкость» (32,61%) и «хрупкость» (16,3%). Среди гериатрических синдромов определялись когнитивные нарушения легкой и умеренной степени, умеренно выраженное снижение морального, нутритивного статуса и двигательной активности.

22. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АОРТОАРТЕРИИТА ТАКАЯСУ У ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Грабовый Д.А.¹, Джинибалаева Ж.В.¹, Адонина Е.В.¹, Дупляков Д.В.¹, Трусков Ю.А.²

¹ГБУЗ СОККД им. В.П. Полякова, Самара, Россия

²ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, кафедра пропедевтической терапии, Самара, Россия

Введение. Неспецифический аортоартериит (артериит Такаясу, болезнь Такаясу, болезнь отсутствия пульса) – аутоиммунное заболевание, характеризующееся деструктивно-продуктивным сегментарным аортитом и субаортальным панартериитом богатых эластическими волокнами артерий с возможным поражением коронарных и легочных ветвей.

Описание клинического случая. Пациент П., мужчина, 48 лет. Доставлен бригадой СМП с предварительным диагнозом: острый коронарный синдром без подъема сегмента ST.

Пациент отмечает жалобы на давящие боли за грудиной на фоне физической нагрузки, одышку, низкую толерантность к нагрузкам.

Из анамнеза заболевания известно о повышении АД около 5 лет, максимально до 200 и 100 мм рт.ст. Ухудшение состояния в течение 1,5 месяцев, когда отметил появление вышеописанных жалоб. Отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр в течение месяца, прогрессирующее похудание на 25 кг за полгода. Накануне поступления в стационар ангиальные боли участились, усилились.

Из объективного обследования наибольшее внимание обращает разница АД на правой и левой руках (170 и 90 мм рт.ст.; 130 и 80 мм рт.ст. соответственно).

По результатам лабораторного обследования – высокочувствительный тропонин (протокол 0/3 часа), без достоверной динамики (0,008/0,014 нг/мл), отмечается тенденция к тромбоцитозу и воспалительному процессу, сниженной функции почек.

Учитывая вышеописанные данные, диагноз ОКС вызвал сомнение и требует дальнейшей дифференциации.

В ходе последующей диагностики, пациенту выполнено МСКТ ОГК, ОБП зарегистрировано утолщение грудной, брюшной, аорты с распространением на устья левой подключичной и почечных артерий, суживающие просветы сосудов до 80%. Следующим этапом диагностики было выполнение коронарографии, по результатам: протяженный стеноз 50-75% от устья до проксимальной трети 2-го сегмента ПМЖВ, с последующим стентированием. Из протокола ЦДК БЦС: увеличение комплекса интима-медиа, множественные стенозы сосудов БЦС до 60 %.

Учитывая совокупность собранных данных, пациенту выставлено основное заболевание: Неспецифический аортоартериит V типа, с поражением грудного, брюшного отделов аорты, коронарных артерий, подключичных артерий, артерий БЦС, почечных артерий. Нестабильная стенокардия, высокий риск со стабилизацией во 2 ф.к. Коронарография, стентирование ПМЖВ.

Краеугольным камнем в терапии артериита Такаясу является назначение иммуносупрессивной терапии, в частности ГКС, с целью достижения ремиссии и её поддержания.

Пациент был выписан из стационара после улучшения состояния и подбора рациональной терапии, с рекомендациями.

Выводы. Таким образом, клиника ОКС может быть обусловлена не только атеросклеротическим поражением коронарных артерий, но и являться результатом поражения аорты и её ветвей на фоне соединительно-тканых заболеваний, которые требуют дифференциальной диагностики и коррекции тактики ведения и терапии.

23. УРОВЕНЬ ЛЕПТИНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ И ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМ БЕЗ ОЖИРЕНИЯ

Разин В.А.¹, Курганова Ю.В.²

¹ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» МЗ РФ, Ульяновск, Россия

²ГУЗ ЦК МСЧ, Ульяновск, Россия

В последнее десятилетие в некоторых исследованиях была выявлена связь лептина с развитием, ростом и разрывом атеросклеротической бляшки (Bray G.A. et al. 2009). Данные патологические процессы, тесно связанными, по современным представлениям, с хроническим воспалением, которое в настоящее время рассматривается в качестве самостоятельного фактора риска ИБС. По некоторым данным лептин, способствуя активации Т-хелперов, может отвечать за развитие и прогрессирование иммунного воспаления (Stofkova A., 2009).

Цель исследования: Сравнить концентрацию лептина у пациентов хроническим и острым коронарным синдромом.

Методы исследования. В исследования вошли 18 человек с хроническим коронарным синдромом (стабильная стенокардия 3-4 ФК) и 16 человек с острым коронарным синдромом (прогрессирующая стенокардия). Сравнимые группы были сопоставимы по полу и возрасту – в первой группе 10 женщин и 8 мужчин в среднем возрасте 64,1±3,2 года, во вторую группу вошло 9 женщин и 7 мужчин 65,0±3,2 года. Индекс массы тела также был сопоставим (25,4±2,2 и 25,7±2,4 соответственно). Пациенты с ожирением и сахарным диабетом не включались в исследование. В исследуемых группах проводилось исследование плазменных концентрациях лептина. Данные представлены в виде M±SD.

Результаты. В ходе исследования было выявлено, что концентрация лептина была статистически значимо выше у пациентов с прогрессирующей стенокардией. Так, уровень лептина у пациентов с хроническим коронарным синдромом был 3,89±1,22, а у пациентов с прогрессирующей стенокардией – 4,85±1,51 нг/мл (p=0,048).

Выводы. Таким образом, в исследуемых группах отмечалось что в группе с острым коронарным синдромом (прогрессирующая стенокардия) отмечалось более высокая концентрация лептина, чем у пациентов с хроническим коронарным синдромом.

24. ОЦЕНКА НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫХ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Меньшикова А.Н., Сотников А.В., Гордиенко А.В., Носович Д.В.

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Вступление. Легочная гипертензия (ЛГ) является серьезным осложнением инфаркта миокарда (ИМ), что обусловлено ее длительным бессимптомным и непрерывно прогрессирующим течением. В настоящее время существует необходимость в разработке диагностического алгоритма, позволяющего выявлять пациентов группы риска с целью дальнейшего мониторинга и профилактики. Существенный вклад в создание прогностических моделей может быть внесен за счет использования параметров эхокардиографии (ЭхоКГ), применяемой повсеместно в качестве рутинного метода исследования.

Цель. Изучить основные параметры ЭхоКГ, оказывающие наиболее значимое влияние на развитие ЛГ в подостром периоде ИМ.

Материалы и методы. В исследование включены результаты стационарного обследования и лечения мужчин от 19 до 60 лет с верифицированным диагнозом ИМ I типа (IV универсальное определение, 2018), со скоростью клубочковой фильтрации 30 мл/мин/1,73 м² и более (СКД-ЕРІ). При поступлении в стационар и в конце третьей недели заболевания всем пациентам выполнялась ЭхоКГ с определением среднего давления в легочной артерии (СДЛА) по А. Kitabatake. По результатам пациентов разделили на две группы: исследуемая – 84 пациента с нормальным уровнем СДЛА при поступлении и 25 и более мм рт. ст. в конце третьей недели, и контрольная – 367 пациентов с нормальными значениями СДЛА в обе точки исследования или нормализацией его в подостром периоде ИМ. Сравнение изучаемых параметров выполнялось на основе метода МаннаУитни. Статистически значимыми считались результаты при вероятности ошибки менее 0,05.

Результаты. В ходе исследования установлены следующие достоверные различия эхокардиографических показателей в изучаемых группах, определяемых при поступлении: сердечный индекс (СИ) в исследуемой группе составил $2,0 \pm 0,7$ л/мин*м², в контрольной – $2,4 \pm 1,0$ л/мин*м² (p=0,002); индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) $143,2 \pm 38,5$ г/м² в исследуемой группе и $159,0 \pm 46,6$ г/м² в контрольной (p=0,01). По результатам ЭхоКГ, выполняемой в конце третьей недели заболевания, достоверных различий по изучаемым показателям не выявлено, однако, сохранилась тенденция к более высоким значениям ИММЛЖ в контрольной группе (p=0,06).

Обсуждение. Снижение величины СИ у пациентов исследуемой группы по сравнению с контрольной свидетельствует о наличии у них более выраженной сердечной недостаточности и уменьшении пропульсивной способности левого желудочка, что обуславливает повышение давления в малом круге кровообращения в остром периоде заболевания и развитие ЛГ к концу третьей недели ИМ. Вероятно, большие значения ИММЛЖ у пациентов контрольной группы позволяют поддерживать эффективную сократительную способность ЛЖ и, как следствие, избежать повышения давления в системе легочной артерии.

Заключение. Таким образом, у мужчин молодого и среднего возраста с ЛГ, развившейся в подостром периоде ИМ, отмечаются более низкие значения СИ и ИММЛЖ, определяемые при поступлении, чем у пациентов с нормальным уровнем СДЛА в обе точки исследования или нормализацией этого показателя к концу третьей недели заболевания. Полученные результаты должны быть использованы при создании прогностических алгоритмов риска развития ЛГ на фоне ИМ.

25. ДИСТАНТНОЕ ИШЕМИЧЕСКОЕ КОНДИЦИОНИРОВАНИЕ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКИ РЕПЕРФУЗИОННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Коренева Е.А.

РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Цель исследования. Оценить эффективность дистантного ишемического перекондиционирования в комбинации с поздним посткондиционированием (ДИПерПостК) у пациентов с острым инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST в течение 6 месяцев.

Материалы и методы. Настоящее исследование можно отнести к открытым проспективным рандомизированным контролируемым. В контрольную группу (КГ) были включены пациенты, которым выполнялось стандартное пЧКВ, а основную группу (ОГ), где на фоне пЧКВ проводилась процедура ДИПерПостК (4 последовательных цикла пятиминутных компрессии/декомпрессии верхней конечности манжетой тонометра до и через 90 минут после реперфузии). Пациенты исключались из исследования в случае, если длительность болевого синдрома составляла менее 90 минут либо более 6 часов; в анамнезе были выявлены сахарный диабет, ИМ, реваскуляризация или тромболитическая терапия;

кардиогенный шок. В ходе проведения коронарографии в исследование были включены лишь пациенты с окклюзирующим однососудистым поражением передней межжелудочковой артерии. Следует отметить, что пациенты обеих групп получали стандартную медикаментозную терапию. В исследование включено 87 пациентов, достоверно не различавшихся по клинико-лабораторным характеристикам на момент поступления. Для оценки повреждения миокарда левого желудочка (ЛЖ) проводилась магнитно-резонансная томография с контрастным усилением на томографе Siemens Aera напряженностью 1,5 Т в раннем (7-10 сутки) и в среднесрочном (6 месяцев) периодах после развития ИМ. Статистический анализ полученных данных был выполнен при помощи компьютерного пакета программ Statistica (StatSoft Inc., США, версия 10.0).

Результаты и обсуждение. На 10 сутки после развития острого ИМ медианы объема зоны некроза (ЗН) миокарда ЛЖ – наиболее значимого показателя эффективности метода кардиопротекции – были достоверно выше у пациентов КГ: 52,7 (35,5; 73,9) мл против 44,8 (33,6; 55,5) мл у ОГ ($p=0,039$). Аналогичные межгрупповые различия сохранились и на этапе обследования через 6 месяцев после ИМ: 46,0 (32,8; 55,0) мл и 34,0 (25,8; 39,8) мл в КГ и ОГ соответственно ($p=0,004$). Значимых межгрупповых различий по медианам абсолютных размеров зоны риска (ЗР) на стадии острого ИМ не получено: 74,8 (59,4; 92,1) мл в ОГ и 75,6 (60,0; 93,1) мл в КГ ($p=0,772$), что указывает на отсутствие влияния метода ДИперпостК на размер ЗР. Однако были выявлены межгрупповые различия по показателю отношения ЗН к ЗР (70,3 (65,1; 86,6) % в КГ против 63,5 (52,7; 72,0) % в ОГ $p=0,014$) и индексу спасенного миокарда (ИСМ), что может быть обусловлено предлагаемым методом кардиопротекции. Так, ИСМ после применения пЧКВ в сочетании с ДИперпостК составил 36,5 (28,0; 47,3) %, что достоверно больше, чем после изолированного пЧКВ (29,7 (13,5; 34,9) % при $p=0,014$). Также пациенты ОГ характеризовались меньшим объемом микроваскулярной обструкции (МВО) (1,9 (1,4; 2,9) мл относительно 2,5 (1,8; 8,1) мл в КГ, $p=0,049$) и более низкой долей МВО в общем объеме миокарда ЛЖ (0,94 (0,79; 1,37) % относительно 1,5 (0,89; 3,66) % в КГ, $p=0,046$).

Выводы. На основании полученных результатов можно сделать вывод, что метод дистантного ишемического перекондиционирования в комбинации с поздним посткондиционированием способствует существенному ограничению размера необратимого повреждения миокарда левого желудочка, о чем свидетельствуют больший индекс спасенного миокарда, ограничение зоны некроза ЛЖ в остром ($p=0,039$) и среднесрочном периодах ИМ ($p=0,004$), а также меньший объем микроваскулярной обструкции в ОГ.

26. БИОХИМИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РЕПЕРФУЗИОННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ЛИЦ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Русак Т.В., Гелис Л.Г., Медведева Е.А., Русских И.И., Шибeko Н.А., Тарасик Е.С.
РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Проведение чрескожного коронарного вмешательства при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) связано с высоким риском развития реперфузионного повреждения микроциркуляторного русла, которое приводит к усугублению ишемии и дополнительной гибели миоцитов. Установленные на сегодняшний день факторы риска развития реперфузионного нарушения миокарда недооценивают прогноз данной категории пациентов. Более полной стратификация риска и прогноз может быть при использовании биомаркеров, отражающих ответную реакцию сердечной мышцы на реперфузионное миокардиальное повреждение.

Цель: оценить значимость биомаркеров (сTnI, hsCRP, ST2) в прогнозе реперфузионного повреждения микроциркуляторного русла у лиц с острым инфарктом миокарда и эндоваскулярной реваскуляризацией.

Материалы и методы: в исследование включено 112 пациента с ИМпСТ, поступивших в первые 12 часов от начала заболевания. Всем пациентам была выполнена эндоваскулярная реваскуляризация миокарда. Уровни высокочувствительного тропонина (сTnI), высокочувствительного С-реактивного белка (hsCRP), стимулирующего фактора роста (sST2) определяли исходно и на 2-е (сTnI) и 5-е (sST2, hsCRP) сутки после эндоваскулярного вмешательства. Реперфузионное миокардиальное повреждение визуализировали с помощью МРТ сердца с контрастным усилением, которая проводилась на 5 сутки после эндоваскулярного вмешательства.

Результаты: реперфузионное повреждение микроциркуляторного русла выявлено у 51 (46%) пациента. При проведении корреляционного анализа определена умеренная взаимосвязь между наличием повреждения микроциркуляторного русла и уровнями сTnI ($r = 0,48$, $p = 0,0004$), hsCRP ($r = 0,46$, $p = 0,00001$), sST2 ($r = 0,62$, $p = 0,00001$) в раннем послеоперационном периоде. Кроме этого ROC-анализом определены пороговые значения предикторов реперфузионного микрососудистого повреждения в раннем послеоперационном периоде. Так, пороговое значение для сTnI составило $> 11,4$ нг/мл ($p = 0,001$), hsCRP $> 14,6$ мг/л ($p = 0,001$), sST2 $> 40,5$ нг/мл ($p = 0,001$).

Заключение: прогностическими биомаркерами реперфузионного миокардиального повреждения являются уровни сTnI $> 11,4$ нг/мл, hsCRP $> 14,6$ мг/л, sST2 $> 40,5$ нг/мл в раннем послеоперационном периоде.

27. ВЛИЯНИЕ ИНВАЗИВНОЙ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ НА БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПРИ ПОЗДНЕМ ПОСТУПЛЕНИИ В ЧКВ ЦЕНТР

Воронцова С.А.¹, Павлова Т.В.², Хохлунов С.М.²

¹ГБУЗ СО СОККД им. В. П. Полякова, Самара, Россия

²ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет», Самара, Россия

Введение. Успех лечения пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST во многом зависит от своевременного восстановления кровотока в инфаркт-связанной артерии. Однако не всегда пациенты данного профиля поступают в ЧКВ центры в ранние сроки. К настоящему моменту опубликованы данные нескольких регистров, которые свидетельствуют о том, что отсроченная реваскуляризация (более 12 часов от начала симптомов), выполненная у пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST, приводит к улучшению их выживаемости, как в краткосрочном периоде, так и в долгосрочном.

Цель настоящего исследования: определить влияние инвазивной стратегии лечения на ближайшие и отдаленные исходы у пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST при позднем поступлении в ЧКВ центр, в сравнении с консервативной тактикой ведения.

Материалы и методы. За период с 2013 по 2018 гг проведен ретроспективный анализ данных регистра по острому коронарному синдрому. На первом этапе в исследование включены пациенты с ИМ с подъемом сегмента ST, поступившие менее чем через 48 часов и более чем через 12 часов от начала симптомов ишемии миокарда ($n=606$). На втором этапе были исключены пациенты ($n=348$), имеющие показания для выполнения первичного ЧКВ; поступившие с тяжелыми сопутствующими патологиями. Исключены больные, которым показан прием пероральных антикоагулянтов; проведен тромболитический; возраст которых превышал 80 лет. В итоге группа наблюдения состояла из 258 пациентов.

Результаты. Средний возраст больных достигал 60 ± 11 лет. Больные были разделены на две группы в зависимости от первоначально выбранной стратегии ведения: (I) группа инвазивного ведения ($n=193$; 74,8 %), пациентам, помимо оптимальной медикаментозной терапии, выполнялась коронарная ангиография с последующей реваскуляризацией инфаркт-связанной артерии и (II) группа консервативного лечения ($n=65$; 25,2 %). Анализировалась частота летальных исходов за период

госпитализации. Данный показатель был значительно выше во II группе (7,9 %) в сравнении с группой I (0,5 %) (ОР 14,8; 95 % ДИ 1,7-124,7; $P < 0,05$). У пациентов, поступивших в период с 2013 г по 2016 г ($n=151$), через 4 года наблюдения был оценен долгосрочный исход, такой как смерть вследствие сердечно-сосудистых причин. В группе больных, перенесших ЧКВ ($n=108$), смерть наступила у 7 пациентов, и у 7 пациентов в группе медикаментозной терапии ($n=43$) (ОР 2,5; 95 % ДИ 0,94-6,7).

Заключение. В нашей работе было показано, что инвазивная тактика, выбранная у пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST, поступивших позднее 12 часов, улучшает как госпитальный, так и долгосрочный прогноз для жизни. В настоящее время продолжается наблюдение за пациентами, собираются данные по проспективному исследованию для подтверждения уже полученных результатов.

28. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ «ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ИНОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТА С КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ»

Новосадов М.М.¹, Новосадов В.М.¹, Джиеова О.Н.², Шогенов З.С.¹

¹ГКБ имени В.В.Вересаева, Москва, Россия

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Продемонстрировать клинический случай пациента с острым инфарктом миокарда, осложненного развитием кардиогенного шока и обозначить важность применения эхокардиографии в качестве вспомогательного средства оптимизации лечебных подходов на фоне проведения инотропной терапии.

Описание. Пациент Х. поступил в клинику 17.06.2021 г. в связи с эпизодами болей в грудной клетке, возникшими за несколько дней до госпитализации и сопровождавшимися резкой слабостью. Из анамнеза известно, что пациент в 2018 г перенес ИМ без подъема сегмента ST. В приемном отделении осмотрен кардиологом, данных за острый инфаркт миокарда получено не было: на ЭКГ без ишемической динамики, тропонин (дважды) не повышен. Пациент был госпитализирован в кардиологическое отделение для дальнейшего дообследования, в т.ч. выполнения стресс-ЭХОКГ. Однако, днем 18.06 у пациента отмечено развитие клинической смерти в палате. Начаты реанимационные мероприятия, в течение которых по монитору дефибриллятора было зарегистрировано два эпизода фибрилляция желудочков (ФЖ), которые были купированы двумя разрядами дефибриллятора, пациент пришел в сознание, после чего был переведен в отделение кардиореанимации (КРО). На ЭКГ зарегистрированы элевации сегмента ST в отведениях I, avL, v1-v6. Выполнена экстренная КАГ, по результатам которой выявлена тромботическая окклюзия ПНА, выполнена ангиопластика со стентированием ПНА. На вторые сутки пребывания в КРО (через 16 часов после развития ОИМ), у пациента отмечено снижение темпа диуреза вплоть до олигоанурии, развитие гипотензии до 85-90/55-60 мм.рт.ст., появления чувства нехватки воздуха. При проведении повторной ЭХО-КГ отмечено повышение СДЛА до 45 мм рт.ст., ДЗЛК – до 19-20 мм.рт.ст., признаки повышения центрального венозного давления (ЦВД). Начата инфузия добутамина 10 мкг/кг/мин, нитроглицерина 10 мкг/мин, лазикса 20 мг/мин. В течение суток отмечен регресс гипотензии, развитие диуреза с превышением, уменьшение чувства нехватки воздуха. По данным ЭХО-КГ – снижение ДЗЛА до 12 мм.рт.ст, уменьшение СДЛА до 35 мм.рт.ст, нормализация ЦВД. На 3 сутки пациент переведен в палату отделения. На 7 сутки после развития ИМ пациент выписан домой. Согласно последним исследованиям благодаря данной методике и существующим шокотерапевтическим протоколам идет минимизация времени постановки правильного диагноза и начала терапии тяжелых пациентов, что напрямую коррелирует с уменьшением внутрибольничной летальности.

Вывод. Клинический случай демонстрирует важность и эффективность неотложной эхокардиографии у пациентов с ИМ и сердечной недостаточностью не только как инструмент постановки диагноза, но и как способ мониторинга инотропной терапии у данных пациентов. ЭХОКГ является незаменимой методикой в ОРИТ, которой должны владеть все врачи таких отделений.

29. ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

Орешкина А.А., Олейников В.Э., Аверьянова Е.В.

ФГБОУ ВО Пензенский государственный университет МЗ РФ, Пенза, Россия

Вступление. Структурные изменения миокарда после перенесённого инфаркта миокарда с подъёмом сегмента ST (ИМпST) способствуют сдвигу баланса парасимпатической иннервации в сторону преобладания симпатических влияний. У больных после перенесенного ИМпST нередко развивается ремоделирование миокарда левого желудочка (ЛЖ), что также приводит к изменению нормальной электрической активности миокарда ЛЖ, увеличивает риск развития жизнеугрожающих аритмий и внезапной сердечной смерти.

Цель. Анализ динамики временных и спектральных показателей вариабельности сердечного ритма (BCP) у пациентов после перенесённого ИМпST на фоне постинфарктного ремоделирования ЛЖ по данным 2D-эхокардиографии.

Материалы и методы. В исследование включено 118 больных ИМпST. Всем пациентам было проведено чрескожное коронарное вмешательство со стентированием инфаркт-связанной коронарной артерии. Средний возраст пациентов составил 52 (45; 58) года, из них мужчины – 102 (86,4)%, женщины – 16 (13,6%) человек. На 7-9 сутки, 24-й и 48-й неделях лечения включенным лицам было проведено суточное мониторирование ЭКГ с анализом временных (SDNN, SDNNi, SDANN, RMSSD, NN50, pNN50) и спектральных показателей BCP (TotP, UlfP, VlfP, LfP, HfP, L/H). На 7-9 сутки и 12-й неделе после ИМпST проводилась 2D-эхокардиография с расчетом индексов конечных систолического (иКСО) и диастолического (иКДО) объемов с целью выявления признаков ремоделирования миокарда ЛЖ. За патологическое ремоделирование ЛЖ принят прирост показателей иКДО > 20% и/или иКСО > 15% относительно исходных данных сразу после развития ИМпST. На 12-й неделе наблюдения все пациенты были поделены на группы в зависимости от наличия либо отсутствия признаков ремоделирования миокарда ЛЖ. Группу больных, у которых не было отмечено признаков ремоделирования ЛЖ «P(-)» составили 79 человек (67%), в группу с достоверными признаками патологического ремоделирования ЛЖ «P(+)» вошли 39 пациентов (33%). Достоверных межгрупповых различий по параметрам возраст, пол, объём принимаемой терапии, сопутствующая патология не получено.

Результаты. К 24-й неделе наблюдения большинство параметров BCP достоверно улучшились в группе «P(-)». Однако только некоторые временные показатели продемонстрировали положительную динамику в группе «P(+)»: SDNN на 21% (p=0,001), SDANN на 26,6% (p=0,001), RMSSD на 22,7% (p=0,04), pNN50 на 40% (p=0,04). У пациентов группы «P(-)» к 48-й неделе лечения также сохранялась тенденция к увеличению временных параметров BCP за сутки относительно исходных значений: SDNN на 23% (p=0,00002), SDNNi на 10% (p=0,01), SDANN на 28% (p=0,00002), RMSSD на 23% (p=0,002), NN50 на 62% (p=0,00003), pNN50 на 65% (p=0,00007), что указывает на сохраняющуюся положительную динамику постинфарктного периода. У больных группы «P(+)» лишь два временных показателя сохраняли положительную динамику: SDNN увеличился на 28% (p=0,0001), SDANN на 36% (p=0,0001) соответственно, без тенденции к улучшению других параметров. К 48-й неделе в обеих группах «P(-)» и «P(+)» выявлено достоверное снижение

индекса вегетативного баланса L/H за сутки на 20% ($p=0,0007$, $p=0,02$ соответственно). Положительная динамика параметра L/H получена в группе «(P-)» за счет увеличения показателя очень низких частот спектра VLFp ($p=0,02$) на 17%, а в группе «(P+)» за счет ультранизкочастотного компонента ULfP на 97% ($p=0,0001$).

Заключение. Ремоделирование миокарда левого желудочка у пациентов после перенесённого инфаркта миокарда является причиной прогрессирующей электрической нестабильности кардиомиоцитов, характеризуется длительным процессом восстановления параметров вегетативной нервной регуляции работы сердца, отрицательно сказывается на течении постинфарктного периода.

30. ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

Пазухин Г. С., Хазипова Д. Ф., Сibaгагуллина Ю.С., Иртюга О. Б.

ФГБУ НМИЦ им. В. А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. С одной стороны стеноз аортального клапана — самая частая клапанная патология, требующая хирургического вмешательства. С другой стороны Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одним из самых распространенных сердечно-сосудистых заболеваний. В связи с общностью патофизиологических процессов, ведущих к развитию как ИБС, так и АС, схожестью клинических проявлений данных заболеваний, следует ожидать высокой частоты сочетания данных заболеваний, что и определило цель настоящего исследования.

Цель. Проанализировать частоту встречаемости ИБС, особенности липидснижающей терапии и реваскуляризации у пациентов с АС.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 194 историй болезни пациентов (45% мужского пола), обратившихся за медицинской помощью на амбулаторном, либо стационарном этапе в ФГБУ НМИЦ им. В.А. Алмазова. Всем пациентам, включенным в исследование, было выполнено эхокардиографическое (ЭХО-КГ) обследование на аппарате Vivid 7 (GE, США) по стандартному протоколу. Критерии включения в исследование: наличие подписанного информированного согласия на обработку персональных данных, максимальная скорость потока на аортальном клапане по результатам ЭХО-КГ ≥ 2 м/с.

Результаты. Средний возраст, включенных в анализ пациентов составил 61 (56;65) лет. Диагноз ИБС фигурировал у 88 пациентов (45,4%). При этом гиперлипидемия была верифицирована у 132 (68%), однако терапию статинами получали только 110 пациентов (56,9%). Холестерин ЛПНП в изучаемой группе пациентов составил 3,22 (2,55;3,99) ммоль/л. Из тех пациентов, кто получал терапию статинами, только у каждого пятого (18,2%) был целевой уровень ХС-ЛПНП. Коронароангиография (КАГ) была выполнена 153 пациентам, в том числе без диагноза и клиники ИБС – согласно протоколу обследования пациентов перед оперативным лечением АС. По результатам КАГ атеросклеротическое поражение коронарных артерий с формированием стенозов более 50% было выявлено у 65 пациентов (43%). Таким образом, диагноз ИБС подтвердился у 73,9%, в том числе у 10 пациентов без верифицированного ранее диагноза ИБС и без клиники стенокардии. У 13 пациентов с клиникой стенокардии и предварительным диагнозом ИБС, по результатам КАГ не было выявлено гемодинамически значимого стеноза коронарных артерий, генез болевого синдрома был у них расценен в рамках проявлений основного заболевания (аортального стеноза) и внесен в диагноз, как симптоматическая стенокардия. Реваскуляризация была выполнена всем пациентам с гемодинамически значимыми стенозами, 47 пациентам в объеме орто-коронарного шунтирования и 20 пациентам было выполнено чрескожное коронарное вмешательство. Двум пациентам реваскуляризация за анализируемый период времени была выполнена повторно.

Вывод: Высокая частота встречаемости ИБС у пациентов с АС в том числе с бессимптомным течением, подтверждает тот факт, что наличие АС не исключает сопутствующий атеросклероз коронарных артерий. Несмотря на то, что липидснижающая терапия не останавливает прогрессирование АС, терапия статинами абсолютно показана при наличии других показаний, с достижением того же целевого уровня ХС-ЛПНП, как и у остальных пациентов без АС при наличии ИБС.

31. ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РАННИЙ ПОСТИНФАРКТНЫЙ ПЕРИОД

Чаулин А.М.^{1,2}, Свечков Н.А.¹, Гришин С.А.¹, Григорьева Е.В.¹, Суворова Г.Н.¹, Дупляков Д.В.^{1,2}

¹ГБУЗ Самарский областной клинический кардиологический диспансер им В.П. Полякова, Самара, Россия

²ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Введение. Острый инфаркт миокарда занимает лидирующие места в структуре заболеваемости, смертности и инвалидизации населения на нашей планете. Инфаркт миокарда сопровождается значимыми реактивными и приспособительными изменениями со стороны органов сердечно-сосудистой, дыхательной, нейроэндокринной систем и ряда других органов и тканей. Данные адаптационно-функциональные изменения могут играть важную роль в патогенезе острого инфаркта миокарда и позволяют поддерживать жизнедеятельность организма.

Цель исследования. Изучить функциональные изменения щитовидной железы в ранний постинфарктный период. Для оценки изменений функциональной активности щитовидной железы в ранний постинфарктный период нами проведено лабораторное исследование динамики гормонов щитовидной железы (трийодтиронина и тетраiodтиронина) и тиреотропного гормона в условиях экспериментального моделирования.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования являлись лабораторные кролики породы Шиншилла (n=20), из которых 12 кроликов составили опытную группу, и 8 кролика были использованы в качестве контрольной группы. Для экспериментального моделирования инфаркта миокарда был использован хирургический способ, суть которого заключалась в лигировании передней нисходящей коронарной артерии. Для подтверждения инфаркта миокарда использовался метод электрокардиографии и биохимическое исследование крови на сердечный тропонин I. Для изучения концентрации гормонов щитовидной железы (общего трийодтиронина и общего тетраiodтиронина) и тиреотропного гормона в сыворотке крови в постинфарктный период использовался иммуноферментный анализ. Концентрация гормонов определялась до моделирования инфаркта миокарда, а также на 1, 3, 5, 7 и 10 сутки после моделирования инфаркта миокарда.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам исследования нами выявлены значимые изменения концентраций гормонов гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы в опытной группе животных с тенденцией к повышению уровней общего трийодтиронина и тетраiodтиронина на 1 и 3 сутки и пиковым значениям к 5 суткам. Концентрации тиреотропного гормона, напротив снижались, что характерно для принципа регуляции отрицательной обратной связи. К 7 и 10 суткам отмечалось восстановление уровней общего трийодтиронина общего тетраiodтиронина и тиреотропного гормона к исходным значениям. Уровни гормонов гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы у животных контрольной группы достоверно не изменялись.

Основываясь на полученных результатах можно говорить о существовании реактивных изменений со стороны щитовидной железы, которые выражаются повышением концентрации тиреоидных гормонов в ранний постинфарктный период. Конкретное функциональное значение данной динамики гормонов щитовидной железы неизвестны и требуют дальнейшего изучения. Можно предположить, что они связаны с поддержанием сократительной активности миокарда, в частности, путем потенцирования действия катехоламинов на миокард, что приводит к повышению частоты сердечных сокращений

в постинфарктный период. Так, стимулирование сократительной функции и повышение частоты сердечных сокращений в постинфарктный период является важной компенсаторной реакцией для поддержания гемодинамики в условиях снижения сердечного выброса из-за уменьшения объема функционирующего миокарда.

Кроме того, гормоны щитовидной железы играют важную роль в метаболических процессах, которые могут оказывать влияние на репарацию поврежденного участка миокарда, в частности: за счет процессов усиления инфильтрации поврежденного участка лейкоцитами для расщепления поврежденных фрагментов сердечной мышечной ткани; усиления образования коллагена, необходимого для формирования соединительнотканного рубца; воздействия тиреоидных гормонов на экспрессию сократительных белков, в том числе, миозина, тропонинов, а усиление синтеза которых, будет способствовать компенсаторной гипертрофии миокарда.

Также весьма интересными данными являются работы, свидетельствующие о потенциальном влиянии тиреоидных гормонов на стволовые клетки в сердце, однако клиническое значение данного феномена противоречиво и пока недостаточно изучено.

Выводы. Таким образом, ишемическое повреждение участка сердечной мышцы приводит к реактивным изменениям активности щитовидной железы, в частности повышению высвобождения трийодтиронина и тетраiodтиронина в ранний постинфарктный период. Данные гормоны, вероятно, участвуют в поддержании функционального статуса миокарда в условиях снижения объема сократительного миокарда и регулируют репарацию поврежденного участка сердечной мышцы. Необходимы дальнейшие исследования для уточнения точной роли гормонов щитовидной железы в раннем постинфарктном периоде.

32. ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Саламов Г.В., Хохлунов С.М., Кислухин Т.В., Костырин Е.Ю., Туманов А.И.

ГБУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер», Самара, Россия

ЦЕЛЬ: Атеросклеротическое поражение ствола левой коронарной артерии (ЛКА) у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) является наиболее тяжелым и грозным поражением коронарного русла, ввиду высокого риска внезапной сердечной смерти, а также риска развития тяжелых форм сердечной недостаточности при перенесенных инфарктах миокарда. В настоящее время чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) на стволе ЛКА – эффективный метод реваскуляризации миокарда, который показал хорошие результаты в ближайшем и отдаленном периоде, однако до сих пор остается ряд дискуссионных вопросов, затрагивающих классификацию бифуркационных поражений, результатов и выбора стратегии ЧКВ при том или ином бифуркационном поражении ствола ЛКА, особенно в контексте ОКС. Цель исследования – оценить ближайшие результаты ЧКВ при поражении ствола ЛКА у пациентов с ОКС.

МЕТОДЫ: В период с 2017 по 2021 год на базе отделения РХМДиЛ СОККД им. В.П. Полякова (г. Самара) было выполнено 309 ЧКВ пациентам (n=309) с поражением ствола ЛКА и с диагнозом ОКС. Проведен ретроспективный анализ ближайших результатов при различных вариантах бифуркационного поражения и методик выполнения ЧКВ. При анализе данных учитывалось множество факторов. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета программ Statsoft Statistica V 8.0-10.0 (США) с использованием параметрических и непараметрических критериев (Манна-Уитни, Стьюдента).

«Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы»

РЕЗУЛЬТАТЫ: Всего в группе ОКС с подъемом сегмента ST 107 пациентов и без подъема сегмента ST – 202. Соотношение по полу – 70,2% мужчин и 29,8% женщин. Медиана возраста составила 62 года (CI95% 60,23-62,89). Медиана показателя шкалы Syntax Score – 21 (CI95% 17,48 – 22,52). «Незащищенный» ствол ЛКА был у 284 пациентов (91,9%) против 25 (8,1%), у которых функционировали коронарные шунты. «Истинные» бифуркационные поражения ствола ЛКА были зафиксированы у 55 пациентов, из них к «сложным» поражениям относились 26 больных, остальные были отнесены к другим «простым» поражениям ствола ЛКА – 254. Provisional – стентирование с финальной киссинг-пластикой (ФКП) или с «ROT-side-ROT», как философия выбора тактики в нашем учреждении, было выполнено 208 пациентам. Двустентовая методика использовалась у 48 пациентов: TAP-стентирование – 25%, Cullotte – стентирование – 62,5%, Crush – стентирование – 2,1%, mini-Crush стентирование – 8,3% и V-стентирование – 2,1%. Линейное стентирование в проекции бифуркации ствола ЛКА с обязательной проксимальной оптимизацией было выполнено 48 пациентам. Радикальную реваскуляризацию получили 59,9% пациентов, условно-радикальную – 24,6% и паллиативную – 14,2%. Всего 27 пациентов (8,7%) имели различные ближайшие осложнения, в том числе 9 больных с осложнениями, связанными с техническими особенностями выполнения ЧКВ. Летальный исход был зафиксирован у 13 пациентов (4,2%). Процент смертности и ближайших осложнений у больных с подъемом сегмента ST и без подъема сегмента ST сопоставим. Медиана продолжительности оперативного вмешательства составила 50,5 минут (CI95% 47,89 – 59,16). Среднее количество имплантированных коронарных стентов (преимущественно DES) на одного пациента – $1,57 \pm 0,66$ (δ).

ВЫВОДЫ: Ранняя общая летальность и доля интраоперационных осложнений, связанных с техническими особенностями выполнения ЧКВ при поражении ствола ЛКА в группе пациентов с ОКС не превышает среднего показателя в общем объеме эндоваскулярных вмешательств на коронарных артериях. Требуется дальнейшая оценка отдаленных результатов ЧКВ при поражении ствола ЛКА у больных с ОКС.

VI. ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

33. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ПОРОКОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА, ДО КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Теплова Ю.Е., Ляпина И.Н., Кузьмина О.К., Евтушенко А.В., Барабаш О.Л.
ФГБНУ НИИ КПССЗ, Кемерово, Россия

Вступление. Легочная гипертензия (ЛГ) диагностируется примерно у трети пациентов с приобретенным пороком митрального клапана (МК) и в половине случаев сохраняется после успешной кардиохирургической коррекции поражения клапанного аппарата, что может быть связано с наличием комбинированного компонента ЛГ и особенностями коморбидного фона в дооперационном периоде. Поэтому поиск предикторов и возможных мишеней для своевременного терапевтического/хирургического воздействия является актуальной проблемой современной кардиологии.

Целью настоящего исследования явилась оценка характеристики пациентов с легочной гипертензией, ассоциированной приобретенным поражением митрального клапана различного генеза, до изолированного протезирования МК в клинике НИИ КПССЗ.

Материалы и методы. В настоящем исследовании проанализированы клиничко-анамнестические и демографические данные 79 пациентов с диагностированной легочной гипертензией и поражением левого атриовентрикулярного клапана сердца. Кроме того, в дооперационном периоде выполнена трансторакальная эхокардиография (ЭХО-КГ) и оценка качества жизни (КЖ). В дополнение к стандартному протоколу проведена оценка систолической функции правого желудочка в виде определения систолической экскурсии кольца трикуспидального клапана (TAPSE).

Результаты. Пациенты были распределены по 3 группам в зависимости от этиологии поражения МК: 1 группа – пациенты с ревматической болезнью сердца (РБС, n=40), 2 группа – лица с синдромом соединительно-тканной дисплазии (ССТД, n=24) и 3 группа – больные с недостаточностью МК на фоне частичного отрыва хорд (n=15). Более половины пациентов – женщины (n=49, 62%). При анализе коморбидной патологии значимые различия между группами были выявлены по распространенности III функционального класса хронической сердечной недостаточности (ФК ХСН) с более частой встречаемостью у больных с ревматическим поражением МК при сравнении с пациентами с ССТД (25%, p=0,049). По остальным сопутствующим состояниям достоверных различий не прослеживалось (степень ожирения, распространенность гипертонической болезни, сахарного диабета 2 типа (СД), заболеваний щитовидной железы, почек, легких). Важно отметить, что распространенность персистирующей формы ФП была также несколько выше среди пациентов 1 группы (50%) при сравнении со второй (p=0,08). По принимаемой медикаментозной терапии группы также не отличались, за исключением приема блокаторов кальциевых каналов (p=0,047) и статинов (p=0,012), которые чаще всего отмечены у больных третьей группы. Более выраженное ремоделирование левого желудочка (ЛЖ) при отсутствии различий в систолическом давлении в легочной артерии (ДЛА) и сократительной функции правого желудочка по данным трансторакальной ЭХО-КГ было выявлено у пациентов 2 и 3 групп. По субъективной оценке качества жизни медианные значения психического здоровья были несколько выше у лиц с ССТД (54,75 медиана) по сравнению с больными РБС (медиана 42,0), что возможно объясняется более молодым возрастом первых.

Закключение. Таким образом, пациенты, страдающие легочной гипертензией, ассоциированной с поражением МК, характеризуются принадлежностью к женскому полу, избыточной массы тела, II либо III ФК ХСН, ревматическим поражением МК, наличием гипертонической болезнью и персистирующей ФП, увеличенными размерами левых камер сердца и снижением систолической функции ПЖ согласно данным ЭХО-КГ.

34. ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Смирнова М.П., Чижов П.А.

ФГБОУ ВО ЯГМУ МЗ РФ, Ярославль, Россия

Введение. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является частым осложнением большинства сердечно-сосудистых заболеваний. Распространенным состоянием у больных с ХСН является дефицит железа (ДЖ), который выявляется у 34-69% пациентов с ХСН. ДЖ значительно снижает качество жизни больных ХСН, увеличивает частоту госпитализаций и смертности. Взаимосвязь ДЖ и сопутствующей патологии изучена недостаточно.

Цель работы: изучить взаимосвязь ДЖ и коморбидных состояний, ассоциированных с развитием дефицита железа у больных с ХСН.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 294 больных (средний возраст 71,29±8,06 года) с ХСН на фоне гипертонической болезни (ГБ) и ИБС, поступившие в терапевтическое отделение ГБУЗ ЯО «Центральная городская больница» в период с 2014 по 2020 гг. Причиной госпитализации явилось ухудшение течения ИБС и/или ГБ и декомпенсация ХСН. У всех пациентов проводили клиническое обследование с оценкой шкалы клинического состояния, тест 6-минутной ходьбы, тщательный сбор анамнеза с учетом наличия, длительности и тяжести коморбидных состояний – ГБ, ИБС, сахарный диабет II типа (СД), хроническая болезнь почек (ХБП). Всем больным регистрировали ЭКГ и проводили эхокардиографию, определяли концентрацию железа в мкмоль/л, трансферрина в г/л, ферритина в мкг/л, С-реактивного белка (в мг/л). Коэффициент насыщения трансферрина железом (КНТЖ) рассчитывали по формуле: $\text{КНТЖ} = (\text{железо сыворотки, мкмоль/л} \times 398) / \text{трансферрин, мг/дл}$. 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 КНТЖ менее 20%. Статистический анализ полученных результатов проводился с помощью программы Statistica 10.0 с использованием однофакторного дисперсионного анализа, критерия Хи-квадрат, коэффициента корреляции гамма. Достоверность различий определяли при $p < 0,05$.

Результаты. ДЖ выявлен у 213 (72%) обследованных. В группе обследованных с ДЖ была достоверно ниже концентрация железа и ферритина, КНТЖ, а также уровень гемоглобина.

При сравнении групп с ДЖ и без ДЖ по наличию коморбидных состояний было установлено, что пациенты с выявленным ДЖ имели достоверно больший стаж ГБ: 11,99± 5,52 против 10,52± 5,44 и ИБС: 7,57±4,09 против 6,48±3,59, а также СД – 5,93±4,05 против 4,88±3,17, соответственно. Также обнаружено, что достоверно большая часть больных с ДЖ по сравнению с обследованными без ДЖ имела IIб-III стадии ХСН – 58% против 44%, 3-4 ФК ХСН – 68% против 54%, а также 3А-3Б стадии ХБП – 49% против 35%, соответственно. В ходе корреляционного анализа установлены достоверные положительные коэффициенты корреляции гамма между наличием дефицита железа и стадией и ФК ХСН, стажем ГБ, СД и стадией ХБП. Таким образом, достоверная взаимосвязь данных коморбидных состояний с ДЖ подтверждается двумя методами статистики.

Выводы. ДЖ выявлен у 72% обследованных с ХСН. Установлена взаимосвязь ДЖ у больных с ХСН с длительностью таких коморбидных заболеваний, как ГБ, ИБС и СД, а также тяжестью ХСН и сопутствующей ХБП. Выявленные зависимости будут способствовать своевременной диагностике и коррекции ДЖ у лиц с ХСН.

35. ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ЦЕНТРА ПО ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ

Говор Я.А., Везикова Н.Н., Егорова И.С., Прищепа Н.Н., Богданова Е.В., Рябков В.А.

Медицинский институт при ПетрГУ, кафедра госпитальной терапии, Петрозаводск, Россия

Введение. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) остается крайне актуальной проблемой в здравоохранении. По статистическим данным в Российской Федерации около 12,3 млн страдают этим заболеванием. Несмотря на известные диагностические алгоритмы, достижения в лечении смертность при ХСН сохраняется крайне высокой. Ранняя выявляемость на амбулаторном этапе, своевременное назначенное лечение, регулярное наблюдение позволят улучшить прогноз. В связи с этим целесообразно создание специализированного кабинета, отделения – центра ХСН на базе лечебно-профилактического учреждения.

Цель. Оценить первый опыт работы центра по лечению пациентов ХСН в Республике Карелия.

Материалы и методы. С 09.06.21 г. на базе ГБУЗ «Городская поликлиника №1» организован специализированный кабинет по лечению пациентов ХСН. За время работы центра с помощью региональной информационно-аналитической системы Промед было проанализировано 38 историй заболевания.

Результаты. В настоящее время под наблюдением в центре находится 38 пациентов: из них 23 женщины (60,5%), 15 мужчин (39,5%). Средний возраст пациентов составляет 69 лет. ХСН с низкой фракцией выброса (ФВ) выявлена у 13,2%, ХСН с промежуточной ФВ – 7,9%, 78,9% пациентов страдают ХСН с сохранной ФВ. Из общего числа пациентов 30 (79%) с ХСН 2А стадии, у 8 пациентов (21%) выявлена ХСН 2Б стадии. Распределение пациентов по функциональным классам (ФК) по данным теста 6-минутной ходьбы, шкалы оценки клинического состояния представлено следующим образом: ХСН 1 ФК наблюдается у 13% (5 пациентов), ХСН 2 ФК – у 65% (25 пациентов), ХСН 3 ФК имеет место у 21% (8 пациентов). Среди основных причин ХСН ИБС страдает 76% пациентов, гипертоническая болезнь (ГБ) имеет место у 97% наблюдаемых. У всех пациентов проводится терапия блокаторами ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), из них иАПФ/ сартаны получают 86% (33 пациентов), 5 пациентов (13%) переведены на терапию сакубитрил/валсартан, эта же группа пациентов получает препарат группы SGLT2 дапаглифлозин. Большая доля пациентов (78%) находится на терапии бета-блокаторами. Больше половины пациентов (65%) получают антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМКР).

Выводы. В ходе проведенной оценки работы центра по лечению пациентов ХСН установлено:

1. Пациенты, направленные в центр, своевременно получают медицинскую помощь с использованием немедикаментозных мер в лечении, контролем клинической эффективности при проведении терапии.

2. Среди наблюдаемых пациентов преобладает доля больных с ХСН с сохранной ФВ (78,9%) 2А стадии (79%) 2 ФК (65%).

3. Основными причинами ХСН, как и в общей популяции являются ГБ и ИБС, которые встречаются у 97% и соответственно – 76% пациентов.

4. Большинство пациентов получает адекватную терапию, включая основные нейрогуморальные регуляторы, в том числе – сакубитрил/валсартан и дапаглифлозин (13%).

5. В условиях центра своевременно решаются вопросы о необходимости лечения пациента в условиях стационара.

6. Пациенты обеспечиваются методическими рекомендациями, памятками, проводятся беседы о заболевании, лечении, профилактике ухудшения ХСН, что в свою очередь способствует повышению уровня образования больных, их родственников, приверженности пациентов.

36. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Петров М.В., Белугина Т.Н., Бурмистрова Л.Ф.

ФГБОУ ВО Пензенский государственный университет, Пенза, Россия

Вступление. По данным ВОЗ доля ишемической болезни сердца (ИБС) в сердечно-сосудистой смертности составляет около 41%. В свою очередь фибрилляция предсердий (ФП) и хроническая сердечная недостаточность (ХСН) крайне распространены в общей структуре ИБС. Так же нельзя не отметить возрастающую роль психосоциальных аспектов в формировании данных нозологий. Психопатологические состояния крайне негативно влияют именно на сердечно-сосудистую патологию, обеспечивая декомпенсацию. В связи с данным фактором все более значимым становится такое понятие как качество жизни (КЖ). КЖ оценивает именно субъективное восприятие пациентом всех сфер его жизнедеятельности, а не только физические характеристики. Согласно оценкам ВОЗ, депрессия станет самой распространенной патологией к 2030 году, что лишний раз подчеркивает актуальность исследуемой нами проблемы.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку качества жизни пациентов с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы. Данная работа проводилась на базе ГБУЗ КБ №6 г. Пенза. Были отобраны 2 группы пациентов. В 1 группу включены 43 пациента (средний возраст 65,7±7,4 лет; мужчин – 23, женщин – 20) с диагнозом ФП и отсутствием ХСН. Во 2 группу отобраны 39 пациентов (средний возраст 67,7±6,2 лет; мужчин – 20, женщин – 19) с диагнозом ХСН II-IV ФК по NYHA и отсутствием ФП. Затем в каждой группе проведена оценка КЖ с использованием опросника SF-36 Health Status Survey. Данный опросник включает 36 вопросов, разделенных на 8 шкал – физическое функционирование (PF); ролевое функционирование, связанное с физическим состоянием (RP); интенсивность боли (BP); общее состояние здоровья (GH); жизненная активность (VT); социальное функционирование (SF); ролевое функционирование, связанное с эмоциональным состоянием (RE); психическое здоровье (MH). Показатели данных шкал варьируют от 0 до 100, где 100 – полное благополучие. Так же для сравнительной характеристики использовались лабораторные, инструментальные и анамнестические данные.

Результаты и обсуждение. Анализ по опроснику SF-36 в исследуемых группах показал, что ФП и ХСН значительно снижают качество жизни пациентов (Таблица 1). При этом при проведении сравнительной характеристики выявлено, что как физические, так и психосоциальные показатели у пациентов с ХСН снижены более выражено, чем в группе ФП.

Таблица 1. Характеристика исследуемых групп по опроснику SF-36.

Показатель	Группа 1 (n= 43)	Группа 2 (n=39)	p
PF	65,2 ± 5,2	60,1 ± 4,4	<0,05
RP	62,1 ± 5,3	59,2 ± 5,2	<0,05
GH	67,2 ± 7,4	65,2 ± 6,3	<0,05
VT	63,2 ± 6,1	58,7 ± 6,8	<0,05
SF	65,4 ± 5,5	61,2 ± 4,2	<0,05
MH	62,5 ± 4,7	58,1 ± 6,3	<0,05
RE	64,1 ± 5,1	60,9 ± 4,8	<0,05

Показатель	Группа 1 (n= 43)	Группа 2 (n=39)	p
ВР	63,3 ± 4,1	60,2 ± 4,9	<0,05

Далее была проведена оценка КЖ по гендерному признаку, суммарный показатель в группе 1 составил: женщины – 58,2± 6,8, мужчины – 68,8 ± 5,2; в группе 2 – женщины – 53,5± 5,7, мужчины 65,4 ± 4,3. При чем мужчины и женщины отмечают разные причины ухудшающие их КЖ. У женщин это преимущественно депрессивные состояния, связанные с болезнью, перебои в работе сердца и одышка, у мужчин – изменение привычного образа жизни, необходимость отказа от алкоголя, сигарет и соблюдение диеты.

Заключение. Фибрилляция предсердий и хроническая сердечная недостаточность значительно снижают все показатели качества жизни пациентов, при этом влияние ХСН более выражено. Так же определены гендерные различия при изменении КЖ, у женщин преобладают депрессивные состояния, связанные с болезнью, перебои в работе сердца и одышка, у мужчин – изменение привычного образа жизни и необходимость коррекции пищевого поведения.

37. РОЛЬ ТКАНЕВОГО ИНГИБИТОРА МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ-1 В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Ефремова Л.С.¹, Васильева Л.В.²

¹ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Воронеж», Воронеж, Россия

²ВГМУ им. Н. Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Ранняя диагностика хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных сахарным диабетом (СД) снижает риск развития сердечно-сосудистых осложнений, инвалидизации и смертности. Для этого может использоваться определение сывороточного уровня тканевого ингибитора матриксных металлопротеиназ-1 (ТИМП-1).

Цель исследования: оценить взаимосвязь между уровнем ТИМП-1 и тяжестью проявления ХСН, ассоциированной с СД.

Материалы и методы. Обследовано 47 пациентов, 28 мужчин (59,6 %) и 19 женщин (40,4 %) с диагнозом ХСН и СД в возрасте от 46 до 73 лет (средний возраст 64,8 ± 0,8 года). Функциональный класс (ФК) ХСН определялся по классификация NYHA с использованием теста с 6-минутной ходьбой. У всех пациентов имелся СД в стадии компенсации. Контрольную группу составили 16 чел, сопоставимых по полу и возрасту. Всем больным проведено общеклиническое, инструментальное и биохимическое исследование. Уровень ТИМП-1 определялся методом ИФА. Для статистического анализа использовалась программы Statistica 10.0. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. С увеличением ФК ХСН выявлено достоверное повышение содержания ТИМП-1 в крови. У больных СД и I ФК ХСН уровень ТИМП-1 был в 1,4 раза выше, а у больных со II ФК ХСН – в 1,8 раза выше, чем в группе контроля, и в 1,3 раза выше, чем у больных с ХСН I ФК. Содержание ТИМП-1 в крови больных с СД и III ФК ХСН превышало таковое в контрольной группе в 2,5 раза, составив в среднем 1872,6 нг/мл. Наиболее высокий уровень ТИМП-1, в среднем 2363,5 нг/мл, выявлен у пациентов с IV ФК ХСН: этот уровень был в 3,2 раза выше, чем в контрольной группе, в 2,3 раза выше, чем у больных с I ФК ХСН и в 1,7 раза выше, чем у больных СД и II ФК ХСН.

Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа- больные с ХСН, СД и перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) в анамнезе – 26 чел (55,3 %), 2-я группа- больные с ХСН и СД, 21 чел (44,7%). Исследование сывороточного уровня ТИМП-1 выявило достоверное повышение содержания этого биомаркера у больных ХСН и СД, перенесших ИМ, по сравнению с группой пациентов с ХСН и СД. Уровень ТИМП-1 в 1-й группе был в 1,8 раза выше, чем во 2-й группе, составив в среднем 2426,3 нг/мл в 1-й группе и 1372,5 нг/мл во 2-й группе пациентов.

Выводы.

1. Возрастание сывороточного уровня ТИМП-1 по мере нарастания тяжести ХСН и увеличения ФК указывает на участие этого биомаркера в прогрессировании сердечной недостаточности у больных ХСН и СД.

2. Повышение уровня ТИМП-1 у пациентов с ХСН и СД, перенесших инфаркт миокарда, по сравнению с больными ХСН и СД, может быть использовано в качестве биомаркера неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у больных с ХСН и СД.

38. ДИНАМИКА ПОЧЕЧНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА

Суджаева О.А., Кошлатая О.В., Спирина О.В., Дубовик Т.А.

РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Цель: оценить динамику почечной функции у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) до трансплантации сердца (ТС) и через 1 месяц после операции.

Материал и методы. В исследование включено 95 пациентов с ХСН до и после ТС в возрасте $53,8 \pm 9,5$ лет, мужчины 86 (91%), женщины – 9 (9%). Артериальная гипертензия имела место у 50 (53%) из 95 пациентов, сахарный диабет – у 76 (80%), гиперурикемия – у 15 (16%), мочекаменная болезнь – у 6 (6%) пациентов. ХБП различной этиологии диагностировалась по общепринятым критериям и при включении в исследование выявлена у 90 (95%) из 95 обследованных. Все пациенты до и после ТС получали сопутствующую терапию: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента – 52 (55%), блокаторы рецепторов ангиотензина II – 31 (33%), сакубитрил/валсартан – 21 (22%), петлевые диуретики – 50 (53%), спиронолактон – 40 (42%), антациды – 32 (34%), антагонисты ионов кальция – 3, нестероидные противовоспалительные препараты – 2, статины – 79 (83%) пациентов, при этом 55 (58%) получали аторвастатин в средней дозе $18,5 \pm 8,8$ мг, розувастатин – 25 (26%) в средней дозе $14,5 \pm 5,0$ мг. После ТС пациенты получали комплексную иммуносупрессивную терапию: такролимус, мофетила микофенолат и глюкокортикостероиды внутрь. Биохимический анализ крови выполнялся на автоматическом анализаторе Olympus – AU 400 (Япония). Нормальный уровень креатинина – $2,8-7,2$ ммоль/л, креатинина – $50,4-110,5$ мкмоль/л. Статистическая обработка данных проводилась в программах STATSOFT STATISTICA (версия 10.0).

Результаты. Исходно уровень мочевины и креатинина определен у 73 из 95 включенных в исследование. Уровень мочевины превышал референтные значения у 44 (60%) из 73 пациентов, креатинина – у 31 (42%), в среднем по группе их значения составили $8,5 \pm 3,5$ ммоль/л и $101,9 \pm 29,0$ мкмоль/л, соответственно. Через 1 месяц обследовано 40 пациентов. В среднем по группе уровни мочевины и креатинина существенно не изменились в сравнении с дооперационным уровнем и составили $8,3 \pm 2,5$ ммоль/л и $95,8 \pm 21,9$ мкмоль/л, соответственно ($p > 0,05$). Число лиц с уровнем мочевины, превышающим норму, уменьшилось до 15 (38%), число лиц с аномально высоким уровнем креатинина также снизилось до 11 (28%).

Положительная динамика уровня мочевины выявлена у 15 (38%), ухудшение/развитие почечной дисфункции de novo отмечалось у 6 (15%) обследованных. По уровню креатинина у 14 (35%) пациентов динамика отсутствовала, у 19 (48%) отмечалось некоторое улучшение почечной функции, у 4 (10%) – ухудшение.

Вывод: несмотря на возможное развитие острого повреждения почек при выполнении ТС и прием комплексной иммуносупрессивной терапии, обладающей нефротоксичным действием, у половины пациентов с ХСН уже через 1 месяц после операции отмечается уменьшение почечной дисфункции.

39. ВЗАИМОСВЯЗЬ ГОРМОНАЛЬНОГО, ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСОВ И ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Михель Н.Д., Шварц Ю.Г.

СГМУ им. В.И. Разумовского, Саратов, Россия

Введение. С наступлением менопаузы у женщин увеличивается риск развития ишемической болезни сердца (ИБС), фибрилляции предсердий (ФП) и хронической сердечной недостаточности (ХСН), влияние половых гормонов в этом несомненно играет важную роль. При этом у женщин как наличие ФП, так и снижение эстрогенов ассоциировано с диастолической дисфункцией и развитием ХСН с сохраненной фракцией выброса. У пациенток с ФП выше риск осложнений, хуже качество жизни и больше атипичных симптомов, более выражены проявления тревоги и депрессии. Однако влияние половых гормонов и ФП на психологический статус у пациенток с ХСН ишемического генеза не было в значительной мере проанализировано, а имеющиеся результаты имеют разнонаправленный характер.

Цель: выявление взаимосвязей между уровнем половых гормонов в крови, показателями психологического статуса и ФП у пациенток с ХСН ишемического генеза.

Материал и методы. В исследовании пациенток со стабильной ХСН I-III функционального класса ишемического генеза участвовало 30 пациенток с ФП и 27 с синусовым ритмом. У пациенток определялись уровни эстрадиола (Э), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), общего тестостерона (Т) в плазме крови, психодиагностика включала госпитальную шкалу тревоги и депрессии, Торонтскую шкалу алекситимии, пятифакторный опросник личности, опросник Клонинджера, восьмицветовой тест Люшера. Результаты и обсуждение. Уровень Э, ФСГ и Т находились в пределах возрастных норм. Уровень Э был условно разделен на клинически значимый и не значимый и не зависел от возраста пациенток и начала их менопаузы. Уровень Э оказался связан с наличием ФП. С уровнем клинически значимого Э были связаны более высокие значения алекситимии, и тревоги, но относительно низкая «сознательность». У 90% женщин клинически не значимый Э был предиктором выбора зеленого цвета на первую позицию, независимо от ФП, ХСН, уровня ФСГ, Т. На уровни нейротизма и алекситимии у женщин влияли как ФСГ и Т, так и наличие ФП, а уровень Э оказался взаимосвязан только с тревогой.

Заключение. Клинически значимый Э был ассоциирован с наличием ФП. Более негативный эмоциональный фон имели женщины с нормальным уровнем Э, а с пониженным уровнем Э реже определялись тревога, алекситимия, нейротизм, чаще большая стрессоустойчивость и высокая «сознательность». ФП, также как и изменения уровня ФСГ и Т могут быть независимым предиктором нейротизма и алекситимии у пациенток с ХСН, наличие тревоги связано с уровнем Э, а от наличия ФП зависит опосредованно.

VII. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ

40. ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У РАБОТНИКОВ СТРЕССОВОЙ ПРОФЕССИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Габерман О.Е., Губарева И.В.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Широкое распространение артериальной гипертонии среди лиц трудоспособного возраста сопряжено с их ранней инвалидизацией и снижением продолжительности жизни.

Производственная деятельность работников локомотивных бригад характеризуется высоким психоэмоциональным перенапряжением.

Цель: Оценить факторы риска и особенности сердечно-сосудистого ремоделирования у работников стрессовой профессии с артериальной гипертонией.

Методы исследования. В исследование были включены 200 мужчин, работников железнодорожного транспорта с артериальной гипертонией. Все исследуемые по профессиональному признаку были поделены на две группы. I группу составили 110 работников локомотивных бригад (машинисты и их помощники). Во II группу были включены 90 работников железнодорожного транспорта других специальностей.

Результаты. Выявлены достоверные различия по избыточной массе тела: в I группе достоверно больше отмечено пациентов: 68 (62%) с ИМТ 25,0-29,9 кг/м², чем во II группе – 37 (41%), $p=0,023$ и по дислипидемии: у 72 (65%) пациентов в I группе и у 42 (47%) во II группе, $p=0,0145$.

Гипертрофия левого желудочка была обнаружена у 37% и у 26% в I и во II группе соответственно. Эксцентрическая гипертрофия левого желудочка чаще встречалась на 9% у пациентов I группы в сравнении с пациентами II группы ($p=0,004$).

Выводы. Пациенты с артериальной гипертонией и высоким уровнем профессионального напряжения имеют большую частоту эксцентрической гипертрофии левого желудочка по сравнению с работниками железнодорожного транспорта, профессиональная деятельность которых не связана с обеспечением безопасности движением поездов.

41. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ДЕКОМПЕНСАЦИИ СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Гиматдинова Г.Р.¹, Золотовская И.А.², Сабанова В.Д.²

¹ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Клиники СамГМУ, Самара, России

²ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Введение. В настоящее время зарегистрировано значительное количество пациентов, перенесших инфекцию COVID-19 [1]. Как известно, наиболее частым сопутствующим заболеванием у пациентов является артериальная гипертензия, а компенсированные цифры артериального давления облегчают течение инфекции [2]. В период пандемии остаются актуальными некоторые вопросы: динамика показателей артериального давления в период после полного выздоровления пациента от COVID-19, необходимость в дополнительной терапии, оценка качества жизни пациента в отношении данного заболевания [3].

Цель исследования. Установить значимость артериальной гипертензии, как фактор риска декомпенсации соматического статуса у пациентов, перенесших COVID-19.

Материалы и методы исследования. Для проведения исследования было отобрано 100 пациентов, перенесших COVID-19 (подтвержден лабораторно методом ПЦР с определением РНК Sars-Cov-2 в мазке из рото- и носоглотки) различной степени тяжести, получавших лечение на базе одного лечебного учреждения города Самара, с отягощенным по гипертонической болезни статусом, наблюдающиеся в течение одного месяца после полного выздоровления.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ цифр артериального давления был оценен в три визита с шагом в 14 дней. Колебание артериального давления более 30 мм.рт.ст. с учетом средних данных трехкратного измерения в большей степени зафиксировано у стационарных пациентов, 39,2% по сравнению с 25,0%. На V1 и V2 уровни САД и ДАД не достигали оптимальных значений при наличии адекватной терапии по поводу АГ, а на V2 и V3 не имели тенденции к снижению, что требовало дополнительной коррекции с помощью антигипертензивных препаратов. Фиксированные комбинации были заменены на свободные. Обеим группам были добавлены антагонисты Са (увеличение с 14,0% до 55%, где $p_{1-3}= 0,002$ в первой группе, с 7,0% до 34,0%, где $p_{1-3}= 0,005$ во второй), бета-блокаторы (с 16,0% до 57%, где $p_{1-3}= 0,003$ в первой группе, с 13,5% до 52,0%, где $p_{1-3}= 0,013$ во второй), диуретики (увеличение с 27,0% до 43,0%, где $p_{1-3}= 0,035$ в первой группе и с 11,0% до 48,0%, где $p_{1-3}= 0,028$ во второй).

Выводы. Для значительного числа пациентов, в особенности в возрасте старше 65 лет, имеющих разнообразные сопутствующие заболевания, COVID-19 может вызвать очень серьезные отдаленные последствия [4]. Одним из неблагоприятных проявлений, резко ухудшающих качество жизни, в период восстановления у пациентов, перенесших COVID-19, является нестабильное артериальное давление, которое проявляет себя как в сторону повышения, так и понижения с диапазоном колебания значений более 30 мм.рт.ст, что существенно декомпенсирует соматический статус пациента и требует дополнительной коррекции. Профилактика декомпенсации соматического статуса может быть осуществлена методом раннего взятия пациентов на диспансерный учет по поводу артериальной гипертензии, а также своевременной коррекции схемы антигипертензивной терапии.

42. ФИБРОМУСКУЛЯРНАЯ ДИСПЛАЗИЯ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТКИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Миронова Ю.А., Орлова С.А.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Артериальная гипертензия у пациентов молодого возраста требует тщательного обследования для исключения вторичных причин повышения АД. В качестве одной из возможных причин ее развития может служить поражение почечных артерий вследствие фибромускулярной дисплазии (ФМД). Данный диагноз довольно часто упускается из виду, требует системного подхода при проведении обследования пациента, поскольку заболевание, как правило, поражает сосуды разных бассейнов, а не только почечные артерии.

Описание клинического случая. Пациентка К., 36 лет, поступила в ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова в плановом порядке с диагнозом направления «гипертоническая болезнь». Дебют артериальной гипертензии с 34 лет, когда на фоне благополучия отметила появление эпизодов тревоги, усиленного сердцебиения и нехватки воздуха, что сопровождалось ощущением страха, угрозы смерти. В последующем выявлено повышение цифр АД сначала до 145/90 мм рт ст., а затем и до 150-180/90-100 мм рт ст. Состояние расценено как гипертоническая болезнь. При обследовании на амбулаторном этапе данных за вторичный характер артериальной гипертензии не получено, поражение органов-мишеней не выявлено. В течение 9 месяцев проводился подбор комбинированной антигипертензивной терапии двумя группами препаратов, однако, целевой уровень АД не достигнут, значения АД на уровне 150/90 мм рт ст. Направлена на стационарное обследование в ПСПбГМУ им. И.П.Павлова. При поступлении жалобы прежние. При физикальном исследовании конституция астеническая, сколиоз грудного отдела позвоночника II степени, признаки гипермобильности суставов (6 баллов по шкале Бейтона). Индекс

массы тела – 19,7 кг/м². АД на обеих руках 170/90 мм рт ст, При аускультации сердца I тон не изменен, акцент II тона на аорте, систолический клик на верхушке сердца, шумов нет. Обращал на себя внимание выслушивающийся в проекции правой почечной артерии систолический шум. При аускультации других артериальных сосудов шумы не выслушивались.

Пациентка комплексно обследована. Внезапное начало заболевания с быстрым развитием стойкой гипертензии 2 степени, молодой возраст, шум в проекции почечной артерии, отсутствие признаков васкулита и атеросклероза позволило заподозрить поражение правой почечной артерии вследствие ФМД с формированием симптоматической артериальной гипертензии, что подтверждено при проведении дуплексного сканирования и ультразвуковой доплерографии почечных артерий, а затем и по данным катетерной ангиографии: выявлены признаки гемодинамически значимого стеноза (субокклюзии) правой почечной артерии (повышение пиковой систолической скорости кровотока в области локального сужения правой почечной артерии при УЗИ, тандемные стенозы 95% и 85% в проксимальной трети правой почечной артерии при ангиографии). При этом по результатам УЗИ почек уменьшения размеров правой почки не отмечалось, а выявлялось увеличение размеров левой почки, что трактовалось амбулаторно как неполное удвоение левой почки, и, видимо, с учетом отсутствия признаков нарушения функционального состояния почек, умеренного характера артериальной гипертензии, не наводило на мысль о наличии у пациентки вазоренальной гипертензии. Выполнена транслюминальная баллонная ангиопластика и стентирование правой почечной артерии. В последующем отмечена стойкая нормализация АД в пределах 100/65 и 120/70 мм рт.ст., позволившая полностью отказаться от приема антигипертензивных препаратов.

Обсуждение. Выявление ФМД правой почечной артерии у пациентки молодого возраста с умеренной артериальной гипертензией в данном случае стало возможным благодаря проведению семиологической дифференциальной диагностики артериальной гипертензии, которая позволяет провести анализ симптома с точки зрения механизма его развития.

Заключение. ФМД всегда следует рассматривать как системное заболевание, поражающее сосуды разных бассейнов, что требует проведения комплексного обследования пациента, включая КТангиографию.

VIII. ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

43. МЕХАНИЗМЫ АКТИВАЦИИ СВЕРТЫВАНИЯ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ: НОВЫЕ ДАННЫЕ И НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

Сироткина О.В.^{1,2,3}, Улитина А.С.³, Жиленкова Ю.И.¹, Золотова Е.А.¹, Симакова М.А.¹,
Моисеева О.М.¹, 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 имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Среди сердечно-сосудистой патологии важное место отводится венозным тромбозам (ВТЭ), объединяющим тромбоз глубоких вен (ТГВ) и тромбоз легочных артерий (ТЭЛА), которая может осложниться постэмболическим синдромом, а в тяжелых случаях – развитием хронической легочной гипертензии. Патогенез ВТЭ известен и включает такие факторы как длительная иммобилизация, гормональная терапия, тяжелые инфекционные заболевания, беременность и послеродовой период, наследственная тромбофилия и др. Однако механизм развития постэмболических осложнений до конца не изучен. В настоящее время активно обсуждается роль микровезикул и экзосом и содержащихся в них микроРНК в межклеточном взаимодействии и активации системы гемостаза. При этом вклад тромбоцитарных микровезикул в развитие тромбозов очевиден, но также предполагается участие эритроцитарных микровезикул в регуляции реакций свертывания крови и развитии ВТЭ.

Целью данной работы явился анализ эритроцитарных микровезикул и ассоциированных с ними микроРНК у больных с ТЭЛА с развившимися постэмболическими осложнениями.

Материалы и методы. В исследование были включены 19 пациентов обоего пола в отдаленном периоде после ТЭЛА с постэмболическими осложнениями (50.5[39.5-64.0] лет) и 22 добровольца обоего пола без ССЗ и ВТЭО в анамнезе (48.0[40.1-53.8] лет). Всем обследованным был выполнен клинический анализ крови, измерено количество микровезикул/экзосом с использованием Echo-FACS (HansaBioMed, Эстония) и флуоресцентно меченых антител к CD9 (маркер экзосом) и CD235a (маркер эритроцитов) на проточном цитометре, а также проанализирован уровень микроРНК miR-144, miR-451a, miR-451b и miR-152 («внутренний контроль») методом ПЦР в реальном времени с использованием miRCURY LNA miRNA Probe PCR Assay (QIAGEN, Германия).

Результаты. Количество микровезикул/экзосом (CD9+ события, %) было увеличено у пациентов с ТЭЛА по сравнению с контрольной группой: 83[70-94]% и 53[43-73]%, соответственно (p=0.003). Количество микровезикул эритроцитарного происхождения (CD9+/CD235a+ события, %) также было больше у пациентов с ТЭЛА, чем у лиц контрольной группы: 1.3[0.6-1.5]% и 0.3[0.2-0.5]%, соответственно (p=0.001). Одновременно у больных с ТЭЛА был понижен эритроцитарный индекс MCHC – 329[297-336] g/l против 335[330-341] g/l (p<0.0001) в контроле, и наблюдалась корреляция уровня микровезикул эритроцитарного происхождения с MCV (fl) – R=0.7 (p=0.04) и MCH (pg) – R=0.8 (p=0.006). Уровень miR-144 и miR-451a был снижен (или наблюдалась тенденция к снижению) у пациентов с ТЭЛА по сравнению с контрольной группой как в микровезикулах плазмы крови, так и в эритроцитах (для miR-144: 172[91-751] и 501[361-

1055] в плазме ($p < 0.07$); 15207[13594-116707] и 218315[89614-308312] в эритроцитах ($p < 0.05$) и для miR-451a: 937[421-1956] и 1875[1687-2406] в плазме ($p < 0.06$); 413079[271925-483032] и 632432[317289-1808998] в эритроцитах ($p < 0.1$) у пациентов с ТЭЛА и в контрольной группе, соответственно. МикроРНК miR-451b обнаружена в исследованных образцах пациентов и контроля в следовых количествах.

Заключение. Усиленное образование микровезикул эритроцитарного происхождения у пациентов с гемоглобинопатиями различного генеза и участие в регуляции эритропоэза miR-144, miR-451a и miR-451b обсуждается в литературе. В то же время у пациентов с ВТЭ нередко описана сопутствующая анемия. Эти обстоятельства наводят на гипотетическое предположение о молекулярных связях постэмболических осложнений при ТЭЛА с нарушениями в формировании и функционировании эритроидного ростка. В нашем исследовании эта гипотеза подтверждается увеличением количества эритроцитарных микровезикул с одновременным уменьшением уровня miR-144 и miR-451a у больных, перенесших ТЭЛА и сформировавших легочную гипертензию. Поддержано РФФИ № 20-04-00257 и ГЗ 2021-28.

44. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Никитина Т.В., Лысенко А.И., Саксонова А.В.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», Самара, Россия

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) занимает одно из первых мест среди причин внутрибольничной летальности. В случае онкологической патологии основным фактором является состояние гиперкоагуляции, обусловленное развитием самой опухоли, и связанные с этим нарушения. В первую очередь, это длительная иммобилизация пациента, обусловленная либо объемом и характером оперативного вмешательства, либо распространенностью процесса. В развитии локального стаза, немаловажную роль играет непосредственное сдавление опухолью сосудистой стенки. Наиболее распространенным методом диагностики тромбозов вен различной локализации, как источника тромбоэмболий, является дуплексное сканирование (ДС) вен, при котором можно так же оценить и степень эмбологенности тромба. Цветовое доплеровское картирование представляет дополнительные возможности в диагностике анэхогенных и гипоэхогенных тромбов, что повышает точность метода в диагностике флолирующих тромбозов. Объем исследования при подозрении на острый эмбологенный венозный тромбоз отличается от стандартного, поскольку активное проведение пробы Вальсальвы, а также проб с дистальной и проксимальной компрессией может активизировать движение флолирующей верхушки тромба. Для подтверждения ТЭЛА пациентам проводится спиральная компьютерная томография с контрастированием. По данным литературы в общей популяции больных источником ТЭЛА в 90% случаев являются тромбозы системы нижней полой вены (вены нижних конечностей), в 3,5 % случаев тромбозы системы верхней полой вены, в 6,5 % тромбозы сердца (Савельев В.С. 2001 г., Яковлев В.Б. и соавт., 2002 г.).

Цель исследования. Определение наиболее значимых венозных тромбозов у онкологических больных с диагностированной ТЭЛА.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 21 стационарной истории болезни и 18 амбулаторных карт больных, проходивших комплексное лечение в условиях ГБУЗ СОКОД с диагностированной ТЭЛА в возрасте от 53 до 87 лет (23 женщины, 16 мужчин). С целью верификации ТЭЛА была выполнена мультidetекторная спиральная компьютерная томография с внутривенным болюсным введением контрастного вещества на аппаратах 16-срезовом томографе Light Speed (GE), 128-срезовом томографе Ingeniuty (Philips). Всем больным проводилось ультразвуковое дуплексное сканирование глубоких и подкожных вен верхних и нижних конечностей, эхокардиография на аппаратах Esaote MyLab 70, Philips NBI 5000.

«Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы»

Результаты. Выявлена ТЭЛА на уровне сегментарных артерий у 33% больных, на уровне долевых и промежуточных артерий у 52% больных, на уровне главных легочных артерий и легочного ствола у 15% больных. В зависимости от локализации тромба (сторона поражения) – правая 38%, левая 26%, двустороннее поражение в 36% случаев.

Причиной ТЭЛА у 31 больного (79%) был тромбоз глубоких вен с различным уровнем верхней границы тромба. Из них у 29 % больных выявлен тромбоз с вовлечением наружных подвздошных вен, у 26% – верхняя граница тромботических включений находилась на уровне бедренных вен (общей и поверхностной), у 17% – на уровне подколенных вен, у 25% больных зарегистрирован тромбоз глубоких вен голени, у одного больного выявлен тромбоз глубоких вен верхней конечности.

Тромбоз подкожных вен наблюдался у 21% больных, из них 1 с поражением малой подкожной вены, 7 – основного ствола большой подкожной вены.

По стороне поражения тромбозы распределялись следующим образом: односторонние в 92%, двусторонние тромбозы в 8% случаев. У одного больного источник ТЭЛА не выявлен.

Выводы. Дуплексное сканирование вен позволяет определить источник тромбоэмболии и оценить эмбологенность тромба, выбрать дальнейшую тактику ведения пациента. У подавляющего числа больных источником ТЭЛА явился тромбоз в системе нижней полой вены (тромбоз подвздошных и бедренных вен). Профилактика и адекватное лечение тромбозов являются актуальной проблемой ведения онкологических больных.

IX. ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В КАРДИОЛОГИИ

45. СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГИПОТИРЕОЗА

Чаулин А.М.^{1,2}, Григорьева Е.В.¹, Суворова Г.Н.¹, Дупляков Д.В.^{1,2}

¹ГБУЗ Самарский областной клинический кардиологический диспансер им В.П. Полякова, Самара, Россия

²ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Введение. Гипотиреоз является одним из самых распространенных эндокринных патологий с широким спектром морфологических и клинических нарушений, обусловленных дефицитом тиреоидных гормонов (трийодтиронина и тироксина) и компенсаторным повышением уровня тиреотропного гормона гипофиза. Особой уязвимостью к пониженному уровню тиреоидных гормонов отличаются органы сердечно-сосудистой и нейронэндокринной систем, опорно-двигательного аппарата и кожи. Для изучения морфологических нарушений и клинических проявлений, обусловленных гипотиреозом, широко используются методы экспериментального моделирования гипотиреоза на лабораторных животных.

Цель исследования. Изучить морфологические изменения миокарда в условиях гипотиреоза, моделирование которого осуществлялось медикаментозным способом путем введения антитиреоидного препарата.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования являлись лабораторные кролики породы Шиншилла (n=8), из которых 5 кроликов составили опытную группу, а 3 кролика были использованы в качестве контрольной группы. Моделирование гипотиреоза осуществлялось при помощи антитиреоидного препарата (тиамазола), который блокирует биосинтез тиреоидных гормонов. Для подтверждения развившегося гипотиреоидного состояния проводили иммуноферментный анализ биохимических параметров сыворотки крови (гормонов гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы) и морфологическое исследование щитовидной железы. Изучение влияния моделированного гипотиреоза на сердце осуществлялось методом световой микроскопии срезов миокарда, окрашенных гематоксилином и эозином.

Результаты исследования и их обсуждение. Визуальная оценка состояния сердца сразу после вывода животного из эксперимента показало выраженную дряблость органа, хотя камеры сердца достоверно не были расширены. Имеющиеся в литературе некоторые данные о развитии микседематозного сердца или гипотиреодной кардиомиопатии, которые сопровождаются расширением камер сердца и увеличением перикардального выпота, нами отмечены не были, что, вероятно, обусловлено выбранными нами временными рамками.

Проведенное гистологическое исследование показывает, что в первую очередь, в миокарде наблюдается развитие интерстициального отека, который выражается в расширении пространств между мышечными волокнами. Данная патоморфологическая особенность, по всей видимости, обусловлена накоплением в ткани миокарда мукополисахаридов и была ранее описана в других органах. Нами также были обнаружены очаги жировой ткани возле сосудов, так называемый периваскулярный липоматоз. Очаги периваскулярного липоматоза встречались в ткани миокарда всех кроликов экспериментальной группы и не были выявлены ни в одном контрольном случае. Периваскулярный липоматоз – это проявление стромально-сосудистых дистрофией и является одним из частых проявлений нарушения питания и метаболизма липидов. Учитывая, что гормоны щитовидной железы являются одними из

ключевых регуляторов метаболизма, включая обмен триглицеридов и липопротеинов, аккумуляция липидов может быть обусловлена замедлением процессов распада и усилением процессов синтеза триглицеридов в ткани миокарда. Таким образом, через 1,5 месяца подтвержденного гипотиреоза в миокарде развиваются дистрофические изменения.

Изменения в строении кардиомиоцитов достоверно на светооптическом уровне отмечены не были. На первый взгляд, кажущаяся атрофия клеток в составе волокон, достоверных отличий не дала. Вероятно, это также обусловлено коротким периодом моделированного гипотиреоза, однако литературные источники ссылаются на достаточный срок в 6-8 недель для развития патологии.

Еще одним морфологическим признаком, наблюдаемым нами при моделированном гипотиреозе, было появление рыхлой круглоклеточной инфильтрации в 1 из 5 случаев в периваскулярной зоне и также в 1 из 5 случаев на границе эпикарда и миокарда. Этот признак в патоморфологии также описан при дистрофии миокарда, однако, механизм его развития в нашем эксперименте до конца не ясен и требует углубленного изучения.

Выводы. По результатам проведенного исследования обнаружены следующие морфологические изменения миокарда в условиях гипотиреоза: развитие интерстициального отека, периваскулярного липоматоза и появление рыхлой круглоклеточной инфильтрации в ткани миокарда и на границе эпикарда и миокарда. Такие морфологические изменения чаще всего расцениваются как проявление миокардиодистрофии, которая, с течением времени, при латентном течении и некорректированном эутиреоидном состоянии, может дать картину «микседематозного» сердца.

46. ЛЕЙДЕНСКАЯ МУТАЦИЯ ФАКТОРА V: ЧЕТВЕРТЬ ВЕКА НА «СЛУЖБЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Сироткина О.В.^{1,2,3}, Улитина А.С.³, Колегова М.В.¹, Пчелина С.Н.^{2,3}, Масленников А.Б.⁴, Цикаленко Е.А.⁴, Вавилова Т.В.¹

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

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

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

⁴ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница №1», г. Новосибирск, Российская Федерация

Фактор V (FV) свертывания крови выступает ключевым компонентом системы гемостаза, принимая участие в качестве кофактора в формировании протромбиназы и переводе протромбина в тромбин. Активная форма FV (FVa) подвергается действию протеина C для сдерживания чрезмерных коагуляционных реакций. В 1993 г. была впервые описана нечувствительность FV к активированному протеину C (APC-резистентность) и в 1994 г. установлена молекулярная причина этой патологии – генетический вариант rs6025 (с.G1691A(p.R506Q) гена F5), получивший название Лейденской мутации (FVLeiden или FVL) в честь города Лейден (Нидерланды), где он был открыт. Носительство FVL является наследственной тромбофилией с аутосомно-доминантным типом наследования и выступает фактором риска развития тромбоэмболических осложнений.

Целью данной работы явилось определение FVL в большой популяции пациентов с тромбоэмболическими (ТЕ) и сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) из разных регионов РФ.

Материалы и методы. В исследование вошли пациенты с ТЕ и ССЗ, а также лица без ТЕ и ССЗ в анамнезе, наблюдавшиеся с 1998 по 2020 г.г. в медицинских учреждениях Санкт-Петербурга и Новосибирска, всего 3406 человек обоего пола. Мутацию с.G1691A(p.R506Q) гена F5 определяли

методом ПЦР с последующим рестрикционным анализом, а также методом ПЦР в реальном времени с использованием флуоресцентно меченых праймеров и зондов. Статистическая обработка результатов проводилась в программе Statistica 10.0, различия частоты генотипов в исследуемых группах анализировали точным методом Фишера, различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Частота FVLy лиц без ВТЭ и ССЗ (контрольная группа) составила 2,8% (гетеро- и гомозиготные генотипы), что соответствует таковой в европейских популяциях. У больных с ВТЭ частота FVL (гетеро- и гомозиготные генотипы) достоверно превышала частоту в контрольной группе и составила от 13% до 18% у пациентов с тромбозом глубоких вен и женщин с ВТЭ на фоне приема гормональных препаратов, соответственно. У пациентов с ССЗи событиями в артериальном русле не наблюдалось достоверных различий частоты FVL по сравнению с контролем. Частота FVL у пациентов с инфарктом миокарда составила от 4 до 5%, а у пациентов с ишемическим инсультом – 3%. При этом в группе пациентов, которые перенесли ишемический инсульт в возрасте до 30 лет, частота FVL достигла 16%. Также мутация FVL была выявлена с частотой 6% в супружеских парах, где у женщин в анамнезе имелись замершие беременности или самопроизвольные прерывания беременности в сроке до 24 недель.

Современные клинические рекомендации признают значимость FVL в патогенезе венозного тромбоза, но не подтверждают ее влияние на характер и длительность антикоагулянтной терапии. В рутинных случаях, генетические тесты на наследственную тромбофилию не рекомендованы. Тем не менее, при высокой степени риска, в случае тяжелых не спровоцированных тромбозов, отягощенном семейном анамнезе, при определении причин потери беременности, генетическое тестирование на тромбофилию может быть не только полезным, но и должно быть обязательно применено при условии, что результаты теста будут ценными для принятия клинического решения. Отдельно следует отметить позицию ВОЗ в отношении высокой значимости FVL у женщин, принимающих КОК. Так, в 2019 году подчеркнута необходимость исследования FVL у женщин репродуктивного возраста для оценки риска развития у них ВТЭ на фоне приема гормональных препаратов.

Заключение. Анализ F V Leiden является важной частью современных молекулярно-генетических исследований. Внедрение тестирования Лейденской мутации, как доказанного значимого генетического предиктора в алгоритмы оценки риска развития венозных тромбоэмболических осложнений, выступает примером успешной реализации принципов трансляционной медицины в реальной клинической практике. Поддержано ГЗ 2021-28.

47. ТИП ЛИЧНОСТИ Д И ТРУДНЫЕ ЖИЗНЕННЫЕ СИТУАЦИИ

Аньчкова М.И., Фёдорова Д.Н., Шабалина К.А., Дулуш В.Х.

ГБУЗ Кузбасский клинический кардиологический диспансер им. академика Л.С. Барбараша, Кемерово, Россия

Введение. Тип личности Д относится к одному из психологических факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Так выявление ключевых типов ориентаций в трудных жизненных ситуациях и особенности их когнитивного оценивания будет способствовать выявлению точек психофизиологического воздействия как на здоровых, так и на больных сердечно-сосудистыми заболеваниями для улучшения прогноза.

Цель: выявить ключевые типы ориентаций в трудных жизненных ситуациях и особенности их когнитивного оценивания людьми в зависимости от наличия типа личности Д.

Материалы и методы. В обследование были включены 57 человек в возрасте от 13 до 80 лет. Тип личности Д определяли опросником DS-14 из руководства ESC. Субъективную оценку трудной жизненной ситуации определяли методикой «Когнитивное оценивание трудных жизненных ситуаций». Типы ориентаций в тяжелых жизненных ситуациях определяли методикой ТОРТС «Типы ориентаций в трудных ситуациях».

Результаты. Из 57 обследуемых человек тип личности Д был выявлен у 33 человек (57,9%), из них 17 женщин (29,8%) и 16 мужчин (28,1%).

Актуальная в данный период жизни жизненная ситуация сформулированная респондентами являлась трудной. О чем свидетельствовал балл выше 4-х по шкале общие признаки ТЖС как у мужчин (13,89±1,56 баллов), так и у женщин (13,71±1,2 баллов). Для мужчин с типом личности Д трудность жизненной ситуации оценивалась в 14,31±0,95 баллов, у остальных мужчин в 13,3±1,32 баллов. Для женщин с типом личности Д трудность жизненной ситуации оценивалась в 14,53±0,54 баллов, у остальных женщин в 12,90±1,27 баллов.

Ведущим критерием трудности ситуации как у лиц с личностью Д, так и у лиц без проявления носительства типа личности Д явилась непонятность ситуации. У лиц с типом личности Д более выраженная, чем у лиц без типа личности Д, как у мужчин, так и у женщин. У мужчин с типом личности Д 15,75±1,01 баллов, у мужчин без типа личности Д 13,3±1,20 баллов. У женщин с типом личности Д 19,71±1,09 баллов, у женщин без типа личности Д 15,50±2,28 баллов, при $p < 0,05$.

У лиц с типом личности Д, как и у лиц без типа Д ведущей ориентацией в трудных жизненных ситуациях явилась ориентация на потери (избегание трудностей), достоверно ($p < 0,05$) более выраженная у лиц с типом личности Д: у мужчин с типом личности Д 20,31±1,52 баллов, у мужчин без типа Д 13,08±1,17 баллов; у женщин с типом личности Д 24,24±1,61 баллов, у женщин без типа личности Д 22,50±2,47 баллов.

Отмечалась тенденция преобладания у лиц без типа личности Д ориентации в ТЖС, направленной на поиск возможностей для достижения трудной цели с оптимальными затратами усилий и опорой на социальный ресурс. У мужчин с типом личности Д 18,25±1,10 баллов, у мужчин без типа личности Д 19±1,17 баллов. У женщин с типом личности Д 17,41±1,48 баллов, у женщин без типа личности Д 18,36±1,11 баллов.

Выводы. Выявлены особенности когнитивного оценивания трудных жизненных ситуаций у лиц с типом личности Д, а также характерные для них типы ориентаций в ТЖС.

48. ЖЕСТКОСТЬ И УПРУГОСТЬ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У МУЖЧИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

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

1 городская клиническая больница, Минск, Беларусь

Введение. Многочисленные исследования показали, что нарушение упругих свойств артерий является одним из звеньев в формировании патологических изменений сердечно-сосудистой системы. В связи с этим, изучение негативного влияния гипергликемии на упругие свойства артерий необходимо для поиска путей профилактики развития диабетических осложнений.

Цель. Оценить показатели жесткости общей сонной артерии (ОСА) на локальном и региональном уровне у молодых мужчин с сахарным диабетом (СД) 1 типа.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 40 молодых мужчин с сахарным диабетом (СД) 1 типа в возрасте 18-29 лет (средний возраст $23 \pm 1,5$ года) с длительным анамнезом СД 1 типа (6 лет и более). Пациенты в группе не различались по индексу массы тела, сопутствующей патологии, получаемой терапии. Контрольная группа состояла из 45 практически здоровых мужчин в возрасте 18-30 лет (средний возраст $24 \pm 1,5$ года). Всем лицам, входящим в сформированные группы измеряли артериальное давление (АД) на плечевой артерии методом Короткова и ультразвуковым методом в М-режиме определяли диаметр ОСА в систолу и диастолу, а также толщину комплекса интима-медиа (КИМ). По результатам обследования определяли индекс жесткости $\alpha = \ln(Ps/Pd)/\ln(Ds/Dd)$, и показатель упругости $A = \alpha/h$, где Ps и Pd систолическое и диастолическое артериальное давление в мм рт.ст., Ds и Dd диаметр сосуда в систолу и диастолу в мм, h- толщина КИМ в мм. Для оценки региональной жесткости рассчитывался сердечно-лодыжечный индекс (СЛСИ) с помощью объемного сфигмографа VaSeraVS-1500N (FukudaDenshi). Все указанные показатели мало зависят от артериального давления.

Результаты и обсуждение. Установлено, что у пациентов с СД 1 типа значения толщины КИМ, индекса жесткости α , показателя упругости A , СЛСИ заметно выше, чем у здоровых мужчин. Причем уровни значимости различий показателя A ($p < 0,05$) в 10 раз меньше, чем уровни значимости индекса α . Выявлены статистические взаимосвязи между локальной и регионарной жесткостью ОСА.

Заключение. У мужчин с СД 1 типа локальная и регионарная жесткость ОСА, а также и упругость материала сосудистой стенки достоверно выше, чем у здоровых мужчин. При этом увеличение жесткости более значимо, нежели увеличение упругости.

49. ИЗМЕНЧИВОСТЬ МОЛЕКУЛЯРНОЙ СТРУКТУРЫ ГЕНОВ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА И ЕЁ ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ КРИТИЧЕСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ КРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Хуторная М.В., Понасенко А.В., Григорьев Е.В.

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

Введение. На сегодняшний день одним из основных и наиболее эффективных способов лечения пациентов с атеросклерозом коронарных артерий является проведение шунтирующих операций. Однако такое хирургическое лечение часто сопровождается послеоперационными осложнениями неинфекционного генеза. Вызванная чрезмерным неконтролируемым системным воспалением в ответ на тяжелую травму полиорганная недостаточность (ПОН) развивается в 1–2% случаев всех кардиохирургических вмешательств, что увеличивает риск летального исхода. Условиями для развития данных осложнений могут быть не только возраст пациента, коморбидный фон, особенности терапии и респираторной поддержки, но и иммуногенетические факторы, обуславливающие особенности реагирования иммунной системы у конкретного индивидуума. Важными эффекторами врожденного иммунитета являются Toll-подобные рецепторы (TLRs) и триггерный рецептор, экспрессируемый на миелоидных клетках (TREM-1). Гены, кодирующие белковые эффекторы TLRs и TREM-1, высококонсервативны и изменение в их структуре может сопровождаться изменением скорости и эффективности координации каскада воспалительного ответа. Цель оценить вклад наследственной компоненты в развитие критических послеоперационных осложнений коронарного шунтирования на примере полиморфизма генов рецепторов врожденного иммунного ответа.

Материалы и методы. В исследование включено 680 пациентов (539 мужчин и 141 женщина) в возрасте от 33 до 78 лет (средний возраст 59 лет) с диагнозом ИБС (сужение просвета коронарных артерий более 70%), подвергшиеся плановому оперативному вмешательству на коронарных артериях. Все пациенты разделены на 2 группы, с учетом течения раннего послеоперационного периода. В первую группу с неосложненным течением раннего послеоперационного периода вошли 650 пациентов, а в группу с ПОН – 30 пациентов. Материалом для исследования послужили образцы геномной ДНК, выделенной из лейкоцитов периферической венозной крови методом фенол-хлороформной экстракции. Генотипирование осуществляли методом ПЦР в режиме реального времени с использованием Taq-man зондов. Исследование проведено по 16 полиморфным локусам пяти генов: TLR1, TLR2, TLR4, TLR6 и TREM-1. Статистический анализ проводили с использованием пакетов программного обеспечения «Statistica 10.0», «SNPStats» и «Prism 7».

Результаты. Обнаружено, что с повышенным риском развития ПОН в послеоперационном периоде ассоциированы аллель G rs1817537 ($p=0,019$), аллель T rs2234246 ($p=0,0076$) и аллель T rs3804277 ($p=0,019$) гена TREM-1 по доминантной модели наследования. Аллель C rs3775073 гена TLR6 ($p=0,0045$), аллель A rs7768162 TREM-1 ($p=0,043$) по доминантной модели наследования и генотип T/T rs4711668 TREM-1 ($p=0,015$) по рецессивной модели наследования ассоциированы со сниженным риском развития

ПОН в послеоперационном периоде. По результатам бинарной логистической регрессии определены независимые предикторы развития ПОН, имеющие статистически значимую прогностическую ценность ($p=0,0003$): генотип T/T rs3775073 гена TLR6, генотип T/T rs2234246 гена TREM-1, наличие хронической обструктивной болезни легких и возраст 60 лет и старше.

Закключение. Носительство редких аллелей в отдельных полиморфных сайтах генов врожденного иммунитета демонстрирует свою значимость в развитие полиорганной недостаточности после операции коронарного шунтирования. Таким образом, наследуемое носительство отдельных вариантных аллелей в генах рецепторов врожденного иммунного ответа может вносить значимый вклад в формирование критических послеоперационных осложнений.

50. ПОВРЕЖДЕНИЕ МИОКАРДА ПРИ COVID-19: МИОКАРДИТ ИЛИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ

Цоколова А.В.¹, Мельников Н.И.², Романова Е.В.², Ильин И.Б.¹, Вертёокин А.В.¹, Цоколова М.А.¹, Попель И.Р.¹

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

²ФГБУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» МЗ Калининградской области, Калининград, Россия

В настоящее время характер и механизмы повреждения органов и тканей при инфекции SARS-CoV-2 по большей части остаются неясными. Это относится и к патологии сердечно-сосудистой системы. По данным литературы миокардит и связанная с ним недостаточность кровообращения как причина смерти, может выявляться при COVID-19 в 7-33% случаев. Цель исследования уточнить частоту и характер повреждения миокарда по данным эхокардиографического исследования, а также по данным аутопсии.

Методы исследования. В исследование было включено 70 пациентов, перенесших COVID-19 и находящихся в периоде реконвалесценции. В зависимости от выявленного объема поражения легких пациенты были разделены на группы КТ (компьютерная томография): КТ-1 (0-25%), КТ-2 (26-50%), КТ-3 (51-75%) и КТ-4 (76-100%). Исследования выполнялись на приборе GE Vivid S70 на 25-40й день с момента постановки диагноза. Анализ гистологической картины миокарда выполнялся по данным 30 протоколов аутопсии пациентов, погибших вследствие тяжелого течения заболевания (все из группы КТ-3 и КТ-4).

Полученные результаты. Средний возраст пациентов в группе КТ-3 и КТ-4 превышал таковые в группе КТ-1 и КТ-2 более чем на 10 лет (60±10,2 и 58,3±11,1 против 46,2±16,6 и 47,6±14,2 года, соответственно). Показатели фракции выброса ЛЖ, оцененные по методике Симпсона, составили 62,4±7,7%, 55,8±5,9%, 49,8±3,3% и 58±8,2% в группах КТ-1, 2, 3, 4, соответственно).

Обсуждение. С учетом полученных данных следует сделать вывод о том, что поражение миокарда в виде нарушения показателя продольной деформации (как косвенного признака перенесенного миокардита у пациентов с COVID-19, но не являющегося таковым на самом деле) регистрируется в 83% случаев в группе КТ-3 (в 2,5 раза чаще, чем в группе КТ-4 и в 1,3 раза чаще, чем в группе КТ-2). Неспецифическая гистологическая картина, регистрируемая у погибших пациентов в виде отека миофибрилл, бледности ядер, отека саркоплазмы, дистрофических изменений и т.п., однозначно не может трактоваться как миокардит, тем более коронавирусный. Гипертрофия же кардиомиоцитов скорее свидетельствует в пользу наличия у погибших пациентов хронической гипоксии, ишемии, метаболических изменений, в большей степени как фон от сопутствующей патологии (сахарный диабет, гипертония, ИБС). Подтверждение этому было получено при проведении исследования крови на наличие антител к миокарду: ни у одного из обследованных пациентов всех 4 групп, кому такое исследование было выполнено, антител обнаружено не было.

«Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы»

Заключение. Таким образом, с учетом полученных нами данных, можно говорить лишь о неспецифических изменениях в органах и тканях на фоне COVID-19, в том числе и в миокарде, в ряде случаев в форме воспалительного мононуклеарного инфильтрата, что, однако не является тождественным миокардиту. При этом показатель «продольного стрейна» (продольной деформации) также свидетельствует лишь о тяжести общего состояния и тяжести функционального поражения миокарда, но никак ни о миокардите.

Х. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

51. ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ РОССИИ

Ильгашова Ю.Г.¹, Кочергина А.М.²

¹ФГБОУ ВО КемГМУ, Кемерово, Россия

²НИИ КППСЗ, Кемерово, Россия

Вступление. Значение правильного питания для здоровья человека и нации в целом трудно переоценить. Оно как важнейший компонент первичной профилактики многих заболеваний имеет самостоятельный научно-практический интерес. На сегодняшний день все большее количество людей примыкает и пропагандирует данное направление, делая выбор в пользу здоровых и полезных продуктов. Однако, места общественного питания в образовательных учреждениях в большей части не соответствуют данному выбору людей, часто ассортимент представлен рафинированными углеводами, сладкими газированными напитками, выпечкой и снеками, при этом не всегда присутствуют свежие овощи и фрукты, молочные продукты, бобовые.

Цель исследования. Оценить фактический ассортимент продукции в столовых медицинского университета и субъективное отношение обучающихся к организации питания.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 1944 студента (n=1944) с 1 по 6 курс, обучающихся в медицинских университетах России: координатор проекта по России – Кочергина Анастасия Михайловна, КемГМУ (координатор Ильгашова Юлия Геннадьевна), ОмГМУ (город Омск, координатор Семенова Елена Владимировна), УГМУ (город Екатеринбург, координатор Сафьяник Елена Алексеевна), РНИМУ им. Н.И.Пирогова (город Москва, координатор Батлук Татьяна Ивановна), СамГМУ (город Самара, координатор Губарева Екатерина Юрьевна), ЮУГМУ (город Челябинск, координатор Гаврилова Елена Сергеевна), УлГУ (город Ульяновск, Ефремова Елена Владимировна), НГУ (город Новосибирск, Бенимецкая Ксения Сергеевна), НГМУ (город Новосибирск, координатор Толмачева Анастасия Александровна), СурГУ (город Сургут, координатор Вишняк Диана Анатольевна). В опросе приняло участие равномерное количество студентов всех курсов: 1 (17,5%), 2 (18%), 3 (20,3%), 4 (15,8), 5 (17,3%), 6 (11%). Сбор данных проведен посредством анонимного онлайн-опросника Google формы. Полученные данные были систематизированы с использованием табличного процессора Microsoft Office Excel 2019.

Результаты и обсуждение. В результате опроса студентов выделились как положительные, так и отрицательные стороны исследуемой темы.

К положительным итогам относится то, что 64% опрошенных отметили наличие возможности разогреть пищу, принесенную с собой. Достаточным время на перерыве, чтобы совершить основной прием пищи (горячее питание) считают более половины студентов (57,2%), а удобным время работы кафе/столовой назвали 70,3%. Небольшой процент респондентов субъективно оценили содержание соли в блюдах как избыточное 10%, жира 39%.

Также имеется и обратная сторона результатов, которые имеют перспективу к улучшению. Так, значительное количество опрошенных (44%) сообщили, что отказываются от полноценного приема пищи ввиду долгих очередей, а 54,7% вынуждены пропускать прием пищи, потому как не могут найти подходящие для себя продукты. Свежие овощи и фрукты в столовой отмечают (38,5%), в то время как (61,5%) отметили, что таких продуктов не встречали. Можно предположить, что количество свежих овощей и фруктов ниже, чем возможный спрос. 71,4% отметили отсутствие в продаже молочной продукции без добавленного сахара. 54,4% студентов ответили, что соблюдать принцип здоровой тарелки из предоставляемых в столовой блюд невозможно, стоит отметить, что приблизительно половина студентов видит возможность соблюдать данное правило.

Выводы. В результате проведенного анализа хочется отметить, что места общественного питания медицинских ВУЗов России имеют потенциал к улучшению как ассортимента продуктов и блюд, так и к их совершенствованию в организационных вопросах, всё это очевидно повысит доступность здорового питания для студентов и позволит сохранять здоровье будущих врачей.

52. ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ОСНОВНЫХ ЭЛЕКТРОЛИТОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОМ ОСТРЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК

Тасыбаев Б.Б., Гордиенко А.В., Сотников А.В., Носович Д.В.

Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Острое повреждение почек (ОПП), как одно из частых осложнений инфаркта миокарда (ИМ) отягощающее его течение и прогноз, ассоциируется с высокой смертностью и экономическими затратами. Особенно данный вопрос актуален у мужчин трудоспособного возраста, в связи с недостаточной изученностью проблемы среди данной категории пациентов. Это возводит проблему ИМ, осложненного ОПП, в разряд одной из приоритетных задач здравоохранения. В связи с изложенным вопросы профилактики развития ОПП у данной категории пациентов являются крайне важными.

Цель. Исследовать изменения калия, натрия, кальция, хлоридов сыворотки крови у мужчин моложе 60 с ОПП при ИМ лет для совершенствования профилактики и улучшения исходов.

Материал и методы. Изучены результаты обследования мужчин в возрасте 19-60 лет с инфарктом миокарда I типа. В исследуемую группу вошли 25 пациентов с ОПП (средний возраст $50,6 \pm 5,3$ лет), контрольную составили 168 пациентов без таковой (средний возраст $51,0 \pm 6,7$ лет, $p=0,4$). Выполнен сравнительный анализ концентрации натрия, калия, кальция и хлоридов в первые 48 часов и в завершении третьей недели заболевания в выделенных группах (по МануУитни), их динамики (по Вилкоксоу), анализ их влияния на риск развития ОПП (ANOVA).

Результаты. В исследуемой группе в сравнении с контрольной выявлены более высокие уровни натрия ($143,3 \pm 3,4$ и $140,3 \pm 4,5$ (ммоль/л); соответственно; $p=0,004$) и хлоридов ($104,6 \pm 2,7$ и $102,8 \pm 3,5$ (ммоль/л); $p=0,047$) в завершении третьей недели заболевания. В обеих группах пациентов показатели исследованных электролитов нарастали во второй точке наблюдения ($p<0,05$). Основными маркерами риска развития ОПП в первые часы ИМ оказались: уровни калия менее 4,75 ммоль/л (абсолютный риск: 17,2%; $p=0,003$), натрия 140 ммоль/л и более (абсолютный риск: 18,2%; относительный – 3,64; $p=0,01$), хлоридов 104 ммоль/л и более (абсолютный риск: 22,6%; относительный – 3,67; $p=0,02$).

Выводы. Низкие уровни калия (менее 4,75 ммоль/л) и более высокие – натрия (140 ммоль/л и более) и хлоридов (104 ммоль/л и более) сыворотки крови характерны для мужчин моложе 60 лет с ОПП при ИМ в первые часы ИМ. Полученные результаты могут быть использованы при формировании группы высокого риска развития ОПП для проведения своевременной профилактики, а также при прогностическом моделировании данного осложнения.

53. ВЛИЯНИЕ СТАТИНОТЕРАПИИ НА АТЕРОСКЛЕРОЗ КАРОТИДНЫХ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Карпова И.С., Суджаева О.А., Кошлатая О.В., Соловей С.П.

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

Известно, что 2/3–3/4 пожилых пациентов имеют клинические проявления коронарной патологии или субклинический атеросклероз другой локализации, что требует мер по снижению риска неблагоприятных исходов. В то же время вопросы статинотерапии при вторичной и особенно первичной профилактике у лиц «третьего» возраста недостаточно изучены и противоречивы. Целью работы явилось изучение динамики атеросклероза в каротидных и коронарных артериях на фоне статинотерапии у пожилых пациентов.

Материал и методы исследования. В исследование включены 120 пациентов пожилого возраста с атеросклерозом каротидных и коронарных артерий с дислипидемией, не принимавших до этого статины. Методом рандомизации они были разделены на 2 группы: 61 человек в I группе (70,5 (67,0; 73,0) лет) в течение года принимали статин (аторвастатин, розувастатин в оптимально подобранных дозах), и 59 лиц во II группе (69,4 (66,0; 72,0) лет) статинотерапию не принимали. Определение липидограммы в сыворотке венозной крови натощак проводили колориметрическим фотометрическим методом. Всем участникам выполнялось УЗИ брахиоцефальных артерий (БЦА) на аппарате Vivid-9 (ГЕНС, США). Определение коронарного кальция и проходимости коронарных артерий (КТА) осуществлялось на компьютерном томографе премиум-класса Siemens Somatom Force.

Результаты и обсуждение. Статинотерапия способствовала значимому гиполипидемическому эффекту: снижению общего холестерина (ХЛ) ($p = 0,00000$), ХЛ липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) ($p = 0,0071$), триглицеридов (ТГ) ($p = 0,03$) и С-реактивного белка ($p = 0,00008$), в отличие от II группы, где наблюдалась тенденция к повышению ХЛ, ЛПНП и рост ТГ ($p=0,024$). В I группе через год статинотерапии не произошло прогрессирования атеросклероза в БЦА. Напротив, у 20% пациентов II группы возросло число стенозов со стенозированием просвета 35–45% и у 25% – со стенозирующим атеросклерозом БЦА. В динамике статинотерапии на 50% снизилось число пациентов с ИКК 101 – 400 и на 24% – с ИКК более 400. Во II группе, напротив, таких лиц стало на 17% и 25% соответственно больше. По данным КТА через 1 год лечения статинами определялось меньше стенозов коронарных артерий ≥ 70 % просвета, чем до лечения, в то время как во II группе таких участков стенозов стало на 30% больше.

Заключение. Статинотерапия у пациентов пожилого возраста способствует достоверному гиполипидемическому.

54. К ВОПРОСУ ГЕНДЕРНЫХ ОТЛИЧИЙ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАНОВОЙ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ

Лещанкина Н. Ю., Власова В.П.

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия

В последние годы проблема гендерных отличий течения ишемической болезни сердца (ИБС) привлекает все большее внимание как ученых-исследователей, так и практических врачей.

Целью работы явилось изучение гендерных особенностей течения стенокардии у больных, направляемых на плановую коронароангиографию (КАГ).

Методы исследования. 120 больных с клиникой стабильной стенокардии, поступивших в кардиологическое отделение ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4» г. Саранска для проведения КАГ в плановом порядке.

Результаты. Все пациенты были разделены на две группы: первую группу составили мужчины (71,6%), вторую – женщины (28,4%). При поступлении мужчины предъявляли жалобы на типичные стенокардитические боли, тогда как почти у 60% женщин, кроме этого, наблюдались кардиалгии и ощущения дискомфорта за грудиной и в левой прекардиальной области без четкой связи с физической нагрузкой. Наиболее значимыми факторами риска у мужчин явились: возраст старше 45 лет – 94,2%, курение – 74,4%, абдоминальное ожирение (АО) – 60,4%. У женщин преобладали: менопауза – 100%, дислипидемия – 88,2% пациенток, артериальная гипертензия диагностирована у 94,1 % пациенток. Почти все пациенты обеих групп на момент обследования принимали статины в качестве липидснижающей терапии, целевые уровни холестерина липопротеидов низкой плотности не были достигнуты у 63,3% мужчин и 52,9% женщин. Были получены также и различные результаты электрокардиографического (ЭКГ) исследования в группах. Так, при снятии рутинной ЭКГ у мужчин в 69,8% случаях наблюдалась депрессия сегмента ST по типу субэндокардиальной ишемии (чаще в отведениях I, aVL, V1-V4, почти у трети больных – в отведениях II, III, aVF), еще у 17,4 % пациентов она возникала при суточном мониторинговании ЭКГ. Во второй группе, напротив, у большинства женщин (61,7%) отсутствовала депрессия сегмента ST при ЭКГ покоя и при нагрузке (суточном мониторинговании ЭКГ). Результаты КАГ также имели гендерные отличия. У большинства мужчин (95,3%) выявлены гемодинамически значимые стенозы коронарных артерий, наиболее часто поражалась левая коронарная артерия и ее ветви: передняя межжелудочковая ветвь (ПМЖВ) – у 53,4% больных, огибающая артерия – 24,4 % больных, ветвь тупого края – 11,6%. Отметим, что две трети больных первой группы имели поражения нескольких коронарных артерий. Большинство женщин (64,7%), напротив, не имели гемодинамически значимых стенозов по результатам плановой КАГ. Лишь у 1/3 пациенток выявлены стенозы ПМЖВ (стеноз более 70%) и правой коронарной артерии (стеноз более 80%).

Таким образом, мужчины, направляемые на плановую КАГ, имеют клинику стенокардии напряжения высокого функционального класса, у них выявляются значительные стенозы коронарных артерий (преимущественно многососудистые), что требует дальнейшего хирургического лечения. Отсутствие у большинства женщин гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий при проведении КАГ требует их дополнительного обследования, в том числе исключения микроваскулярной стенокардии. Необходимы дальнейшие исследования, логическим завершением которых должна стать разработка дифференцированных подходов к лечению ИБС с учетом гендерных отличий.

55. ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В АМБУЛАТОРНОМ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Смирнов К.В.

ФГБНУ НИИ КПССЗ, Кемерово, Россия

В рамках указа Президента РФ «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ на период до 2024 года», 07.05.2018 г. освещены задачи, подлежащие решению в рамках национальных проектов/программ в сфере цифровой экономики, здравоохранения, демографии: внедрение инновационных медицинских технологий, включая дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов, а также разработка и реализация программ борьбы с сердечнососудистыми заболеваниями. Особую группу пациентов связанную со сниженной мобильностью занимают пациенты с ХОЗАНК (Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей). В связи с этим все больше становится необходимым создание дистанционного контроля за состоянием здоровья пациентов с ХОЗАНК.

«Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы»

Цель исследования – оценить эффективность ведения пациентов посредством оптимизированной программы диспансерного наблюдения больных с ХОЗАНК с использованием дистанционного патронажа.

Материалы и методы. В настоящем исследовании ДП (дистанционный патронаж) для пациентов с ХОЗАНК заключался в дистанционном телемониторинге за состоянием здоровья пациента для исключения возможного возникновения острых ишемических событий и прогрессирования клиники хронической ишемии нижних конечностей. Проведено проспективное включение в исследование 80 пациентов с атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей на приеме сердечно-сосудистого хирурга в поликлинике кардиодиспансера. Средний возраст больных $68.5 \pm 9,7$ лет. В исследование были включены пациенты с любым процентом стенотического атеросклеротического поражения артерий нижних конечностей. Продолжительность исследования составляла $5 \pm 0,5$ месяцев. Связь с пациентом проводил сотрудник колл-центра (младший медицинский персонал) с периодичностью 1 раз в месяц, с контролем клиникоanamнестических данных в бланк протокола, после чего эти данные анализирует врач сердечнососудистый хирург, кардиолог с определением индивидуальной тактики ведения каждого больного.

Результаты. После 1 месяца наблюдения 26 (32,5%) пациентам потребовалась очная консультация кардиолога в связи с появлением выраженной нестабильности в АД и прогрессировании, либо впервые возникшей ИБС. По прошествии 5 месяцев очная консультация кардиолога потребовалась 4-м (5%) пациентам. Прогрессирование клиники ХИНК после 1 месяца, по результатам опроса, было зафиксировано в 28 (35%) случаях и потребовала очной консультации сердечно-сосудистого хирурга, для коррекции ранее назначенной терапии и определения дальнейшей оперативной хирургической тактики. В то время как к пятому месяцу наблюдения в исследуемой группе количество жалоб в виде уменьшения ДБХ (дистанция безболевого ходьбы) снизилась до 6 (7,5%) человек. Однако значительно выросло ($p < 0,05$) количество дистанционных консультаций с 16 (20%) за первый месяц, до 29 (36,25%), что свидетельствует о необходимости дистанционного контроля за состоянием здоровья пациентов данной группы. Стоит заметить, что за период наблюдения не было зафиксировано летальных случаев в исследуемой группе.

Обсуждение. По результатам опроса, проведенного через 1 месяц после очной консультации ангиохирурга 1/3 пациентам требовалась очная консультация ангиохирурга, либо кардиолога для коррекции ранее назначенной терапии ввиду нестабильности показателей гемодинамики и ухудшения течения хронической ишемии нижних конечностей. На основании данных пятимесячного периода ведения больных атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей с использованием методики дистанционного патронажа отмечено снижение риска острых ишемических событий, а также уровня летальности от острых сердечно-сосудистых событий. Полученные результаты свидетельствуют о высокой перспективности телемедицинских технологий для данной группы пациентов.

Заключение. Внедрение разработанной методологии ДП способствовало реализации программы диспансерного наблюдения за пациентами с ХОЗАНК.

XI. ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ КАРДИОЛОГИЯ

56. ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У ПАЦИЕНТКИ С СИНДРОМОМ ХАЙДА

Воробьев Е.А., Орлова С.А.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Вступление. Представлено описание клинического случая пациентки с критическим стенозом аортального клапана и рецидивирующими желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК) вследствие ангиодисплазии и приобретенного синдрома фон Виллебранда 2А типа, который характеризуется наличием качественного дефекта фактора фон Виллебранда (vWF) со снижением vWF-зависимой адгезии тромбоцитов и изолированным дефицитом высокомолекулярных мультимеров vWF (синдром Хайда).

Описание клинического случая. Пациентка 85 лет поступила в терапевтическое отделение ПСПбГМУ имени академика И.П.Павлова с симптомами левожелудочковой сердечной недостаточности, головокружением в ортостазе. В анамнезе с 57 лет артериальная гипертензия, течение без кризов, максимальные цифры АД 170/100 мм рт ст, на фоне регулярной антигипертензивной терапии в течение многих лет значения АД на целевом уровне, без тенденции к выраженной гипотонии. Длительная гиперхолестеринемия, статины не получала. С 83 лет отметила постепенное появление признаков умеренной левожелудочковой сердечной недостаточности. Последний осмотр терапевта в поликлинике по месту жительства в 2017 г, диагноз – гипертоническая болезнь, ИБС, хронический бронхит. Постепенно присоединилось головокружение в ортостазе, синкопе отрицает. Одышка сохранялась, без выраженного прогрессирования. 07 февраля 2019 года на фоне относительного благополучия появление приступообразного сухого кашля в течение 2-3 часов, на этом фоне дважды без предшествующей тошноты и болей в животе обильная рвота со сгустками крови вишневого цвета, без признаков «кофейной гущи», а через 2 часа – появление скудного количества алой крови из анального прохода. Госпитализирована в дежурный хирургический стационар города, выявлено снижение гемоглобина до 86 гл. Показатели коагулограммы в пределах нормальных значений. По результатам фиброгастроуденоскопии выявлен очагово-атрофический гастрит, источник ЖКК не выявлен, признаков продолжающегося кровотечения нет. Фиброколоноскопия не выполнялась. Выписана с диагнозом: состояние после состоявшегося ЖКК, гипохромная анемия средней степени тяжести. Через 2 недели после выписки рецидив симптомов ЖКК, появление приступообразного кашля. Госпитализирована в приемное отделение ПСПбГМУ им акад. И.П.Павлова. При обследовании в клиническом анализе крови выявлено снижение гемоглобина до 72 г/л. Комплексно обследована в стационаре, включая визуальные методы исследования желудка и толстого кишечника. Явных источников ЖКК по результатам обследования не выявлено. При физикальном осмотре, а затем инструментально впервые диагностирован порок сердца – критический стеноз аортального клапана (АК). При ЭХОКГ створки АК значительно кальцинированы, раскрытие их ограничено; максимальный градиент давления на АК (dPmax) 109.83 мм.рт.ст. (норма не более 17-18 мм.рт.ст); расчетная площадь открытия АК (AVA VTI) 0.5 см². Анализируя имеющиеся клинические данные в совокупности с данными литературы, высказано предположение о развитии у пациентки синдрома Хайда, характеризующегося развитием ангиодисплазий, локализованных на всем протяжении ЖКТ, в сочетании с нарушением коагуляции вследствие приобретенного синдрома фон Виллебранда 2А типа на фоне аортального стеноза. С учетом выраженности стеноза АК определены показания к хирургическому лечению порока сердца, а именно к транскатетерной имплантации аортального клапана, что было выполнено. Спустя 6 месяцев динамического наблюдения после операции состояние пациентки оставалось удовлетворительным. Явления сердечной недостаточности уменьшились. Рецидивов ЖКК не было. Уровень гемоглобина стабилен.

Обсуждение. Развитие повторных массивных ЖКК у пожилой пациентки с критическим аортальным стенозом без выявления явного источника, прежде всего, заставляет думать о васкулопатии и коагулопатии как о возможной причине кровотечения, и не противоречит представлению о синдроме Хайда.

Заключение. Сложность выявления источника ЖКК, отсутствие анализа имеющихся симптомов с точки зрения их патогенеза, затрудняют диагностику данного заболевания. Оперативное лечение порока сердца является эффективным не только в отношении кардиальной патологии, но и предотвращает рецидивы ЖКК.

57. ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Саламов Г.В.¹, Хохлунов С.М.¹, Кислухин Т.В.¹, Титов А.Л.¹, Патрикеева А.А.¹, Новоселова К.А.²

¹ГБУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер», Самара, Россия

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии», Ростов-на-Дону, Россия

Цель. Атеросклеротическое поражение ствола левой коронарной артерии (ЛКА) выявляется у 11-12% пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и является серьезным поражением коронарного русла. В настоящее время эндоваскулярная техника оперативного вмешательства на стволе ЛКА – высокоэффективный метод реваскуляризации миокарда, который продемонстрировал хорошие результаты в ближайшем и отдаленном периоде, однако до сих пор остается ряд актуальных вопросов, затрагивающих классификацию бифуркационных поражений, результатов и выбора стратегии ЧКВ при том или ином бифуркационном поражении ствола ЛКА. Цель исследования – оценить ранние результаты ЧКВ при поражении ствола ЛКА у пациентов со стабильной стенокардией напряжения (ССН).

Методы. В период с 2017 по 2021 год на базе отделения РХМДиЛ СОККД им. В.П. Полякова (г. Самара) было выполнено 109 ЧКВ (n=109) пациентам с поражением ствола ЛКА и с диагнозом ССН. Проведен ретроспективный анализ ранних результатов в группе больных со ССН при различных вариантах бифуркационного поражения и методик выполнения ЧКВ. При анализе данных учитывалось множество факторов. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета программ Statsoft Statistica V 8.0-10.0 (США) с использованием параметрических и непараметрических критериев (Манна-Уитни, Стьюдента).

Результаты. Всего в группе ССН зафиксировано 76,1% мужчин и 23,9% женщин. Медиана возраста составила 60 лет (СІ95% 57,75-61,24). Медиана показателя шкалы Syntax Score – 17,5 (СІ95% 15,24 – 19,63). Пациенты с «незащищенным» стволом ЛКА превалировали над «защищенным» – 89 (81,6%) против 20 (18,4%). «Истинные» бифуркационные поражения зафиксированы у 13 больных, к «сложным» поражениям были отнесены 4 пациента, остальные 96 – к «простым» поражениям ствола ЛКА. Provisional – стентирование с финальной крисинг-пластикой (ФКП) или с «POT-side-POT» было выполнено 68 больным. Двустентовая стратегия ЧКВ использовалась у 14 пациентов: ТАР-стентирование в 21,5%, Cullotte – стентирование в 71,4% и mini-Crush стентирование в 7,1%. Линейное стентирование в проекции бифуркации ствола ЛКА с обязательной проксимальной оптимизацией было выполнено 26 больным. Радикальная реваскуляризация, как результат оперативного вмешательства, была достигнута в 68,8% случаев, условно-радикальная в 20,2% и паллиативная в 10,1%. Всего лишь 3 пациента (2,7%) имели различные ранние осложнения, в том числе 1 больной с осложнением, связанным с техническими

«Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы»

особенностями выполнения ЧКВ (экстравазальное скопление контрастного вещества после ФКП). Летальный исход зафиксирован у 1 пациента, что составило 0,9%. Медиана продолжительности оперативного вмешательства – 44 минуты (СІ95% 44,03 – 67,13). Среднее количество имплантированных коронарных стентов (преимущественно DES) на одного пациента – $1,45 \pm 0,69$ (δ).

Выводы. Ранняя общая летальность и доля интраоперационных осложнений, связанных с техническими особенностями выполнения ЧКВ при поражении ствола ЛКА в группе пациентов со ССН ниже среднего показателя в общем объеме эндоваскулярных вмешательств на коронарных артериях. Требуется дальнейшая оценка отдаленных результатов ЧКВ при поражении ствола ЛКА у больных со ССН.