



Российское
кардиологическое
общество



Министерство
здравоохранения
Самарской области



Самарский
государственный
медицинский
университет

СОАВ
Самарская Областная
Ассоциация Врачей
Самарская областная
ассоциация врачей



САМАРСКИЙ
ОБЛАСТНОЙ
КЛИНИЧЕСКИЙ
КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ
ДИСПАНСЕР

6-Я ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

ПРОТИВОРЕЧИЯ СОВРЕМЕННОЙ КАРДИОЛОГИИ:

«СПОРНЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ»



ТЕЗИСЫ

10-11 ноября 2017 г.

САМАРА



ТЕХНИЧЕСКИЙ ОРГАНИЗАТОР:

MICE Partner
MEETINGS INCENTIVES CONFERENCES EVENTS

Материалы VI Всероссийской конференции «Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы» (10-11 ноября 2017 года). - Самара, 2017. – 148 с.

УДК: 616.12-008+616.12-089

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

Содержание

РАЗДЕЛ I. ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Ассоциация параметров клинического и амбулаторного артериального давления с длительностью терапии программным гемодиализом.....13
Труханова М. А., Манухина Н. В., Дорошенко Д. А., Виллевальде С. В., Кобалава Ж. Д.
2. Параметры клинического и амбулаторного артериального давления ассоциированы с этиологией терминальной почечной недостаточности.....14
Труханова М. А., Манухина Н. В., Дорошенко Д. А., Виллевальде С. В., Кобалава С. В.
3. Скорость распространения пульсовой волны ассоциирована с параметрами амбулаторного артериального давления у пациентов с терминальной почечной недостаточностью.....15
Труханова М. А., Манухина Н. В., Дорошенко Д. А., Виллевальде С. В., Кобалава Ж. Д.
4. Параметры периферического артериального давления и скорости пульсовой волны ассоциированы с кальцинозом клапанов сердца у пациентов на программном гемодиализе.....16
Труханова М. А., Манухина Н. В., Дорошенко Д. А., Виллевалде С. В., Кобалава Ж. Д.
5. Новые возможности стратификации сердечно-сосудистого риска у больных гипертонической болезнью.....17
Губарева Е. Ю., Крюков Н. Н., Губарева И. В., Тюрина И. А., Горбачевская С. Н.
6. Нарушения липидного обмена у мужчин трудоспособного возраста с отягощенным семейным анамнезом по артериальной гипертонии.....17
Габерман О. Е.
7. Определение содержания карбонилированных белков у пациентов артериальной гипертонией в сочетании с дислипидемией.....18
Котова Ю. А., Зуйкова А. А., Красноруцкая О. Н., Алферова Е. Н.
8. Характеристика фенотипов артериального давления при ревматоидном артрите.....19
Вельмакин С. В., Троицкая Е. А., Карапетян Л. В., Виллевальде С. В., Кобалава Ж. Д.
9. Предикторы отсутствия сна в ночное время при ревматоидном артрите.....20
Вельмакин С. В., Троицкая Е. А., Карапетян Л. В., Виллевальде С. В., Кобалава Ж. Д.
10. Женщины и артериальная гипертония: распространенность, связь с психосоциальными факторами в женской популяции 25-64 лет (эпидемиологическое исследование на основе программы воз «topica-психосоциальная»).....21
Крымов Э. А., Гафаров В. В., Громова Е. А., Панов Д. О., Гагулин И. В., Гафаров А. В.

11. Проблема артериальной гипертензии во время занятий спортом у лиц среднего и пожилого возраста.....	22
<i>Царева М. О., Шварц Ю. Г.</i>	
12. Клинические ассоциации маркеров хронической болезни почек у пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом.....	23
<i>Кулаков В. В., Виллевальде С. В., Кобалава Ж. Д.</i>	
13. Влияние комбинаций азилсартана медоксомила с хлорталидоном или индапамидом на параметры артериального давления у пациентов с артериальной гипертензией.....	24
<i>Кулаков В. В., Виллевальде С. В., Кобалава Ж. Д.</i>	
14. Жесткость сосудистой стенки у пациентов с артериальной гипертензией различных возрастных групп.....	26
<i>Рубаненко А. О., Орехова А. С., Дьячков В. А.</i>	
15. Особенности микроциркуляции у пациентов с гипертонической болезнью.....	27
<i>Бакшеев М. Г., Давыдкин И. Л., Кириченко Н. А., Рубаненко А. О.</i>	
16. Женщины и артериальная гипертензия: распространенность, связь с психосоциальными факторами в женской популяции 25-64 лет (эпидемиологическое исследование на основе программы воз «topica-психосоциальная»).....	27
<i>Гафаров В.В., Панов Д.О., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В., Крымов Э.А.</i>	
17. Комплексная терапия сладж-синдрома у пациентов с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом.....	31
<i>Миронова Е. Д.</i>	
18. Вклад катестатина в формирование сердечно-сосудистого риска у больных гипертонической болезнью.....	32
<i>Крюков Н. Н., Губарева И. В., Губарева Е. Ю., Желтякова О. В., Тюрина И. А., Ундерович Ю. В.</i>	
19. Феохромоцитомы и альдостеромы надпочечников: современные методы диагностики и лечения.....	33
<i>Абдулгасанов Р.А., Гасымов Э.Г., Провоторова Ю.Р., Абдулгасанова М.Р., Кузнецова Е.В., Иванов А.В., Магомедьяев М.Д., Мансимов Р.М.</i>	
20. Методы скрининга и лечения вторичных (симптоматических) артериальных гипертензий.....	34
<i>Абдулгасанова М.Р., Провоторова Ю.Р., Абдулгасанов Р.А., Гасымов Э.Г., Кузнецова Е.В., Магомедьяев М.Д., Мусаев О.Г., Мансимов Р.М.</i>	
21. Паренхиматозные (нефрогенные) артериальные гипертензии: методы диагностики и лечение.....	34
<i>Абдулгасанова М.Р., Провоторова Ю.Р., Абдулгасанов Р.А., Гасымов Э.Г., Кузнецова Е.В., Магомедьяев М.Д., Мансимов Р.М., Мусаев О.Г.</i>	
22. Вазоренальная артериальная гипертензия у пациентов с повышенным артериальным давлением.....	35
<i>Абдулгасанова М.Р., Провоторова Ю.Р., Абдулгасанов Р.А., Гасымов Э.Г., Кузнецова Е.В., Магомедьяев М.Д., Мансимов Р.М., Мусаев О.Г.</i>	

23. Артериальные гипертензии при гипоплазии и аортоартериитах.....	36
<i>Абдулгасанова М.Р., Провоторова Ю.Р., Абдулгасанов Р.А., Гасымов Э.Г., Кузнецова Е.В., Иванов А.В., Магомедьяев М.Д., Мансимов Р.М</i>	

РАЗДЕЛ II. ПРОБЛЕМЫ ГЕМОСТАЗИОЛОГИИ

24. Средний объем тромбоцитов – новый маркер сердечно-сосудистого риска?.....	37
<i>Бродовская Т. О.</i>	
25. Возможности лабораторного контроля антиагрегантной терапии у больных с генерализованным атеросклерозом.....	38
<i>Сироткина О.В., Суринт Н.А., Топанова А.А., Вавилова Т.В.</i>	
26. Перспективы недалекого будущего – новые маркеры активации тромбоцитов.....	39
<i>Сироткина О.В., Кищенко В.В., Кондратов К.А., Федоров А.В., Вавилова Т.В.</i>	
27. Коррекция плазменного гемостаза у больных с атеросклерозом – миф или реальность.....	40
<i>Вавилова Т.В., Мельничникова О.С., Юдина В.А.</i>	

РАЗДЕЛ III. ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

28. Взаимосвязь общего цинка с липидным профилем у пациентов с хроническими формами ишемической болезни сердца в условиях окислительного стресса.....	41
<i>Котова Ю. А., Зуйкова А. А., Алферова Е. Н., Страхова Н. В., Шевцова В. И.</i>	
29. Вклад иммуновоспалительных реакций и дисфункция эндотелия в прогрессировании ишемической болезни сердца.....	43
<i>Закирова Н. Э., Закирова А. Н.</i>	
30. Влияние эмпаглифлозина на контроль гликемии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа в сочетании с ишемической болезнью сердца перед плановым чрескожным коронарным вмешательством.....	44
<i>Хорлампенко А.А., Игнатова Ю.С., Кочергина А.М.</i>	
31. Нарушения углеводного обмена у пациентов с ишемической болезнью сердца и показаниями к плановому эндоваскулярному вмешательству.....	45
<i>Игнатова Ю. С., Кочергина А. М., Хорлампенко А. А., Дылева Ю.А.</i>	
32. Тройные комбинации антиангинальных препаратов в лечении больных со стабильной стенокардией напряжения.....	47
<i>Смоленская Н.В., Канорский С.Г.</i>	
33. Возможности мультиспиральной компьютерной томографии коронарных артерий в диагностике ибс.....	49
<i>Качковский М.А., Шуркин И.И., Кузьмина Т.М.</i>	
34. Синдром раннего сосудистого старения у больных ишемической болезнью сердца молодого и среднего возраста.....	50
<i>Останина Ю.О.</i>	
35. Нарушения перцепции боли и микроваскулярные расстройства при микрососудистой стенокардии.....	52
<i>Петрова В. Б., Болдуева С. А.</i>	

36. Взаимосвязь измененного резерва эндотелийзависимой вазодилатации и психологического статуса у больных с микрососудистой стенокардией.....53
Петрова В. Б., Болдуева С. А.

РАЗДЕЛ IV. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

37. Риск сердечно-сосудистых осложнений при внесердечных оперативных вмешательствах: шкалы клинической оценки.....55
Давыдова Н. А., Аюпов А. М., Чернышев А. В.

38. Оценка риска геморрагических осложнений у пациентов, подвергшихся коронарному шунтированию на фоне пролонгированной аспириротерапии.....56
Кривошапова К. Е., Груздева О. В., Барбараиш О. Л.

39. Отечественные антимикробные сосудистые протезы (эксплантаты) и заплаты «басэкс» в кардиоангиохирургии.....57
Абдулгасанов Р.А., Гасымов Э.Г., Алишибая М.М., Абдулгасанова М.Р., Провоторова Ю.Р., Мансимов Р.М., Мусаев О.Г., Магомедьяев М.Д.

40. Результаты реконструкций аорто-бедренного сегмента при применении различных протезов.....58
Иванов А.В., Абдулгасанов Р.А., Провоторова Ю.Р., Абдулгасанова М.Р., Гасымов Э.Г., Магомедьяев М.Д., Мансимов Р.М., Мусаев О.Г.

41. Хирургическое лечение вертебробазиллярной недостаточности.....59
Абдулгасанова М.Р., Провоторова Ю.Р., Абдулгасанов Р.А., Дарвиш Н.А., Озолинъш А.А., Гасымов Э.Г., Кузнецова Е.В., Магомедьяев М.Д.

42. Лечение больных со стенозом и контрлатеральной окклюзией внутренних сонных артерий и поражениями коронарных артерий.....59
Абдулгасанова М. Р., Гветадзе И. А., Абдулгасанов Р.А., Дарвиш Н. А., Озолинъш А. А., Гасымов Э.Г., Есенева М. Ф., Магомедьяев М.Д.

43. Хирургическое лечение тандем-стенозов брахиоцефальных артерий.....60
Абдулгасанова М. Р., Дарвиш Н. А., Абдулгасанов Р. А., Провоторова Ю.Р., Гасымов Э.Г., Есенева М. Ф., Магомедьяев М.Д., Мансимов Р.М.

РАЗДЕЛ V. ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ И ИНФАРКТ МИОКАРДА

44. Преимущество к лекарственной терапии у больных острым инфарктом миокарда (фрагмент исследования роксим-уз).....61
Нагаева Г. А.

45. Структура диагнозов при поступлении и при выписке из стационара у больных с острой коронарной патологией (данные регистра роксим-уз).....62
Мамутов Р. Ш., Нагаева Г. А., Мун О. Р.

46. Госпитальная летальность от острого коронарного синдрома / острого инфаркта миокарда и её вероятные причины.....63
Нагаева Г. А., Мамутов Р. Ш.

47. Вариабельность сердечного ритма и потенциальный риск развития осложнений госпитального периода у возрастных пациентов, перенесших ангиостентирование на фоне острого коронарного синдрома.....64
Есина О. П., Есин С. Г., Носов В. П., Королева Л. Ю., Ковалева Г. В.
48. Результаты фармакоинвазивной реваскуляризации первичного чкв у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента st.....65
Осадчий И.А., Рагозина Е.Ю.
49. Оценка информированности пациентов с инфарктом миокарда.....66
Седых Д. Ю., Вегнер Е. А., Велиева Р. М., Каиталап В. В., Петров Г. П.
50. Измерение пикового уровня сердечного тропонина i при инфаркте миокарда с подъемом сегмента st, как способ оценки объема необратимо поврежденного миокарда в эпоху реперфузии.....67
Фролов А.А.
51. Вариабельность сердечного ритма и потенциальный риск развития осложнений госпитального периода у возрастных пациентов, перенесших ангиостентирование на фоне острого коронарного синдрома.....68
Есина О.П., Есин С.Г., Носов В.П., Королева Л.Ю., Ковалева Г.В.
52. Связь желудочковых эктопий со степенью атеросклеротического поражения коронарного русла при постинфарктном кардиосклерозе.....69
Карпова И. С., Суджаева О. А., Ильина Т. В., Русак Т. В., Кошлатая О. В.
53. К вопросу о поражении коронарных артерий при безболевого ишемии миокарда (данные коронароангиографии).....70
Абдрахманова А. И., Абдульянов И. В., Горнаева Л. И., Ослопова Ю. В.
54. Полиморфизм rs776746 в гене сур3а5 как возможный предиктор клинической эффективности бисопролола у пациентов, перенесших острый коронарный синдром.....71
Шумков В.А., Загородникова К.А.
55. Результаты фармакоинвазивной реваскуляризации первичного чкв у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента st.....72
Осадчий И.А., Рагозина Е.Ю.

РАЗДЕЛ VI. GERONTOLOGIA В KAPДИOЛОГИИ

56. Влияние сахарного диабета на течение острого коронарного синдрома у пациентов пожилого возраста в реальной клинической практике.....73
Мукинова М. Д.
57. Особенности пожилых пациентов с острым коронарным синдромом.....75
Туякова Э. Ж., Кузнецова К. В., Колесникова А. Г.
58. Гиперурикемия и сердечно-сосудистые заболевания в старческом возрасте.....76
Тополянская С. В., Вакуленко О. Н., Елисева Т. А., Балясникова Н. А., Калинин Г. А., Купина Л. М., Дворецкий Л. И.

59. Особенности липидного профиля у больных ибс старческого возраста.....77
Тополянская С. В., Вакуленко О. Н., Елисеева Т. А., Балясникова Н. А., Калинин Г. А., Купина Л. М., Дворецкий Л. И.

60. Гендерные особенности поражения сердечно-сосудистой системы у пациентов старческого возраста.....78
Васильева И.Н., Миронова Е.Д.

РАЗДЕЛ VII. ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

61. Прогностическое значение биомаркеров миокардиального стресса и фиброза у пациентов с сердечной недостаточностью, перенесших инфаркт миокарда.....81
Шиляева Н. В., Слатова Л. Н., Шукин Ю. В.

62. Первый опыт применения катетерной денервации почечных артерий в лечении хронической сердечной недостаточности.....82
Троянова-Щуцкая Т. А., Курлянская Е. К., Гончарик Д. Б., Денисевич Т. Л., Осмоловская Т. В., Зотова О. В., Гребенюк И. А.

63. Комбинированная терапия аторвастатина и омега – 3 полиненасыщенных жирных кислот в первичной профилактике послеоперационной фибрилляции предсердий.....83
Рубаненко О. А.

64. Эффективность ресинхронизирующей терапии в лечении хронической сердечной недостаточности с постоянной формой фибрилляции предсердий.....84
Троянова-Щуцкая Т. А., Курлянская Е. К., Гончарик Д. Б., Часнойть А. Р.

65. Особенности ремоделирования левого желудочка при хронической сердечной недостаточности ишемического генеза.....85
Закирова Н. Э., Низамова Д. Ф., Закирова А. Н.

66. Влияние инсулиноподобного фактора роста-1 на ремоделирование левого желудочка у пациентов с хронической сердечной недостаточностью ишемического генеза.....86
Закирова Н. Э., Закирова А. Н., Низамова Д. Ф.

67. Острое повреждение почек и динамика интервала qt при острой декомпенсации хронической сердечной недостаточности.....87
Ларионова Н.В., Шутов А.М., Ефремова Е.В., Мензоров М.В.

68. Особенности динамики содержания мозгового натрийуретического пептида крови у пациентов с острой декомпенсацией сердечной недостаточности и промежуточной фракцией выброса.....88
Скородумова Е.Г., Костенко В.А., Скородумова Е.А., Сиверина А.В., Соловьев М.В., Рысев А.В.

69. Лечение хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса левого желудочка на фоне гипертонической болезни: сравнение верапамила и амлодипина.....89
Середа А.Ф., Канорский С.Г.

70. Параметры тредмилотметрии, теста с 6-минутной ходьбой и пробы сердечно-дыхательного синхронизма у пациентов с диастолической сердечной недостаточностью на фоне терапии карведилолом и квинаприлом.....91
Хилькевич П. В., Трегубов В. Г., Шубитидзе И. З., Калашник О. А.

71. Лечение хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса левого желудочка: урежение ритма сердца целесообразно?.....92
Борисенко Ю.В., Канорский С.Г.

РАЗДЕЛ VIII. НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ

72. The effect of cyp2c9 and vkorc1 genetic polymorphisms on warfarin dosing in patients with atrial fibrillation.....94
Rubanenko A. O., Shchukin Y. V.

73. Контроль сердечного ритма против контроля частоты сердечных сокращений при фибрилляции предсердий у лиц пожилого и старческого возраста.....94
Телегина А. А., Задворьев С. Ф., Яковлев А. А., Филиппов А. Е., Обрезан А. Г.

74. Impact of reduced tricuspid annular plane systolic excursion on outcome after ablation of atrial fibrillation with second-generation cryo-balloon.....95
A. Berkowitsch, E. Akkaya, S. Zaltsberg, A. Hain, M. Rechner, N. Deubner, H. Greiss, C. W. Hamm, T. Neumann & M. Kuniss

75. Контроль качества лечебных мероприятий у больных с нарушением сердечного ритма в амбулаторной практике.....96
Зинатуллина Д.С., Садреева С.Х., Назаркина И.М

РАЗДЕЛ IX. НЕКОРОНАРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

76. Ассоциация кальциноза клапанов сердца с параметрами амбулаторного диастолического артериального давления у пациентов с терминальной почечной недостаточностью97
Труханова М. А., Манухина Н. В., Дорошенко Д. А., Виллевальде С. В., Кобалава Ж. Д.

77. Быстропрогрессирующее течение сердечной недостаточности у пациентов с ламиновым генотипом дилатационной ардиомиопатии.....99
Курушко Т. В., Вайханская Т. Г., Сивицкая Л. Н., Даниленко Н. Г., Булгак А. Г.

78. Ламинопатии и мышечные дистрофии в практике кардиолога.....100
Вайханская Т. Г., Курушко Т. В., Сивицкая Л. Н., Даниленко Н. Г., Давыденко О. Г.

79. Приверженность к терапии у пациентов с тромбоэмболией легочной артерии на амбулаторном этапе.....101
Лексина А. А., Гниломедова Д. А., Черепанова Н. А., Муллова И. С., Дупляков Д. В.

РАЗДЕЛ X. ЭХОКАРДИОГРАФИЯ

80. Продольная функция миокарда при бронхообструктивной патологии.....102
Даушева А.Х., Лебедев П.А.

81. Морфофункциональные изменения левых отделов сердца при бронхиальной астме.....103
Даушева А.Х.

82. Влияние карведилола и квинаприла на параметры эхокардиографии у пациентов с диастолической сердечной недостаточностью.....104
Хилькевич П. В., Шубитидзе И. З., Трегубов В. Г., Корецкая Л. М.
83. Параметры эхокардиографии и пробы сердечно-дыхательного синхронизма у пациентов с диастолической сердечной недостаточностью на фоне терапии бисопрололом и квинаприлом.....105
Хилькевич П. В., Шубитидзе И. З., Трегубов В. Г., Корецкая Л. М.
84. Связь фиброза миокарда с эхокардиографическими показателями через 12 месяцев после инфаркта миокарда с сохраненной фракцией выброса левого желудочка.....106
Герман А. И., Капиталап В. В., Печерина Т. Б., Коков А. Н., Федорова Н. В., Барбараиш О. Л.
- РАЗДЕЛ XI. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ**
85. Синдром такоцубо («синдром разбитого сердца») у женщины 48 лет.....107
Давыдова Н. А., Чернышев А. В., Максимова Л. Н.
86. Синдром такоцубо, вызванный проведением нагрузочной пробы (клинический случай).....108
Абдрахманова А. И., Сайфуллина Г. Б., Калимуллина Г. Х., Стекольников Н. Ю., Ослопова Ю. В.
87. Редкая мультисистемная патология - болезнь данона в практике кардиолога.....109
Вайханская Т. Г., Сивицкая Л. Н., Даниленко Н. Г., Курушко Т. В., Давыденко О. Г.
88. Оперативное лечение семейного случая вторичного инфекционного эндокардита на фоне миксоматозной дегенерации митрального клапана.....110
Стомпель Д. Р., Буданова В. А.
89. Клинический случай экссудативного перикардита вследствие проникающего колото-резаного ранения грудной клетки слева с повреждением левого желудочка сердца.....111
Тюрина И. А., Горбачевская С. Н., Перова Н. М., Крюков Н. Н., Губарева И. В., Губарева Е. Ю.
90. Феномен фредерика у пациента старше 50 лет.....112
Петрова М. Н., Пальшина А. М., Слепцов А. П., Кулаковская Ю. А., Дмитриева Н. Г., Никаноров В. Н.
91. Пациент с «чугунным» цианозом в отделении кардиологической реанимации. Клинический случай.....114
Джисоева О. Н., Орлов Д. О., Юдин А. А., Давыдовский В. И.
92. Аритмогенная дисплазия правого желудочка.....115
Дамрина Е. В., Климчук Д. О., Илов Н. Н., Энгиноев С. Т.
93. Дилатационная кардиомиопатия.....116
Моряков С. Ю.
94. Пациент с низкой фракцией выброса левого желудочка.....117
Пальникова О. В., Илов Н. Н., Нечепуренко А. А.

95. Случай нетипичной локализации миксомы в полости сердца.....119
Долгинина С. И., Щербакова Л. А., Кузнецов Д. В., Михайлов К. М.
96. Пациент с низкой фракцией выброса левого желудочка: чем может помочь аритмолог?.....120
Пальникова О.В., Илов Н.Н., Нечепуренко А.А.

РАЗДЕЛ XII. КАРДИОНЕВРОЛОГИЯ

97. Каротидный атеросклероз и некоторые показатели липидограммы.....121
*Вахмистрова Т. К., Баталина М. В., Шабанова О. В., Яковлева В. В.,
Вахмистрова А. В.*
98. Хроническая болезнь почек и хроническая сердечная недостаточность –
основные факторы риска острого повреждения почек у больных с инсультом.....122
Гердт А.М., Шутков А.М., Кабузов М.В., Самсонова А.Ю., Коротков М.Г.
99. Анализ вариабельности ритма сердца в оценке вегетативного статуса
у пациентов с хронической ишемией головного мозга.....123
Васемазова Е.Н., Повереннова И.Е.
100. Необходимость создания отделений синкопальных состояний.....125
Коковихина К.С., Воронцова С.А., Дупляков Д.В.

РАЗДЕЛ XIII. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В КАРДИОЛОГИИ И КАРДИОХИРУРГИИ

101. Роль медицинской сестры в лечении, реабилитации и вторичной
профилактике острого инфаркта миокарда.....126
Брысенкова Т. И.
102. Аортокоронарное шунтирование. Роль медицинской сестры в уходе
за пациентами в раннем послеоперационном периоде.....127
Мердеева Р. А.
103. Современные аспекты деятельности медицинской сестры-анестезиста
при проведении искусственного кровообращения.....128
Мингалеева С.В.
104. Особенности организации работы кардиологического отделения
в urgentном хирургическом стационаре.....128
Поминова М. А., Скуратова М.А., Кичатова Е.Ю.
105. Психологические особенности организации работы с пациентами
кардиологического профиля.....131
Гефель А.О., Кичатова Е.Ю.

РАЗДЕЛ XIV. НАШЕ БУДУЩЕЕ - СТУДЕНЧЕСКИЕ РАБОТЫ

106. Оценка тревоги и депрессии во взаимосвязи с факторами сердечно-сосудистого
риска среди учащейся молодежи.....132
Кулёва А.А., Веселковский В. А., Кулешов Б.А., Гаврилова Е.С., Яшина Л.М.
107. Гипотиреоз и сахарный диабет 2 типа как предикторы развития острого
коронарного синдрома в дебюте ишемической болезни сердца.....133
Данилова К.С.

108. Гендерные аспекты комплаентности больных, перенесших острый коронарный синдром.....	134
<i>Кокина А.Г., Богачёв Р.С.</i>	
109. Различия жесткости артериальной стенки у мужчин и женщин с артериальной гипертензией.....	135
<i>Баятина Д.А., Квасников А.М., Мурашко Н.А.</i>	
110. Особенности острого коронарного синдрома у женщин.....	136
<i>Федюнина В. А., Баталин В. А.</i>	
111. Приверженность к терапии у пациентов с тромбоэмболией легочной артерии на амбулаторном этапе.....	137
<i>Гниломедова Д. А., Лексина А. А., Черепанова Н. А., Муллова И. С., Дупляков Д. В.</i>	
РАЗДЕЛ XV. РАЗНОЕ	
112. Age-related clinical features and some psychological characteristics in cancer patients with cardiovascular pathology.....	138
<i>Vologdina I. V., Poroshina E. G., Pestereva E. V.</i>	
113. Центральная и периферическая гемодинамика у детей с врожденными пороками сердца.....	139
<i>Кислухин В. В.</i>	
114. Поведенческие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний среди жителей горной шории: динамика и особенности проявления.....	140
<i>Цыганкова Д. П., Мулерова Т. А., Огарков М. Ю., Саарела Е. Ю., Казачек Я. В., Барбараи О. Л.</i>	
115. Структура и динамика смертности населения в новосибирской области.....	141
<i>Тимощенко О. В.</i>	
116. Динамика смертности населения от всех причин в новосибирской области.....	142
<i>Тимощенко О. В.</i>	
117. Сравнительный анализ уровня физической активности населения двух городов – якутска (рф) и вancouver (канада).....	143
<i>Петрова М. Н., Гоголева С. П., Неустроева М. Г.</i>	
118. Оценка изменений кровообращения при проведении гравитационной терапии.....	144
<i>Рябов А. Е., Акулов С. А., Федотов А. А., Яшков А. В., Егорова Е. В., Кулагин Е. С.</i>	
119. Качество оказания скорой медицинской помощи больным с сердечно-сосудистой патологией.....	145
<i>Садреева С.Х., Зинатуллина Д.С.</i>	
120. Оценка тревоги и депрессии во взаимосвязи с факторами сердечно-сосудистого риска среди учащейся молодежи.....	146
<i>Кулёва А. А., Веселковский В. А., Кулешов Б. А.</i>	
121. Факторы сердечно-сосудистого риска и медико-образовательные технологии их коррекции у лиц молодого возраста.....	147
<i>Гаврилова Е. С., Яшина Л. М.</i>	

РАЗДЕЛ I. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ

1 АССОЦИАЦИЯ ПАРАМЕТРОВ КЛИНИЧЕСКОГО И АМБУЛАТОРНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ТЕРАПИИ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

Труханова М. А¹., Манухина Н. В¹., Дорошенко Д. А²., Виллевалде С. В¹.,
Кобалава Ж. Д¹.

¹РУДН, Москва, Россия,

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

Введение: При диагностике артериальной гипертензии (АГ) и оценке эффективности контроля АД у пациентов с терминальной почечной недостаточностью (ТПН) на программном гемодиализе (ПГ) измерение клинического АД следует дополнять амбулаторными методами измерения АД. Измеряемое в диализном центре АД до, во время и после сеанса ПГ может быть крайне изменчиво и зависеть от скорости и интенсивности ультрафильтрации.

Цель исследования: оценка параметров периферической гемодинамики в междиализный период и изучение их взаимосвязи с длительностью терапии ПГ.

Материалы и методы: У 68 пациентов с ТПН, получающих терапию программным гемодиализом (медиана возраста 58,3 лет, IQR 54,6; 61,6, мужчин 45%, АГ 94%, сахарный диабет 21%, гломерулонефрит 35%, пиелонефрит 25%, дисплазия почек 13%, мочекаменная болезнь 10%, стенокардия напряжения 27%, инфаркт миокарда 10%, сердечная недостаточность 28%, инсульт 7%) выполнено клиническое измерение АД в пред- и последиализный период и 44-час мониторинг АД в междиализный период. Все пациенты с АГ получали антигипертензивную терапию. Медиана длительности терапии гемодиализом составила 62,7 (47,8; 77) мес. В зависимости от длительности терапии гемодиализом пациенты были разделены на 3 группы: 3-48 мес (G1, N=37), 49-84 мес (G2, N=16), >84 мес (G3, N=15). Результаты оценены с использованием метода Манна-Уитни, различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты: При увеличении длительности терапии ПГ выявлено увеличение уровня клинического систолического АД (САД) перед сеансом диализа (144 [135; 153], (152 [135; 170]; (158 [139; 177] мм рт.ст. в группах 1, 2 и 3 соответственно, $p < 0,05$), после сеанса диализа (141 [131; 151]; (161 [145; 177]; (153 [137; 168] мм рт.ст.; $p < 0,05$ по сравнению с G1); 44-час САД (133 [121; 146]; 147 [134; 160], 145 [133; 157] мм рт.ст.; $p < 0,05$ по сравнению с G1); среднесуточного САД (140 [132; 149], 146 [131; 162], 148 [137; 160]; $p < 0,05$ по сравнению с G1). Средноночные уровни САД и амбулаторные показатели диастолического АД (ДАД) в зависимости от длительности терапии гемодиализом не отличались. При сравнении уровня САД в междиализные дни 1 и 2 выявлено нарастание уровня среднесуточного САД во всех группах пациентов, однако наиболее существенное – в группе пациентов с длительностью терапии ПГ >84 мес. В группе 1 среднесуточное САД увеличилось со 138 [129; 147] до 142 [133; 151] мм рт.ст., $p < 0,05$; в группе 2 – со 147 [134; 160] до 149 [134; 164] мм рт.ст. ($p > 0,05$), в G3 - со 145 [133; 157] до 156 [143; 169] мм рт.ст., $p < 0,05$. Возрастающее среднесуточное ДАД наблюдалось только в группе 3: с 82 [76; 88] до 85 [79; 92], $p < 0,05$.

Заключение: У пациентов с ТПН, по мере увеличения длительности лечения ПГ, наблюдается возрастание САД как при клиническом, так и амбулаторном измерении. Взаимосвязи уровней ДАД со стажем ПГ не обнаружено. Наибольшее увеличение среднесуточных значений САД и ДАД с первых до вторых суток междиализного периода наблюдалось у пациентов с длительностью терапии ПГ > 84 мес.

2 ПАРАМЕТРЫ КЛИНИЧЕСКОГО И АМБУЛАТОРНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ АССОЦИИРОВАНЫ С ЭТИОЛОГИЕЙ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Труханова М. А^{1.}, Манухина Н. В^{1.}, Дорошенко Д. А^{2.}, Виллевальде С. В^{1.}, Кобалава С. В^{1.}

¹РУДН, Москва, Россия,

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

Введение: Ведущими причинами развития терминальной почечной недостаточности (ТПН) являются артериальная гипертензия (АГ) и сахарный диабет. Контроль АГ остается важной стратегией снижения риска сердечно-сосудистых осложнений в этой популяции пациентов. При оценке эффективности контроля АД у пациентов на программном гемодиализе измерение клинического АД следует дополнять амбулаторными методами измерения АД.

Цель исследования: изучить взаимосвязи параметров клинического и амбулаторного АД с этиологией ТПН у пациентов на программном гемодиализе.

Материалы и методы: У 68 пациентов с ТПН, получающих заместительную почечную терапию программным гемодиализом (медиана возраста 58,3 лет, [IQR 54,6; 61,6], мужчин 45%, АГ 94%, сахарный диабет 21%, гломерулонефрит 35%, пиелонефрит 25%, дисплазия почек 13%, мочекаменная болезнь 10%, стенокардия напряжения 27%, инфаркт миокарда 10%, сердечная недостаточность 28%, инсульт 7%) выполнено клиническое измерение АД в пред- и последиализный период в диализном центре и 44-час мониторинг АД в междиализный период. Все пациенты с АГ получали антигипертензивную терапию. Медиана длительности терапии гемодиализом составила 62,7 [47,8; 77] мес. В зависимости от этиологии ТПН пациенты были разделены на 2 группы: в исходе эссенциальной АГ и/или сахарного диабета (N=22) и первичных почечных заболеваний (N=46). Результаты оценены с использованием метода Манна-Уитни, различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты: У пациентов с ТПН вследствие АГ и/или сахарного диабета выявлены более высокие уровни клинического систолического АД (САД) перед сеансом диализа (156 [143; 168] и 146 [136; 155] мм рт.ст); после сеанса диализа (154 [140; 169] и 146 [137; 155] мм рт.ст.); более низкие уровни клинического диастолического АД (ДАД) перед сеансом диализа (84 [76; 93] и 87 [82; 93] мм рт.ст.); после сеанса диализа (86 [77; 94] и 90 [84; 95] мм рт.ст.), $p < 0,05$ для всех сравнений. В этой группе также были обнаружены более высокие значения среднедневного САД (150 [139; 161] и 140 [133; 148] мм рт.ст.) и среднедневного ДАД (84 [79; 90] и 81 [76; 85] мм рт.ст.), индекса времени среднедневного САД (68 [49; 87] и 44 [32; 57] %) и ДАД (30 [13; 47] и 26 [15; 36] %), $p < 0,05$ для всех сравнений. В группе пациентов с ТПН вследствие АГ и/или сахарного диабета регистрировались более высокие значения средненочного САД (142 [130; 154] и 137 [129; 146] мм рт.ст., индекса времени САД (74 [54; 94] и 66 [52; 81] %), средненочного пульсового АД (65 [56; 74] и 60 [53,8; 65,6] мм рт.ст.), утреннего подъема АД (23 [16; 30] и 19 [15; 24] мм рт.ст., $p < 0,05$ по сравнению с G1), $p < 0,05$ для всех сравнений.

Выводы: У пациентов с ТПН вследствие АГ и/или сахарного диабета по сравнению с пациентами с ТПН в исходе первичных почечных заболеваний, наблюдаются более высокие уровни САД как при клиническом, так и амбулаторном измерении, в дневные и ночные часы, а также более высокие уровни пульсового АД.

3 СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ АССОЦИИРОВАНА С ПАРАМЕТРАМИ АМБУЛАТОРНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Труханова М. А¹., Манухина Н. В¹., Дорошенко Д. А²., Виллевалде С. В¹., Кобалава Ж. Д¹.

¹РУДН, Москва, Россия,

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

Введение: Пациенты с терминальной стадией почечной недостаточности (ТХПН) имеют высокий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Артериальная жесткость является одним из основных патогенетических предикторов развития артериальной гипертензии, гипертрофии миокарда левого желудочка и внезапной сердечной смерти.

Целью исследования: выявление ассоциаций параметров пульсовой волны и 44-часового мониторинга артериального давления (АД).

Материал и методы: У 68 пациентов с ТПН, получающих заместительную почечную терапию программным гемодиализом (медиана возраста 58,3 лет, IQR 54,6; 61,6, мужчин 45%, АГ 94%, сахарный диабет 21%, гломерулонефрит 35%, пиелонефрит 25%, дисплазия почек 13%, мочекаменная болезнь 10%, стенокардия напряжения 27%, инфаркт миокарда 10%, сердечная недостаточность 28%, инсульт 7%) выполнено клиническое измерение АД в пред- и последиализный период врачом в диализном центре и 44-час мониторинг АД в междиализный период. Мониторинг проводили в амбулаторных условиях при обычном режиме труда и отдыха. Манжета устанавливалась на свободную от артерио-венозной фистулы руку непосредственно после окончания сеанса гемодиализа. Все пациенты с АГ получали антигипертензивную терапию. Всем пациентам была выполнена аппланационная тонометрия. Медиана длительности терапии гемодиализом составила 62,7 (47,8; 77) мес. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты: Скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) ≥ 10 м/с выявлена у 16 (23,5%) пациентов и была сопряжена с большей длительностью программного гемодиализа (60 (36; 84) против 28 (11; 50,5) месяцев, $p < 0,05$), более высоким периферическим систолическим АД в течение 44-часового мониторинга ($148.1 \pm 24,8$ против $140.7 \pm 23,6$ мм рт.ст., $p < 0,05$); большим периферическим диастолическим АД (ДАД) в первые сутки ($85.7 \pm 15,2$ против $83.3 \pm 12,7$ мм рт.ст., $p < 0,05$) и в течение 44-часового периода (88 ± 12 против 78 ± 13 мм рт.ст., $p < 0,05$); большей частотой сердечных сокращений (ЧСС) в первый день ($78.7 \pm 7,5$ против $72.5 \pm 9,7$ уд/мин, $p < 0,05$) и в течение 44-часового периода ($74.7 \pm 13,0$ против $72 \pm 8,7$ уд/мин, $p < 0,05$), большую вариабельность САД во второй день (медиана $13.5 \pm 4,4$ против $13.1 \pm 4,1$ мм рт.ст., $p < 0,05$) и большую вариабельность среднего АД в течение всего 44-часового периода (медиана $12 \pm 3,9$ против $11 \pm 3,6$ мм рт.ст., $p < 0,05$).

Пациенты с СРПВ ≥ 10 м/с имели меньшую вариабельность дневного ДАД в течение 44-часового интервала (медиана 8,5; IQR 7;9 против 10; IQR 8;11 мм рт.ст., $p < 0,05$) и в первые сутки (медиана 8; IQR 8;9 против 9; IQR 8;10 мм рт.ст., $p < 0,01$).

Выводы: Пациенты с СРПВ ≥ 10 м/с имели большую продолжительность диализа, более высокие значения амбулаторного ДАД и большую ЧСС. Полученные данные могут иметь значение для дальнейшего изучения механизмов артериальной жесткости.

4 ПАРАМЕТРЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И СКОРОСТИ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ АССОЦИИРОВАНЫ С КАЛЬЦИНОЗОМ КЛАПАНОВ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Труханова М. А¹., Манухина Н. В¹., Дорошенко Д. А²., Виллевалде С. В¹., Кобалава Ж. Д¹.

¹РУДН, Москва, Россия,

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

Введение: Артериальная жесткость является маркером неблагоприятного сердечно-сосудистого прогноза. Взаимосвязь кальциноза клапанов сердца (КК) и артериальной ригидности у пациентов с терминальной почечной недостаточностью (ТПН) недостаточно изучена.

Цель исследования - оценить распространенность КК у пациентов с ТПН, получающих заместительную терапию программным гемодиализом, и ее взаимосвязь с клиническими данными и маркерами артериальной жесткости.

Материалы и методы: У 68 пациентов с ТПН, получающих заместительную почечную терапию программным гемодиализом (медиана возраста 58,3 лет, IQR 54,6; 61,6, мужчин 45%, АГ 94%, сахарный диабет 21%, гломерулонефрит 35%, пиелонефрит 25%, дисплазия почек 13%, мочекаменная болезнь 10%, стенокардия напряжения 27%, инфаркт миокарда 10%, сердечная недостаточность 28%, инсульт 7 была выполнена эхокардиография и аппланационная тонометрия: оценивали кальциноз митрального (МКК), аортального (АКК) или обоих клапанов одновременно и параметры артериальной жесткости и центральной пульсовой волны. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты: Кальциноз аортального, митрального и обоих клапанов был выявлен у 46 (67.6%), 34 (50%) и 33 (48.5%) пациентов соответственно. 20 (29%) пациентов не имели признаков КК. Пациенты с АКК по сравнению с отсутствием КК были старше (65.1 ± 9.5 против 41.4 ± 11.9 лет, $p < 0,001$), имели большую длительность гемодиализа (51 (8;252) против 21 (10;38) месяцев, $p < 0,01$), более низкое периферическое диастолическое артериальное давление (ДАД) (76 ± 17 против 84 ± 12 мм рт.ст., $p < 0,05$), более низкое центральное ДАД (75 ± 15 против 82 ± 11 мм рт.ст., $p < 0,05$), время распространения пульсовой волны (RWTT) (131 ± 17 против 137 ± 15 мс, $p < 0,05$). Пациенты с и без в МКК, были старше (67.8 ± 8.2 против 47.9 ± 13.5 лет, $p < 0,001$), имели большую длительность гемодиализа (51 (34;111) против 36 (14;57) месяцев, $p < 0,01$), большую скорость распространения пульсовой волны (10.1 ± 2.7 против 8.9 ± 3.5 м/с, $p < 0,05$), более низкое периферическое ДАД (73 ± 17 против 84 ± 14 мм рт.ст., $p < 0,01$), центральное ДАД (72 ± 13 против 83 ± 13 мм рт.ст., $p < 0,001$), RWTT (133 (120;130) против 135 (132;142) мс, $p < 0,05$) и более высокое центральное пульсовое давление (52 ± 13 против 45 ± 16 мм рт.ст., $p < 0,05$).

Выводы: Пациенты с ТПН, получающие заместительную терапию программным гемодиализом, характеризуются высокой распространенностью кальциноза клапанов сердца (71%). Пациенты с КК были старше, имели большую продолжительность терапии программным гемодиализом и более выраженную артериальную жесткость.

5 НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СТРАТИФИКАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Губарева Е. Ю.¹, Крюков Н. Н.¹, Губарева И. В.¹, Тюрина И. А.², Горбачевская С. Н.².

¹ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия,

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

Артериальное давление, холестерин, масса тела – факторы риска гипертонической болезни (ГБ), величина которых непостоянна, а другие факторы риска, такие как курение, употребление алкоголя, стресс не поддаются точному подсчету. Таким образом, оценка большинства факторов риска ГБ представляет существенную трудность, и поиск новых биологических маркеров, рутинное определение которых способствовало бы улучшению стратификации риска развития сердечно-сосудистых осложнений у больных ГБ, имеет диагностический и прогностический потенциал.

В течение последних десятилетий в патофизиологии сердечно-сосудистых заболеваний была признана центральная роль нейrogормонов. Хромогранин А (ХгА) - представитель семейства гликопротеинов гранинов, внеклеточная роль в функционировании организма которых положила начало новой концепции, рассматривающей их в качестве прогормонов.

Использование ХгА в кардиологии в последнее десятилетие набирает интерес, так как увеличенные концентрации этого маркера ассоциируются с риском ухудшения клинических симптомов и смертности у пациентов с острым коронарным синдромом и хронической сердечной недостаточностью. Новые клинические исследования демонстрируют взаимосвязь концентраций ХгА и его производных с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний: артериальной гипертензией, ожирением и сахарным диабетом.

Таким образом, ХгА имеет важное значение в стратификации сердечно-сосудистого риска у больных ГБ и должен быть рассмотрен новыми клиническими исследованиями.

6 НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С ОТЯГОЩЕННЫМ СЕМЕЙНЫМ АНАМНЕЗОМ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Габерман О. Е.

ГБУЗ «Самарская городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова», Самара, Россия

Актуальность. Липидные нарушения в крови и связанные с ними морфологические изменения артерий могут предшествовать появлению артериальной гипертензии (АГ) и влиять на ее развитие. Интерес представляет исследование состояния липидного обмена у мужчин трудоспособного возраста с артериальной гипертензией, имеющих наследственную отягощенность (НО) по АГ.

Цель исследования. Изучить состояние липидного обмена у мужчин трудоспособного возраста с артериальной гипертонией.

Материал и методы. Обследовано 102 пациента мужского пола, в возрасте 20-59 лет (средний возраст $47,5 \pm 8,8$ лет) с ГБ I-II стадии: из них 40 человек с АГ 1 степени (группа 1), 62 – с АГ 2 степени (группа 2). В контрольную группу вошли 24 здоровых исследуемых без АГ и НО по АГ. Все пациенты были обследованы в соответствии с обязательными диагностическими стандартами, рекомендованными ВНОК/МОАГ (2010). Критериями включения в исследование были: мужской пол, возраст 20-59 лет, согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: лица старше 59 лет, симптоматическая артериальная гипертония, гипертонический криз, наличие ишемической болезни сердца и других ассоциированных клинических состояний; острое нарушение мозгового кровообращения, гипертоническая болезнь III стадии; АГ III степени, сахарный диабет I и II типов, нарушения ритма сердца высоких градаций, хроническая сердечная недостаточность; хронические заболевания с функциональной недостаточностью органов и систем.

Обследование включало:

Клинические и инструментальные методы:

- Измерение артериального давления по методу Н.С. Короткова;
- Определение параметров липидного обмена: уровень общего холестерина (ОХС) $\geq 5,0$ ммоль/л; триглицеридов (ТГ) $\geq 1,7$ ммоль/л; липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) $\geq 3,0$ ммоль/л; липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) $\leq 1,0$ ммоль/л.
- Путем опроса выяснялся семейный анамнез ранних ССЗ (у мужчин моложе 55 лет, у женщин моложе 65 лет).

Результаты исследования. Наиболее высокие значения ОХС наблюдались у пациентов группы 2, что на 13,4% и на 24,8% выше по сравнению с группой 1 и контрольной группой соответственно. Повышенный уровень ОХС наблюдался у 32 % исследуемых в группе 1 и у 44% лиц из группы 2. Средний уровень ТГ крови в группе 2 был выше в 2,68 раза по сравнению с контрольной группой, в 1,6 раза – с группой 1 ($p < 0,05$). Средний уровень ХС ЛВП у пациентов группы 2 был ниже в 1,84 раза, у пациентов группы 1 – в 1,5 раза ($p < 0,05$), чем в группе контроля. Средний уровень ХС ЛНП в группе 2 был повышен у 28% пациентов, в группе 1 - у 16%, в контрольной группе этот показатель соответствовал норме.

Выводы. Выявлена взаимосвязь отягощенного семейного анамнеза по АГ у мужчин трудоспособного возраста и тенденции к нарушению липидного обмена в сторону повышения уровня ТГ и ХС ЛНП, что может способствовать структурной перестройке стенки артерии и развитию АГ.

7 ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ КАРБОНИЛИРОВАННЫХ БЕЛКОВ У ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Котова Ю. А¹., Зуйкова А. А¹., Красноруцкая О. Н¹., Алферова Е. Н².

¹ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия,

²БУЗ ВО «ВГКБСМП № 1», Воронеж, Россия

Актуальность. Артериальная гипертензия является наиболее распространенным заболеванием сердечно-сосудистой системы. Достаточно часто артериальная гипертензия

сочетается с дислипидемией, которая может повлиять на тяжесть течения. Важно отметить, что развитию дислипидемии способствует свободно-радикальное окисление, но не только липидов, но и белков.

Цель исследования. Оценить выраженность карбонилирования белков у пациентов с дислипидемией на фоне артериальной гипертензии.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 150 человек: группа контроля (30 клинически здоровых студентов ВГМУ им. Н. Н. Бурденко) и 120 пациентов с артериальной гипертензией. Всем обследуемым проводили определение показателей липидограммы: общий холестерин (ОХ), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ). Определение содержания карбонилированных белков в сыворотке крови проводили по методике Дубининой. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакетов программ Excel 2003, Statistica, SPSS for Windows. При нормальном распределении различия между группами определялись с помощью t-критерия Стьюдента (достоверные различия при $p < 0,05$). Для оценки корреляционных связей между параметрами использовался критерий Пирсона.

Результаты. При оценке уровня окислительной модификации белков были выявлены следующие различия: уровень АДФГн здоровых был меньше АДФГн остальных групп в 4,6 раз. Уровень АДФГо и КДФГо здоровых по сравнению с группой пациентов с артериальной гипертензией был меньше в 4,8 раз, а по сравнению с группой пациентов с дислипидемией на фоне артериальной гипертензии – в 6,5 и 10 раз соответственно. Также определены статистически значимые различия между группами больных: в группе пациентов с дислипидемией были достоверно выше показатели АДФГо и КДФГо, что подтверждает активизацию в данной группе общего окислительного потенциала, а также говорит о тенденции к истощению адаптивных возможностей организма.

При оценке корреляционных связей между карбонилированными белками и показателями липидного профиля выявлено следующее: между уровнем КДФГн и ОХ достоверно положительная $r = 0,75$, $p = 0,004$, КДФГн и ТГ $r = 0,89$, $p = 0,01$, а уровнем ЛПВП – достоверно отрицательная $r = -0,84$, $p = 0,002$. Выявленные корреляционные подтверждают этапность повреждения, так как первыми реагируют кетонные производные.

Заключение. У пациентов обеих групп достоверно выше содержание карбонилированных белков по сравнению со здоровыми. Между показателями карбонилированных белков и показателями липидного профиля определены выраженные корреляционные связи, что, возможно, и определяет выраженность атерогенеза при артериальной гипертензии.

8 ХАРАКТЕРИСТИКА ФЕНОТИПОВ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Вельмакин С. В., Троицкая Е. А., Карапетян Л. В., Виллевалде С. В., Кобалава Ж. Д.
РУДН, Москва, Россия

Введение. Пациенты с ревматоидным артритом (РА) подвержены высокому риску развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Распространенность артериальной гипертензии (АГ) высока, однако параметры суточного профиля артериального давления (АД) в данной популяции изучены недостаточно.

Цель исследования. оценить параметры суточного мониторирования АД (СМАД) и охарактеризовать фенотипы АД у пациентов с РА.

Материалы и методы. Включено 58 пациентов с РА (EULAR/ACR 2010), без анамнеза ССЗ (76% женщин, средний возраст $55,9 \pm 15,8$ (M \pm SD) лет, 10% курящих, 56% с АГ, 34% с дислипидемией). Средняя продолжительность РА составила 8,5 лет (IQR 3-16). Серопозитивная форма РА выявлена у 69% пациентов. Все пациенты получали базисную, противоревматическую терапию, 22 (38%) - биологическую терапию. Медиана продолжительности АГ составила 4,0 года (IQR 0-12 лет). Все пациенты с АГ получали антигипертензивную терапию (АГТ). Всем проводили 24-часовой мониторинг периферического и центрального АД (BPLab Vasotens, «Петр Телегин»). $p < 0,05$ считали значимым.

Результаты. Среднее клиническое АД составило $126 \pm 19 / 78 \pm 11$ мм рт.ст. (периферическое) и $118 \pm 20 / 80 \pm 11$ мм рт.ст. (центральное). У 10 (17%) пациентов выявлено повышение клинического АД $> 140 / 90$ мм рт.ст. Средние значения периферического и центрального АД были следующими: $125 \pm 13 / 73 \pm 9$ и $116 \pm 13 / 75 \pm 9$ мм рт.ст. для среднесуточного АД; $127 \pm 14 / 74 \pm 9$ и $117 \pm 13 / 77 \pm 9$ мм рт.ст. для среднего дневного АД и $119 \pm 13 / 69 \pm 10$ и $112 \pm 14 / 71 \pm 10$ мм рт.ст. Нецелевые значения дневного АД выявлены у 14 (24,1%) пациентов, ночного - у 28 (48,3%) пациентов, 24-часового - у 9 (31,0%) пациентов. Выделены следующие фенотипы АД: устойчивая нормотония - у 36 (62,1%), скрытая гипертония у 12 (20,7%), устойчивая АГ - у 8 (13,8%), гипертония белого халата у 2 (3,4%) пациентов. Изолированная ночная АГ наблюдалась у 12 (20,7%) пациентов. У 10 (17%) пациентов выявлено изолированное повышение центрального АД. У всех пациентов с нецелевым клиническим АД выявлено повышение центрального АД.

Выводы. Пациенты с РА без ССЗ характеризуются высокой распространенностью АГ и удовлетворительным контролем АД в большинстве случаев. Данная популяция характеризуется относительно высокой распространенностью маскированной и изолированной ночной гипертонии, несмотря на АГТ. Эти результаты могут помочь оптимизировать лечение АГ у пациентов с РА.

9 ПРЕДИКТОРЫ ОТСУТСТВИЯ СНИЖЕНИЯ АД В НОЧНОЕ ВРЕМЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Вельмакин С. В., Троицкая Е. А., Карапетян Л. В., Виллевалде С. В., Кобалава Ж. Д.
РУДН, Москва, Россия

Введение. Ревматоидный артрит (РА) ассоциирован с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Ночная гипертония и отсутствие снижения систолического артериального давления (САД) в ночное время (нон-диппинг статус) являются важными детерминантами сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.

Цель исследования: оценить распространенность ночной гипертонии и ее ассоциаций у пациентов с РА.

Материалы и методы: Включено 58 пациентов с РА (EULAR/ACR 2010), без анамнеза ССЗ (76% женщин, средний возраст $55,9 \pm 15,8$ (M \pm SD) лет, 10% курящих, 56% с АГ, 34% с дислипидемией). Средняя продолжительность РА составила 8,5 лет (IQR 3-16). Серопозитивная форма РА выявлена у 69% пациентов. Все пациенты получали базисную, противоревматическую терапию, 22 (38%) - биологическую терапию. Медиана продолжительности АГ составила 4,0 года (IQR 0-12 лет). Все пациенты с АГ получали антигипертензивную терапию (АГТ). Всем проводили 24-часовой мониторинг периферического и центрального АД (BPLab Vasotens). Артериальную ригидность оценивали методом апplanationной тонометрии (Sphygmocor, AtCor). $p < 0,05$ считали значимым.

Результаты: Среднее клиническое АД составило $126 \pm 19 / 78 \pm 11$ мм рт. ст.; средняя скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) – $8,5 \pm 2,7$ м/с. Распространенность фенотипов суточного индекса (СИ) САД была следующей: нон-дипперы – 63,8%, дипперы – 10,3%, найт-пикеры – 19% и овер-дипперы – 6,9%. Медиана СИ САД составила 3,5% (IQR 0-9%). Изолированная ночная АГ выявлена у 20,7% пациентов. В зависимости от СИ САД выделено 2 группы пациентов: дипперы (СИ > 10%) – 17,2% пациентов и нон-дипперы (СИ < 10%) – 82,8% пациентов. Нон-дипперы были старше ($56,7 \pm 16,2$ против $49 \pm 12,5$ лет), чаще курили (20 против 0%), характеризовались более высокими ИМТ ($25,4 \pm 6,0$ против $22,3 \pm 5,1$ кг/м²), средней продолжительностью АГ и РА (1,5 года; (IQR 0-11) против 0 лет (IQR 0-1) и 10 лет (IQR 7-19) против 2,5 года (IQR 2-6,5) соответственно), СРПВ ($8,6 \pm 2,8$ против $7,2 \pm 2,1$ м/с) и ночным АД ($120 \pm 13 / 70 \pm 10$ против $104 \pm 9 / 59 \pm 4$ мм рт.ст.) $p < 0,05$ для всех различий. Выявлены достоверные корреляции СИ САД с продолжительностью РА ($r = -0,3$), центральным АД ($r = 0,2$ для САД и ДАД), ночным САД и ДАД ($r = -0,3$ и $-0,5$ соответственно). Повышение центрального клинического и ночного ДАД являлись значимыми предикторами нон-диппинг статуса ($\beta = -3,7$, $p = 0,008$ и $\beta = -0,7$, $p < 0,0001$ соответственно).

Выводы. Нон-диппинг статус выявляется у большинства пациентов с РА. Диастолическая ночная гипертензия является значимым предиктором отсутствия снижения САД в ночное время в этой популяции пациентов.

10 ЖЕНЩИНЫ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, СВЯЗЬ С ПСИХОСОЦИАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ В ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 25-64 ЛЕТ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ПРОГРАММЫ ВОЗ «MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ»)

Крымов Э. А., Гафаров В. В., Громова Е. А., Панов Д. О., Гагулин И. В., Гафаров А. В.

НИИ терапии и профилактической медицины г.Новосибирск, Новосибирск, Россия

Цель: определить распространенность психосоциальных факторов (ПСФ) и их связь с артериальной гипертензией (АГ) в женской популяции 25-64 лет мегаполиса Западной Сибири (г. Новосибирск).

Материал и методы: В рамках третьего скрининга (1994 г) программы ВОЗ «MONICA-психосоциальная» была обследована случайная репрезентативная выборка женщин в возрасте 25-64 лет ($n=870$) одного из районов г. Новосибирска. Скрининг проводился согласно протоколу программы ВОЗ «MONICA». Артериальная гипертензия (АГ) выставлялась при уровне АД $\geq 140/90$ мм рт.ст. Статистическая обработка проводилась с использованием стандартного пакета «SPSS 11.5».

Результаты: В женской популяции 25-64 лет отмечена высокая распространенность личностной тревожности (ЛТ) и низких уровней социальной поддержки (СП) (60% и 57%), особенно в младших возрастных группах. Отмечается тенденция в превалировании высокого уровня тревожности (ВУТ) при начальном и высшем уровнях образования (63,2% и 64,4%), а низкой СП – при начальном образовании (60%). ВУТ и низкая СП чаще встречались у руководителей и лиц физического труда (71% и 61%). У замужних женщин чаще имели место ВУТ и низкая СП (74,6% и 76%). Среди женщин с ВУТ и низкой СП распространенность АГ была выше, во всех возрастных группах (67% и 38%).

Заключение: Установлено, что в женской популяции 25-64 лет имеет место высокая распространенность ВУТ и низкой СП. ВУТ и СП у женщин 25-64 лет четко ассоциируются с АГ, социальным градиентом.

11 ПРОБЛЕМА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ ЗАНЯТИЙ СПОРТОМ У ЛИЦ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Царева М. О., Шварц Ю. Г.

ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Установлено, что занятия спортом для достижения результатов сами по себе являются фактором высокого кардиоваскулярного риска. Интенсивные физические нагрузки и эмоциональный стресс, которые неизбежны в спорте для достижения результатов, повышают риск разрывов атеросклеротических бляшек, а спортсмены среднего и пожилого возраста могут обладать не только факторами риска, но и непосредственно сердечно-сосудистыми заболеваниями, протекающими бессимптомно или с минимальными клиническими проявлениями. Одним из таких состояний является артериальная гипертензия (АГ).

Цель нашего исследования - проанализировать изменения артериального давления в покое и после соревновательной нагрузки в зависимости от наличия диагностированной артериальной гипертензии и получаемой антигипертензивной терапии у спортсменов среднего и пожилого возраста.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 92 конкурентоспособных спортсмена в возрасте от 35 до 70 лет, это были участники соревнований по фехтованию и волейболу мужского и женского пола. Проводилось анкетирование. В данной работе учитывались установленный ранее врачом диагноз «артериальная гипертензия», а также характер терапии данного заболевания. Проводилось измерение артериального давления в покое (до начала разминки) и непосредственно после соревновательной нагрузки (в течение 3-5 минут).

Результаты. По результатам проведенного анкетирования 41% опрошенных имели диагноз «артериальная гипертензия», из них 24% никогда не принимают антигипертензивные препараты, несмотря на повышение АД, 36% принимают гипотензивные препараты только при повышении АД и лишь 40% получают регулярную антигипертензивную терапию.

Исследование показало, что 41% из всех обследованных имели повышенное систолическое артериальное давление (выше 140 мм рт. ст.) и 29,6% - повышенное диастолическое артериальное давление (выше 90 мм рт. ст.) еще до начала разминки. После спортивной нагрузки повышенное систолическое АД регистрировалось у 41%, а повышенное диастолическое АД – у 50,9% осмотренных спортсменов.

Среди спортсменов, не имеющих диагноза «артериальная гипертензия», у 30,6% нами были зарегистрированы цифры сАД выше 140 мм рт. ст. еще до начала разминки, и у 42% - после спортивной нагрузки, что статистически не отличалось от результатов спортсменов с артериальной гипертензией.

Среди спортсменов с диагнозом «артериальная гипертензия» повышение систолического АД отмечалось в 56% случаев; повышенное систолическое АД в покое имели 50% среди опрошенных, получающих регулярную антигипертензивную терапию, 77% среди принимающих антигипертензивные препараты эпизодически при повышении АД, и 33% среди исследуемых, знающих о наличии диагноза «артериальная гипертензия», но не принимающих никаких антигипертензивных препаратов.

Выводы. Значительная часть конкурентоспособных спортсменов среднего и пожилого возраста имеют диагноз «артериальная гипертензия», из которых менее половины получают регулярную антигипертензивную терапию.

Почти половина исследуемых имела повышение артериального давления как до, так и после физической нагрузки, в том числе треть спортсменов, не страдающих артериальной гипертензией.

Характер изменения артериального давления не имеет прямой связи с наличием и регулярностью антигипертензивной терапии.

Все вышесказанное подчеркивает необходимость проведения среди немолодых спортсменов регулярной диспансеризации, в том числе измерение АД на тренировках, с целью выявления факторов риска кардиоваскулярных осложнений и их своевременной коррекции.

12 КЛИНИЧЕСКИЕ АССОЦИАЦИИ МАРКЕРОВ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кулаков В. В., Виллевалде С. В., Кобалава Ж. Д.

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия,

Введение. В последние десятилетия одной из самых обсуждаемых проблем внутренней медицины являются кардиоренальные взаимодействия. Увеличивается распространенность сердечно-сосудистых заболеваний, ожирения, сахарного диабета (СД) 2 типа, почечной дисфункции. При этом основными причинами нарушения функции почек являются не первично-почечные заболевания, а артериальная гипертензия (АГ) и СД. Хроническая болезнь почек (ХБП) остается важной проблемой, учитывая рост ее распространенности, раннюю инвалидизацию пациентов, неблагоприятный сердечно-сосудистый прогноз. Показана достоверная и самостоятельная связь расчетной скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и альбуминурии (АУ) с общей и сердечно-сосудистой смертностью, прогрессированием ХБП и риском развития острого повреждения почек.

Цель. Изучение распространенности маркеров ХБП у пациентов с АГ и СД 2 типа в реальной практике.

Материалы и методы. В поперечное эпидемиологическое исследование включено 319 пациентов с АГ и СД 2 типа, последовательно обратившихся в клинику-диагностическое отделение городского стационара (37% мужчин, средний возраст 65,1±10,8 лет, САД/ДАД 135±16/ 80±9 мм рт.ст., глюкоза крови 8,7±1,9 ммоль/л, гликированный гемоглобин 8,2±1,1%, общий холестерин 5,6±1,6 ммоль/л, ХС-ЛВП 1,1±0,5 ммоль/л, ХС-ЛНП 3,5±1,3 ммоль/л, ТГ 2,2±1,7 ммоль/л). Длительность АГ 12 (10;15) лет, длительность СД 10 (4;15) лет. Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто отмечались дислипидемия (73%), хроническая сердечная недостаточность (49%), ишемическая болезнь сердца (42%), анемия (28%), фибрилляция предсердий (20%), заболевания периферических артерий (17%). Все пациенты получали стандартную антигипертензивную и сахароснижающую терапию. Количество пациентов, получавших иАПФ составило 79%, БРА – 20%, ББ – 69%, диуретики – 54%, АК – 33%, другие антигипертензивные препараты – 6%. Парентеральные сахароснижающие препараты получали 51% пациентов, пероральные – 30%, 19% находились на комбинированной гипогликемической терапии. 57% пациентов получали терапию статинами. У всех пациентов оценена функция почек на основании расчета СКФ по формуле СКD-EPI, определена АУ (по отношению альбумин/креатинин [А/Кр]) в разовой

утренней порции мочи. Статистический анализ проводился с использованием пакета программ Statistica 8.0. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Медиана и межквартильный диапазон (IQR) креатинина сыворотки составили 90 (75;115) мкмоль/л, СКФ (СКД-ЕРІ) - 65 (46;83) мл/мин/1,73 м², А/Кр в моче - 18 (8;70) мг/г. У 134 (43%) пациентов не выявлено снижения СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² или А/Кр > 30 мг/г. Снижение СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² выявлено у 127 (40%) пациентов, при этом большинство из них характеризовалось умеренно сниженной и существенно сниженной СКФ (С3а-С3б) (N=109, 85% от всех пациентов с СКФ < 60 мл/мин/1,73 м²). Высокая и очень высокая АУ (А2 и А3) выявлена у 123 (39%) пациентов, при этом преобладали пациенты с высокой АУ (N=91, 74% от всех пациентов с А/Кр > 30 мг/г). Снижение СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² и/или А/Кр > 30 мг/г (критерии ХБП) были выявлены у 182 (57%) пациентов. Снижение СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² без АУ составило 18% пациентов, изолированная (без снижения СКФ < 60 мл/мин/1,73 м²) высокая/очень высокая АУ была выявлена у 17% пациентов, сочетание снижения СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² и высокой/очень высокой АУ выявлено у 22% пациентов. Выявлены ассоциации маркеров ХБП с сердечно-сосудистыми и метаболическими факторами риска: СКФ – с ХС-ЛВП ($r=0,20$), индексом массы тела ($r=-0,18$), систолическим ($r=-0,25$) и диастолическим АД ($r=-0,17$); АУ – с ХС-ЛВП ($r=-0,13$, $p < 0,05$). 35% пациентов характеризовались высоким/очень высоким уровнем комбинированного риска прогрессирования ХБП и сердечно-сосудистых осложнений.

Выводы. В настоящем исследовании выявлены ассоциации маркеров ХБП с сердечно-сосудистыми и метаболическими факторами риска: СКФ – с ХС-ЛВП, индексом массы тела, систолическим и диастолическим АД; АУ – с уровнем гликированного гемоглобина, ОХС, ХС-ЛНП. Полученные данные согласуются со знаниями о роли ожирения, дислипидемии, гипергликемии, инсулинорезистентности, неконтролируемой АГ в развитии и прогрессировании ХБП. Ограничением настоящего исследования являлся его поперечный характер, отсутствие подтверждения сниженной СКФ и/или АУ в течение 3 мес, что не позволяло диагностировать ХБП. Высокая распространенность сниженной СКФ и/или АУ у пациентов с АГ и СД 2 типа в реальной практике свидетельствуют о значимости проблемы и необходимости раннего внедрения кардионефропротективных стратегий.

13 ВЛИЯНИЕ КОМБИНАЦИЙ АЗИЛСАРТАНА МЕДОКСОМИЛА С ХЛОРТАЛИДОНОМ ИЛИ ИНДАПАМИДОМ НА ПАРАМЕТРЫ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кулаков В. В., Виллевалде С. В., Кобалава Ж. Д.

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия

Введение. В многоцентровых рандомизированных клинических исследованиях хлорталидон показал более эффективное снижение сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности по сравнению с гидрохлортиазидом, однако редко используется в реальной клинической практике. Наше исследование демонстрирует прямое сравнение хлорталидона с индапамидом, каждый из которых сочетался с блокатором рецепторов ангиотензина (БРА) – азилсартаном медоксомил на параметры артериального давления (АД).

Цель исследования. Изучение антигипертензивных эффектов комбинации азилсартана медоксомил с хлорталидоном или индапамидом у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) в реальной практике.

Материалы и методы. В открытое рандомизированное сравнительное исследование включено 50 пациентов с неконтролируемой АГ 2 степени, последовательно обратившихся в клинко-диагностическое отделение ГКБ г. Москвы (36% мужчин, возраст $61,6 \pm 7,8$ лет, индекс массы тела $30,6 \pm 5,8$ кг/м², САД/ДАД $163 \pm 11/86 \pm 7$ мм рт.ст., общий холестерин $5,6 \pm 1,2$ ммоль/л, ХС-ЛНП $3,8 \pm 1,2$ ммоль/л, ХС-ЛВП $1,3 \pm 0,2$ ммоль/л, триглицериды $2,1 \pm 1,1$ ммоль/л). Медиана длительности АГ составила 10 (8;12) лет. Сопутствующие заболевания – ожирение (52%), сахарный диабет 2 типа (36%), дислипидемия (26%). Все пациенты исходно получали комбинированную антигипертензивную терапию (АГТ). Наиболее частые комбинации АГТ – иАПФ+АК – 20%, иАПФ+АК+ББ – 16%, БРА+АК – 12%, иАПФ+Д – 8%. Пациенты были рандомизированы на две группы: пациентам первой группы (n=25) была назначена стартовая терапия фиксированной комбинацией азилсартана медоксомил/хлорталидон (Эдарби Кло 40/12,5 мг) 1 р/сут в течение 4 недель; пациентам второй группы (n=25) была назначена стартовая терапия свободной комбинацией азилсартана медоксомил +индапамид-ретард (Эдарби 40 мг + индапамид-ретард 1,5 мг) 1 р/сут в течение 4 недель. По истечении 4 недель пациентам, не достигшим целевого уровня АД, была увеличена доза исследуемого препарата: в первой группе – с азилсартана медоксомил/хлорталидон 40/12,5 мг до 40/25 мг; во второй – с азилсартана медоксомил 40 мг + индапамид-ретард 1,5 мг до азилсартана медоксомил 80 мг + индапамид-ретард 1,5 мг. Продолжительность исследования составила 12 недель. Измерение клинического АД проводилось исходно, через 1, 4, 12 недель с помощью автоматического осциллометрического прибора OMRON 705CP-II (Япония). Суточный профиль периферического АД оценивали с использованием прибора BPLab Vasotens (ООО «Петр Телегин») исходно и через 12 недель. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Через 1 неделю АГТ клиническое АД у пациентов первой группы снизилось со $163 \pm 11/86 \pm 6$ мм рт.ст. до $151 \pm 18/84 \pm 5$ мм рт.ст., у пациентов второй группы со $163 \pm 12/87 \pm 6$ мм рт.ст. до $158 \pm 18/86 \pm 5$ мм рт.ст. 32 % пациентов первой группы достигли целевого клинического АД против 28% пациентов второй группы. Через 4 недели АГТ клиническое АД у пациентов первой группы снизилось со $163 \pm 11/86 \pm 6$ мм рт.ст. до $140 \pm 14/83 \pm 5$ мм рт.ст., у пациентов второй группы со $163 \pm 12/87 \pm 6$ мм рт.ст. до $143 \pm 14/85 \pm 4$ мм рт.ст. 60 % пациентов первой группы достигли целевого клинического АД против 52% пациентов второй группы. По истечении 4 недель комбинированной АГТ пациенты, не достигшие целевого уровня клинического АД (40% пациентов первой группы и 48 % пациентов второй группы), были переведены на следующие дозировки исследуемого препарата: в первой группе – увеличение дозы азилсартана медоксомил/хлорталидон до 40/25 мг; во второй – увеличение азилсартана медоксомил до 80 мг + индапамид-ретард 1,5 мг. Через 12 недель АГТ клиническое АД у пациентов первой группы снизилось со $163 \pm 11/86 \pm 6$ мм рт.ст. до $126 \pm 11/75 \pm 5$ мм рт.ст., у пациентов второй группы со $163 \pm 12/87 \pm 6$ мм рт.ст. до $128 \pm 9/79 \pm 4$ мм рт.ст., $p < 0,05$. 88 % пациентов первой группы достигли целевого клинического АД против 72% пациентов второй группы. По данным СМАД у пациентов первой группы было выявлено снижение среднесуточного АД на $19,3/11,1$ мм рт.ст., среднего дневного периферического АД на $20,1/11,4$ мм рт.ст., среднего ночного периферического АД на $19,5/9,1$ мм рт.ст. против $17,1/9,7$ мм рт.ст., $19,1/9,9$ мм рт.ст., $17,6/8,9$ мм рт.ст. пациентов второй группы (рис. 3). 47% пациентов первой группы достигли целевого АД по данным СМАД против 33 % пациентов второй группы. Улучшение параметров СМАД привело к нормализации СИ САД у пациентов первой и второй группы, что выразилось в увеличении доли «дипперов» (с 60% и 58% до 64% и 62%) и «нон-дипперов» (с 32% и 30% до 36% и 38%) к 12 недели АГТ, исчезновении «найт-пикеров» (с 8% до 0%) и «овер-дипперов» (с 12% до 0%)

Выводы. Хлорталидон в комбинации с азилсартаном медоксомил лучше снижает клиническое и суточное периферическое АД и имеет более высокую вероятность достижения целевых уровней АД, чем индапамид в сочетании с азилсартаном медоксомил.

14 ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Рубаненко А. О., Орехова А. С., Дьячков В. А.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования — изучить возрастные особенности жесткости сосудистой стенки у пациентов с артериальной гипертензией.

Методы исследования. В исследование включены 130 пациентов (средний возраст — $61,7 \pm 14,3$ года) с артериальной гипертензией, проходивших стационарное лечение в клиниках СамГМУ и подписавших протокол информированного согласия на участие в исследовании. Все пациенты были разделены на четыре группы в соответствии с критериями ВОЗ:

1-я — пациенты молодого возраста ($n=17$, средний возраст $36,7 \pm 6,1$ года), 2-я — пациенты среднего возраста ($n=36$, средний возраст $52,3 \pm 5,1$ года), 3-я — пациенты пожилого возраста ($n=52$, средний возраст $67,8 \pm 4,8$ года), 4-я — пациенты старческого возраста ($n=25$, средний возраст $79,2 \pm 3,5$ года). Всем больным проводили суточное мониторирование АД на приборе «VpLab»

(компания ООО «Петр Телегин», Новосибирск), модель МнСДП-3, с помощью диагностической системы «Vasotens Office».

Результаты. Средний суточный индекс ASI был наиболее высоким у пациентов 3-й и 4-й групп (пожилого и старческого возраста), при этом различия по сравнению с показателями у пациентов 1-й и 2-й групп (молодого и среднего возраста) достигли статистической достоверности ($p < 0,05$). Для всех пациентов риск ИБС, определенный по этому показателю, был средним (диапазон 81–209). Средний суточный индекс AIx у пациентов 4-й группы был наиболее высоким и превышал нормальные значения, при этом различия по сравнению с показателями у пациентов 1-й, 2-й и 3-й групп были статистически

достоверными ($p < 0,05$). По другим показателям ригидности артерий достоверных различий у пациентов всех групп выявлено не было.

Средний суточный уровень индекса аугментации в аорте (AIx_{ao}), приведенный к ЧСС=75 уд/мин, был наиболее высоким у пациентов пожилого и старческого возраста, при этом отличия от показателей у пациентов других групп были статистически значимыми ($p < 0,05$). Достоверные корреляционные взаимосвязи с возрастом пациентов были выявлены для суточных индексов ASI, AIx и AIx_{ao}. Для всех вышеуказанных показателей корреляционная взаимосвязь

с возрастом была умеренной.

Заключение. У пациентов пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией по данным суточного мониторирования АД отмечено прогрессивное увеличение жесткости сосудистой стенки, выражающееся в увеличении индекса ригидности артерий и индексов аугментации.

15 ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Бакшеев М. Г., Давыдкин И. Л., Кириченко Н. А., Рубаненко А. О.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Цель исследования. Определить показатели микроциркуляции (МЦ), ассоциированные с развитием гипертонического криза (ГК) у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ).

Методы. Обследовано 86 пациентов с ГБ, подписавших протокол информированного согласия на участие в исследовании (средний возраст $63,7 \pm 8,6$ лет). Было выделено две группы пациентов: в 1 группу включено 46 пациентов (16 мужчин, 30 женщин) с ГК, во 2 группу – 40 пациентов без ГК (14 мужчин, 26 женщин). У пациентов исследовались показатели МЦ методом лазерной доплеровской флоуметрии на аппарате ЛАКК-ОП (НПП «Лазма», Россия, г. Москва). Пациентам проводился анализ МЦ в фоновом режиме, а также при проведении дыхательной и окклюзионной проб в положении сидя. Исследовались следующие показатели: среднее арифметическое значение показателя микроциркуляции (М), нормированные значения амплитуд колебаний микрокровотока (Аэ/СКО, Ан/СКО, Ам/СКО), коэффициент вариации тканевого кровотока (Кv), резерв микрокровотока при окклюзионной пробе (РКК), показатель Хёрста (R/S), индекс удельного потребления кислорода в ткани (I), индекс перфузионной сатурации кислорода (Sm).

Результаты. У пациентов с ГК значение М оказалось на 16,6% ниже ($p=0,03$), а показатели РКК, I и Sm – на 21,9% ($p=0,04$), 47,2% ($p=0,008$) и 62,4% ($p=0,009$) соответственно выше, по сравнению с пациентами контрольной группы. По другим показателям микроциркуляции мы не обнаружили достоверных различий между пациентами с ГК и без него. При проведении ROC анализа выявлено, что для значений $M < 19,3$ чувствительность (Se) в прогнозировании развития ГК составила 90%, специфичность (Sp) – 62,5% ($AUC=0,74$, $p=0,04$), для значений $PKK > 139,7$ $Se=50\%$, $Sp=95\%$ ($AUC=0,76$, $p=0,03$), для значений $I > 42,5$ $Se=70\%$, $Sp=87,5\%$ ($AUC=0,83$, $p=0,002$).

Выводы. Показатели микроциркуляции $M < 19,3$, $PKK > 139,7$ и $I > 42,5$ достоверно ассоциируются с развитием гипертонического криза у пациентов с гипертонической болезнью.

16 ЖЕНЩИНЫ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, СВЯЗЬ С ПСИХОСОЦИАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ В ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 25-64 ЛЕТ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ПРОГРАММЫ ВОЗ «MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ»)

Гафаров В.В.^{1,2}, Панов Д.О.^{1,2}, Громова Е.А.^{1,2}, Гагулин И.В.^{1,2}, Гафарова А.В.^{1,2}, Крымов Э.А.^{1,2}

¹ФГБУ «НИИ терапии и профилактической медицины»- филиал ФИЦ ИЦИГ СО РАН г.Новосибирск

²ФГБУ «Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, г. Новосибирск

Введение. Согласно данным научной литературы, 40% лиц из общей популяции 18–65 лет испытывали психические расстройства в течение жизни [1]. Лидирующее положение занимают тревожные расстройства, которые в популяциях стран Европы, США, Северной Африки и Ближнего Востока (Израиль) варьируют от 4 до 28% [2–6]. В гендерном отношении распространенность тревожных расстройств оказывается значимо выше у женщин [3, 4].

Известно, что эмоциональные факторы активируют биологические механизмы хронического стресса [7]. При этом, что стрессовым факторам принадлежит одно из значимых мест в возникновении сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Социальная изоляция уже давно ассоциируется с увеличением сердечнососудистой заболеваемости и смертности [8, 9]. Известно, что низкий уровень СП ассоциирован с ССЗ и, в частности с АГ [10] и является предиктором более высокой смертности у женщин [11], при этом протективный эффект СП на риск смерти более выражен у женщин, чем у мужчин [12]. Однако все еще мало работ, отражающих взаимосвязь ПСФ с ССЗ в женской популяции, несмотря на пристальный интерес к ним в рамках влияния на такие значимые заболевания как инфаркт миокарда и цереброваскулярные события у женщин. В основной массе такие научные изыскания выполнены в группах кардиологических больных [13–16]. В этой связи является необходимым изучение распространенности таких психосоциальных факторов риска ССЗ как ЛТ и СП в открытой популяции.

Цель: Определить распространенность психосоциальных факторов (ПСФ) и их связь с артериальной гипертензией (АГ) в женской популяции 25–64 лет мегаполиса Западной Сибири (Новосибирск).

Материал и методы: В рамках третьего (1994 г.) скрининга программы изучения тенденций контроля сердечно-сосудистых заболеваний “MONICA” [17] и подпрограммы “MOPSY MONICA психосоциальная” [18] нами была обследована случайная репрезентативная выборка женщин в возрасте 25–64 лет одного из районов Новосибирска (870 лиц). Обследование проводилось по жестким эпидемиологическим критериям согласно протоколу программы “MONICA”. АГ определялась при уровне АД $\geq 140/90$ мм рт.ст. Программа психосоциального скринингового обследования включала регистрацию социально-демографических данных и тестирование по психосоциальным методикам. Регистрировались следующие социально-демографические данные: идентификационный номер, место жительства, ФИО, дата рождения, дата регистрации. Семейный статус: никогда не была замужем, замужем, разведена, вдова. Уровень образования оценивался как: высшее, незаконченное высшее – среднеспециальное, среднее, незаконченное среднее, начальное. Отношение к профессиональной группе оценивалось как: 1) руководители высшего звена; 2) руководители среднего звена; 3) руководители; 4) инженерно технические работники (ИТР); 5) рабочие профессии тяжелого физического труда; 6) рабочие профессии среднего физического труда; 7) рабочие профессии легкого физического труда; 8) учащиеся; 9) пенсионеры; 10) военнослужащие.

Уровень личностной тревожности изучали с помощью теста Спилбергера (уровень ЛТ, подшкала “тревожность как свойство личности”) [19]. При интерпретации показателей использовали следующие критерии: до 30 баллов – низкий уровень тревожности (НУТ), 31–44 балла – средний (СУТ), 45 и более – высокий уровень (ВУТ). Социальная поддержка (СП) оценивалась при помощи теста Брекман–Сим; рассчитывался индекс близких контактов (ИСС) и индекс социальных связей (SNI). Испытуемым было предложено самостоятельно ответить на вопросы шкал согласно инструкциям, помещенным в опроснике. За анализируемый уровень фактора риска (ФР) принимали значение его в исходном исследовании и не учитывали вклад временной динамики. Методики были строго стандартизированы и соответствовали требованиям протокола проекта “MONICA”. Кодировка теста заключалась в построении компонентов индексов и расчете баллов в соответствии с предложенным алгоритмом [17]. Обработка материала осуществлялась в Хельсинки (Финляндия).

Контроль качества проводился в центрах контроля качества MONICA: Данди (Шотландия), Прага (Чехия), Будапешт (Венгрия). Представленные результаты признаны удовлетворительными.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием стандартного пакета “SPSS 11.5”. Для проверки статистической значимости различий между группами использовался критерий χ^2 (хи квадрат) Пирсона. Значения сравниваемых показателей при $\leq 0,05$ считали статистически значимыми.

Результаты: уровни ЛТ в женской популяции 25–64 лет в 1994 г. составили: СУТ – 38,9%, ВУТ 60,4%. Распределение уровней ЛТ внутри возрастных групп было следующим: доля лиц с ВУТ была наибольшей у женщин возрастных групп 25–34 и 35–44 лет (64,0 и 69,5% соответственно); СУТ преобладал у обследованных 55–64 лет ($\chi^2=15,045$; $df=6$; $p=0,020$).

Анализировали уровни СП в обследованной популяции. ИСС составил: низкий – 57,1; средний – 37,3 и высокий – 5,7%. SNI (низкий – 33,3%, средний 1 – 44,4%, средний 2 – 19,8%, высокий – 2,5%). В зависимости от возраста имела место тенденция более низких показателей ИСС и SNI в младшей возрастной группе 25–34 лет. При изучении взаимосвязи ЛТ и СП доля женщин с ВУТ была наибольшей при низком показателе ИСС (58,0%), хотя различия не достигали статистически значимых величин ($p>0,05$). В отношении социальных связей, ВУТ чаще встречалась при низких показателях SNI (низкий, средний 1) и составляла 78,7%, при этом различия также не достигали статистически значимой величины.

Маритальный статус в женской популяции составил: 74% замужем, 11% разведены, 9% вдовы, 6% не состояли в браке. Уровень образования распределился следующим образом: 25,5% высшее и 32,3% незаконченное высшее/среднее специальное, 23,5% среднее, 18,7% начальное образование. По характеру труда распределение было следующим: 16% руководители, 31% – лица рабочих специальностей, 16,8% – ИТР, 0,6% – учащиеся, 25,6% – пенсионеры, 8,5% военнослужащие. Отмечена тенденция к превалированию ВУТ у замужних женщин (74,6%, $p>0,05$). Следует отметить, что низкий уровень социальных связей чаще встречался у замужних женщин (76%, $\chi^2=19,821$; $df=9$; $p=0,019$), в то время как показатель ИСС не демонстрировал значимых различий. Внутри групп, стратифицированных по уровню образования, определялась тенденция в превалировании ВУТ у женщин с начальным и высшим уровнями образования (63,2% и 64,4% соответственно). Доля женщин с низким индексом ИСС в группе с начальным образованием составляла 60%. Отмечалось некоторое превалирование низкого SNI у женщин со средним образованием, а среднего 1 SNI – у лиц с начальным образованием (36,2% и 47,2% соответственно, $p>0,05$).

В отношении профессиональной принадлежности распространенность ВУТ чаще была у женщин в группах руководителей (71%), а также физического труда (61%, $\chi^2=40,290$; $df=26$; $p=0,037$). Отмечалась тенденция к низким показателям СП в категориях “руководитель” и “физический труд” (низкий ИСС составил 71,4% и 60%, низкий SNI – 41,1% и 39% соответственно). У женщин с ВУТ отмечалась тенденция в превалировании распространенности АГ (58,2%) в сравнении с лицами с СУТ. Доля женщин с ВУТ среди лиц с АГ была высокой во всех возрастных группах (25–34 лет 72,7%, 35–44 лет 64,8%, 45–54 лет 50,5%, 55–64 лет 58,5%). Среди женщин с низкими уровнями ИСС распространенность АГ составила 53,8%. Во всех возрастных группах доля женщин с низким индексом ИСС, страдающих АГ, была наибольшей (25–34 лет 63,6%, 35–44 лет 52,3%, 45–54 лет 49,3%, 55–64 лет 55,0%). Среди женщин с низким индексом SNI (низкий, средний 1) отмечалась высокая доля страдающих АГ – 44%. Во всех возрастных группах была отмечена тенденция в доминировании женщин с низким индексом SNI и выявленной АГ.

С учетом маритального статуса распространенность АГ была наиболее высокой у замужних в сравнении с не замужними женщинами (67,7% и 11% соответственно, $p<0,001$). То же в отношении ВУТ и АГ (распространенность АГ составила при ВУТ 66,7%, $\chi^2=21,412$; $df=3$, $p<0,001$). Среди замужних женщин с низким ИСС распространенность АГ была самой высокой и составила 67,6% ($\chi^2=16,178$; $df=3$, $p=0,001$). Низкие значения индекса SNI у замужних (71,8% для SNI низкий и 59,8% для SNI средний 1, $p<0,05$) ассоциировались с большей распространенностью АГ, чем у женщин с другой семейной категорией.

Распространенность АГ у женщин 25–64 лет уменьшалась по мере повышения образования почти в 2 раза: высшее 17,4%; средне-специальное 26,5%; среднее 23,9%; начальное 32,2% ($p < 0,001$). Следует отметить, что при ВУТ распространенность АГ была самой низкой среди женщин с высшим уровнем образования – 17,7% и достигала наибольших значений у лиц с начальным образованием – 34% ($\chi^2=47,435$; $df=3$, $p < 0,001$).

С учетом уровня образования у женщин с низким индексом ИСС распространенность АГ была наиболее низкой в группе с высшим образованием – 12,9%, увеличиваясь в 3 раза и достигая максимального значения 38,1% в категории начального образования ($\chi^2=56,977$; $df=3$, $p < 0,001$). У женщин с низкими значениями SNI и начальным образованием распространенность АГ была наибольшей и составила 33% для SNI низкий и 40% для SNI средний 1 ($p < 0,001$).

В профессиональных группах распространенность АГ была значимо выше среди работников физического труда (13,5%), в то время как среди руководителей доля женщин с АГ не превышала 8% ($\chi^2=98,835$; $df=9$, $p < 0,001$). У женщин с ВУТ АГ встречалась чаще среди работников физического труда – 14,9%, но не встречалась или встречалась реже у руководителей ($\chi^2=63,627$; $df=9$, $p < 0,001$). В профессиональных категориях “физический труд” у женщин с низким уровнем ИСС распространенность АГ была наиболее высокой (9,4%) в сравнении с другими группами ($\chi^2=67,078$; $df=9$, $p < 0,001$). В группе женщин с низкими индексами SNI и физическим трудом АГ также имела более высокую распространенность (9,6%, $\chi^2=30,221$; $df=14$, $p < 0,01$).

Обсуждение. Согласно полученным результатам, распространенность ВУТ в женской популяции 25–64 лет очень высока и составила 60%. В нашем исследовании распространенность тревожности в женской популяции существенно выше, чем в странах Европы и США [2, 3, 5, 30]. Уровни СП в изучаемой выборке 25–64 лет очень низки; более чем у половины женщин (57%) был отмечен низкий уровень близких контактов, у 77% низкие показатели социальных связей. Установлена более высокая распространенность ВУТ и низкой СП в младших возрастных группах (25–34; 35–44 лет). Высокая распространенность ВУТ и низкой СП у женщин в 1994 г. ассоциируется с высокой распространенностью ВУТ и низкой СП в этом же году у мужчин, т.е. затронуты обе гендерные группы населения [20, 21]. Мы знаем, что 1994 г. являлся годом наивысшего пика социального стресса в популяции, обусловленного ломкой общественных устоев общества и нахождения государства в состоянии эпидемиологического перехода от одной общественной фармации к другой [22–25]. Высокая доля ВУТ (74,6%) и низкого уровня социальных связей (76%) в категории замужних женщин связаны с социальной ролью женщины как жены, с соответствующей нагрузкой. Эти данные согласуются с результатами зарубежных исследований [26]. Более высокая распространенность ВУТ и низкой СП среди женщин Руководителей объясняется, с одной стороны, большой нагрузкой на работе, с другой стороны, – в семье; в группе неквалифицированного труда существующими моделями ролевых функций требование/контроль и дисбалансом усилия/награда [27]. Как показало современное исследование стресса на рабочем месте в Британии, высокие требования, предпринимаемые усилия на работе, а также утрата социальной поддержки ассоциированы с более высокими уровнями тревоги и депрессии [28]. С другой стороны, эти данные вполне соотносятся с более высокой частотой ВУТ и низкой СП у женщин с начальным образованием. У женщин с ВУТ отмечалась тенденция в превалировании распространенности АГ в сравнении с более низкими уровнями ЛТ. Это находит отражение в том, что повышенная активация гипоталамо-адреналовой и симпатической систем, а также хроническое побуждение к избеганию опасности в условиях высокой тревожности имеет непосредственное отношение к психосоматическим и психопатологическим нарушениям [7, 19].

Отмечается тенденция увеличения доли женщин с АГ среди лиц с низкой СП. Это связано с тем, что женщины с низким уровнем СП характеризуются более неблагоприятным стилем жизни (курение, низкая физическая активность, нерациональное питание и т.д.) [28]. Наши результаты показывают, что повышение уровня образования является протективным фактором в отношении развития АГ, в то время как пребывание в низких социальных классах ассоциировано с большей распространенностью АГ, что согласуется с результатами других авторов [29].

Полученные результаты указывают на взаимосвязь между неквалифицированным трудом в сочетании с ВУТ, низкой СП и наличием АГ, что вполне укладывается в модель профессионального стресса Карасека [27]. Таким образом, наше исследование показало чрезвычайную важность изучения ЛТ и СП на уровне популяции и их связь с такими социальными характеристиками, как семейное положение, образование и профессиональный статус.

Заключение. Установлена высокая распространенность ВУТ (60%) и низкой СП (ИСС низкий – 57%; SNI низкий, средний 1 – 78%) в женской популяции 25–64 лет.

2. Определено, что самая высокая доля женщин с ВУТ и низкой СП приходится на младшие возрастные группы (25–34; 35–44 лет).

3. Показано, что у лиц с начальным уровнем образования, с профессиональным статусом “неквалифицированный физический труд”, семейным статусом “замужем” имеется более высокая распространенность ВУТ (75, 63, 61% соответственно), для них также характерна низкая СП (ИСС низкий 59, 60, 75%; SNI низкий – 47, 39, 76% соответственно).

4. У женщин с низким уровнем образования, неквалифицированным трудом и семейным статусом “замужем” с ВУТ (67, 34, 15% соответственно) и низкой СП (ИСС низкий 38, 9, 68%; SNI низкий – 33, 10, 72% соответственно) отмечена высокая распространенность АГ.

17 КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ СЛАДЖ-СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Миронова Е. Д.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Цель: Оценка эффективности комплексной терапии препаратов урсозоксиколовой кислоты (УДХК) и розувастатина у больных с артериальной гипертензией (АГ) и иными проявлениями метаболического синдрома (МС): сладж-синдромом, ожирением и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 18 человек болеющих АГ 1 или 2 стадии, среднее значение систолического артериального давления $158,7 \pm 10,2$ мм.рт.ст., диастолического артериального давления $100 \pm 5,8$ мм.рт.ст, средняя продолжительность заболевания АГ $13,5 \pm 6,6$ лет. У всех пациентов в анамнезе: сладж-синдром, ожирение и СД 2 типа. Десять женщин принимали препарат УДХК 15 мг\кг. Шесть женщин и двое мужчин принимали УДХК 15 мг\кг и розувастатин 20 мг. Продолжительность терапии составила 3 месяца. Ранее рекомендованная терапия использовалась в прежнем объеме: β -блокаторы или ингибиторы АПФ, бигуаниды. Полученные данные подвергнуты статистической обработке с использованием пакета «Statistica for Windows 6,0» и табличного редактора «Excel 7.0 for Windows».

Результаты: Монотерапия УДХК является достаточно эффективной, зафиксировано исчезновение сладж-синдрома у 60% больных, нормализация стула у 37% пациентов, нивелирование проявления жирового гепатоза у 57% и стеатогепатита у 33% больных. Выявлено незначительное уменьшение концентрации холестерина и ЛПНП лишь на 4,44% и на 1,91%. Однако, комплексная терапия УДХК+розувастатин значительно эффективнее монотерапии УДХК. У принимающих данную терапию зафиксировано исчезновение сладж-синдрома у 87% испытуемых, снижение холестерина на 31,10%, ЛПНП на 40,29%, нормализация стула у 50% страдающих запором, нивелирование проявления жирового гепатоза у 66% и стеатогепатита у 50% больных. Ни у одного пациента не было зафиксировано резкого подъема артериального давления и

уровня глюкозы крови на фоне приема обоих вариантов терапии, ранее рекомендованная терапия не требовала коррекции. Так же, наличие стеатогепатита с минимальной степенью активности до 3-х норм концентрации АЛАТ и АСАТ у лиц с МС не увеличивает риска прогрессирования гепатита при назначении розувастатина в дозе 20 мг на фоне приема УДХК.

Выводы: Комплексная терапия УДХК+розувастатин значительно эффективнее по сравнению с монотерапией УДХК среди пациентов страдающих сладж-синдромом. Оба варианта терапии безопасны и не требуют коррекции ранее назначенных препаратов.

18 ВКЛАД КАТЕСТАТИНА В ФОРМИРОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Крюков Н. Н.¹, Губарева И. В.¹, Губарева Е. Ю.¹, Желтякова О. В.², Тюрина И. А.², Ундерович Ю. В.²

¹ ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия,

² НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО «РЖД», Самара, Россия

Введение. В настоящее время уделяется пристальное внимание изучению катестатина в качестве возможного перспективного маркера, рутинное определение которого способствовало бы улучшению стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений у больных гипертонической болезнью, так как являясь производным гликопротеина хромогранина А, катестатин принимает участие в механизме регуляции артериального давления.

Методы. Обследовано 78 мужчин, средний возраст которых составил 42 года. Пациенты были распределены на 4 группы в зависимости от сердечно-сосудистого риска: 1 группа – средний риск (n=17), 2 группа – высокий риск (n=40), 3 группа – очень высокий риск (n=2), в качестве группы контроля выбраны 18 мужчин без гипертонической болезни, сопоставимых по возрасту. Всем исследуемым выполнялась эхокардиография, ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, суточное мониторирование артериального давления и иммуноферментный анализ сыворотки крови на катестатин. Статистическая обработка данных проведена с помощью специализированного пакета «Statistica 6,0».

Полученные результаты: концентрация катестатина в первой группе исследуемых составила $10,88 \pm 4,09$ нг/мл, во второй группе – $10,42 \pm 3,65$ нг/мл, в третьей группе - $8 \pm 2,83$ нг/мл, $11,87 \pm 7,33$ нг/мл в группе контроля. Выявлены корреляции катестатина с толщиной задней стенки левого желудочка в диастолу ($r=-0,308$, $p=0,013$), межжелудочковой перегородкой в диастолу ($r=-0,307$, $p=0,014$), индексированной массой миокарда ($r=-0,280$, $p=0,035$), относительной толщиной стенки левого желудочка ($r=-0,326$, $p=0,013$), КИМ общей сонной артерии справа ($r=-0,260$, $p=0,035$) и слева ($r=-0,269$, $p=0,023$), утренним подъемом артериального давления по Карио ($r=0,370$, $p=0,003$).

Заключение. Таким образом, выявленные корреляции свидетельствуют об участии катестатина в формировании сердечно-сосудистого риска у больных гипертонической болезнью, что должно быть рассмотрено дальнейшими исследованиями.

19 ФЕОХРОМОЦИТОМЫ И АЛЬДОСТЕРОМЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Абдулгасанов Р.А., Гасымов Э.Г., Провоторова Ю.Р., Абдулгасанова М.Р., Кузнецова Е.В., Иванов А.В., Магомедьяев М.Д., Мансимов Р.М

ФГБУ «Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ

Целью исследования является выявление частоты феохромоцитом и альдостером у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы. В НЦССХ им. Бакулева с 1986 по 2016 гг. обследованы 3900 больных в возрасте от 5 до 86 лет, которые лечились в г. Москве с диагнозом «гипертоническая болезнь» (ГБ). Длительность АГ составила 5+18 лет. Больным были выполнены ультразвуковое исследование (УЗИ), дуплексное сканирование (ДС), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ).

Результаты. При обследовании больных у 71,0 % пациентов диагноз не подтвердился, и были диагностированы различные виды САГ. АГ эндокринного генеза была диагностирована всего у 15,8% пациентов. Феохромоцитома (ФЦ) надпочечника была причиной АГ у 1,8.% больных. Вненадпочечниковые формы ФЦ были выявлены у 3,0% больных. После операции у 97,9 % больных наблюдался хороший и удовлетворительный гипотензивный эффект. У одного пациента из-за нерадикального удаления ФЦ парааортального пространства через 5 лет произошел рецидив, у другого ФЦ левого желудочка сердца больших размеров оказалась неоперабельной. Злокачественная ФЦ с отдаленными метастазами была диагностирована у 4 больных.

Синдром Конна (первичный гиперальдостеронизм) был диагностирован у 9,8% больных. После оперативных вмешательств у больных с односторонним поражением надпочечников у 98% наступил хороший гипотензивный эффект. Длительный гипотензивный эффект наблюдается у больных, которым было выполнено удаление опухоли, надпочечника с над-, поддиафрагмальной спланхниканглионэктомией, расширенной десимпатизацией.

Синдром и болезнь Иценко-Кушинга были установлены у 0,8% пациентов. В 4 случаях АГ была обусловлена аденомой гипофиза и сопровождалась двусторонней гиперплазией надпочечников. У 6 больных причинами АГ оказались опухоли надпочечников, у которых после удаления образований АД нормализовалось. При диагностике гормонально активных опухолей чувствительность УЗИ составила - 55%, КТ, МРТ - 96-98%, гормональных исследований 98%.

Выводы. При обследовании больных с АГ информативные методы диагностики (УЗИ, ДС, КТ, МРТ) должны применяться шире. Широкое использование этих диагностических методов позволяют значительно снизить удельный вес ЭАГ («гипертонической болезни»), своевременно диагностировать эндокринные и другие виды симптоматических, вторичных АГ.

20 МЕТОДЫ СКРИНИНГА И ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНЫХ (СИМПТОМАТИЧЕСКИХ) АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЙ

Абдулгасанова М.Р., Провоторова Ю.Р., Абдулгасанов Р.А., Гасымов Э.Г., Кузнецова Е.В., Магомедьяев М.Д., Мусаев О.Г, Мансимов Р.М.,

ФГБУ «Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ

Цель исследования - диагностика симптоматических артериальных гипертензий (САГ) у больных с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ), « гипертонической болезни (ГБ)».

Материалы и методы. В НИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева с 1986 по 2016 гг. обследованы 3900 больных со стойкой артериальной гипертензией (АГ) в возрасте от 5 до 75 лет с диагнозом ГБ. Длительность АГ составила 5+18 лет. При всестороннем обследовании у 71,0 % больных диагноз «ГБ» (ЭАГ) не подтвердился.

Результаты. При всестороннем обследовании пациентов нефрогенная (паренхиматозная) АГ (хронический пиелонефрит, нефролитиаз, гипернефрома и т.д.) была диагностирована у 42,0 %, коарктация аорты (КА) у 2,5%, вазоренальная гипертензия у 5,3%, расслаивающая аневризма у 9,7%, неспецифический аортоартериит и врожденная гипоплазия у 1,0% пациентов. Эндокринная АГ была диагностирована у 15,8% пациентов. Феохромоцитома надпочечника была причиной АГ у 1,8% больных, первичный гиперальдостеронизм (синдром Конна) у 9,8%, синдром Иценко-Кушинга у 0,8%, поражения артерий головного мозга у 1,8%, лекарственная АГ у 0,8%, алкогольная АГ у 0,3%, кокаиновая АГ у 0,3%. Использование пероральных контрацептивов было причиной АГ у 0,5%.

Заключение. Таким образом, при всестороннем обследовании больных ЭАГ у 71,0% удается выяснить причину АГ. Широкое использование высокоинформативных диагностических методов позволяет значительно снизить удельный вес ЭАГ («ГБ»). До 80% гормональноактивных опухолей небольших размеров традиционными методами не выявляются. Хирургические методы лечения позволяют у 80 - 85% больных получить хороший и удовлетворительный эффект, минимизировать дозы антигипертензивных препаратов, уменьшить церебральные и кардиальные осложнения, улучшить качество жизни. Пожизненная гипотензивная терапия при САГ показана только при противопоказаниях к хирургической, эндоваскулярной, эндоскопической коррекции или их неэффективности.

21 ПАРЕНХИМАТОЗНЫЕ (НЕФРОГЕННЫЕ) АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ: МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ

Абдулгасанова М.Р., Провоторова Ю.Р., Абдулгасанов Р.А., Гасымов Э.Г., Кузнецова Е.В., Магомедьяев М.Д., Мансимов Р.М., Мусаев О.Г

ФГБУ «Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ

Целью исследования выявление нефрогенных артериальных гипертензий (НАГ) с поражением паренхимы почек у больных с «гипертонической болезнью» (ГБ).

Материалы и методы. В НИЦ ССХ им А.Н. Бакулева с 1986 по 2016 гг. обследованы 3900 больных

в возрасте от 5 до 84 лет со стойкой артериальной гипертензией и диагнозом эссенциальная артериальная гипертензия (ЭАГ), «гипертоническая болезнь» (ГБ).

Результаты. При всестороннем обследовании НАГ была диагностирована у 42,0 % больных. После операции у 87% больных был получен хороший и удовлетворительный эффект. Нефрэктомия, декапсуляция почек, спланхниканглионэктомия (СГЭ) у 62 % привели к нормотензии, у 25% значительному снижению АД, уменьшению доз гипотензивных препаратов.

У 13% больных операции привели к снижению АД на 15-20 мм рт. ст. Кисты почек были выявлены у 3,0%, поликистоз у 0,7% пациентов. Удаление кист, оментореваскуляризация, расширенная СГЭ у 65% больных привели к снижению АД. Диабетический гломерулосклероз был диагностирован у 2,5% пациентов. У 88% пациентов была выполнена расширенная СГЭ, декапсуляция почки с удовлетворительным эффектом. Нефролитиаз с хроническим пиелонефритом был диагностирован у 4,2% больных, нефроптоз у 2,0% больных.

Нефропексия, пластика почечных артерий, СГЭ привели к нормотензии у 91,7 % пациентов. У 2 больных из-за выраженного нефроангиосклероза операции не привели к нормотензии. Болезнь Ормонда (забрюшинный фиброз) со сдавлением мочеточника явилась причиной АГ у 0,3 % больных. Гипернефрома с АГ была диагностирована у 0,3 % больных и после операции у всех больных АД нормализовалось.

Заключение. Таким образом, диагноз ЭАГ и «ГБ» должен ставиться только при исключении всех форм АГ. При стойкой НАГ, малоэффективности консервативных мероприятий больным показано оперативное лечение.

22 **ВАЗОРЕНАЛЬНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОВЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ**

Абдулгасанова М.Р., Провоторова Ю.Р., Абдулгасанов Р.А., Гасымов Э.Г., Кузнецова Е.В., Магомедьяев М.Д., Мансимов Р.М., Мусаев О.Г.

ФГБУ «Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ

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

Материалы и методы. В НЦ ССХ им А.Н. Бакулева 1986 по 2016 гг. обследованы 3900 больных с артериальной гипертензией в возрасте от 5 до 84 лет, которые лечились в поликлиниках и ведущих клиниках г. Москвы с диагнозом «гипертоническая болезнь» (ГБ). Длительность АГ составила 5 + 18 лет.

Результаты. Гемодинамические АГ были диагностированы у 9,7% больных. ВРГ была выявлена у 5,5% пациентов. У 20 больных из-за окклюзии почечной артерии (ПА) и длительной АГ имелось сморщивание почек и снижение морфометрических показателей почек, которым была выполнена нефрэктомия, над- и поддиафрагмальная спланхниканглионэктомия.

Стенозы ПА были выявлены у 54 больных. После пластики ПА у больных с длительностью АГ до 5 лет АД нормализовалось у 92%. У больных с длительностью АГ более 10 лет из-за необратимых изменений в почках нормализация АД произошла только у 65%.

Расслаивающая аневризма аорты с отхождением одной из почечной артерии была обнаружена

у 0,8% пациентов. Операбельными оказались только 40,0% больных, которым была выполнена успешная реконструкция аорты и артерий с удовлетворительным гипотензивным эффектом.

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

23 АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ГИПОПЛАЗИИ И АОРТОАРТЕРИИТАХ

Абдулгасанова М.Р., Провоторова Ю.Р., Абдулгасанов Р.А., Гасымов Э.Г., Кузнецова Е.В., Иванов А.В., Магомедьяев М.Д., Мансимов Р.М

ФГБУ «Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ

Цель исследования - выявление коарктации аорты, коарктационного синдрома (врожденной гипоплазии, стенозирующего неспецифического аортоартериита торакоабдоминальной аорты, расслаивающей аневризмы аорты) у больных эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) - «гипертонической болезнью (ГБ)».

Материалы и методы. В НЦ ССХ им А.Н. Бакулева 1986 по 2016 гг. обследованы 3900 больных с артериальной гипертензией в возрасте от 5 до 84 лет, которые лечились в поликлиниках и ведущих клиниках г. Москвы с диагнозом «гипертоническая болезнь» (ГБ). Длительность АГ составила 5 + 18 лет.

Результаты. Коарктация аорты была выявлена у 2,5% пациентов. У 53,3% больных в возрасте от 20 до 60 лет коарктация аорты осложнилась аневризмой грудной аорты из-за длительной АГ, которая не была диагностирована в течение многих лет. Коррекция коарктации и аневризмы аорты привела к нормотензии лишь у 4 (25%) больных. Коарктационный синдром со стенозом аорты, ее ветвей из-за неспецифического аортоартериита и врожденной гипоплазии был выявлен у 1,0% пациентов с длительностью АГ более 10 лет.

Все больные были прооперированы. Устранение коарктационного синдрома сопровождалось нормотензией только у 55% больных. Расслаивающая аневризма аорты была обнаружена у 0,8% пациентов. Операбельными оказались только 45,0% больных, которым была выполнена успешная реконструкция аорты и артерий с удовлетворительным гипотензивным эффектом.

Заключение. Объем медицинской помощи больным с АГ в России неудовлетворительный и частота ЭАГ («гипертонической болезни») в структуре АГ гораздо меньше (29%), чем упоминается в литературе (около 70-80 %). При всестороннем обследовании больных в специализированных клиниках с ЭАГ («ГБ») у 71,0 % удается выяснить причину АГ.

РАЗДЕЛ II. ПРОБЛЕМЫ ГЕМОСТАЗИОЛОГИИ

24 СРЕДНИЙ ОБЪЕМ ТРОМБОЦИТОВ – НОВЫЙ МАРКЕР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА?

Бродовская Т. О.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются одной из ведущих причин смертности в Российской Федерации. К настоящему времени установлены эпидемиологические взаимосвязи между синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС) и сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Известно, что распространенность СОАС в общей популяции составляет 3–7% среди мужчин и 2–5% среди женщин. Среди пациентов с ССЗ апноэ сна встречается чаще, до 80%. Установлено, что сердечно-сосудистая смертность среди пациентов с нарушениями дыхания во сне наблюдается в 5 раз чаще, чем у лиц без апноэ. В этой связи целесообразен поиск ранних маркеров сердечно-сосудистого риска у такой категории пациентов.

Цель. Оценить средний объем тромбоцитов у лиц с СОАС.

Материалы и методы. В исследование включены 48 пациента мужского пола, средний возраст $48,7 \pm 3,1$ лет. трудоспособного возраста. Каждому пациенту выполнялся респираторный мониторинг с помощью аппарата «Кардиотехника 07 АД 3/12 Р», включавший интегральную реопневмографию, актиграфию, спирографию, пульсоксметрию. Всем пациентам выполнялся клинический анализ крови на автоматическом гематологическом анализаторе Mythic 18 (Orphee Medical, США), анализ липидного профиля, глюкозы плазмы на автоматическом биохимическом анализаторе Olympus AU400 (Beckman Coulter, США), ультразвуковое сканирование общих сонных артерий с определением толщины комплекса интима-медиа на аппарате Philips HD 15 (Нидерланды).

Все наблюдения были разделены на 2 группы, по 24 человека в каждой, в зависимости от наличия нарушений дыхания во сне. Основную группу составили пациенты с установленным СОАС, индекс апноэ/гипопноэ (ИАГ) которых превышал 5 в час. Группу сравнения составили наблюдения без СОАС (ИАГ < 5 в час).

Результаты. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, антропометрическим показателям, уровню систолического и диастолического АД, рискам по Фрамингемской шкале, значениям глюкозы крови. Зарегистрировано достоверное повышение среднего объема тромбоцитов ($10,49 \pm 0,9$ против $10,03 \pm 1,01$ фЛ), уровня триглицеридов ($3,3 \pm 1,8$ против $2,0 \pm 1,3$ ммоль/л), а также тенденция к снижению антиатерогенных липопротеидов высокой плотности ($0,9 \pm 0,4$ против $1,2 \pm 0,3$ ммоль/л) в группе СОАС. Толщина комплекса интима-медиа в основной группе составила $0,68 \pm 0,1$ мм, в группе сравнения $0,61 \pm 0,2$ ($p < 0,05$).

В результате проведенного корреляционного анализа были установлены достоверные связи высокой силы между средней сатурацией кислорода и среднего объема тромбоцитов ($R = 0,89$, $p < 0,01$), ИАГ и толщиной комплекса интима-медиа ($R = 0,91$, $p < 0,05$).

Обсуждение. Выявленные взаимосвязи указывают на существенную роль гипоксии в процессе атерогенеза. В основе патофизиологии могут находиться такие механизмы как гиперактивация симпатической нервной системы, ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, продукция активных форм кислорода, нарушение метаболизма липидов. Средний объем тромбоцита

отражает функциональную способность клетки. Установленные особенности, по видимому, могут указывать на более высокую клеточную и гемостатическую способность, активацию коагуляции, взаимодействия с клеточной стенкой, риски микро- и макроvasкулярных осложнений.

Заключение. Установленные особенности могут явиться ключом к пониманию патофизиологии сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с СОАС. Оценка среднего объема тромбоцита рекомендована в качестве инструмента скрининга атеросклероза и тромбогенеза.

25 ВОЗМОЖНОСТИ ЛАБОРАТОРНОГО КОНТРОЛЯ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Сироткина О.В.¹, Суринт Н.А.², Топанова А.А.¹, Вавилова Т.В.^{1,2}

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

²ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр №1», Санкт-Петербург

Введение: Проведенные в ряде стран исследования показали ассоциацию роста заболеваемости хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей с другими сердечно-сосудистыми событиями, а также с плохим прогнозом ССЗ: сокращением продолжительности жизни и генерализацией атеросклероза.

Целью исследования явилось применение оригинального алгоритма лабораторного и молекулярно-генетического исследования для оценки функционального состояния тромбоцитов и оптимизации антиагрегантной терапии у амбулаторных больных с генерализованным атеросклерозом.

Материалы и методы: В исследование вошли 105 пациентов обоего пола, средний возраст 68 ± 1 лет, перенесших реконструктивные операции на артериях по поводу облитерирующего атеросклероза нижних конечностей. При первичном обращении оценивалась степень генерализации атеросклероза на основании заключений кардиологов и неврологов, УЗДС брахиоцефальных артерий, а также данных об остром инфаркте миокарда и/или остром нарушении мозгового кровообращения в анамнезе. Всем пациентам выполнялись лабораторные исследования, согласно диагнозу и клиническому состоянию, а также определение полиморфных вариантов генов тромбоцитарных рецепторов и генов семейства цитохромов P-450, отвечающих за метаболизм ксенобиотиков, методом ПЦР в реальном времени. Контроль функциональной активности тромбоцитов осуществлялся по показателям АДФ- (10 мкМ) и коллаген- (20 мкг) индуцированной импедансной агрегатометрии.

Результаты: Уровень холестерина, ЛПНП, D-димера и С-реактивного белка снижались, достигая в 6 месяцев достоверных различий по сравнению с первичными измерениями, уровень фибриногена плазмы крови достоверно снизился через три месяца наблюдения за пациентами и далее стабильно оставался в пределах нормальных значений. У 16% пациентов был выявлен полиморфный вариант или сочетание полиморфных вариантов генов CYP3A5 и CYP2C19, ассоциированных с замедленным метаболизмом клопидогрела. У 47% больных были детектированы полиморфные варианты тромбоцитарных рецепторов Leu33Pro GP IIIa, C807T GP Ia, G36T P2Y12, ассоциированные с повышением

функциональной активности тромбоцитов и плохим ответом на антиагрегантную терапию, при этом у трети пациентов наблюдалось сочетание двух или трех неблагоприятных генотипов. Индивидуальный подбор антиагрегантной терапии проводился с учетом результатов всего комплекса клинических данных, лабораторных и молекулярно-генетических исследований, а также уровня функциональной активности тромбоцитов при первичном обследовании. Все больные были разделены на 5 групп, и в каждой был предложен свой режим антиагрегантной терапии: АСК в дозе 100 мг или 150 мг в сутки; клопидогрел 75 мг в сутки; АСК 100 мг или 150 мг + клопидогрел 75 мг в сутки. В общей когорте пациентов до подбора индивидуального режима антиагрегантной терапии интегральный показатель функциональной активности тромбоцитов AUC превышал 50 Ом/мин и для АДФ-, и для коллаген-индуцированной агрегации. Через 3 месяца приема индивидуально подобранной антиагрегантной терапии у всех пациентов наблюдалось достоверное снижение амплитуды и AUC АДФ- и коллаген-индуцированной агрегации, а также удлинение Lag-time коллаген-индуцированной агрегации по сравнению с первичным наблюдением. В исследуемой группе больных за весь период наблюдения не было зафиксировано геморрагических осложнений.

26 ПЕРСПЕКТИВЫ НЕДАЛЕКОГО БУДУЩЕГО – НОВЫЕ МАРКЕРЫ АКТИВАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ

Сироткина О.В., Кищенко В.В., Кондратов К.А., Федоров А.В., Вавилова Т.В.

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

Введение: Тромбоциты впервые были описаны в середине XIX века как «бесцветные частицы крови, в несколько раз меньше красных и белых кровяных телец» французом Donne (1842 г.) и немцами Simon (1842 г.) и Zimmermann (1847 г.). В отличие от других безъядерных клеток крови, тромбоциты характеризуются сложной структурно-функциональной организацией и способны подвергаться комплексу морфологических и биохимических изменений в процессе активации и участия в гемостатических реакциях. Атеротромбоз – адгезия и агрегация тромбоцитов на месте нестабильной атеросклеротической бляшки с образованием внутрисосудистого тромба, лежит в основе патогенеза многих сердечно-сосудистых заболеваний. Таким образом, адекватная оценка функциональной активности тромбоцитов является важной клинико-лабораторной задачей.

Целью данного исследования явился поиск новых маркеров активации тромбоцитов.

Материалы и методы исследования: В качестве модели активации тромбоцитов использовали тромбоцитные концентраты (суспензия жизнеспособных и гемостатически активных тромбоцитов в плазме) на разных сроках хранения, которые были получены путем автоматического тромбоцитафереза в соответствии с национальным стандартом РФ ГОСТ Р 53420-2009 «Кровь донорская и ее компоненты» (от 28 октября 2009 года N485-ст) на станции переливания крови ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» МЗ РФ. Донорами были мужчины с I группой крови Rh+. Для получения образцов тромбоцитов, микровезикул и экзосом из тромбоцитного концентрата применялось дифференциальное ультрацентрифугирование. Изменение морфологии клеток при активации анализировали с помощью световой и электронной сканирующей микроскопии низкого напряжения. Отделение микровезикул и экзосом детектировали с помощью проточной цитометрии высокого разрешения (CytoFLEX, Becton Coulter, США), а также путем анализа вертерн-блота белкового маркера микровезикул и экзосом CD9. Анализ пула тромбоцитарных

микро-РНК проводили методом ПЦР в реальном времени и с использованием вестерн-блота белка, ассоциированного в комплекс с микро-РНК – AGO2.

Результаты: Изменение формы тромбоцитов в процессе активации визуализируется при использовании световой микроскопии, причем степень активации может быть оценена количественно при подсчете измененных клеток в поле зрения. Кроме того, при активации тромбоцитов происходит отделение микровезикул и экзосом, и данный процесс хорошо визуализируется с помощью электронной сканирующей микроскопии. Проточная цитометрия высокого разрешения при использовании флуоресцентно меченых антител и калибровочных частиц позволяет количественно оценить фракцию микровезикул и экзосом. Следует отметить, что количество микровезикул и экзосом было тем выше, чем более активированы клетки. Также от степени активации зависело количество белков CD9 и AGO2, детектируемых путем вестерн-блота во фракциях микровезикул и экзосом, отделившихся от тромбоцитов при активации. Пул микро-РНК при активации тромбоцитов меняется разнонаправленно: количество miR451, miR223, miR326, miR126, miR21, miR210, miR221 нарастает в экзосомах, miR223 и miR126 также увеличивается и в микровезикулах. Количество большинства из исследованных микро-РНК при этом в тромбоцитах не изменяется, только miR326 и miR145 уменьшаются в активированных клетках, а miR451 нарастает так же, как и в экзосомах.

Заключение: образование тромбоцитарных микровезикул и изменение пула микроРНК могут рассматриваться как потенциальные маркеры активации тромбоцитов.

27 КОРРЕКЦИЯ ПЛАЗМЕННОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ – МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ

Вавилова Т.В., Мельничникова О.С., Юдина В.А.

ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова” МЗ РФ, Санкт-Петербург

Основополагающим механизмом атеротромботических событий по праву считаются тромбоциты, которые проявляют свою способность к агрегации при повреждении сосудистой стенки и при нарушении физиологических условий тока крови в связи со стенозированием артериального русла. До последнего времени была не вполне определена роль плазменного гемостаза в этих событиях – является ли он ключевым игроком или только «сочувствующим» компонентом со вторичным отложением фибрина в зоне образования тромбоцитарной пробки. Значительное количество исследований свидетельствуют о том, что в случае острого коронарного события генерация тромбина усиливается, что послужило основанием для разработки стратегии комбинированной терапии с включением малой дозы антикоагулянта у больных, перенесших стентирование по поводу ОКС (без фибрилляции предсердий). Вопрос о хроническом атеросклеротическом поражении остается в этом плане открытым.

Цель исследования. Оценка генерации тромбина у больных с различной локализацией атеросклеротического поражения вне острого тромботического события.

Материал и методы. Всего было обследовано 100 пациентов с атеросклерозом (80 мужчин, 33 женщины) в возрасте от 40 до 78 лет в составе 3 подгрупп в зависимости от клинико-морфологической формы атеросклероза, была разделена на три подгруппы: 58 пациентов, имеющих поражение только коронарных артерий и клиническими проявлениями хронической

ИБС, 30 пациентов с поражением коронарных и мозговых артерий и клиническими проявлениями ИБС и ИБМ, 12 пациентов, которые имели помимо атеросклеротического поражения коронарных и брахиоцефальных артерий, также атеросклероз артерий нижних конечностей (НК). Группу контроля составили 24 практически здоровых человека (14 мужчин, 10 женщин) возраст которых был в среднем (55±6) лет. Генерация тромбина исследовали по методике Hemker H. (2003) на анализаторе (Thrombinoscope bv, Нидерланды) и планшетном флюориметре FluoroskanAscent® (ThermoFisher SCIENTIFIC, Финляндия).

Результаты. Выявлено достоверное повышение генерации тромбина (по эндогенному тромбиновому потенциалу - ЕТР) в группе пациентов с атеросклерозом по сравнению с группой контроля: 1818,19±238,55 нМоль/мин против 1637,54±421,92 нМоль/мин (p<0,05). Кроме того, было обнаружено значимое повышение ЕТР у пациентов с поражением коронарных и брахиоцефальных артерий и в группе больных, имевших дополнительно атеросклероз артерий НК по сравнению с пациентами, страдавшими только ИБС и контрольной группой - 986,3±374,4 нМоль/мин, 1380,3±371,9 нМоль/мин и 1192,3±480,9 нМоль/мин, соответственно (p<0,01).

Выводы: У больных с атеросклерозом имеет место повышение генерации тромбина, коррелирующее с тяжестью атеросклеротического поражения сосудистого русла: эндогенный тромбиновый потенциал плазмы крови достоверно повышается в среднем на 23% по сравнению с группой контроля, что может служить патогенетическим обоснованием использования антикоагулянтной терапии при распространенном атеросклерозе вне острых сосудистых событий.

РАЗДЕЛ III. ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

28 ВЗАИМОСВЯЗЬ ОБЩЕГО ЦИНКА С ЛИПИДНЫМ ПРОФИЛЕМ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА

Котова Ю. А¹., Зуйкова А. А¹., Алферова Е. Н²., Страхова Н. В¹., Шевцова В. И¹.

¹ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия,

²БУЗ ВО «ВГКБСМП № 1», Воронеж, Россия

Изменение активности антиоксидантной системы, которое лежит в основе развития стенокардии, характеризуется развитием субклинического воспаления, что приводит к более раннему развитию атеросклероза. Есть работы, которые показывают, что у больных стенокардией снижается активность антиоксидантов: восстановленного глутатиона, супероксиддисмутаза (СОД), каталазы и глутатионпероксидазы. Стоит отметить важную роль цинка, так как он входит в состав значимого антиоксидантного фермента СОД, а соответственно участвует в стабилизации клеточных мембран, что в свою очередь сохраняет целостность эндотелия, препятствуя развитию стенокардии.

Цель исследования. Определить концентрацию общего цинка, показателей окислительного стресса у пациентов с дислипидемией на фоне хронических форм ишемической болезни сердца,

а также определить их связь с активностью антиоксидантной системы.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 30 клинически здоровых лиц, 120 пациентов со стабильной стенокардией 2-3 ФК, 30 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом.

Пациенты со стабильной стенокардией были разделены на 2 группы: 1 – пациенты со стабильной стенокардией без дислипидемии, 2 – пациенты со стенокардией и дислипидемией. По возрасту, полу, длительности заболевания различий в группах не было.

Критерием исключения явилось наличие нарушения толерантности к глюкозе или сахарный диабет.

Всем обследуемым проводили определение показателей липидограммы: общий холестерин (ОХ), липопротеиды низкой плотности (ХС ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицериды (ТГ).

Определение окислительной модификации белков в сыворотке крови проводили по методике Дубининой.

Для оценки уровня общего цинка использовался вариант дитизионового метода.

Активность антиоксидантной системы оценивали по активности СОД.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась на ПЭВМ Pentium III-500, с помощью пакетов программ Microsoft Excel 2003, Statistica, SPSS 17.0 for Windows.

Результаты исследования. При оценке результатов липидограммы были определены достоверные различия между группой здоровых и остальными группами. Важно отметить, что также выявлены достоверные различия между группой больных с ГБ и группой больных с дислипидемией на фоне ГБ по показателям ОХС, ХС ЛПНП и ТГ. Статистически значимых различий по показателю ХС ЛПВП между группами не обнаружено.

При оценке уровня цинка были выявлены статистически значимые различия между всеми группами. В группе здоровых он составил $21,9 \pm 0,34$ мкмоль/л. Показано, что уровень цинка у здоровых достоверно выше в 2 раза по сравнению с другими группами. Также отмечено, что у пациентов с дислипидемией данный показатель статистически значимо отличался от такового у пациентов только со стенокардией ($8,94 \pm 0,18$ мкмоль/л и $9,54 \pm 0,13$ мкмоль/л соответственно). В группе пациентов с постинфарктным кардиосклерозом уровень общего цинка составил $7,11 \pm 0,09$ мкмоль/л.

При оценке уровня активности СОД были выявлены достоверные различия во всех группах. Самая низкая активность СОД среди групп наблюдалась у пациентов с дислипидемией - 39%, в группе пациентов только со стенокардией 43%, с постинфарктным кардиосклерозом - 47%, у здоровых - 64%. Снижение активности СОД является активатором свободно-радикального окисления.

Далее оценивались корреляционные взаимосвязи. Показатели липидного профиля (ОХС, ТГ, ХС ЛПНП) отрицательно коррелировали с общей концентрацией катионов цинка $r = -0,81$ $p < 0,05$, $r = -0,76$ $p < 0,05$ $r = -0,79$

$p < 0,05$ соответственно, что также было подтверждено в исследовании Reiterer и соавт. Кроме, того определена положительная сильная связь между общим цинком и активностью СОД - $r = 0,88$ $p < 0,05$, что объясняется вхождением цинка в состав данного фермента.

Заключение. У пациентов с дислипидемией, а также с постинфарктным кардиосклерозом выявлено достоверное снижение уровня общего цинка по сравнению со здоровыми, а также по сравнению с группой пациентов только со стенокардией. Процессы ОМБ и ПОЛ тесно взаимосвязаны за счет снижения активности антиоксидантной системы. Уровень общего цинка отрицательно коррелировали с показателями липидного профиля, что, возможно, говорит о тяжести эндотелиального повреждения у таких пациентов.

29

ВКЛАД ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ И ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Закирова Н. Э., Закирова А. Н.

¹ФГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», Уфа, Россия

Цель исследования: установить роль иммуновоспалительных реакций и эндотелиальной дисфункции в формировании клинического течения и прогрессировании ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы. В основу работы положены результаты комплексного обследования 216 мужчин, больных ИБС, из них 103- со стабильной стенокардией I-IV функционального класса, 113 - с нестабильной стенокардией I-III класса. В контрольную группу вошли 38 здоровых мужчин. Диагностика ИБС основывалась на данных велоэргометрии, мониторинга ЭКГ, эхокардиографии (М-, В,-доплер-режимы). О состоянии иммуновоспалительных реакций судили по уровню провоспалительных (интерлейкин-1 β (ИЛ-1 β), 6 (ИЛ-6), фактор некроза опухоли- α (ФНО- α) и противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4; ИЛ-10), об адгезивной функции эндотелия - по содержанию в крови растворимой (sICAM-1) и сосудистой молекулы межклеточной адгезии (sVCAM-1), выполненные с использованием иммуноферментного анализа. Вазодилатирующую и вазоконстрикторную функцию эндотелия изучали по эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) плечевой артерии (метод ультразвука) и активности эндотелина-1 в плазме (иммуноферментный анализ).

Результаты. Установлено, что уже на стадии стабильной стенокардии у больных ИБС зарегистрировано достоверное повышение в крови уровня ИЛ-1 β (37,3%; $p < 0,05$), ИЛ-6 (53,4%; $p < 0,01$) и ФНО- α (58,9%; $p < 0,01$), снижение концентрации противовоспалительного цитокина ИЛ-10 (15,7%; $p < 0,05$) по сравнению с контролем. Выраженная экспрессия цитокинов выявлена при нестабильной стенокардии: параметры ИЛ-1 β и ФНО- α превысили не только контроль, но и значения стабильной стенокардии более, чем в 1,4 раза ($p < 0,05$). При нестабильной стенокардии отмечена максимальная активация ИЛ-6 и ингибирование ИЛ-10, ИЛ-4, параметры которых в 2,4 и 1,7 раза отличались от показателей стабильной стенокардии. Содержание sICAM-1 и sVCAM-1 существенно увеличивалось по мере возрастания тяжести ИБС и достигало максимума при нестабильной стенокардии. При оценке функции эндотелия у больных ИБС установлены значимые нарушения ЭЗВД плечевой артерии, наиболее существенные при нестабильной стенокардии. Уровень эндотелина-1 у больных стабильной стенокардии был достоверно выше контроля, а при нестабильной стенокардии не только превышал данные контроля, но и в 2,5 раза - показатели стабильной стенокардии. При корреляционном анализе, проведенном у больных ИБС, установлены взаимосвязи между параметрами цитокинов, молекул межклеточной адгезии и уровнем эндотелина-1, ЭЗВД, определены их взаимоотношения с клинико-гемодинамическими параметрами.

Заключение. Результаты исследования свидетельствуют о важной роли иммуновоспалительных реакций и эндотелиальной дисфункции в формировании клинического течения и прогрессировании ИБС.

30

ВЛИЯНИЕ ЭМПАГЛИФЛОЗИНА НА КОНТРОЛЬ ГЛИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПЕРЕД ПЛАНОВЫМ ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ

Хорлампенко А.А.¹, Игнатова Ю.С.², Кочергина А.М.^{1,2}

¹ Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово, Россия

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

Актуальность. По данным исследований уровень HbA1c > 7% повышает риск повторных коронарных вмешательств, а также возврата клиники стенокардии среди пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа, перенесших успешное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Применение эмпаглифлозина в дополнение к стандартной терапии СД 2 типа приводит к более значимому снижению уровня гликированного гемоглобина, а также воздействует на модифицируемые факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, что уменьшает частоту неблагоприятных событий.

Цель работы. Изучить эффективность гликемического контроля при использовании эмпаглифлозина у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИСБ) и СД 2 типа, направляемых на плановое ЧКВ.

Материалы и методы. Приведены промежуточные результаты проспективного исследования, проведенного на базе ФГБНУ НИИ КПССЗ. В исследование были включены 14 пациентов, 8 мужчин (57,2%), 6 женщин (42,8%) с ИБС и СД2 типа, направляемые на плановое ЧКВ, с отсутствием любой коронарной реваскуляризации ранее. Возраст участников составил от 55 до 72 лет. Участники методом рандомизации были разделены на две группы, сопоставимые по полу, возрасту, стажу СД. У всех участников проводилась оценка уровня HbA1c до рандомизации и перед ЧКВ.

В первой группе пациентов (7 человек) проводилось лечение эмпаглифлозином 10 мг/сут в дополнение к основной сахароснижающей терапии в течение 1 месяца перед процедурой ЧКВ. В группе сравнения (7 человек) – назначение дополнительной гипогликемической терапии не проводилось.

Исходно в обеих группах у 57,2% пациентов отмечалось недостижение уровня целевого гликированного гемоглобина, несмотря на активную терапию СД. В группе сравнения неудовлетворительный контроль гликемии сохранялся на прежнем уровне к моменту плановой госпитализации. В группе эмпаглифлозина через 1 месяц приема препарата число пациентов с достигнутым уровнем целевого гликированного гемоглобина составило 85,6%.

Выводы. Большинство пациентов с СД 2 типа направляемых на плановую эндоваскулярную реваскуляризацию миокарда имеют неудовлетворительный контроль гликемии (по данным HbA1c).

Кратковременное назначение эмпаглифлозина 10 мг/сут в дополнение к основной гипогликемической терапии уже в течение 1 месяца увеличивает количество пациентов с адекватным гликемическим контролем.

31 НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПОКАЗАНИЯМИ К ПЛАНОВОМУ ЭНДОВАСКУЛЯРНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ

Игнатова Ю. С.¹, Кочергина А. М.¹, Хорлампенко А. А.², Дылева Ю.А.²

¹ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, 650029, Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а

²ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», 650002, Кемерово, Сосновый б-р, д. 6

Вступление. В настоящее время сахарный диабет (СД) признан ведущими мировыми исследователями неинфекционной эпидемией XXI века [1]. Официальная распространенность СД по данным 2016г. составила 4,35 млн человек, что соответствует 3% населения Российской Федерации (РФ), из них 92% - больные СД 2 типа [2]. Фактическая распространенность СД в РФ двукратно выше, что подтверждено результатами исследования NATION [3]. Нередко поводом для диагностики СД и других нарушений углеводного обмена (НУО) становится острое коронарное событие (ОКС). Так по результатам регистра РЕКОРД у пациентов с ОКС в 2,5 % случаев диабет был выявлен впервые [4]. Результатами многочисленных исследований установлено, что СД утяжеляет течение ишемической болезни сердца (ИБС) и является предиктором развития осложнений у больных ИБС после чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) [5]. Таким образом, ранняя диагностика НУО продолжает оставаться актуальной проблемой, особенно в группе пациентов с ИБС.

Цель исследования: оценить частоту встречаемости НУО в рутинной клинической практике и при активном скрининге у пациентов с ИБС перед плановым ЧКВ.

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты с ИБС, поступившие на плановое ЧКВ в ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний». Исследование состояло из 2 этапов: ретроспективного и проспективного. В ходе ретроспективного исследования проанализированы 200 историй болезни пациентов с ИБС, поступивших на плановое ЧКВ в период с сентября 2015г. по сентябрь 2016г. Проспективное исследование проведено в период с ноября 2016г. по март 2017г. среди той же категории пациентов. Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом учреждения. Критерии включения: больные до 70 лет включительно со стенокардией I-IV ФК либо постинфарктным кардиосклерозом без декомпенсации хронической сердечной недостаточности. Критерии исключения из исследования – больные ИБС с предшествующей реваскуляризацией миокарда; пациенты с протезированными клапанами сердца в анамнезе; больные с острым коронарным синдромом в индексную госпитализацию; обострения соматических заболеваний.

Диагностика НУО основывалась на исследовании глюкозы цельной капиллярной крови натощак с помощью глюкометра и определении концентрации глюкозы плазмы гексокиназным методом. Нарушения гликемии верифицировались по диагностическим критериям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [2]. Если показатели гликемии натощак не удовлетворяли диагностическому критерию СД, был проведен пероральный тест толерантности к глюкозе (ПТТГ). Также в качестве диагностического критерия СД использовался уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) $\geq 6,5$ %. У всех пациентов была исследована концентрация фруктозамина как альтернативного маркера НУО.

Вся выборка проспективного этапа исследования (82 человека) была разделена на 4 группы в зависимости от наличия НУО с уточнением его вида. В группы НУО были включены пациенты с впервые выявленными метаболическими нарушениями и ранее зарегистрированной

гипергликемией в анамнезе. I группу составили пациенты с СД – 32 (39%), II группу – с нарушением толерантности к глюкозе (НТГ) - 6 (7,3%), III группу – с нарушением гликемии натощак (НГН) – 12 (14,7 %) больных, IV- без НУО- 32 (39 %).

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты. По результатам ретроспективного исследования у 47 пациентов (23,5%) регистрировались НУО: из них у 37 (18,5%) больных - СД, у 10 (5%) – НТГ, пациентов с НГН по данным ретроспективного анализа не было. В госпитальный период у данной категории больных был оценен только уровень тощаковой гликемии, у 3 (8,1%) пациентов с СД определен уровень HbA1c (по данным амбулаторного эпикриза). ПТТГ не проводился ни в одном случае.

По результатам проспективного исследования из 82 пациентов (табл.1) треть (30,5%) больных имели в анамнезе НУО, из них 23 (92%) пациента - СД и 2 (8%)- НТГ. НГН по данным анамнеза не регистрировались. Активная диагностика выявила 26 (45,6%) новых случаев НУО из группы лиц с отсутствием анамнестических данных об их наличии. Из них у 9 (15,8%) был впервые диагностирован СД, у 5 (8,8%)- НТГ и у 12 (21,1%) – НГН.

Таблица 1. Характеристика пациентов проспективного исследования по гликемическому статусу

Категория	НУО в анамнезе, n=25 (30,5%)	Впервые выявленные НУО, n= 57 (69,5%)
СД	23 (92)	9 (15,8)
НТГ	2 (8)	5 (8,8)
НГН	0	12 (21,1)

Примечание: 1 пациент по результатам исследования из группы НТГ перешел в группу СД.

Группы сравнения пациентов с СД, НТГ, НГН и без НУО (табл.2) по гендерному составу и возрастной категории не различались (p=0,08). Большинство больных в группах сравнения имели многососудистое поражение коронарных артерий. При анализе лабораторных показателей (табл.2) в группах сравнения были выявлены значимые различия тощаковой гликемии (p=0,00). В качестве диагностических критериев НУО использовались следующие маркеры: гликемия натощак, 2 - часовая гликемия после ПТТГ и уровень HbA1c. Так по тощаковой гипергликемии у 12 (21%) пациентов диагностировано НГН и у 2 (3,5%) – СД. По результатам ПТТГ в 5 (8,8%) случаях выявлено НТГ и в 1 (1,8%) случае - СД. По 2 маркерам (уровню HbA1c \geq 6,5% и гипергликемии натощак) в 5 (8,8%) случаях диагностирован СД и в 1 случае (1,8%) только по диагностически значимому HbA1c. Повышенный уровень (>285 мкмоль/л) фруктозамина наблюдался в 98% случаев среди группы впервые выявленных НУО, а максимальный - в группе СД (393,6 \pm 90,7 мкмоль/л), (p=0,00).

Таблица 2. Характеристика пациентов с СД, НТГ, НГН и отсутствием НУО по анамнестическим и лабораторным показателям (результаты проспективного исследования)

Показатели	1-я группа пациенты с СД, n=32 (39%)	2-я группа пациенты с НТГ, n=6 (7,3%)	3-я группа пациенты с НГН, n=12 (14,7 %)	4 -я группа без НУО, n= 32(39%)	p
Мужской пол, n (%)	16 (50)	5 (83,3)	7 (58,3)	25 (78,1)	0,08
Женский пол, n (%)	16 (50)	1 (16,7)	5 (41,7)	7 (21,9)	0,08
Средний возраст, лет	60,1 \pm 6,2	61,5 \pm 7,1	61,7 \pm 4,6	59,1 \pm 7,3	0,62

Многососудистое поражение коронарного русла, (n %)	27 (84,4)	5 (83,3)	8 (66,7)	20 (62,5)	0,21
Гликемия натощак, ммоль/л	8,7±2,8	5,8±0,7	6,6±0,3	5,4±0,5	0,00
Фруктозамин, мкмоль/л	393,6±90,7	300,2±26,5	314,8±47,8	274,0±28,8	0,00
Фактический HbA1c, %	7,2±1,6	5,5±0,7	5,7±0,4	5,2±0,5	0,00

Обсуждение. Согласно рекомендациям ВОЗ все больные ИБС должны подвергаться активной диагностике НУО. Первоначально скрининг НУО следует начинать с исследования HbA1c и глюкозы плазмы натощак, в случае получения сомнительных результатов проводить ПТТГ [6]. По данным ретроспективной части нашего исследования у 2 (1%) пациентов без НУО в анамнезе был диагностирован СД только по «случайной» гипергликемии > 11,1 ммоль/л. Уровень HbA1c не был определен ни у одного пациента. В проспективной части исследования активная диагностика с определением тощаковой гликемии, HbA1c и проведением ПТТГ способствовала выявлению 45,6% НУО у пациентов с нормогликемией по данным анамнеза. Следует отметить, что как в ретроспективной части исследования, так и в проспективной исходно пациентов с НГН не было. Однако активный диагностический поиск позволил выявить 12 (21,1%) случаев впервые зарегистрированных НГН. У всех пациентов был исследован уровень фруктозамина, который официально не включен в диагностические критерии СД и предиабета, но активно обсуждается в зарубежной литературе в качестве дополнительного диагностического маркера НУО. Так результаты исследования ARIC определили возможность использования фруктозамина в дополнение к HbA1c для гликемического контроля за последние 2-3 недели [7].

Заключение. По результатам проведенного ретроспективного исследования установлено, что 23,5% пациентов с ИБС имеют НУО. Активная диагностика НУО с исследованием тощаковой гликемии, HbA1c и проведением ПТТГ дополнительно выявила 45,6% новых случаев метаболических нарушений с преобладанием НГН (21,1%).

32 ТРОЙНЫЕ КОМБИНАЦИИ АНТИАНГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Смоленская Н.В., Канорский С.Г.

ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России, Краснодар

Современное лечение стабильной ишемической болезни сердца (ИБС) предполагает проведение многосторонних мероприятий, включающих оптимальную медикаментозную терапию, а также ее сочетания с чрескожной или хирургической реваскуляризацией миокарда. При сохранении стенокардии на фоне традиционной антиангинальной монотерапии следует назначать какой-либо антиангинальный препарат второй линии, но приоритеты не обозначены и отсутствуют рекомендации относительно титрования доз.

У больных ИБС пожилого и старческого возраста попытка увеличить дозу бета-адреноблокатора для достижения целевой частоты сердечных сокращений часто приводит к развитию атриовентрикулярной блокады и других нежелательных явлений. Добавление ивабрадина к небольшой дозе бета-адреноблокатора более безопасно и достаточно эффективно, но может не устранять стенокардию. Реваскуляризация миокарда в пожилом и старческом возрасте нередко оказывается невозможной.

Цель исследования – сравнение эффективности и безопасности антиангинальной терапии у пациентов с ИБС пожилого и старческого возраста сочетаниями бисопролола, ивабрадина и триметазида или ранолазина.

В исследовании участвовали 107 больных в возрасте от 60 до 79 лет с ИБС и стенокардией напряжения II/III функционального класса. В работу включали пациентов с синусовым ритмом частотой 70 ударов/мин и более в покое, которые не могли принимать назначавшийся им бета-адреноблокатор бисопролол в дозе выше 1,25-2,5 мг/сутки, чаще из-за развития атриовентрикулярной блокады II степени или артериальной гипотензии.

Для достижения частоты сердечных сокращений в покое 55-60 ударов/мин у всех пациентов в дополнение к бисопрололу (конкор кор, «Takeda», Япония) применяли ивабрадин (кораксан, «Servier», Франция), титруя его дозу от 2,5 до 7,5 мг 2 раза в сутки. При сохранении в течение 1 месяца стенокардии или безболевой ишемии миокарда по данным клинического наблюдения и суточного холтеровского мониторирования электрокардиограммы пациентов рандомизировали для дополнительного приема триметазида МВ (предуктал МВ, «Servier», Франция) по 35 мг 2 раза в сутки (n=54) или ранолазина (ранекса, «Berlin Chemie», Германия) по 500 мг 2 раза в сутки (n=53). Комплексное обследование больных проводилось перед началом приема тройных комбинаций антиангинальных препаратов (на фоне приема бисопролола и подобранной дозы ивабрадина) и через 6 месяцев непрерывной терапии, включало кроме общеклинического и лабораторных методов стандартную электрокардиографию в 12 отведениях; суточное холтеровское мониторирование электрокардиограммы с оценкой продолжительности безболевой депрессии сегмента ST; тредмил-тест с использованием модифицированного протокола Bruce; эхокардиографию в М- и В-режиме, импульсно-волновую, в том числе тканевую, доплерографию; фотоплетизмографию с помощью аппарата Ангиоскан-01 («Ангиоскан», Россия); оценку качества жизни с помощью Сиэтловского опросника (Seattle Angina Questionnaire).

Эффективность антиангинальной терапии оценивали, сопоставляя в динамике общую продолжительность нагрузки по результатам теста с физической нагрузкой (ТФН) на тредмиле. Причины прекращения ТФН – ограничивающая стенокардия, одышка или крайняя усталость. Пациенты регистрировали в специальном дневнике возникновение приступов стенокардии и потребление нитратов короткого действия, изменения частоты которых рассматривались как проявление антиангинального эффекта терапии.

Средние дозы ивабрадина, обеспечивавшие достижение целевой частоты сердечных сокращений в покое при их добавлении к низкой дозе бисопролола, составляли $6,2 \pm 1,8$ мг и $6,0 \pm 2,2$ мг в группах триметазида и ивабрадина соответственно.

Через 6 месяцев тройной антиангинальной терапии отмечалось значительное улучшение переносимости физической нагрузки пациентами обеих групп. Так, общая продолжительность нагрузки увеличивалась на $65,4 \pm 102,7$ с в группе триметазида ($p < 0,001$) и на $60,3 \pm 98,9$ с в группе ранолазина ($p < 0,001$), время до возникновения стенокардии – на $63,8 \pm 105,5$ с ($p < 0,001$) и на $61,7 \pm 103,0$ с ($p < 0,001$), время до депрессии сегмента ST на 1 мм – на $77,0 \pm 111,8$ с ($p < 0,001$) и $74,2 \pm 108,5$ с ($p < 0,001$) соответственно (различия между группами недостоверны). Частота приступов стенокардии существенно снижалась от $2,2 \pm 3,5$ до $0,8 \pm 2,4$ приступов в неделю при лечении комбинацией препаратов, включавшей триметазидин, и от $2,0 \pm 2,4$ до $0,9 \pm 2,3$ – комбинацией, включавшей ранолазин (различия между группами недостоверно). При этом добавление к терапии триметазида или ранолазина не сопровождалось существенными изменениями частоты сердечных сокращений в покое и артериального давления.

Продолжительность безболевого депрессии сегмента ST более, чем на 1 мм в течение суток уменьшалась как под влиянием терапии, включавшей триметазидин, так и ранолазин, однако в значительно большей степени при первом способе терапии ($p < 0,001$). Это преимущество триметазида имеет практическое значение, поскольку способно оказать позитивное влияние на прогноз больных.

В обеих группах отмечалось сопоставимое улучшение показателей систолической и диастолической функций левого желудочка, структурного и функционального состояния крупных артерий. Оба способа антиангинальной терапии обеспечивали сходное статистически значимое улучшение качества жизни по всем шкалам Сизтловского опросника.

Проблема отсутствия специальных рекомендаций по лечению рефрактерной стенокардии является очевидной. Основное внимание клиницистов нацелено на уменьшение симптомов и улучшение качества жизни таких пациентов, так как средствами улучшения долгосрочного прогноза мы еще не располагаем. В действующих рекомендациях Европейского общества кардиологов по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности для лечения стабильной стенокардии у больных с хронической сердечной недостаточностью II-IV функциональных классов эксперты предлагают реваскуляризацию, если стенокардия сохраняется, несмотря на терапию антиангинальными препаратами. В качестве альтернативы реваскуляризации (если сочетание бета-адреноблокатора с ивабрадином недостаточно эффективно) рассматривается комбинированная терапия 3 и более антиангинальными препаратами. При систолической сердечной недостаточности лечение стенокардии триметазидином основывается на убедительных доказательствах, тогда как целесообразность применения ранолазина не определена.

Комбинации низкой дозы бета-адреноблокатора с ивабрадином и триметазидином или ранолазином могут применяться для лечения рефрактерной стабильной стенокардии у пациентов пожилого и старческого возраста. Использование триметазида предпочтительнее из-за большей эффективности в отношении безболевого ишемии миокарда и более низкой стоимости.

33 ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ИБС

Качковский М.А., Шуркин И.И., Кузьмина Т.М.

Медицинский университет «Реавиз», Самара, Россия

Сердечно сосудистые заболевания являются основной причиной смерти населения в мире (ВОЗ, 2015) и, особенно, в Российской Федерации (Росстат, 2016), составляя, соответственно, 31% и 48,7% всех случаев смерти. Своевременная диагностика является важным условием организации профилактики осложнений у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Установлено, что при выявлении индекса кальцификации более 300 при сканировании коронарных артерий в 10 раз увеличивается риск развития ИБС и сердечно-сосудистых заболеваний (Blankstein R. и соавт., 2017).

Цель исследования: уточнить диагностические возможности визуализации коронарных артерий с помощью мультиспиральной компьютерной томографии коронарных артерий (КТ-коронарографии).

Материал и методы: Обследовано 12 амбулаторных пациентов в возрасте от 35 до 76 лет (средний возраст – $59,4 \pm 14,9$ лет), прошедших КТ-коронарографию. Женщин было 50%. Обследование проводилось на 64-срезовом компьютерном томографе Siemens Somatom Sensation 64 с внутривенным контрастированием артерий препаратом омнипак. Коронарные артерии оценивались по стандартизированной 28-сегментарной схеме (NYHA, 1999; Сеницын В.Е., 2015). Кальциевый индекс оценивали по методу Агатстона: лёгкая выраженность кальцификации (11-100), средняя (101-400) и тяжелая (более 401).

Результаты:

У всех 9 пациентов с типичной стенокардией (100%) выявлены стенозы коронарных артерий: 1 стеноз - 3 человека, 2 стеноза – 1 пациент, 3 стеноза – 3 обследованных, 4 стеноза – 2 пациента. У всех 5 пациентов с 3 и 4 стенозами и у 1 человека с одним сужением коронарной артерии обнаружены тяжелые стенозы (70-99%), при этом у 2 из этих обследованных в анамнезе был инфаркт миокарда. У пациентов с 1 и 2 поражениями артерий стенозы были лёгкими (25–49%) и умеренными (50–69%). У пациентки со стенокардией 2 функционального класса подтверждено наличие стеноза около 40%, выявленного 2 годами ранее на коронарной ангиографии, наличия второго стеноза не выявлено, что возможно было связано с имевшим ранее место ангиоспазмом. У пациента со стенозами 3 артерий (95, 93 и 60% сужения просвета) на стресс-эхокардиографии с добутамином развилась гипокинезия 5 сегментов миокарда левого желудочка. У 4 пациентов с индексом Агатстона от 201 до 1820 отмечались наиболее выраженные стенозы и многососудистое поражение артерий.

У пациента в возрасте 41 лет с атипичной стенокардией с эпизодами депрессии сегмента ST в отведениях V4-V6 на суточном мониторинге ЭКГ выявлены признаки, характерные для аплазии ветвей коронарной артерии. У 2 обследованных в возрасте 35 и 48 лет с признаками неангинозной боли в грудной клетке данных за атеросклероз коронарных артерий не выявлено. Осложнений при проведении исследования не было.

Выводы: Мультиспиральная компьютерная томография коронарных артерий является безопасным высокоинформативным неинвазивным методом диагностики атеросклероза коронарных артерий. Результаты данного исследования дают возможность объективизировать согласующиеся данные анамнеза, функциональных проб в диагностике ИБС. Проведение КТ-коронарографии позволяет выявить пациентов с гемодинамически значимым атеросклерозом коронарных артерий для своевременного направления их на коронарную ангиографию и оперативные вмешательства.

34 СИНДРОМ РАННЕГО СОСУДИСТОГО СТАРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Останина Ю.О.

Новосибирский государственный медицинский университет

Актуальность: Одной из основных и распространенных теорий раннего развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у лиц молодого возраста на сегодняшний день является концепция синдрома раннего сосудистого старения (СРСС). Сегодня СРСС активно изучается в различных когортах населения, однако единого понимания данного состояния до сих пор нет.

Основные клинические характеристики СРСС включают в себя атеросклероз (повышение скорости распространения пульсовой волны, утолщение комплекса интима-медиа), повышение

пульсового давления, эндотелиальную дисфункцию, недостаточность периферического кровообращения, увеличение общего периферического сопротивления сосудов, локальное и периваскулярное воспаление, оксидативный стресс, раннее биологическое старение в целом, инсулинорезистентность с метаболическим синдромом, абдоминальное ожирение, альбуминурию [1]. Поскольку старение сосудов, вероятно, является отражением генерализованного раннего биологического старения, важно определение и других маркеров раннего старения, к которым относится длина теломер [2,3].

Таким образом, активное изучение проблемы сосудистого старения, особенно в молодой когорте пациентов, на сегодняшний день является весьма актуальным направлением в исследовании патофизиологии ССЗ и организации профилактических мероприятий [1,4,5].

Цель: Выявить частоту СРСС у больных стабильной ИБС молодого и среднего возраста.

Материалы и методы: В исследовании участвовало 59 больных (мужчин) стабильной стенокардией напряжения (ССН) молодого и среднего возраста (52 [46,5; 55], лет). Критериями исключения были женский пол, сахарный диабет, инфаркт миокарда (ИМ) давностью менее 6 месяцев, онкологические и аутоиммунные заболевания, хронические заболевания в стадии обострения, острые инфекционные и психические заболевания. У всех больных диагноз ИБС был подтвержден результатами коронароангиографии (КАГ). Проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) сердца и брахиоцефальных артерий (БЦА). Содержание матричной металлопротеиназы -9 (ММП-9) определяли с помощью тест-системы Human MMP-9 Immunoassay (США). С-реактивный белок определялся с помощью тест-системы ELISA (Biomerica). Для определения концентрации цитокинов использовалась тест система Вектор Бест (Россия). Для определения относительно длины теломер (ОДТ) из крови выделяли ДНК с помощью набора для выделения геномной ДНК (Синтол, Россия). Оценку ОДТ проводили методом ПЦР в реальном времени с использованием праймеров и протокола проведения реакции и наборов ферментов с красителем EVA-green (Синтол, Россия) на приборе Bio-Rad CFX (США). Теломерные последовательности считались укороченными, если отношение было менее 1 у.е. и удлинненными, если – более 1 у.е. [6]. Определение сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (СЛСИ), как специфического маркера жесткости артериальной стенки, и плече-лодыжечного индекса (ПЛИ), как показателя, отражающего атеросклеротическое поражение артерий нижних конечностей, проводилось с использованием сфигмоманометра VaSera VS-1500N (FUKUDA DENSHI, Япония). Показатели СЛСИ оценивались в зависимости от возраста и сопоставлялись с данным по российской популяции [7]. Основными критериями СРСС служили дебют АГ до 35 лет или ИБС до 40 лет, повышение СЛСИ, укорочение ОДТ; дополнительными - ИМТ>25 кг/м², дислипидемия, повышение провоспалительных или снижение противовоспалительного цитокинов, толщина комплекса интима- медиа (ТКИМ) >0,8 мм, нарушение гликемии натощак, повышение ММП-9, алопеция ≤ 35 лет, поседение ≤ 35-40 лет. Сочетание 2 основных и 3 дополнительных признаков или наличие всех основных признаков считалось маркером СРСС.

Статистическую обработку результатов проводили в свободно распространяемой программе Rstudio (version 0.99.879 – © 2009-2016 RStudio, Inc., USA, 250 Northern Ave, Boston, MA 02210 844-448-121, info@rstudio.com) на языке R (R Core Team (2015). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>). Для проверки нормальности распределений использовался критерий Шапиро-Уилка. Дескриптивные характеристики представлены в виде медиана [первый квартиль; третий квартиль] для числовых данных; процент [нижняя граница 95% доверительный интервал (ДИ); верхняя граница 95% ДИ] для бинарных данных с вычислением границ ДИ по формуле Вильсона; количество пациентов в категории, процент от общего количества для категориальных данных. Вследствие отсутствия нормальности у большинства (98%) исследуемых показателей, для статистической проверки гипотез о равенстве числовых характеристик выборочных распределений в сравниваемых группах использовался непарный U-критерий Манна-Уитни, производился расчет смещения распределений с построением 95% доверительного интервала

для смещения. Для сравнения бинарных и категориальных показателей применялся точный двусторонний критерий Фишера. Парные ассоциации исследовались путем расчета коэффициентов корреляции Спирмена. Многофакторной логистической регрессией выявлялись значимые предикторы СРСС. Оптимальные модели многофакторных регрессий строились методами прямого и обратного шага. Проверка статистических гипотез проводилась при критическом уровне значимости $p = 0,05$, т.е. различие считалось статистически значимым, если $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение: Пациенты были разделены на группы в зависимости от наличия или отсутствия СРСС. 1-я группа с СРСС составила 43 человека, 2-я группа без СРСС – 16 человек. В 1-й группе преобладали длительность ИБС (30 [6; 48]/6 [3; 15] месяцев, $p=0,013$), частота дебюта АГ до 35 лет (13, 30% [19%; 45%]/0, 0% [0%; 19%], $p=0,012$), показатели СЛСИ (14, 37% [23%; 53%]/0, 0% [0%; 22%] ед., $p=0,011$), как прямого маркера жесткости сосудистой стенки, частота повышения СЛСИ (7,5 [7,1; 8,3]/6,5 [5,3; 6,83], $p < 0,001$), а возраст дебюта АГ (42 [28; 47]/49,5 [42; 51] лет, $p=0,021$) и манифестации ИБС (49 [42,58; 51,52]/50,95 [49,95; 53,78], $p=0,03$) были достоверно ниже. Стеноз БЦА $>50\%$ при наличии СРСС встречался реже (1, 3% [0%; 13%]/4, 25% [10%; 49%], $p=0,023$), равно как и поражение ствола ЛКА (2, 5% [1%; 15%]/4, 25% [10%; 49%], $p=0,041$), последнее, по данным литературы, является наиболее характерным признаком поражения коронарных артерий в группе пациентов пожилого возраста [8]. ОДТ в 1-й группе обследованных была меньше (0,67 [0,12; 0,92]/1,65 [0,87; 2,7] у.е., $p=0,026$), а частота определения укороченной ОДТ выше (30, 70% [55%; 81%]/5, 31% [14%; 56%], $p=0,015$). При анализе сочетания мультифокального атеросклеротического поражения сосудов (поражение коронарных артерий и БЦА) с СРСС группы не различались (34, 85% [71%; 93%] / 14, 88% [64%; 97%], $p > 0,999$).

При формировании многофакторной полной модели были исключены зависимые предикторы. Были выявлены следующие факторы, влияющие на СРСС: увеличение СЛСИ на 1 ед. повышает шансы СРСС в 5,1 [1,78; 24,37] раз ($p=0,011$), а наличие укорочения ОДТ повышает шансы СРСС в 60,7 [3,31; 8481,46] раз ($p=0,035$).

Заключение: Полученные данные позволяют предполагать достаточно большую частоту распространенности СРСС у пациентов с ССЗ молодого и среднего возраста, а так же рассматривать повышение жесткости сосудов и уменьшение ОДТ в качестве независимых предикторов СРСС у больных ССН молодого и среднего возраста.

35

НАРУШЕНИЯ ПЕРЦЕПЦИИ БОЛИ И МИКРОВАСКУЛЯРНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ МИКРОСОСУДИСТОЙ СТЕНОКАРДИИ

Петрова В. Б., Болдуева С. А.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Патогенез микрососудистой стенокардии (МСС) в настоящее время до конца не ясен, некоторые авторы считают важной причиной данного заболевания нарушение болевой (ноцицептивной) чувствительности.

Целью настоящего исследования являлось изучение восприятия боли и уровня сывороточного эндотелина-1 у больных с МСС.

Материалы и методы. Критерии включения в группу с МСС (49 больных): боли в грудной клетке, положительный стресс-тест, неизмененные коронарные артерии (КА) по данным коронарографии,

наличие нарушения перфузии миокарда и снижение коронарного резерва по данным позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) миокарда в покое, при пробе с аденозином и холодовом тесте. Болевой синдром в грудной клетке отмечался у всех 49 больных. Оценка характера болевого синдрома проводилась с помощью 10-бальной визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Всем испытуемым проводилось исследование функциональной активности ноцицептивных и антиноцицептивных систем методом ноцицептивного флексорного рефлекса на аппаратуре экспертного класса Nicolet VikingSelect, фиксировались значения порога боли (Пб), порога рефлекса (Пр) и для точного определения соотношения между болью и порогом рефлекса вычисляли коэффициент Порог боли/Порог рефлекса (Пб/Пр), который у здоровых равен примерно 0,9—1,0. Содержание эндотелина-1 в сыворотке периферической крови определяли методом ИФА (иммуноферментного анализа) с использованием коммерческих тест-систем «Endotelin 1-21» фирмы Biomedica Gruppe. Свежие образцы немедленно после забора крови были помещены на лед и центрифугированы в течение дня.

Результаты. Интенсивность боли при обычных приступах у пациентов с МСС по данным ВАШ ($5,51 \pm 0,2$) в большинстве случаев имела умеренный характер и ни у одного из обследуемых не достигала максимально возможных значений. При исследовании НФР у пациентов с МСС по группе в целом были выявлены снижение порога боли, порога рефлекса и соотношения (Пб/Пр) по сравнению с нормальными значениями. В группе МСС Пб равнялся $9,5 \pm 0,58$ мА; Пр = $12,1 \pm 0,58$ мА; Пб/Пр = $0,78 \pm 0,02$. При изучении уровня эндотелина-1 у пациентов с МСС методом ИФА при норме 0,26 фмоль/л отмечалось повышение уровня данного пептида до $2,9 \pm 0,82$ фмоль/л. По данным корреляционного анализа между уровнем эндотелина-1 и параметрами НФР наблюдалась обратная корреляционная связь: между уровнем эндотелина-1 и порогом боли - $r = -0,4$; $p < 0,01$; между уровнем эндотелина-1 и соотношением Пб/Пр - $r = -0,9$; $p < 0,01$.

По результатам корреляционного анализа показателя интенсивности болевого синдрома по шкале ВАШ и уровня эндотелина-1 у пациентов с МСС обнаружена значимая взаимосвязь ($r = 0,6$; $p < 0,01$)

Выводы. У пациентов с МСС было выявлено снижение болевого порога и повышенный уровень эндотелина-1. Таким образом, выраженность эндотелиальной дисфункции у пациентов с МСС была взаимосвязана с процессом восприятия боли.

36 ВЗАИМОСВЯЗЬ ИЗМЕНЕННОГО РЕЗЕРВА ЭНДОТЕЛИЙ ЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С МИКРОСОСУДИСТОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Петрова В. Б., Болдуева С. А.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Пациенты с микрососудистой стенокардией (МСС) отличаются выраженной вариабельностью болевого синдрома и измененным психологическим статусом.

Цель исследования: оценить взаимосвязь результатов психологического исследования и микроваскулярной коронарной дисфункции у пациентов с МСС.

Материалы и методы. Критерии включения в группу с МСС (49 больных): боли в грудной клетке, положительный стресс-тест, неизменные коронарные артерии (КА) по данным коронарографии, наличие нарушения перфузии миокарда и снижение коронарного резерва

по данным позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) миокарда в покое, при пробе с аденозином и холодовом тесте. Оценка характера болевого синдрома проводилась с помощью 10-бальной визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). При оценке психологического состояния использовались психометрические методы.

Результаты. В среднем у пациентов с МСС отмечался достаточный прирост суммарного миокардиального кровотока (МК) при пробе с аденозином (МК в покое $108,3 \pm 34,1$ мл/мин/г; МК при пробе с аденозином $323,1 \pm 98,3$ мл/мин/г) и нормальные значения резерва эндотелийнезависимой вазодилатации (ЭНВД) ($3,38 \pm 0,62$). При выполнении холодового теста у всех 49 больных с МСС выявлены признаки нарушения эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) в виде отсутствия должного прироста миокардиального кровотока и диффузной гетерогенности распределения радиофармпрепарата в миокарде. Так, в среднем у пациентов с МСС при проведении холодовой пробы имела отрицательная тенденция прироста МК (%): МК в покое $102,4 \pm 32,4$ мл/мин/г; МК при ХП $91,7 \pm 38,2$ мл/мин/г; %: $2,7 \pm 25,1$. Интенсивность боли при обычных приступах у пациентов с МСС по данным ВАШ ($5,51 \pm 0,2$) в большинстве случаев имела умеренный характер. По данным теста Спилбергера-Ханина в среднем при МСС определялся высокий уровень реактивной тревожности (РТ) ($46,2 \pm 1,4$ баллов) и личностной тревожности (ЛТ) ($49,6 \pm 1,5$ баллов). При анализе уровня депрессии у больных с применением опросника Бека у большинства пациентов с МСС (77,6%) депрессия отсутствовала ($5,9 \pm 0,6$ баллов по шкале Бека), у 11 (22,4%) из 49 пациентов был выявлена легкая степень депрессии. По данным опросника Айзенка у пациентов с МСС в целом отмечается высокий и средний уровень нейротизма (эмоциональной нестабильности) - $13,9 \pm 0,7$ баллов, среди пациентов с МСС преобладают интроверты (в 55,6% случаев). У больных с МСС показатели интенсивности болевого синдрома имели значимую взаимосвязь с реактивной тревожностью ($r=0,5; p<0.01$ и $r=0,3; p<0.05$) и в большей степени - с личностной тревожностью ($r=0,6; p<0.01$ и $r=0,4; p<0.01$) Следует отметить, что тревожные нарушения, как личностные ($r=-0,5; p<0,05$), так и реактивные ($r=-0,4; p<0,05$), а также уровень интроверсии ($r=-0,56; p<0,05$) и нейротизма ($r=-0,37; p<0,05$), у больных с МСС имели значимые обратные связи с показателями холодовой пробы (MBF cold) по данным ПЭТ, характеризующими микроваскулярные расстройства, а именно - резерв эндотелийзависимой вазодилатации. Интенсивность болевого синдрома по шкале ВАШ тоже имела обратную корреляционную связь с микроваскулярными нарушениями, а именно с показателями коронарного резерва ЭЗВД в области правой коронарной артерии ($r=-0,44; p<0,05$) и левой огибающей коронарной артерии ($r=-0,36; p<0,05$).

Выводы. Таким образом, можно предположить, что психологические факторы (а именно - тревожные расстройства) определенным образом взаимосвязаны с микроваскулярными нарушениями.

РАЗДЕЛ IV. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

37 РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВНЕСЕРДЕЧНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ: ШКАЛЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ

Давыдова Н. А., Аюпов А. М., Чернышев А. В.

ГБУЗ СОКБ им. В. Д. Середавина, Самара, Россия

Ежегодно в мире около 250 миллионов человек подвергаются внесердечным хирургическим операциям. Около половины оперируемых пациентов относятся к группе старшего возраста, что увеличивает риск развития кардиальных осложнений.

На основании использования поэтапного алгоритма оценки периоперационного кардиального риска некардиальных операций, шкал клинической оценки можно рассчитать вероятность возникновения кардиальных осложнений при внесердечных хирургических вмешательствах. Рекомендации кардиолога, участвующего в периоперационной подготовке пациента, являются ключевыми не только в периоперационном периоде, а также должны быть ориентиром в интра- и послеоперационном ведении пациента.

Подразделение внесердечных операций в зависимости от частоты развития ИМ или смерти от сердечных причин на 3 степени риска является достаточно условным и должно рассматриваться в каждом конкретном случае применительно к индивидуальным особенностям пациента.

Сравнительный анализ шкал клинической оценки показывает их преимущества и недостатки.

У пациентов высокого риска перед проведением обширных хирургических вмешательств, а также в течение 48-72 часов после окончания операции, рекомендуется исследовать уровень тропонинов. Следует всегда помнить, что повышение уровня тропонинов может наблюдаться и при многих других заболеваниях; диагноз ИМ без подъема сегмента ST никогда не должен ставиться на основании одного лишь повышения уровня тропонинов. Разработка новых биомаркеров, включая высокочувствительные тропонины, должна привести к дальнейшему улучшению качества оценки состояния миокарда.

Риск кардиальных осложнений при внесердечных оперативных вмешательствах должен определяться командой, включающей в себя кардиолога, хирурга, анестезиолога. Именно коллегиальное решение, принятое с учетом всех особенностей ведения пациента, влияет на положительный результат.

Таким образом, на снижение риска кардиальных осложнений при внесердечных операциях влияют различные факторы, в том числе поэтапный алгоритм оценки периоперационного кардиального риска, мультидисциплинарный подход, а в целом, детальный анализ индивидуальных особенностей пациента.

38 ОЦЕНКА РИСКА ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ КРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ НА ФОНЕ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ АСПИРИНОТЕРАПИИ

Кривошапова К. Е., Груздева О. В., Барбараш О. Л.

ФГБНУ НИИ КПССЗ, Кемерово, Россия

Введение: объем проспективных данных в отношении применения методов оценки функции тромбоцитов в периоперационных условиях коронарного шунтирования (КШ) крайне ограничен. В связи с чем до сих пор не было выработано консенсусного мнения относительно того, когда, как и с какой целью применять методы оценки функции тромбоцитов перед инвазивными вмешательствами у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС). В рекомендациях STS говорится о возможности проведения оценки функции тромбоцитов в предоперационном периоде с целью прогнозирования геморрагического риска (класс рекомендаций IIb, УД В) и снижения объемов гемотрансфузий (класс рекомендаций IIb, УД В). Цель исследования: в предоперационном периоде КШ определить диагностическую значимость оценки функциональной активности тромбоцитов с помощью системы VerifyNow ARU® и световой оптической агрегометрии в выявлении пациентов высокого геморрагического риска на фоне пролонгированной аспиринотерапии.

Материалы и методы: в исследование было включено 52 пациента, которые готовились к проведению плановых первичных операций КШ. В периоперационном периоде все пациенты получали аспирин в дозе 75-100 мг в сутки. Функция тромбоцитов оценивалась за 2 суток до хирургического вмешательства с помощью системы VerifyNow ARU® (Accumetrics, США) и световой оптической агрегометрии. Из исследования исключались пациенты с проведением трансфузий компонентов крови в первые 6 часов после проведения оперативного вмешательства.

Результаты исследования: среднее значение теста VerifyNow для всей совокупности выборки (52 пациента) составило $492,6 \pm 79,2$ ARU. Обследуемые были разделены на 3 терциля: в первый терциль вошли пациенты с результатами VFN 450ARU и ниже – 17 больных (32,7%); во второй терциль – пациенты с результатами VFN более 450ARU и менее 515ARU – 20 больных (38,5%); в третий терциль – пациенты с результатами VFN выше 515ARU – 15 пациентов (28,8%). Таким образом были сформированы группы пациентов, имеющих наибольшую «чувствительность» к аспирину и, соответственно, самый высокий геморрагический риск (нижний терциль) – $n=17$, а также группа пациентов с самым высоким риском развития ишемических осложнений в периоперационном периоде (второй и третий терцили) – $n=35$. Длительность операции и искусственного кровообращения, продолжительность искусственной вентиляции легких и пребывания в отделении реанимации в группах сравнения значимо не различались. По показателям послеоперационной кровопотери группы сравнения также значимо не различались. При вычислении корреляций между показателями световой агрегометрии, VerifyNow-теста и кровопотерей в течение первых шести часов после операции были выявлены значимые взаимосвязи. Из ряда показателей световой агрегометрии выявлена значимая корреляция объема отделяемого по дренажам в течение первых 6 часов только с адреналининдуцированной агрегацией тромбоцитов ($p=0,003$). При этом выявлено, что чем ниже единицы реактивности тромбоцитов по результатам VerifyNow-теста, тем выше вероятность повышенного отделяемого по дренажам в первые 6 часов после проведения оперативного вмешательства ($p=0,001$). В результате проведения линейного регрессионного анализа была построена прогностическая модель вероятности

наступления геморрагического события в интра- и раннем послеоперационном периоде по данным VerifyNow-теста и адреналин-индуцированной агрегации тромбоцитов по результатам световой агрегометрии, полученным за 2 дня до проведения КШ: $p=1/(1+e)$, e в степени $-z$, где $z = b_1 * X_1 + b_2 * X_2 + a$,

X_1 – значения независимых переменных, b_1 , b_2 – рассчитанные коэффициенты бинарной логистической регрессии ($b_1 = -0,016$ для значения VFN-теста и $b_2 = 0,066$ для значения адреналин-индуцированной агрегационной активности тромбоцитов, max, %), a – некоторая константа. Переменные в уравнении: $b^1 = -0,016$; $b^2 = 0,066$; $a = 5,053$. При пороге классификации 0,5 чувствительность модели составила 60,0%, а специфичность – 78,0%. Если для p получится значение, меньшее 0,5, то можно предположить, что событие не наступит; в другом случае предполагается наступление события. Высокий риск развития геморрагического события, по-видимому, должен быть поводом для использования компонентов крови с профилактической целью при повышенном объеме отделяемого по дренажам в интра- и раннем послеоперационном периоде.

Заключение: лабораторным маркером безопасности пролонгированной аспиринотерапии у пациентов, подвергшихся КШ, можно считать функцию тромбоцитов, оцененную по данным теста агрегации тромбоцитов системой агрегометрии VerifyNow ARU®. При этом, чем ниже единицы реактивности тромбоцитов по данным VerifyNow-теста, тем выше риск развития геморрагического события в интра- и раннем послеоперационном периоде.

39 ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ АНТИМИКРОБНЫЕ СОСУДИСТЫЕ ПРОТЕЗЫ (ЭКСПЛАНТАТЫ) И ЗАПЛАТЫ «БАСЭКС» В КАРДИОАНГИОХИРУРГИИ

Абдулгасанов Р.А., Гасымов Э.Г., Алшибая М.М., Абдулгасанова М.Р., Провоторова Ю.Р., Мансимов Р.М., Мусаев О.Г., Магомедьяев М.Д.

ФГБУ «Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ

Цель исследования - показать антимикробность и тромборезистентность сосудистых протезов (эксплантатов) и заплат «БАСЭКС» в сердечно-сосудистой хирургии.

Протезы и заплаты «БАСЭКС» с 1996 по 2016 гг. были использованы у 5290 больных при реконструкции левого желудочка (ЛЖ), пороке аортального клапана в сочетании с аневризмой восходящей аорты и протезном эндокардите, при заболеваниях аорты и артерий. Ранний тромбоз протезов за период наблюдения от 2 мес. до 20 лет наблюдался у 2,9%, поздний у 5,6% пациентов. У 91,5% больных сохраняется хорошая проходимость протезов без признаков воспаления. Поверхностное нагноение послеоперационной раны отмечалось у 5,9%, глубокое нагноение у 2,1% больных. После санации раны у всех больных наступило выздоровление, заживление ран без инфицирования протезов. Инфицированный хило -, гидро- и гемоторакс без инфицирования протезов отмечались у 0,9% больных. После консервативных мероприятий все больные выздоровели. Из 19 больных с инфекционными аневризмами анастомозов, только у одного в послеоперационном периоде отмечалась поверхностная раневая инфекция. У 0,6% больных произошло инфицирование перипротезного пространства. После консервативных мероприятий у всех наступило выздоровление. Пристеночный тромбоз заплат ЛЖ отмечен у 0,2% пациентов, инфицирование у 0,6%. Все больные имели источники инфекции вне заплаты. Одна пациентка через 2 года после реконструкции ЛЖ

перенесла сепсис, обусловленный постинъекционным абсцессом ягодицы с инфицированием заплаты. Повторно она поступила в клинику в терминальном состоянии. На аутопсии был обнаружен абсцесс над заplatой с прорывом в полость перикарда. В другом случае через 2 мес. после операции было выявлено инфицирование заплаты. От предложенной операции пациент отказался. Дальнейшая его судьба нам не известна. В третьем случае причиной эндокардита явилась латентная инфекция, с которой удалось справиться с помощью консервативных мероприятий. Госпитальная летальность составила 3,2%.

Таким образом, протезы и заплаты «БАСЭКС» антимикробны, тромборезистентны, герметичны, экономически выгодны и могут применяться в сердечно-сосудистой хирургии

40 РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКЦИЙ АОРТО-БЕДРЕННОГО СЕГМЕНТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОТЕЗОВ

Иванов А.В., Абдулгасанов Р.А., Провоторова Ю.Р, Абдулгасанова М.Р., Гасымов Э.Г., Магомедьяев М.Д., Мансимов Р.М, Мусаев О.Г

ФГБУ «Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ

Целью исследования является изучение проходимости, антимикробности, тромборезистентности различных протезов при реконструкции аорто-бедренного сегмента.

Материал и методы. С 2009 г. по 2013 г. выполнено 311 операции на аортоподвздошно-бедренном сегменте (АПБС) с применением различных сосудистых протезов. БАСЭКС использовался у 163 (52,4%) больных, «Polythèse» - 81 (26%), «Gore-Tex» - 39 (12,5%), «Vascutek» - 28 (9%). Средний возраст больных составил 54,9±5,9. Мужчин было 253 (81,3%), женщин 58 (18,6%). Синдром Лериша был у 164 (52,7%) больных, аневризма брюшной аорты у 95 (30,5%), окклюзия подвздошной артерии у 20 (6,4%), гипоплазия брюшной аорты у 14 (4,5%), расслаивающая аневризма у 9 (3%). Пройодимость протезов оценивали с помощью УЗДГ, УЗДС, при необходимости проводили рентгеноконтрастную ангиографию, КТ, МРТ

Результаты. Пройодимость эксплантата «БАСЭКС» выявлена у 98,2% пациентов. При использовании эксплантата «Polythèse» тромбозы в раннем послеоперационном периоде не наблюдались. Пройодимость при использовании эксплантатов «Vascutek» составила 96,4%, «Gore-Tex» у 94,8%. Ранний тромбоз при использовании протезов «БАСЭКС» наблюдался у 3 (1,8%) больных, «Vascutek» у 2 (3,6%), «Gore-Tex» у 2 (5,2%).

Поверхностное нагноение при использовании протезов «БАСЭКС» наблюдалось у 1 (0,6%) больного без инфицирования протеза и сепсиса. После санации, дренирования раны, наложения вторичных швов наступило выздоровление.

Госпитальная летальность составила 1,9% (6 пациентов). Причинами летальности явились сердечная недостаточность (33,3%), сердечно-легочная (16,6%) и почечная недостаточность (50%).

Заключение. Таким образом, причинами ранних тромбозов протезов явились тактические, технические ошибки. Пройодимость эксплантатов зависит от возраста пациента, степени ишемии конечностей, состояния путей оттока, характера вмешательства. Использование протеза с антимикробным, тромборезистентным покрытием предотвращает риск ангиогенного сепсиса и снижает риск тромботических осложнений.

41 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

**Абдулгасанова М.Р., Провоторова Ю.Р., Абдулгасанов Р.А., Дарвиш Н.А.,
Озолиньш А.А., Гасымов Э.Г., Кузнецова Е.В., Магомедьяев М.Д.**

*ФГБУ «Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии им.
А.Н. Бакулева» МЗ РФ*

Материал и методы. С 1961 по 2016 гг. в ННПСССХ им. А.Н. Бакулева по поводу экстравазальной компрессии позвоночных артерий (ЭВКПА) выполнена 366 операций у 274 мужчин (74,8%) и у 92 женщин (25,2%). Средний возраст больных составил 54,9±5,9 лет. Головные боли наблюдались у 90%, зрительные нарушения у 72,9%, кохлеарные у 15,9%, приступы внезапного падения у 15,1% больных.

Высокоинформативными методами диагностики явились КТ, МРТ. Декомпрессия ПА выполнена 80 пациентам. В 36 случаях причиной ЭВКПА послужили фасциальные образования, у 72 отростки звездчатого ганглия, у 68 (94,4%) перегиб ПА под острым углом, у 4 - Z-образная извитость. В 64 (5,6%), случаях после пересечения нервных отростков восстановилась ПА. У 8 пациентов была выполнена резекция извитости и имплантация ПА в подключичную артерию. У 12 больных причиной ЭВК послужили измененные лимфоидные ткани. В 40 случаях декомпрессия ПА была завершена пересечением передней лестничной мышцы. У 4 больных ЭВКПА было вызвано щито-шейным стволом, у 2 первым ребром, у 12 мощной соединительно-тканной муфтой.

Результаты. Наибольшему регрессу подлежали головокружения (снизились с 95,9% до 9,1%), головные боли (67,1% - 7,6%), атаксия (86,5% до 7,9%), фотопсии (35,9% - 4,1%), координационные нарушения (с 17,1% до 2,4%), двоения в глазах (с 9,1% до 0,3%) дроб-атаки (8,2% - 0,6%), тошнота (15,0% - 0,3%). Полностью исчезли потери сознания, амавроз, дисфония. В меньшей степени регрессировали шум в голове и ушах, снижение слуха. У 8 (2,2%) больных после операций наблюдалась лимфорея. В отдаленном периоде рецидив ВБН был отмечен у 30 (8,2%), рестенозы ПА у 10 (2,7%) больных. Госпитальная летальность составила 0%. Причинами смерти в отдаленном периоде были геморрагический инсульт у 4 (1,1%), инфаркт миокарда у 10 (2,7%), онкологические заболевания у 12 (3,3%) больных.

Заключение. Таким образом, хирургические вмешательства при ЭВКПА улучшает результаты лечения больных по основным клиническим показателям и сопровождается минимальными осложнениями.

42 ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ И КОНТРАТЕРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ И ПОРАЖЕНИЯМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

**Абдулгасанова М. Р., Гветадзе И. А., Абдулгасанов Р.А., Дарвиш Н. А., Озолиньш А. А.,
Гасымов Э.Г., Есенеев М. Ф., Магомедьяев М.Д.**

*ФГБУ «Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии им.
А.Н. Бакулева» МЗ РФ*

Профилактика инсульта - одна из приоритетных задач сосудистой хирургии. Одна из самых тяжелых групп пациентов - больные с сочетанием стеноза и окклюзии внутренней сонной артерии

(ВСА). Еще больше отягощает лечение этой группы больных частое сочетание поражения сонных и коронарных артерий. По данным различных авторов, от 18 до 60% больных ИБС имеют сопутствующее атеросклеротическое поражение одного или нескольких сосудистых бассейнов.

Цель исследования: анализ результатов хирургического лечения больных с сочетанным атеросклеротическим поражением сосудов головного мозга, со стенозом и контралатеральной окклюзией внутренних сонных артерий и поражениями коронарных артерий путем создания и внедрения тактико-диагностического алгоритма, оценки эффективности ревазуляризации головного мозга и сердца, анализа ближайших и отдаленных результатов осложнений и летальности.

Материалы и методы: за 10-летний период пролечено 105(100%) пациентов с атеросклеротической стенозом (65-99%) одной ВСА и окклюзией контралатеральной ВСА в сочетании с поражением коронарного русла (ИБС). Средний возраст больных составил 67, 7±5,6 лет (68,0; 64,0; 72,0). Из 105(100%) больных с критическими поражениями одной и контралатеральной окклюзией другой ВСА у 51(48,6%) больных имелся инсульт, среди них у 41(76,8%) больного локализация инсульта была в каротидном бассейне (КБ), сочетанный инсульт в КБ и вертебробазилярном бассейне (ВББ) имелся у 10(9,5%) пациентов. В зависимости от тактики лечения все 105(100%) были распределены на 3 группы: 1) Одномоментная операция 48(45,7%); 2) Этапная операция - каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) - аорто-коронарное шунтирование (АКШ) - 39(37,1%); 3) Этапная операция АКШ - КЭАЭ 18(17,2%).

Для оценки эффективности ревазуляризации головного мозга применяли Шкалу Бартела и Шкалу Рэнкина. Средний класс стенокардии до операции составил 3,01±0,12 по ССС, а в отдаленном периоде – 2,3. Распределение по группам до операции среднего показателя стенокардии по ССС составило: 1 группа – 3,2; 2 группа – 2,9; 3 группа – 3,3, соответственно в отдаленном периоде 2,3; 2,2 и 2,5. Средний класс стенокардии до операции составил 3,01±0,12 по ССС. Распределение по группам до операции среднего показателя стенокардии по ССС составило: 1 группа – 3,2; 2 группа – 2,9; 3 группа – 3,3. Летальность составила 10,5% (11 больных): 1 группа 6(12,5%); 2 группа -2(5,1%); 3 группа -3 (16,6%).

Выводы: Алгоритм тактики хирургического лечения основан на комплексной оценке особенностей анатомии поражения, функционального статуса, а также перфузионного и функционального резерва сердца и головного мозга. Восстановление кровотока по единственной ВСА приводит к увеличению реактивности кровоснабжения головного мозга, что отражается в улучшении неврологического статуса по данным различных неврологических шкал.

43 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТАНДЕМ-СТЕНОЗОВ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Абдулгасанова М. Р., Дарвиш Н. А., Абдулгасанов Р. А., Провоторова Ю.Р., Гасымов Э.Г., Есенева М. Ф., Магомедьяев М.Д., Мансимов Р.М

ФГБУ «Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ

Цель исследования: анализ результатов лечения больных с тандем-стенозом брахиоцефальных артерий.

Материалы и методы: с 2012 по 2017 гг. в ННПЦССХ им. А.Н. Бакулева прооперировано 1100 пациентов с патологией брахиоцефальных артерий. Среди них у 78 выявлен тандем – стеноз брахиоцефальных артерий, 56 больных с тандем-стенозом были оперированы. Средний возраст

составил $62,3 \pm 5,6$ лет. Мужчин 35 (62,5%), женщин 21 (37,5%).

Для определения показаний к хирургическому лечению выполняли комплексное кардионеврологическое обследование, включающее ультразвуковую диагностику, ангиографию, коронарографию, МРТ головного мозга, ЭКГ, ЭХОКГ, консультации специалистов. При ультразвуковом исследовании проводили ряд проб, дополнительно оценивали диастолическую скорость кровотока по внутренней сонной артерии. У 56 больных – диастолическая скорость кровотока была более 3 см/с, у 22 больных менее 3 см/с. Больные не были оперированы, каротидная эндартерэктомия не выполнялась.

В зависимости от степени и локализации атеросклеротических поражений пациенты были разделены на две группы: I группа – где имелся тандем – стеноз брахиоцефального ствола или общей сонной артерии и стеноз внутренней сонной артерии (ВСА) – 24 больных; II группа – 32 пациентов со стенозом ВСА и стенозом в интракраниальном отделе. Всем пациентам была выполнена пластика ВСА, при поражении брахиоцефального ствола или общей сонной артерии выполнено стентирование. Поражения интракраниальных артерий не потребовали дополнительного хирургического лечения.

Результаты: общая летальность 0% в обеих группах, неврологических осложнений не было.

Выводы. У пациентов с тандем–стенозом брахиоцефальных артерий при достаточном обследовании и подготовке к операции выполнение пластики ВСА допустимо и дает низкий процент неврологических осложнений. Этапное лечение с использованием эндоваскулярных методов и открытых операций не приводит к осложнениям в раннем и отдаленном послеоперационном периоде.

РАЗДЕЛ V. ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ и ИНФАРКТ МИОКАРДА

44 ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ К ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА (ФРАГМЕНТ ИССЛЕДОВАНИЯ РОКСИМ-УЗ)

Нагаева Г. А.

АО Республиканский специализированный центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: Провести сравнительный анализ комплаентности к лекарственной терапии среди мужчин с острым инфарктом миокарда, в зависимости от наличия в анамнезе перенесенного инфаркта миокарда (по данным регистра РОКСИМ-Уз)

Материал и методы: В регистр за 2015 год было включено 782 больных с острым коронарным синдромом (ОКС) или острым инфарктом миокарда (ОИМ), из которых 491 человек – были живые, оставшиеся 291- умершие. В работе представлены результаты анализа 243 живых мужчин, средний возраст которых составил $57,4 \pm 8,7$ лет. По анамнестическим данным были выделены 2 группы: 1гр. – 94 больных с перенесенным в анамнезе инфарктом миокарда (ПИМ); 2гр. – 143 человека без указаний на ПИМ в анамнезе. Комплаентность оценивалась по данным опроса респондента с указанием названий принимаемых лекарственных препаратов (ЛП).

Результаты: Средний возраст пациентов 1гр.=58,7±8,5 лет, во 2гр.=56,7±8,8 лет ($p>0,05$). Среднее количество принимаемых ЛП у пациентов 1гр. составило 2,9±1,5 и во 2гр. – 1,8±1,7 ($p<0,001$). При сопоставлении пациентов по принимаемым группам ЛП было выявлено, что мужчины 1гр. оказались более приверженными к соблюдению лекарственной терапии, нежели мужчины 2гр. А именно, прием аспириносодержащих препаратов в 1гр. составил 84,1% пациентов, в то время как во 2гр. – 57,3% ($p<0,001$) β – блокаторов – 67% и 40,6%; ($p<0,001$) ингибиторов АПФ – 48,9% и 35,7% ($p>0,05$); статинов – 25,5% и 14% ($p<0,05$); нитратов – 44,7% и 22,4% больных, соответственно в 1-й и 2-й группах ($p<0,001$).

Анализ нозологической структуры данных пациентов при выписке из стационара показал, что в 1гр. диагноз ОИМ был выставлен у 13 (13,8%), а во 2гр. - у 42 (29,4%) больных, что еще раз доказывает эффективность вторичной медикаментозной профилактики у данной категории больных.

Выводы. Наличие перенесенного инфаркта миокарда в анамнезе, видимо, способствует выработке у пациентов более серьезного отношения к собственному здоровью и повышению приверженности к медикаментозной терапии, что подтверждается достоверно высокими показателями комплаентности.

45 СТРУКТУРА ДИАГНОЗОВ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ И ПРИ ВЫПИСКЕ ИЗ СТАЦИОНАРА У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КРОНАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ (ДАННЫЕ РЕГИСТРА РОКСИМ-УЗ)

Мамутов Р. Ш., Нагаева Г. А., Мун О. Р.

АО Республиканский специализированный центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: Изучить структуру и трансформацию диагнозов при поступлении и при выписке из стационара у больных с острой формой ИБС во взаимосвязи с возрастом (по данным регистра РОКСИМ-Уз).

Материал и методы: В исследование включено 443 пациента, госпитализированных в клинические стационары с острой коронарной патологией из экспериментального района г.Ташкента за 2015 год. Средний возраст больных составил 58,4±5,1 (от 18 до 75) лет. В данном фрагменте исследования представлена характеристика диагнозов: 1 – острый инфаркт миокарда с зубцом Q (ОИМсQ); 2 – острый инфаркт миокарда без зубца Q (ОИМбQ); 3 - острый коронарный синдром (ОКС) с ST-подъемом (ОКСПST); 4 – ОКС без подъема ST-сегмента (ОКСБПST); 5 – нестабильная стенокардия (НС) и 6 – другие диагнозы (Др.). В зависимости от возраста были выделены 4 группы; 1гр. – 32 больных в возрасте ≤ 45 лет; 2гр. – 112 больных в возрасте 46-55 лет; 3гр. – 197 больных в возрасте 56-65 лет и 4гр. – 102 больных в возрасте ≥ 66 лет.

Результаты: Из 443 больных при поступлении в 59 (13,3%) случаях константирован диагноз ОИМ, при этом у 32 – ОИМсQ и у 27 – ОИМбQ; в 67 (15,2%) случаях – ОКС, из которых 31 были ОКСПST и 36 ОКСБПST; 301 (67,9%) респондент были госпитализированы с диагнозом НС и 16 (3,6%) – с другими диагнозами. При выписке нозологическая структура была следующей: ОИМ – 88 (19,9%) больных; ОКС – 14 (3,2%); НС – 305 (68,8%) и др. – 36 (8,1%) человек, т.е. отмечается увеличение числа ОИМ – на 6,6% ($p<0,05$) и другие. – на 4,5%.

Более подробный анализ выписных диагнозов показал, что ОКСПST в 12 случаях трансформировался в ОИМсQ, в 6 – в ОИМбQ, в 3 – в ОКСБПST, в 9 – в НС и в 1 случае – в

другой. Диагноз ОКСБПСТ при выписке трансформировался в ОИМсQ у 2 больных, в ОИМбQ – у 3, в НС - у 19 и в Др. – у 3 респондентов. В 7 случаях диагноз ОКСБПСТ не изменился. Из числа госпитализированных с диагнозом НС у 4 развился ОИМсQ, у 8 – ОИМбQ, у 4 был выставлен диагноз ОКСБПСТ и в 17 случаях диагноз НС был исключен. У 269 больных диагноз НС не изменился. Т.о., анализ по трансформациям диагнозов установил, что ОКСБПСТ в наибольшем количестве случаев переходит в ОИМсQ, а ОКСБПСТ – в НС.

По мере увеличения возраста пациентов (до 65 лет), как при поступлении, так и при выписке отмечался рост количества случаев ОИМ. В категории лиц ≥ 66 лет количество случаев ОКС/ОИМ уменьшилось, но было сравнительно выше, чем в категории пациентов ≤ 45 лет ($p < 0,05$).

Заключение: При госпитализации количество случаев ОКС и ОИМ составило 13,3% и 15,2%, соответственно, однако при выписке число ОИМ выросло на 6,6%, что было обусловлено большим количеством трансформаций диагнозов ОКС в ОИМ. Установлено увеличение числа случаев ОИМ с увеличением возраста, особенно в возрастной категории до 65 лет, однако у респондентов ≥ 66 лет количество ОИМ оставалось высоким по сравнению с пациентами младше 45 лет.

46 ГОСПИТАЛЬНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ОТ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА / ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И ЕЁ ВЕРОЯТНЫЕ ПРИЧИНЫ

Нагаева Г. А., Мамутов Р. Ш.

АО Республиканский специализированный центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: Изучить стационарную летальность от острого коронарного синдрома (ОКС) и острого инфаркта миокарда (ОИМ) за время госпитального периода (по данным регистра РОКСИМ-Уз) и провести анализ возможных причин.

Материал и методы: В регистр включено 792 больных, из которых 491 – были живы (по данным СП, СМП и выписных эпикризов) и 291 – умершие (по данным ЗАГС и СМЭ). Из 491 живых респондентов 298 (в дальнейшем 100%) были госпитализированы в клинические больницы экспериментального района г. Ташкента. В зависимости от возраста пациенты были разделены на 4 группы: 1гр. - 23 человека в возрасте ≤ 45 лет; 2гр. – 71 больной в возрасте 46-55 лет; 3гр. – 127 пациентов в возрасте 56-65 лет и 4гр. – 77 респондентов в возрасте ≥ 66 лет. В данном фрагменте представлен анализ причин смерти пациентов с ОКС/ОИМ за время госпитализации и пребывания в условиях стационара.

Результаты: Из 298 госпитализированных пациентов 11 (3,7%) человек умерли от ОКС/ОИМ. По возрастной категории наибольшее количество (8 – 2,7%, $p < 0,05$) смертей пришлось на 4гр. (≥ 66 лет), в то время как в 1гр. количество смертей не зарегистрировано, во 2гр. – 1 (0,3%) и в 3гр. – 2 (0,7%) случая. Среди умерших преобладали женщины (8 жен. и 3 муж., $p < 0,05$), средний возраст которых составил $66,6 \pm 5,1$ лет. Средний возраст умерших мужчин был моложе на 3,3 года и составил $63,3 \pm 5,8$ лет.

Более детальный анализ умерших 11 респондентов установил, что среднее количество факторов риска составило $3,0 \pm 1,1$ на 1 человека, при этом артериальная гипертензия имела у 10 (90,9%); ЧСС > 80 уд/мин – у 9 (81,8%); ожирение – у 8 (72,7%); сахарный диабет 2 типа – у 7 (63,6%); курение – у 1 (9,1%) респондента. В момент госпитализации все 11 (100%) человек

отмечали загрудинную боль; у 9 (81,8%) имелась выраженная слабость и у 7 (63,6%) – холодный липкий пот.

Оценка временных интервалов (время с момента начала болевого синдрома до обращения больного за медицинской помощью - t_1 и промежуток времени между госпитализацией больного и его смертью - t_2) показала, что t_1 в среднем составило $3,3 \pm 4,6$ дней (от 1 часа до 14 суток) и t_2 – $2,4 \pm 2,6$ дней (от 1 часа до 8 суток). Т.е. из полученных расчетов вытекает, что больные длительное время терпели болевой синдром и обратились за медицинской помощью спустя несколько дней после его начала.

Заключение: Госпитальная летальность от ОКС/ОИМ составила 3,7%, из которых наибольшее количество смертей пришлось на возрастную категорию ≥ 66 лет; в гендерном аспекте достоверно преобладали женщины. Причиной смертельного исхода, вероятно, послужила поздняя обращаемость больных за медицинской помощью, о чем свидетельствует продолжительный временной интервал с момента начала болевого синдрома и до обращения больного в службу «03».

47 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ РИСК РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ГОСПИТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ВОЗРАСТНЫХ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ АНГИОСТЕНТИРОВАНИЕ НА ФОНЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Есина О. П.¹, Есин С. Г.², Носов В. П.¹, Королева Л. Ю.¹, Ковалева Г. В.³.

¹ФГБОУ ВО НижГМА Минздрава России, Нижний Новгород, Россия,

²ГБУЗ НО СККБ, Нижний Новгород, Россия,

³ГБУЗ НО НОКБ им. Н.А. Семашко, Нижний Новгород, Россия

Введение. Одной из главных причин смертности и инвалидизации у лиц пожилого возраста являются сердечно-сосудистые заболевания, и ишемическая болезнь сердца в частности. Ранее было показано, что сниженная вариабельность сердечного ритма (ВСР) является самостоятельным прогностическим фактором высокого риска возникновения жизнеугрожающих желудочковых аритмий и внезапной смерти у больных после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ). Тем самым, определение уровня снижения ВСР у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) позволяет выявлять больных с высоким риском возникновения злокачественных аритмий с целью оптимизации проводимой медикаментозной терапии.

Цель. Изучены факторы риска развития неблагоприятного исхода у возрастных пациентов с низкой ВСР, перенесших стентирование коронарных артерий на фоне острого коронарного синдрома (ОКС) с / без подъема сегмента ST.

Материалы и методы. В исследование включено 116 пациентов с ОКС, подвергнувшихся коронарному ангиостентированию в первые 6 часов от появления болевого синдрома. Для стентирования коронарных артерий чаще использовались голометаллические стенты. Всем пациентам на госпитальном этапе после коронарного ангиостентирования выполнялось суточное ЭКГ-мониторирование с оценкой ВСР. Для оценки тяжести поражения коронарных артерий

проводилась оценка показателя SYNTAX Score. Для выявления пациентов с высоким риском осложненного госпитального периода проводился расчет риска по шкалам GRACE и CRUSADE.

Результаты. У возрастных пациентов, перенесших стентирование коронарных артерий, в случае ОКС с подъемом сегмента ST по ЭКГ имеет место преобладание парасимпатикотонии на фоне резкого снижения временных показателей ВСР в сравнении с больными ОКС без подъема сегмента ST, где наблюдалась активация гуморально-метаболических и симпатических механизмов регуляции ВСР. Среди пациентов старших возрастных групп с тяжелым поражением коронарного русла преобладали пациенты с резко сниженной ВСР. У пациентов с ОКС и резко сниженной ВСР вне зависимости от положения сегмента ST выявлено достоверное увеличение риска по шкале GRACE и CRUSADE.

Заключение. У пациентов пожилого возраста, подвергнувшихся коронарному ангиостентированию по поводу ОКС с подъемом сегмента ST, отмечено снижение показателей ВСР с преобладанием парасимпатической регуляции ВСР. В случае ОКС без подъема сегмента ST наблюдалась активация гуморально-метаболических и симпатических механизмов регуляции ВСР. Низкие показатели ВСР на фоне поражения передней нисходящей артерии и/или ее главных ветвей у возрастных пациентов, поступивших в клинику с ОКС и подвергнувшихся стентированию коронарных артерий, вне зависимости от подъема или депрессии сегмента ST, ассоциированы с высоким риском осложненного течения госпитального периода.

48 РЕЗУЛЬТАТЫ ФАРМАКОИНВАЗИВНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОГО ЧКВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Осадчий И.А., Рагозина Е.Ю.

Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия

Реализация фармакоинвазивной стратегии в лечении больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) на сегодняшний день является не до конца решенной задачей.

Цель: оценка результативности фармакоинвазивной реперфузии у больных ИМпST.

Материал и методы. Проведена сплошная выборка больных ИМпST, поступивших в СОККД в 2014 г., которым выполнена ТЛТ на догоспитальном этапе с последующим ЧКВ со стентированием инфаркт-связанной артерии (n=57) – I группа. Группу сравнения составили пациенты с ИМпST и первичным ЧКВ (ПЧКВ), для обеспечения случайного отбора которых и достаточного объема выборки произвольно выбраны 2 мес. (сент.-окт.) с включением всех госпитализированных за этот период (n=60) – II группа. Критериями исключения были наличие онкологических заболеваний и повторного ИМ. Обе группы пациентов сопоставимы по полу ($pf \geq 0,05$) и возрасту ($pr \geq 0,05$), а также клинико-anamнестическим характеристикам на момент поступления. Так, частота сопутствующих СД в I и II группах составила 6% и 9%, ГБ соответственно 39% и 33% ($pf \geq 0,05$). Средний возраст $-57,3 \pm 10,4$ лет, мужчин более 80%.

Результаты. Группы пациентов различались по локализации ИМ. Преобладающим являлся ИМ передней стенки ЛЖ в I и II группах 41% и 61% соответственно. Частота ИМ задней стенки ЛЖ в группе с ТЛТ оказалась значимо больше 59% против 39% ($Pf \leq 0,01$). Тромболитик введен до 3-х часов от начала болевого синдрома около 60% пациентов, 26% – через 3-6 часов. В 65% случаев через 3 ч. после лечения у больных сохранялся подъем сегмента ST, 15% – депрессия. Взятые в рентгеноперационную до 1 часа после госпитализации в группе с ТЛТ – 51%, в группе ПЧКВ

более 85% больных. Время от начала ангинозного приступа до выполнения ЧКВ в I и II группах достоверно не отличалось: $4,3 \pm 2,8$ ч. и $5,0 \pm 2,6$ ч. ($p \geq 0,05$).

У большинства пациентов 59% и 69% обеих групп выявлено множественное поражение венечных артерий, в основном стенозы $>50\%$ и окклюзии передней межжелудочковой ветви ЛЖ и правой коронарной артерии. В группах сравнения два и более стента установлены 27% и 39% пациентов. После проведения ЧКВ частота восстановленного кровотока была практически идентичной в обеих группах – TIMI-3 более 96%. Частота осложнений в I и II группах составила 21% и 18% ($P_f \geq 0,05$). Структура осложнений была сопоставимой: доля КШ 41% и 36%; доля нарушений ритма и проводимости в т.ч. ФЖ – 25% и 27%. Фракция выброса ЛЖ оказалась выше в группе с ТЛТ: $51,7 \pm 11,2$ против $46,8 \pm 7,1$ ($p \geq 0,05$), госпитальная смертность ниже – 1,8% и 6,7%, однако различия не достигают уровня статистической значимости ($p_f \geq 0,05$). Основной причиной смерти был кардиогенный шок – 75% и в 25% случаев развитие феномена «no-reflow», обусловленное резким замедлением кровотока по пораженной артерии при оптимальном устранении ее окклюзии.

Заключение. По результатам исследований 95% ЧКВ были выполнены более чем через 2 часа после тромболитика, что считается наиболее оптимальным временем. В группе с комбинированным ТЛТ и ЧКВ клиническое течение заболевания было более благоприятным, геморрагических осложнений не выявлено, отмечен 1 случай с летальным исходом. Поскольку в реальной клинической практике по ряду причин (отдаленные регионы, область) пациенты не попадают в ЧКВ-центры в рекомендованные сроки применение тромболитика с отсроченным ЧКВ представляется обоснованным.

49 ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Седых Д. Ю.¹, Вегнер Е. А.¹, Велиева Р. М.¹, Кашталап В. В.¹, Петров Г. П.²

¹ФГБНУ НИИ КПССЗ, Кемерово, Россия,

²ФГБОУ КемГМУ, Кемерово, Россия

Многочисленными исследованиями установлено, что снижение смертности от инфаркта миокарда (ИМ) достигается, главным образом, в результате реализации комплекса превентивных мер, среди которых немаловажную роль играет повышение медико-социальной информированности пациентов о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний. Отсюда интересным и актуальным для изучения вопросом представляется проведение анализа уровня информированности о мерах вторичной профилактики у данной категории пациентов.

Цель: оценить уровень информированности больных с ИМ о целях вторичной профилактики.

Материалы и методы: Проанализированы результаты опроса 60 пациентов с ИМ, госпитализированных в конце 2016 года в ГБУЗ КО «КО ККД». Исследуемая группа в большинстве была представлена мужчинами – 44 (73,3%), в возрасте от 50 до 70 лет – 29 (48,3%), со средним образованием и доходом 32 (53,3%) и 48 (80%), соответственно; неработающие и/или пенсионеры – 38 (63,3%). Анкетирование выполнялось интрагоспитально по специально разработанному оригинальному перечню вопросов в отношении оценки показателя информированности об ИМ, в том числе: идентификации причин коронарной катастрофы, определении необходимости профилактики и соблюдения лечебного режима, кардиореабилитации, важности регулярного приема всех назначенных лекарств, потребности

в увеличении аэробной физической активности и правильном питании, ограничении профессиональных вредностей.

Результаты: На основании данных опроса, причину возникновения ИМ не знают 31(51,6%) пациентов, ряд опрошенных считают «виновником» стресс – 16(26,7%), атеросклероз – 4(6,7%), артериальную гипертензию – 2(3,3%), курение – 3(5%), наследственность – 1(1,7%). В необходимости вторичной профилактики уверены 47(78,3%) человек. При этом основами превентивного механизма большинство больных считают в 41(68,3%) случае ведение здорового образа жизни, 16(26,7%) – тщательное выполнение рекомендаций врача, 3(5%) – соблюдение правил гигиены. Важность кардиореабилитации отмечена только 11(18,3%) пациентами. По мнению интервьюируемых, лечебный режим должен строго соблюдаться в 21(35%) случаях, иногда – 21(35%), никогда – 18(30%). Считают, что принципы правильного питания необходимы для выздоровления 17(28,3%) респондентов, фармакотерапия – 44(73,3%), физическая активность – 50(83,3%). К ограничению вредностей труда склонялись 27(45%) больных.

Выводы: Таким образом, с учетом выявленного недостаточного уровня медико-социальной информированности по различным показателям, определена необходимость разработки и внедрения обучающей программы для пациентов, с акцентом на коррекцию модифицируемых поведенческих факторов после перенесенного ИМ.

50 ИЗМЕРЕНИЕ ПИКОВОГО УРОВНЯ СЕРДЕЧНОГО ТРОПОНИНА I ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, КАК СПОСОБ ОЦЕНКИ ОБЪЕМА НЕОБРАТИМО ПОВРЕЖДЕННОГО МИОКАРДА В ЭПОХУ РЕПЕРФУЗИИ

Фролов А.А.

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №13 Автозаводского района», Нижний Новгород

Цель исследования: определить значение пикового уровня сердечного тропонина I (пик_TnI) после реперфузионной терапии инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST), как способа оценки объема необратимо поврежденного миокарда (ОНПМ) и прогнозирования отдаленных неблагоприятных исходов.

Материалы и методы: Проведено одноцентровое проспективное наблюдательное исследование. Включено 83 последовательно поступивших пациентов с ИМпST без предшествующего коронарного анамнеза. Из них 68 (82%) мужчин и 15 (18%) женщин, средний возраст $54,7 \pm 10,8$ лет. Первичное чрескожное коронарное вмешательство выполнено в 26 (31%) случаях, фармакоинвазивный подход применен у 40 (48%) больных, изолированная тромболитическая терапия проведена у 17 (21%). По результатам реперфузии отмечали ее эффективность и время «симптом-реперфузия». Успешность реперфузии подтверждали на селективной коронароангиографии. Значимость инфаркт-ответственной коронарной артерии оценивали в баллах с помощью BCIS-1 Myocardial Jeopardy score (JS_ИОА). От момента поступления и до окончания трех суток каждые 12 часов определяли уровень сердечного тропонина I и фиксировали пик_TnI. В течение 12-месячного периода наблюдения отслеживали развитие серьезных нежелательных кардиальных событий (MACE): кардиоваскулярной

смерти, нефатального инфаркта миокарда, повторной реваскуляризации ранее оперированной коронарной артерии, тромбоза стента. Через 12 месяцев проводили 6-минутный тест ходьбы, выполняли эхокардиографию, измеряли уровень N-терминального фрагмента мозгового натрийуретического пептида в крови. На основании полученных данных делали заключение о формировании хронической сердечной недостаточности (ХСН) и определяли ее функциональный класс (ФК) по классификации NYHA. Количественные данные представлены в виде медиан и интерквартильных интервалов (Median [Q1; Q3]).

Результаты исследования: На этапе стационарного лечения пик_TnI был достоверно ниже у пациентов с эффективной реперфузией (27,3 [11,7; 37,0] нг/мл против 50,0 [36,1; 50,0] нг/мл, $p=0,001$). Величина пик_TnI коррелировала с JS_ИОА ($R=0,32$, $p=0,003$) и временем «симптом-реперфузия» ($R=0,24$, $p=0,05$). Госпитальная летальность составила 3,6% (умерло 3 пациента). За последующие 12 месяцев летальных исходов не было, МАСЕ развили 9 больных (11% от всей выборки), ХСН II-IV ФК выявлена у 41 пациента (51% от 80 выживших). Среди пациентов, развивших МАСЕ, пик_TnI составил 26,1 [21,1; 45,6] нг/мл, в обратном случае – 32,0 [15,0; 50,0] нг/мл, $p=0,99$. В группе больных, сформировавших ХСН II-IV ФК, пик_TnI был равен 45,0 [26,5; 50,0] нг/мл, у пациентов без клиники ХСН – 16,9 [4,3; 32,0] нг/мл, $p<0,001$.

Выводы: Измерение пик_TnI при ИМпСТ может быть использовано для оценки ОНПМ несмотря на проводимую реперфузионную терапию. Значение пик_TnI ассоциировано с формированием ХСН в отдаленном периоде наблюдения.

51 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ РИСК РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ГОСПИТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ВОЗРАСТНЫХ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ АНГИОСТЕНТИРОВАНИЕ НА ФОНЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Есина О.П.¹, Есин С.Г.¹, Носов В.П.¹, Королева Л.Ю.¹, Ковалева Г.В.²

¹ФГБОУ ВО НижГМА Минздрава России

²ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко»

Цель. Изучены факторы риска развития неблагоприятного исхода у возрастных пациентов с низкой ВСП, перенесших стентирование коронарных артерий на фоне острого коронарного синдрома (ОКС) с / без подъема сегмента ST.

Материалы и методы. В исследование включено 116 пациентов с ОКС, подвергнувшихся коронарному ангиостентированию в первые 6 часов от появления болевого синдрома. Для стентирования коронарных артерий чаще использовались голометаллические стенты. Всем пациентам на госпитальном этапе после коронарного ангиостентирования выполнялось суточное ЭКГ-мониторирование с оценкой ВСП. Для оценки тяжести поражения коронарных артерий проводилась оценка показателя SYNTAX Score. Для выявления пациентов с высоким риском осложненного госпитального периода проводился расчет риска по шкалам GRACE и CRUSADE.

Результаты. У возрастных пациентов, перенесших стентирование коронарных артерий, в случае ОКС с подъемом сегмента ST по ЭКГ имеет место преобладание парасимпатикотонии

на фоне резкого снижения временных показателей ВСП в сравнении с больными ОКС без подъема сегмента ST, где наблюдалась активация гуморально-метаболических и симпатических механизмов регуляции ВСП. Среди пациентов старших возрастных групп с тяжелым поражением коронарного русла преобладали пациенты с резко сниженной ВСП. У пациентов с ОКС и резко сниженной ВСП вне зависимости от положения сегмента ST выявлено достоверное увеличение риска по шкале GRACE и CRUSADE.

Заключение. У пациентов пожилого возраста, подвергнувшихся коронарному ангиостентированию по поводу ОКС с подъемом сегмента ST, отмечено снижение показателей ВСП с преобладанием парасимпатической регуляции ВСП. В случае ОКС без подъема сегмента ST наблюдалась активация гуморально-метаболических и симпатических механизмов регуляции ВСП. Низкие показатели ВСП на фоне поражения передней нисходящей артерии и/или ее главных ветвей у возрастных пациентов, поступивших в клинику с ОКС и подвергнувшихся стентированию коронарных артерий, вне зависимости от подъема или депрессии сегмента ST, ассоциированы с высоким риском осложненного течения госпитального периода.

52 СВЯЗЬ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ ЭКТОПИЙ СО СТЕПЕНЬЮ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА ПРИ ПОСТИНФАРКТНОМ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ

Карпова И. С., Суджаева О. А., Ильина Т. В., Русак Т. В., Кошлатая О. В.

ГУ Республиканский научно-практический центр, Антополь, Беларусь

Роль желудочковых аритмий в смертности при ИБС была доказана многочисленными исследованиями. У пациентов с постинфарктным кардиосклерозом желудочковые аритмии, в подавляющем большинстве случаев (94,7±3%), имеют коронарогенный генез (А. Ю. Терегулов, 2013). Целью исследования было изучение связи желудочковых эктопий со степенью атеросклеротического поражения коронарного русла при постинфарктном кардиосклерозе.

5,0 лет (39 мужчин, 19 женщин) с хронической сердечной недостаточностью не выше ФК II по NYHA. Давность инфаркта миокарда (ИМ) составила 1,96 (0,75; 2,00) лет. Диагноз ИМ был подтвержден медицинской документацией, ЭКГ в 12 стандартных и 60 отведениях, трансторакальной ЭхоКГ. Пациенты были разделены на 2 группы: с однососудистым поражением коронарных артерий, после успешного стентирования и отсутствия критических стенозов коронарных артерий – 27 человек (I группа) и многососудистым поражением, стентированием только одной инфаркт-связанной артерии или наличием значимых стенозов коронарного русла – 25 человек (II группа). Стентирование коронарных артерий до включения в исследование было выполнено 92,5% пациентам I группы, реваскуляризация – 84% пациентам II группы (18 лицам стентирование, 3 АКШ, МКШ). Оценка состояния коронарного русла производилась с помощью компьютерной томографии коронарных артерий (КТКА) на двухэнергетическом, 384-срезовом компьютерном томографе премиум-класса Siemens Somatom Force (фирмы General Electric Medical Systems (Германия)). Сканирование осуществлялось одновременно двумя рентгеновскими трубками с регистрацией данных двумя панелями детекторов. Для оценки просвета коронарных артерий анализировались последовательные поперечные томографические срезы, а также реконструкции изображений: многоплоскостные (MPR), трехмерные (3D) и в проекции максимальной интенсивности (MIP).

При анализе ангиограмм использовали стандартизированное деление коронарных артерий на 15 сегментов в соответствии с классификацией Американской ассоциации кардиологов. Суточное мониторирование ЭКГ осуществлялось с помощью кардиомониторной системы Medilog FD 5 фирмы Oxford Instruments Medical. ±Материалы и методы: В исследование включено 58 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом среднего возраста 63,3

Результаты. Согласно результатам КТКА в I группе только у 5 пациентов были стенозы 50-69% (в 2 случаях во 2-м сегменте передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ), в одном – огибающей ветви (ОВ) и в 2 – в мелких артериях бассейна правой коронарной артерии (ПКА)); в остальном размеры стенозов были менее 49% просвета. Во II группе преобладали пациенты с расположением стенозов в проксимальных и средних сегментах ПМЖВ, ОВ, ПКА: выявлено 16 стенозов размером 70-99%, 15 - 50-69%, причем, имели место многососудистые поражения. Пациенты II группы соответственно характеризовались по данным суточного мониторирования ЭКГ более значимым числом как одиночных желудочковых экстрасистол ($p=0,002$), так и в виде куплетов ($p=0,0001$).

Заключение. Таким образом, чем более значимый стеноз коронарных артерий, тем чаще у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом наблюдаются желудочковые эктопии. Уровень локализации стенозов коронарных артерий оказывает влияние на возникновение коронарогенных желудочковых аритмий более высоких градаций.

53 К ВОПРОСУ О ПОРАЖЕНИИ КРОНОАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА (ДАННЫЕ КРОНОАРОАНГИОГРАФИИ)

Абдрахманова А. И¹., Абдульянов И. В²., Горнаева Л. И²., Ослопова Ю. В¹.

¹ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань, Россия,

²ГАУЗ «Межрегиональный клиничко-диагностический центр», Казань, Россия

Цель исследования - анализ данных коронароангиографии пациентов с безболевым ишемией миокарда (ББИМ).

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы данные селективной коронароангиографии пациентов, которым проведено исследование в период с января 2011 г. по декабрь 2015 г. в условиях ГАУЗ МКДЦ.

Результаты. Общее количество составило 84 пациента в возрасте от 45 до 74 лет (средний возраст $60,20 \pm 0,74$ лет), из них 73 мужчин (86,9%) и 11 женщин (13,1%). У 44 (52,4%) пациентов была ББИМ I типа, 40 (47,6%) – ББИМ II типа. Длительность заболевания составляла от 4 месяцев до 15 лет ($5,07 \pm 0,68$ лет). Анализируя частоту поражения магистральных КА выявлено по результатам по результатам КАГ 7 (8,3%) пациентов имели малоизмененные КА, 16 (19%) – однососудистое, 24 (28,6%) – двухсосудистое, 37 (47,4%) – множественные поражения КА. Среднее количество пораженных КА у пациентов составило 2,41. Выявлено, что наиболее часто поражается ПМЖА (у 69 пациентов, соответственно 89,6%; $p=0,005$). При этом гемодинамически значимые стенозы в ОА - 41,3% случаев, в ПМЖА встречались в 33,3% случаев, а в ПКА – 24%. При анализе уровня поражения преобладают средний и проксимальный сегменты ПМЖА (44,5% и 36,6%), ПКА (40,8% и 20%), ОА (34,4% и 40,9%). Гемодинамически значимые стенозы встречались в ПМЖА (33%), в ПКА (24%), ОА (41,3%), ствол ЛКА (63,7%). В анализируемой группе пациентов наиболее часто поражающейся КА второго порядка стала: ветвь тупого края (ВТК) – ветвь ЛКА (32,5%), задняя нисходящая артерия (ЗНА) – ветвь ПКА (14,3%) и заднебоковая ветвь (ЗБВ) – ветвь ОА (6,5%). При этом

гемодинамически значимые стенозы в ВТК встречались в 48,6 % случаев, в 37,8 % случаев поражение было в проксимальном отделе.

Заключение. Собственные данные подтверждают точку зрения о многососудистом поражении коронарных артерий у пациентов с безболевым ишемией миокарда, с преобладанием поражения передней межжелудочковой артерии с высоким уровнем критического стеноза. Противоречивость имеющихся данных о выраженности пораженности коронарных артерий у пациентов с ББИМ по данным современной литературы требует дальнейшего изучения, что требует продолжения исследования.

54 ПОЛИМОРФИЗМ RS776746 В ГЕНЕ CYP3A5 КАК ВОЗМОЖНЫЙ ПРЕДИКТОР КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ БИСОПРОЛОЛА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

Шумков В.А., Загородникова К.А.

Санкт-Петербург, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России.

Введение: бисопролол является современным представителем бета-адреноблокаторов, обладающий высокой селективностью к бета-1-адренорецепторам сердца. Бисопролол, доказав свою эффективность в лечении артериальной гипертензии и всех форм ишемической болезни сердца, по статистическим данным является самым часто назначаемым бета-адреноблокатором в кардиологической практике на сегодняшний день. Известно, что раннее назначение бета-адреноблокаторов сопряжено с улучшением прогноза кардиологических больных в отношении профилактики крупных сердечно-сосудистых событий, таких как инфаркт миокарда, инсульт, внезапная сердечная смерть. Для наилучшего терапевтического эффекта любого лекарственного средства важно как можно быстрее достичь эффективной терапевтической дозы. Бисопролол является липофильным бета-адреноблокатором и его метаболизация происходит в печени под действием изоферментов CYP3A4 и CYP3A5. По данным литературы известно, что CYP3A5 обладает сходной субстратной специфичностью с CYP3A4, и характеризуется генетическим полиморфизмом. Наиболее распространенными являются аллельные варианты *1 и *3. Исследований, посвященных изучению их роли в прогнозировании эффективности бисопролола по настоящий момент не проводилось.

Цель: изучить роль генетического полиморфизма rs776746 в гене CYP3A5 в клинической эффективности бисопролола у пациентов, перенесших острый коронарный синдром.

Материалы и методы: В исследование включали пациентов с острым коронарным синдромом, которым по клиническим показаниям был назначен бисопролол. Также критериями включения являлись: возраст пациентов 30-80 лет, нормальные показатели исходного систолическое артериальное давление 110-139 мм.рт.рт. и подписанное добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Всем пациентам, включенным в исследование, проводили молекулярно-генетическое тестирование. Для выполнения генетического анализа отбирали 5 мл крови в пробирки с ЭДТА, хранили при -20 С. Выделение ДНК проводили комплектами производства НПФ «ДНК-технология» проба рапид генетика. Выявление полиморфных вариантов T (CYP3A5*1) и C (CYP3A5*3) в локусе rs776746 гена CYP3A5 проводили методом

пцр в реальном времени на анализаторе ДТ-Лайт (НПФ «ДНК-технология»), производитель наборов - компания «Синтол».

Результаты: Всего в исследование включено 102 пациента, 62 мужчин и 40 женщин. Средний возраст пациентов – 63,52 года. Частота аллелей составила: 0,073 для СУР3А5*1 и 0,926 для СУР3А5*3, что соответствует его распространенности в европейской популяции. Распределение генотипов соответствовало закону Харди-Вайнберга. Из анализа исключили 5 пациентов с фибрилляцией предсердий. К моменту проведения монитора ЭКГ как у носителей аллеля *1, так и у пациентов с генотипом *3*3 достигались одинаковые значения средней ЧСС (68 уд/мин), и максимальной ЧСС при нагрузке (116 и 114 уд/мин), что говорит о равной степени эффективности бета-блокаторов к этому моменту. Однако, для достижения этого эффекта пациентам двух групп потребовались разные дозы бисопролола. Так, у носителей как минимум одного аллеля СУР3А5*1 (n=13), сопряженного с повышенной скоростью метаболизма, доза бисопролола на 7-10 сутки ОКС была достоверно выше, и составила 5,62 мг, а у носителей варианта СУР3А5*3*3 – 4,51 мг (p<0,05 однонаправленный непараметрический тест Mann-Whitney); при анализе дозы в мг/кг, различия оказались еще более выраженными – 0,15 и 0,07 соответственно (p < 0,01).

Выводы: результаты свидетельствуют о том, что носители минорного аллеля *1 в гене СУР3А5 нуждаются в достоверно более высоких дозах бисопролола для достижения клинического эффекта, что делает этот генетический полиморфизм полезным фактором для выбора оптимального исходного режима дозирования бисопролола у пациентов, перенесших ОКС.

55 РЕЗУЛЬТАТЫ ФАРМАКОИНВАЗИВНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОГО ЧКВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Осадчий И.А., Рагозина Е.Ю.

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

Реализация фармакоинвазивной стратегии в лечении больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпСТ) на сегодняшний день является не до конца решенной задачей.

Цель: оценка результативности фармакоинвазивной реперфузии у больных ИМпСТ.

Материал и методы. Проведена сплошная выборка больных ИМпСТ, поступивших в СОККД в 2014 г., которым выполнена ТЛТ на догоспитальном этапе с последующим ЧКВ со стентированием инфаркт-связанной артерии (n=57) – I группа. Группу сравнения составили пациенты с ИМпСТ и первичным ЧКВ (ПЧКВ), для обеспечения случайного отбора которых и достаточного объема выборки произвольно выбраны 2 мес. (сент.-окт.) с включением всех госпитализированных за этот период (n=60) – II группа. Критериями исключения были наличие онкологических заболеваний и повторного ИМ. Обе группы пациентов сопоставимы по полу (p<0,05) и возрасту (p<0,05), а также клинико-anamнестическим характеристикам на момент поступления. Так, частота сопутствующих СД в I и II группах составила 6% и 9%, ГБ соответственно 39% и 33% (p<0,05). Средний возраст – 57,3±10,4 лет, мужчин более 80%.

Результаты. Группы пациентов различались по локализации ИМ. Преобладающим являлся ИМ передней стенки ЛЖ в I и II группах 41% и 61% соответственно. Частота ИМ задней стенки

ЛЖ в группе с ТЛТ оказалась значимо больше 59% против 39% ($P_f \leq 0,01$). Тромболитик введен до 3-х часов от начала болевого синдрома около 60% пациентов, 26% – через 3-6 часов. В 65% случаев через 3 ч. после лечения у больных сохранялся подъем сегмента ST, 15% – депрессия. Взяты в рентгеноперационную до 1 часа после госпитализации в группе с ТЛТ – 51%, в группе ПЧКВ более 85% больных. Время от начала ангинозного приступа до выполнения ЧКВ в I и II группах достоверно не отличалось: $4,3 \pm 2,8$ ч. и $5,0 \pm 2,6$ ч. ($p_t \geq 0,05$).

У большинства пациентов 59% и 69% обеих групп выявлено множественное поражение венечных артерий, в основном стенозы 50% и окклюзии передней межжелудочковой ветви ЛЖ и правой коронарной артерии. В группах сравнения два и более стента установлены 27% и 39% пациентов. После проведения ЧКВ частота восстановленного кровотока была практически идентичной в обеих группах – TIMI-3 более 96%. Частота осложнений в I и II группах составила 21% и 18% ($P_f \geq 0,05$). Структура осложнений была сопоставимой: доля кардиогенного шока 41% и 36%; доля нарушений ритма и проводимости в т.ч. ФЖ – 25% и 27%. Фракция выброса ЛЖ оказалась выше в группе с ТЛТ: $51,7 \pm 11,2$ против $46,8 \pm 7,1$ ($p_u \geq 0,05$), госпитальная смертность ниже – 1,8% и 6,7%, однако различия не достигают уровня статистической значимости ($p_f \geq 0,05$). Основной причиной смерти был кардиогенный шок – 75% и в 25% случаев развитие феномена «noreflow», обусловленное резким замедлением кровотока по пораженной артерии при оптимальном устранении ее окклюзии.

Закключение. По результатам исследований 95% ЧКВ были выполнены более чем через 2 часа после тромболизиса, что считается наиболее оптимальным временем. В группе с комбинированным ТЛТ и ЧКВ клиническое течение заболевания было более благоприятным, геморрагических осложнений не выявлено, отмечен 1 случай с летальным исходом. Поскольку в реальной клинической практике по ряду причин (отдаленные регионы, область) пациенты не попадают в ЧКВ-центры в рекомендованные сроки применение тромболизиса с отсроченным ЧКВ представляется обоснованным.

РАЗДЕЛ VI. ГЕРОНТОЛОГИЯ В КАРДИОЛОГИИ

56 ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Муксинова М. Д.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Введение: Неуклонно возрастает количество пожилых людей и пациентов, страдающих сахарным диабетом (СД), в том числе среди больных с острым коронарным синдромом (ОКС). Известно, что СД является фактором, неблагоприятно влияющим на течение и исходы сердечно-

сосудистых заболеваний однако влияние наличия СД у пациентов пожилого возраста с ОКС изучено недостаточно.

Цель: провести клинико-инструментальное сопоставление пожилых пациентов с ОКС в зависимости от наличия у них СД

Материалы и методы: Проанализировано 1133 случаев лечения пациентов в возрасте 75 лет и старше госпитализированных с подтвержденным по данным обследования диагнозом ОКС проходивших лечение в региональном сосудистом центре (РСЦ) Городской клинической больницы №1 им. Н.И. Пирогова, в период с 1 января 2014 г. по 31 декабря 2016 г. Критериями включения были возраст старше 75 лет (средний возраст $81,64 \pm 5,16$), подтвердившийся диагноз ОКС (заключительный диагноз инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия). Пациенты, включенные в исследование составили 4 группы: 1 группа – ОКС с подъемом ST (ОКСпST) и СД (105 больных); 2 группа – ОКСпST без СД (254); 3 группа – ОКС без подъема ST (ОКСбпST) и СД (222); 4 группа – ОКСбпST без СД (552). Проводилась сравнительная оценка различных демографических, анамнестических, клинических данных, данных лабораторного и инструментального обследования. Уровень значимости $p < 0,05$ в проведенном исследовании был принят за статистическую значимость.

Результаты: У пожилых пациентов с ОКС СД наблюдается в 29% случаев, без различий между ОКСпST и ОКСбпST. Среди пациентов 3й группы по сравнению с пациентами 4й группы достоверно больше был процент женщин (77% и 66%) и пациентов с Артериальной гипертонией (99% и 96%), инсультом в анамнезе (23% и 14%) и наличием анемии (50% и 42%). Также пациенты 3й группы, в сравнении с пациентами 4й группы достоверно чаще имели трехсосудистое поражение коронарных артерий (КА) по данным коронароангиографии (43% против 29,7%) и меньше с одно-сосудистым поражением (15% против 25,6%). Подобных различий не наблюдалось между пациентами 1й и 2й групп. У пациентов обоих типов ОКС частота встречаемости кальцинированного аортального порока ассоциировалась с наличием СД. Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) менее 60 мл/мин/1,73 м² наблюдалось с частотой 75% без различий в зависимости от наличия СД как у пациентов с ОКСпST так и с ОКСбпST. Частота смерти в стационаре не отличалась среди пожилых пациентов с ОКСпST так и с ОКСбпST в подгруппах с и без СД.

Выводы: 1) В реальной клинической практике пожилые пациенты с ОКС в 29% случаев имеют СД, без различий в группах ОКСпST и ОКСбпST; 2) у пожилых пациентов с ОКСбпST наличие СД ассоциировано с гендерными различиями и выраженностью коморбидной патологии, в отличие от пациентов с ОКСпST, что вероятно связано с установленными различными механизмами повреждения атеромы у пациентов: эрозия при развитии ОКСбпST и разрыв при ОКСпST; 3) в популяции пожилых пациентов с ОКС СД ассоциирован с выраженностью поражения атеросклерозом КА также как и у больных с ОКС любого возраста; 4) наличие СД ассоциировано с частотой встречаемости у пожилых с ОКС кальцинированного порока аортального клапана сердца; 5) по данным обследования пациентов пожилого возраста с ОКС находившихся на лечении в РСЦ г.Москвы за три года наблюдения не отмечено отличий в выраженности поражения функции почек и частоте госпитальной смертности в зависимости от наличия у них СД.

Взаимосвязь СД у пожилых пациентов с ОКС с другими сердечно-сосудистыми патологиями, (%)

	ОКСпST+ СД N=105	ОКСпST без СД N=254	P	ОКСбпST + СД N=222	ОКСбпST без СД N=552	P
АГ	98	93	0,057	99	96	<0,05
ИМ в анамнезе	36	31	0,25	31	46	<0,01
Инсульт в анамнезе	20	14	0,09	23	14	<0,01

ФП в анамнезе	35	31	0,26	31	36	0,42
Аортальный стеноз	14,4	20,5	0,13	23,2	22,7	0,48
СКФ < 60 мл/мин/1,73м ²	73,9	73	0,49	77,4	73,6	0,16
Анемия	49,5	47,5	0,42	50	41,8	<0,05
Смерть в стационаре	10,5	13,4	0,28	6,8	7,1	0,51

57 ОСОБЕННОСТИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Тужкова Э. Ж., Кузнецова К. В., Колесникова А. Г.

ФГБОУ ВО «СамГМУ» МЗ РФ, Самара, Россия

Вступление. В современном мире увеличивается количество пожилых людей. Современные протоколы и рекомендации ведущих кардиологических обществ предполагают так-тику ведения пациентов при остром коронарном синдроме (ОКС) вне зависимости от возрастной принадлежности, что обуславливает необходимость выявления особенностей пациентов старше 75 лет.

Цель исследования – изучить особенности течения острого коронарного синдрома у пациентов старшей возрастной группы.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 592 пациентов, госпитализированных в период с 01.08.2016 по 30.10.2016 с диагнозом ОКС. Второй этап исследования представлен проспективным анкетированием 50 пациентов с использованием «Карты гериатрической оценки», гериатрической шкалы депрессии, краткой шкалы оценки психического статуса. В первую группу вошло 169 пациентов старше 75 лет (средний возраст $80 \pm 4,7$ лет, 34,3% мужчин), во вторую – 423 пациента до 75 лет (средний возраст $61 \pm 4,2$ лет, 68,8% мужчин)

Результаты. Выявлено, что наибольшее количество пациентов старше 75 лет поступило с диагнозом ОКСбпСТ высокого риска, в группе до 75 лет - с ОКСпСТ. Коронарография и стентирование инфаркт-связанной артерии были проведены в 14,0% случаев ОКСбпСТ в первой группе и 26,0% во второй. Клинически выраженная хроническая сердечная недостаточность наблюдалась у 92,5% пациентов старше 75 лет и у 82,9% в группе до 75 лет ($p < 0.05$), что объясняет более частое назначение диуретиков в первой группе (48,1% против 23,3%, $p < 0.05$). Инсульт в анамнезе был у 16,9% и 6,7% пациентов соответственно ($p < 0.05$). Гипертоническая болезнь наблюдалась на 15% чаще у лиц пожилого возраста (38,7% против 23,4%, $p < 0.05$). Табакокурение, как фактор риска смерти от фатальных сердечно-сосудистых событий, встречалось значительно реже у лиц старше 75 лет по сравнению с более молодыми пациентами (6,6% против 18,9%, $p < 0.05$). Полученные данные подтвердились проспективной частью исследования: у большинства пациентов старше 75 лет в анамнезе выявлены факторы риска ОКС такие, как ХСН, ГБ и повышение уровня ЛПНП. У данных пациентов также было отмечено снижение когнитивных способностей и развитие депрессивного синдрома.

Заключение. Наибольшее количество пациентов старше 75 лет поступило с диагнозом ОКСбпСТ – 30,8%. У преобладающего количества пациентов отмечено трехсосудистое поражение коронарных артерий – 79,2%. У «хрупких» пациентов старше 75 лет чаще встречаются факторы риска ОКС, такие как АГ, ХСН, СД, повышение уровня ЛПНП и ИМТ >25 кг/кв.м.. «Хрупкие» пациенты чаще страдают от развития когнитивных нарушений и депрессивного синдрома.

58 ГИПЕРУРИКЕМИЯ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Тополянская С. В¹., Вакуленко О. Н²., Елисеева Т. А²., Балясникова Н. А²., Калинин Г. А²., Купина Л. М²., Дворецкий Л. И¹.

¹ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М.Сеченова, Москва, Россия,

²Гоститаль для ветеранов войн №3, Москва, Россия,

Цель исследования – изучить распространенность гиперурикемии у больных ИБС старше 75 лет и проанализировать возможные взаимосвязи между повышенным уровнем мочевой кислоты и различными сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материал и методы:

Данная работа – одномоментное («поперечное») исследование, в которое было включено 320 больных старше 75 лет, госпитализированных с диагнозом «Ишемическая болезнь сердца» (ИБС). Возраст включенных в исследование пациентов варьировал от 75 до 98 лет, составляя в среднем 86,5 (+4,9) лет. Подавляющее большинство участников проекта (80,7%) составили женщины. Основные критерии исключения: наличие подагры и клинически значимой хронической болезни почек (IV-V ст.). Гиперурикемию диагностировали при значениях мочевой кислоты в сыворотке крови, превышающих 340 мкмоль/л у женщин и 420 мкмоль/л у мужчин.

Результаты:

Повышенный уровень мочевой кислоты в сыворотке крови обнаружен у 37,4% из обследованных больных. Гиперурикемия значительно чаще выявлялась у женщин (в 41,5% случаев), чем у мужчин (у 25%) ($p=0,02$). В данной группе больных старческого возраста отмечена отчетливая взаимосвязь между гиперурикемией и клинически значимой хронической сердечной недостаточностью (ОШ=4,1; 95% ДИ=2,1-7,9, $p<0,0001$), а также перенесенным острым нарушением мозгового кровообращения (ОШ=2,02; 95% ДИ=1,1-3,8; $p=0,02$). Фибрилляцию предсердий также достоверно чаще диагностировали у пациентов с гиперурикемией (в 42,6% случаев, по сравнению с 25,2% больных, имеющих нормальный уровень мочевой кислоты, $p=0,001$). Наличие гиперурикемии существенно повышало риск развития фибрилляции предсердий (отношение шансов=2,2; 95% ДИ=1,3-3,6; $p=0,001$). Влияние гиперурикемии на риск развития фибрилляции предсердий было выше у женщин, чем у мужчин. Гиперурикемия повышала вероятность дилатации левого предсердия: при Эхо-КГ дилатация предсердия обнаружена у 80,6% больных в группе гиперурикемии, тогда как у пациентов с нормальным уровнем мочевой кислоты эта патология регистрировалась реже – в 68,8% случаев ($p=0,03$). Средний диаметр левого предсердия в группе больных с гиперурикемией составил 44,46±4,9 см, а при нормальном уровне мочевой кислоты – 42,82±4,35 см ($p=0,007$). Зарегистрирована выраженная позитивная корреляция между уровнем мочевой кислоты в сыворотке крови и диаметром левого предсердия ($p=0,00004$). В изучаемой группе больных обнаружена высоко достоверная корреляция между концентрацией мочевой кислоты и уровнем такого провоспалительного цитокина, как фактор некроза опухоли-альфа ($p=0,0004$).

Выводы:

Полученные результаты свидетельствуют о значительной распространенности гиперурикемии у лиц старческого возраста, страдающих ИБС. Обнаружены существенные взаимосвязи между повышением уровня мочевой кислоты и развитием ряда сердечно-сосудистых заболеваний, в первую очередь, хронической сердечной недостаточности, фибрилляции предсердий и ОНМК. Повышенный уровень мочевой кислоты достоверно ассоциировался с большим диаметром левого предсердия.

59 ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ИБС СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Тополянская С. В^{1.}, Вакуленко О. Н^{2.}, Елисеева Т. А^{2.}, Балясникова Н. А^{2.}, Калинин Г. А^{2.}, Купина Л. М^{2.}, Дворецкий Л. И^{1.}

¹ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М.Сеченова, Москва, Россия

²Госпиталь для ветеранов войн №3, Москва, Россия,

Цель исследования – изучение распространенности дислипидемии у больных ИБС старше 75 лет и анализ возможных взаимосвязей между содержанием липидов в сыворотке крови и различными сердечно-сосудистыми и иными заболеваниями у лиц старческого возраста.

Материал и методы: Данная работа – одномоментное («поперечное») исследование, в которое было включено 555 больных старше 75 лет, госпитализированных с диагнозом «Ишемическая болезнь сердца» (ИБС); большинство из них (74,5%) составили женщины. Возраст пациентов варьировал от 75 до 98 лет, составляя в среднем 86,8 (+5,0) лет.

Результаты: Повышенный уровень общего холестерина обнаружен лишь у 13,3% больных; гипертриглицеридемия выявлялась у 10,4% пациентов, а повышение содержания ХС-ЛПНП – у 26,3% больных, однако в большинстве случаев выраженность дислипидемии была незначительной. По мере увеличения возраста больных содержание общего холестерина и ХС-ЛПНП в сыворотке крови достоверно снижалось. При корреляционном анализе обнаружена значимая отрицательная корреляция между уровнем общего холестерина и возрастом больных ($r=-0,13$; $p=0,001$). Средний уровень общего холестерина в группе пациентов моложе 80 лет составил 5,43 ммоль/л; у лиц в возрасте от 80 до 89 лет - 5,0 ммоль/л; у больных в возрасте 90 лет и старше – 4,7 ммоль/л ($p=0,001$ – для различий между 1 и 3 группами). Аналогичные результаты получены и в отношении ХС-ЛПНП ($r=-0,14$; $p=0,04$). Средний уровень ХС-ЛПНП у больных моложе 80 лет составил 3,69 ммоль/л, а в группе пациентов 90 лет и старше – 2,7 ммоль/л ($p=0,004$). У женщин концентрация всех изученных липидов (ОХС, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП и триглицеридов) была достоверно выше, чем у мужчин. Так, средний уровень общего холестерина у женщин достигал 5,1 ммоль/л, у мужчин – 4,5 ммоль/л ($p<0,0001$). Содержание ХС-ЛПНП в среднем у женщин равнялось 3,1 ммоль/л, тогда как у мужчин – 2,5 ммоль/л ($p=0,0002$). Надо отметить, что и уровень ХС-ЛПВП у женщин также был выше - 1,26 ммоль/л, по сравнению с тем же показателем у мужчин - 1,17 ммоль/л ($p=0,01$). Наблюдалась обратная взаимосвязь между более низкими значениями липидов (в первую очередь, общего холестерина) и клинически значимой хронической сердечной недостаточностью ($p<0,0001$), а также фибрилляцией предсердий ($p<0,0001$). Отмечена выраженная позитивная корреляция между уровнем общего холестерина и триглицеридов, с одной стороны, и показателями артериального давления – с другой ($p=0,001$). Кроме того, обнаружена высоко достоверная взаимосвязь между повышением концентрации триглицеридов и глюкозы в сыворотке крови ($p<0,0001$), а также триглицеридов и мочевой кислоты ($p=0,001$). При увеличении уровня креатинина в сыворотке крови отмечено повышение содержания триглицеридов ($p=0,001$) и снижение ХС-ЛПВП ($p=0,0003$). В данной группе больных обнаружена выраженная отрицательная корреляция между концентрацией фактора некроза опухоли-альфа и ХС-ЛПВП ($p=0,001$), а также общим холестерином ($p=0,005$). Статины принимали лишь 11,4% больных.

Заключение: Полученные результаты свидетельствуют о существенных особенностях липидного профиля у лиц старческого возраста, страдающих ИБС. Обнаружены значимые, хотя и неоднозначные, взаимосвязи между дислипидемией и развитием ряда заболеваний.

60

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Васильева И.Н., Миронова Е.Д.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Демографическая ситуация, наблюдаемая во многих развитых странах, свидетельствует об увеличении популяции людей старшей возрастной группы. Согласно определению Европейского Регионального бюро биологический возраст старости определен рамками 75 - 90 лет, а старость рассматривается как снижение приспособительных возможностей организма. Структурные изменения всех органов и систем, возрастные нейрогуморальные нарушения, дисфункция эндотелия у лиц старше 75 лет определяют коморбидность, что приводит к прогрессивному росту многочисленных заболеваний и осложнений у этой категории лиц, особенно сердечно-сосудистой системы (ССС). В этот возрастной период изменяется концентрация и активность ангиотензина II, трансформирующего фактора роста, фактора роста фибробластов, инсулиноподобного фактора роста и других вазоактивных пептидов. Кардиомиоциты и проводящие пути постепенно замещаются жировой и фиброзной тканью, создавая предрасположенность к аритмиям. Изменение концентрации эластина, коллагена и отложение кальция влечет за собой уплотнение клапанов и стенок крупных сосудов с потерей их эластичности. Повышение жесткости сосудов эластического типа является одним из основных специфических механизмов в патогенезе формирования артериальной гипертензии (АГ) у лиц данной возрастной категории и рассматривается как независимый фактор кардиоваскулярного риска. Суммарным итогом этих эффектов становится увеличение с возрастом постнагрузки на сердце, проявляющееся артериальной гипертензией, зачастую – изолированной систолической. Кроме того, наблюдаются и изменения в мелких сосудах, характеризующиеся снижением проницаемости, нарушениями трофической функции. По данным эпидемиологических исследований, заболеваемость ССЗ продолжает расти как у мужчин, так и у женщин. К сожалению, в большинстве клинических исследований женщины составляют наибольшую часть выборки, в силу своей большей продолжительности жизни, которая составляла по данным Росстата в Российской Федерации в 2016 году 77,06 лет, в то время как россияне-мужчины доживают в среднем до 66,5 лет. Поэтому, не вызывает сомнений факт биологических различий между мужчинами и женщинами, что имеет существенное значение в развитии и течении сердечно-сосудистых заболеваний. Например, распространенность инфаркта миокарда (ИМ) у мужчин выше, чем у женщин, как и хроническая сердечная недостаточность, которая в постинфарктном периоде развивается у них, согласно многочисленным исследованиям, также достоверно чаще. Поэтому не удивительно, что у мужчин старческого возраста расчетный сердечно-сосудистый риск превышает 5–10% при сравнительно низком уровне других сердечно-сосудистых факторов риска, а предикторами сердечно-сосудистой смертности у них являются артериальная гипертония, сердечная недостаточность, уровень ХС липопротеидов высокой плотности, что необходимо учитывать при лечении и профилактике.

Цель исследования. С учетом вышеизложенного, целью настоящего исследования явилось изучение гендерных особенностей поражения сердечно-сосудистой системы у пациентов старческого возраста.

Материал и методы. Обследовано 88 пациентов старческого возраста от 75 до 90 лет: 46 мужчин (52,27%) и 42 женщины (47,73%). Возраст обследованных в анализируемой выборке

в среднем составил $82,21 \pm 3,51$ года. На этапе отбора в исследование каждому пациенту проводили комплексное клинико-лабораторное обследование с определением общего анализа крови, липидного спектра, креатинина, глюкозы, трансаминаз, коагулограммы, электрокардиографическое исследование, реовазографию сосудов нижних конечностей. Для определения биологического возраста использовались показатели – моноциты (М), реакция оседания эритроцитов (СОЭ), общий белок (ОБ), мочевины (М1), креатинин (К). Рассчитывали фактический биологический возраст (ФБВ) по формуле $= 91,1512 - 1,17 * М + 0,5683 * СОЭ - 0,4346 * ОБ + 2,2088 * М1 - 0,6613 * К$. Все пациенты были распределены по гендерному признаку. В первую группу сравнения вошли 46 мужчин старческого возраста, во вторую - 42 женщины этого возрастного периода. Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программ «Microsoft Excel 7.0» и «Statistica for Windows 10.0».

Результаты. При естественном физиологическом процессе старения паспортный возраст (ПВ) должен совпадать с ФБВ, однако, в группе мужчин старческого возраста ФВ ($81,48 \pm 3,20$ лет) превышал значения ПВ ($83,23 \pm 4,08$ года; $p < 0,05$), что указывает не только на признаки ускоренного старения, но и на наличие высокого сердечно-сосудистого риска у представителей сильного пола. У женщин ПВ ($82,32 \pm 4,55$ года) был несколько ниже ФВ ($80,74 \pm 4,36$ лет; $p < 0,05$), что, вероятно, указывает на большую адаптивную способность в сравнении с мужской популяцией. К тому же, в группе женщин старческого возраста был выявлен меньший процент встречаемости инфаркта миокарда, хронической обструктивной болезни легких, нарушений ритма сердца, облитерирующего атеросклероза и варикозной болезни сосудов нижней конечности. В тоже время в равной степени встречались сахарный диабет (19,57% у мужчин, 21,43% у женщин), ишемическая болезнь сердца (93,48% у мужчин и 97,61% у женщин) и артериальная гипертензия (100% у представителей обеих групп). Длительность АГ у мужчин в среднем составляла $30,67 \pm 7,92$ лет, а у женщин $31,32 \pm 8,12$ лет. Средняя частота сердечных сокращений (ЧСС), зарегистрированная при ЭКГ – исследовании у пациентов старческого возраста, была $73,94 \pm 8,25$ ударов в минуту вне зависимости от гендерного признака. Хотя достоверной межгруппой разницы по ЧСС выявлено не было, у мужчин количество ударов было ниже в сравнении с женской популяцией ($71,90 \pm 6,17$ уд\мин против $75,42 \pm 8,43$ уд\мин).

Анализируя показатели уровня артериального давления следует отметить, что уровень систолического АД (САД) у мужчин оказался несколько выше ($133,76 \pm 12,27$ мм.рт.ст.), чем у женщин ($128,54 \pm 14,87$ мм.рт.ст.), однако критериев достоверной статистической значимости не достигал. Установлена прямая корреляционная зависимость между фактическим возрастом и длительностью АГ у лиц обоих полов ($r = 0,77$ у женщин и $r = 0,64$ у мужчин; $p < 0,05$) и обратная зависимость возраста с ДАД для мужчин ($r = -0,69$; $p < 0,05$). Кроме того, обнаружена корреляционная связь между САД и цереброваскулярными заболеваниями у мужчин старческого возраста ($r = 0,58$; $p < 0,05$).

Следует отметить, что все пациенты в течении длительного времени получали гипотензивную терапию, однако более приверженными к терапии оказались женщины. В тоже время, представители мужской популяции в 100% случаев в течении длительного времени принимали ацетилсалициловую кислоту. Следует отметить, что несмотря на выраженные стенозы артерий нижних конечностей (до 80%) липидкорректирующую терапию регулярно получали только 14,08% всех обследуемых пациентов, а β -адреноблокаторы, которые имеют свойство ухудшать периферическое кровообращение - 38 пациентов.

Особый интерес работы представлял сравнительный анализ биохимических параметров, и, в частности, креатинина, повышенная концентрация которого свидетельствовало об наличии инволютивных и старческих процессов. Повышение креатинина крови у обследованных до $122,36 \pm 21,79$ мкмоль/л в старческом возрасте вне зависимости от гендерного признака указывало на формирование устойчивой функциональной почечной недостаточности, развитие хронической болезни почек (ХБП): до $119,59 \pm 17,97$ мкмоль/л у мужчин и $124,12 \pm 19,67$ женщин

($p < 0,05$). Как следствие, наблюдалось резкое снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у мужчин старческого возраста до $46,27 \pm 4,21$ мл/мин/1,73м² и до $43,17 \pm 5,45$ мл/мин/1,73м² у женщин ($p < 0,001$). Как показали результаты проведенного метаанализа крупных популяционных программ NHANES и KEEF, распространенность стойкого снижения СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² существенно возрастает у лиц в старше 80 лет, связывая рост встречаемости ХБП среди представителей старших возрастных групп, прежде всего, с распространением общепопуляционных факторов риска - артериальной гипертензии, ИБС, сахарного диабета, ожирения.

О гендерных особенностях поражения ССС свидетельствовал факт достоверно большего процента встречаемости облитерирующего атеросклероза нижних конечностей у представителей мужской популяции: 78,26% у мужчин и 57,14% у женщин ($p < 0,05$). Согласно полученным результатам РВГ в группе мужчин старческого возраста чаще встречались гемодинамические стенозы периферических артерий голени (до 45,13%) и стоп (48,28%), более низкие значения индекса эластичности (до 0,28), что свидетельствовало о плохой эластичности стенок артерий с соответствующим ухудшением кровотока в них. К тому же, у мужчин с облитерирующим атеросклерозом чаще встречались НРС ($p = 0,0096$), нарушения мозгового кровообращения ($p = 0,001$), гипертрофия левого желудочка ($p = 0,041$). Варикозная болезнь нижних конечностей чаще регистрировалась у женщин (57,14% против 49,83% случаев), однако критериев достоверной статистической значимости не достигала.

Выводы. Сравнительный анализ позволил выявить тендерные особенности поражения сердечно-сосудистой системы у пациентов старческого возраста, что безусловно, должно находить свое отражение в лечебно-профилактической работе с пациентами такой деликатной возрастной категории, действуя, прежде всего, на модифицируемые факторы риска, причем с учетом их тендерных особенностей. Установлено превышение значений фактического возраста над паспортным в группе мужчин старческого возраста, что указывает на наличие очень высокого сердечно-сосудистого риска у представителей сильного пола. Выявлены гендерные возрастные отличия как по гемодинамическим показателям, так и по спектру их корреляционных связей. Установлена прямая корреляционная зависимость между фактическим возрастом и длительностью АГ у лиц обоих полов, обратная зависимость возраста с ДАД для мужчин, связь между САД и цереброваскулярными заболеваниями у мужчин старческого возраста. Определены тендерные особенности патологического ремоделирования сердца с преобладанием гипертрофии левого желудочка у представителей мужской популяции. Установлено, что инволютивные изменения всего организма приносят особый вклад в снижение СКФ и развитии ХБП, что должно учитываться врачом при выборе конкретного лекарственного препарата.

В заключении хотелось бы отметить, что влияние друг на друга изменений, связанных с естественными процессами старения и коморбидностью пациентов старческого возраста, затрудняет идентификацию собственно возрастных изменений, что подчеркивает высокую актуальность данной проблемы и диктует мировой медицинской общественности проведение дальнейшего поиска в изучении этой вопроса.

РАЗДЕЛ VII. ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

61 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ БИОМАРКЕРОВ МИОКАРДИАЛЬНОГО СТРЕССА И ФИБРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Шиляева Н. В., Слатова Л. Н., Щукин Ю. В.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Введение. В определении прогноза клинических исходов и стратификации риска у пациентов с сердечной недостаточностью (СН) все более важная роль отводится биомаркерам, в частности натрийуретическим пептидам. В когорте пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), особый интерес представляют биомаркеры фиброза, одним из которых является ST2, участвующий в кардиопротективной сигнальной системе в миокарде.

Цель. Оценить связь биомаркеров миокардиального стресса и фиброза, клинико-инструментальных показателей с развитием неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у пациентов с СН, перенесших ИМ.

Материалы и методы. В проспективном исследовании приняли участие 127 пациентов с СН, перенесшие ИМ давностью от 4-х до 6-ти недель с выполнением чрескожного коронарного вмешательства. Диагностика СН проводилась согласно действующим Национальным рекомендациям. У всех пациентов были определены основные эхокардиографические параметры и методом иммуноферментного анализа крови измерены концентрации ST2 и N-концевого фрагмента мозгового наутрийуретического пептида (NT-proBNP). Для оценки почечной функции рассчитывалась скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (СКД-ЕPI). Период клинического наблюдения за пациентами составил 9 месяцев, в качестве конечной точки рассматривались сердечно-сосудистая смертность и госпитализации по поводу повторных неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (декомпенсации СН, ИМ, нестабильной стенокардии, инсульта).

Результаты. Возраст пациентов составил 56 ± 7 лет; 85,8% были мужчинами, 89% имели II ФК по NYHA (New York Heart Association). Факторы сердечно-сосудистого риска (табакокурение, избыточная масса тела или ожирение) выявлены у большинства пациентов. Фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) составила 54% (47-69), СКФ – 78 мл/мин/1,73м² (68,75-89,25). За 9-месячный период наблюдения летальный исход зарегистрирован у 2-х пациентов, госпитализации по поводу повторных неблагоприятных сердечно-сосудистых событий имели место у 17-ти наблюдаемых; связь была потеряна с 7 пациентами. В подгруппе пациентов с неблагоприятными исходами (n=19) концентрации исследуемых биомаркеров оказались статистически значимо выше, чем в подгруппе пациентов без повторных событий (n=101). Медианы составили, соответственно: NT-proBNP 472,73 пг/мл и 165,75 пг/мл (p=0,001); ST2 47,03 нг/мл и 40,17 нг/мл (p=0,004). Пациенты с повторными сердечно-сосудистыми событиями исходно чаще, чем пациенты без повторных

событий, имели аневризму ЛЖ (31,6% против 4%; $p < 0,05$), ФВЛЖ $< 50\%$ (57,9% против 27,7%; $p < 0,05$) и более выраженное поражение коронарного русла (КР) по шкале Syntax (22,5 балла против 15 баллов; $p < 0,05$). Статистически значимых различий по полу, возрасту, коморбидным состояниям, СКФ выявлено не было. При последующем ROC-анализе определены оптимальные пороговые значения для ST2 и NT-proBNP как предикторов неблагоприятного исхода: 43,6 нг/мл и 285 пг/мл, соответственно. ST2 имел площадь под кривой (AUC) 0,709 ($p = 0,004$), NT-proBNP – 0,738 ($p = 0,001$). Отношение шансов для $ST2 \geq 43,6$ нг/мл составило 2,84 (95% доверительный интервал (ДИ): 1,1296–7,8454; $p < 0,05$), для $NT-proBNP \geq 285$ пг/мл – 2,97 (95% ДИ: 1,1733–8,1925; $p < 0,05$).

Заключение. В нашем исследовании развитие неблагоприятных клинических исходов у пациентов с СН, перенесших ИМ, было статистически значимо ассоциировано с более высокими концентрациями NT-proBNP и ST2, сниженной ФВЛЖ, наличием аневризмы ЛЖ и степенью поражения КР.

62 ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАТЕТЕРНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Троянова-Щуцкая Т. А., Курлянская Е. К., Гончарик Д. Б., Денисевич Т. Л., Осмоловская Т. В., Зотова О. В., Гребенюк И. А.

ГУРНИЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Цель. Изучить влияние денервации почечной артерии (ДПА) на внутрисердечную гемодинамику и качество жизни у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемической и неишемической этиологии в течение 12 месяцев наблюдения.

Методы исследования. В исследование включено 20 пациентов с ХСН III-IV функционального класса (NYHA), находящихся на оптимальной медикаментозной терапии; с фракцией выброса левого желудочка (ФВ) $< 40\%$ по данным эхокардиографии и систолическим артериальным давлением (САД) ≥ 110 мм.рт.ст. Всем пациентам выполнена ДПА. Обследование проводилось исходно, через 6 и 12 месяцев после оперативного лечения и включало: эхокардиографию, тест 6-минутной ходьбы (ТШХ), Миннесотский опросник (МО) качества жизни пациентов.

Полученные результаты. При оценке параметров внутрисердечной гемодинамики выявлено уменьшение конечно-диастолического объема от 237,0 (168,0; 362,0) мл до 208,5 (161,5; 271,5) мл через 1 год, конечно-систолического объема от 161,5 (113,0; 244,0) мл до 155,5 (117,0; 210,0) мл через 6 месяцев и 125,5 (96,5; 193,0) мл через 12 месяцев после ДПА, (Me (LQ;UQ), $p < 0,05$). ФВ увеличилась от 31,5 (25,0; 38,0) % до 34,5 (29,0; 40,0) % и 39,0 (32,5; 41,0) % через 6 и 12 месяцев ($p < 0,05$). Конечно-диастолический размер левого желудочка исходно составлял 70,5 (66,0; 75,0) мм, через 6 месяцев уменьшился до 67,5 (65,0; 77,0) мм, оставаясь на том же уровне через 1 год после ДПА. Конечно-систолический размер до оперативного лечения был исходно 57,5 (52,0; 62,0) мм, через 6 месяцев незначительно снизился до 55,0 (51,0; 67,0) мм, оставаясь таким же к году наблюдений. Исходно за 6 минут пациенты проходили 200,0 (180,0; 250,0) м. Через 6 и 12 месяцев дистанция ходьбы увеличилась до 250,0 (240,0; 300) м и 300 (237,5; 350,0) м соответственно ($p < 0,05$). Пациенты отмечали улучшение качества жизни, что подтверждалось данными МО: 55,0 (51,0; 63,0) балла исходно, 43,5 (42,0; 58,0) балла через полгода и 40,0 (18,5; 44,5) баллов через 1 год после ДПА.

Выводы. ДПА - одно из перспективных направлений в лечении пациентов с ХСН. В течение 12 месяцев после ДПА значительно улучшается диастолическая функция левого желудочка сердца, возрастает толерантность к физической нагрузке, улучшается качество жизни пациентов. Предварительные результаты использования данной методики в клинической практике свидетельствуют о её перспективности в комплексе лечебных мероприятий у пациентов, страдающих ХСН.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ АТОРВАСТАТИНА И ОМЕГА – 3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ 63 КИСЛОТ В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Рубаненко О. А.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Цель исследования: определить влияние комбинации омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) и аторвастатина на риск развития послеоперационной фибрилляции предсердий (ПОФП). Материал и методы исследования. Обследовано 114 больных ишемической болезнью сердца (ИБС), подвергающихся коронарному шунтированию (КШ), которые распределены на 2 группы: 1 группа не получала препарат (59 человек, 75,6% мужчин, средний возраст 63,0 (57,0;67,0) года), 2 группа принимала омега-3 ПНЖК в среднем за 5 дней до операции в дозе 2 г/сутки и в течение 3 недель после КШ в дозе 1 г/сутки (55 пациентов, 80,0% мужчин, средний возраст 59,0 (56,0;63,0) лет). Все больные принимали аторвастатин на амбулаторном этапе. Уровни интерлейкина (ИЛ) -6, ИЛ-8, ИЛ-10, С-реактивного белка (СРБ), фибриногена, тропонина, NT-proBNP, активность супероксиддисмутазы (СОД), миелопероксидазы (МПО) изучали при поступлении и на 4,0 (3,0;6,0) сутки послеоперационного периода.

Результаты. ПОФП возникала в среднем 5,0 (1,0;9,5) сутки. Во 2 группе наблюдалась тенденция к уменьшению развития новых случаев аритмии, однако значимая разница с 1 группой не выявлена (9,1% против 18,6%, $p=0,23$).

Средняя доза аторвастатина составила в 1 группе $24,7 \pm 12,5$ мг/сутки, во 2 группе $25,1 \pm 10,5$ мг/сутки ($p=0,2$). Длительность применения препарата до операции составила в 1 группе 9,0 (6,0;12,0) месяцев, во 2 группе 9,0 (6,0;18,0) месяцев ($p<0,001$).

Исследование лабораторных параметров не показал значимые различия между исследуемыми категориями по уровню лейкоцитов, лейкоцитарной формуле, ИЛ-8, ИЛ-10, NT-proBNP, тропонина до и после операции. После хирургической реваскуляризации миокарда наблюдалось увеличение уровня лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы до палочкоядерных и сегментоядерных клеток, увеличение фибриногена, NT-proBNP, СРБ и тропонина во всех группах пациентов. Концентрация ИЛ-8 и ИЛ-10 до и после операции оставалась в пределах нормы.

Уровень ИЛ-6 был значимо выше в пред- и послеоперационном периоде среди пациентов 1 группы (3,83 (2,41;14,32) пг/мл против 2,56 (0,66;3,56) пг/мл, $p=0,002$; 21,78 (10,9;43,62) пг/мл против 14,37 (8,33;29,49) пг/мл, $p=0,04$ соответственно). Концентрация СОД была выше до операции в 1 группе (2421,4 (1061,0;4981,6) Ед/г против 978,42 (489,56;1984,04) Ед/г, $p=0,0001$).

После КШ уровень СОД снижается у всех больных, но остается больше в 1 группе (1457,2 (522,0;2450,6) Ед/г против 304,21 (233,4;578,17) Ед/г, $p<0,001$). МПО в послеоперационном периоде повышается в обеих когортах, но разница недостоверна. Уровень фибриногена и СРБ увеличивается значимо больше во 2 группе (4,72 (3,82;5,83) г/л против 4,2 (2,65;4,95) г/л, $p=0,02$; 8,61 (7,28;10,58) мг/л против 4,54 (4,15;5,41) мг/л, $p<0,0001$, соответственно).

Заключение. В нашем исследовании наблюдается недостоверное уменьшение эпизодов фибрилляции предсердий в раннем послеоперационном периоде коронарного шунтирования среди пациентов, получающих терапию омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами и аторвастатином, при сравнении с категорией, принимающих только статины. Наблюдается значимое повышение уровня фибриногена, С – реактивного белка, как маркеров воспаления, снижение супероксиддисмутазы, выступающего в роли фактора окислительного стресса, в группе комбинированного лечения.

64 ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Троянова-Щуцкая Т. А., Курлянская Е. К., Гончарик Д. Б., Часнойть А. Р.

ГУ РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Актуальность. Эффективность сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ) у пациентов хронической сердечной недостаточностью (ХСН) NYHA III-IV и синусовым ритмом изучена и доказана в многочисленных многоцентровых исследованиях. Результат в данном случае зависит от грамотного отбора пациентов. Эффективность СРТ увеличивается при правильной оценке критериев механической диссинхронии и оптимальном положении электродов. Что касается постоянной формы фибрилляции предсердий (ФП), на сегодняшний день четких рекомендаций нет. Считается, что при невозможном адекватном контроле частоты сердечного ритма, целесообразно выполнение аблации атриовентрикулярного соединения (АВС).

Цель: определить эффективность СРТ в сочетании с аблацией АВ-соединения у пациентов с ХСН NYHA III-IV, постоянной формой ФП, фракцией выброса (ФВ) менее 35% и продолжительностью комплекса QRS более 120 мсек.

Методы. В исследование включено 50 пациентов, которым после СРТ выполнена аблация АВ-узла, поскольку бивентрикулярная стимуляция составляла менее 96%. Пациенты обследованы при поступлении, через 3, 6 и 12 месяцев после оперативного лечения. Выполнены общеклинические исследования, определен уровень натрийуретического пептида (NT-proBNP), определена диссинхрония миокарда, проведены трансторакальная эхокардиография и тест 6-минутной ходьбы.

Результаты. В общеклинических исследованиях достоверных изменений не выявлено. Выявлено уменьшение уровня NT-proBNP (3403 пг/мл исходно, 2687 пг/мл, 2154 пг/мл и 1228 пг/мл через 3, 6 и 12 месяцев, $p<0,05$). Межжелудочковая диссинхрония достоверно снизилась через 3, 6 и 12 месяцев (с $94,4\pm 12,4$ до $35,4\pm 5,3$ мсек через 3 месяца, $27,4\pm 6,6$ мсек через 6 месяцев, $25,8\pm 12,2$ мсек через 6 месяцев, $p<0,05$). Конечно-диастолический объем (КДО) достоверно снизился с $312,6\pm 31,4$ до $226,2\pm 33,4$, $188,1\pm 32,9$ и $167,8\pm 45,9$ мл через 3, 6 и 12 месяцев соответственно ($p<0,05$). Исходно конечно-систолический объем (КСО) был $277,2\pm 21,5$ мл, через 3, 6 и 12 месяцев стал $241,6\pm 29,9$, $239,6\pm 31,3$ мл и $234,3\pm 28,9$ мл ($p<0,05$). ФВ возросла с $25,6\pm 2,5\%$ до $31,1\pm 2,4\%$ через 3 месяца,

33,8±3,2% через 6 месяцев, 34,9±2,3% через 1 год наблюдения. Митральная регургитация (МР) исходно составляла 3,6±0,8. Через 3 месяца достоверного снижения МР выявлено не было. Через 6 и 12 месяцев МР достоверно снизилась до 3,1±1,3 и 2,7±1,2 ($p<0,05$). В результате теста 6-минутной ходьбы выявлено увеличение дистанции ходьбы: от 162,8м исходно, 289,7м через 3 месяца, 328,9м и 363,7м через полгода и 1 год соответственно ($p<0,05$).

Выводы. СРТ в сочетании с аблацией АВ-соединения при бивентрикулярной стимуляции менее 96% может рассматриваться как метод лечения хронической сердечной недостаточности у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий, ФВ<35%, продолжительностью комплекса QRS более 120 мсек. В ходе исследования выявлено уменьшение NT-proBNP, КСО, КДО, степени МР; увеличение ФВ, дистанции ходьбы. Пациенты отмечали улучшение клинического статуса, качества жизни и повышение толерантности к физической нагрузке.

65 ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА.

Закирова Н. Э., Низамова Д. Ф., Закирова А. Н.

ФГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», Уфа, Россия,

Цель работы: оценить состояние систолической и диастолической функции левого желудочка (ЛЖ), особенности ремоделирования миокарда у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-IV функционального класса (ФК).

Материалы и методы. Обследованы 112 мужчин с ХСН ишемического генеза, которые разделены на 4 группы в зависимости от ФК ХСН. В контрольную группу вошли 25 здоровых мужчин-добровольцев. Состояние внутрисердечной гемодинамики оценивали по данным эхокардиографии, определяли фракцию выброса (ФВ), индексированные объемные показатели и индекс массы миокарда (ИММ) ЛЖ. Рассчитывали параметры ремоделирования ЛЖ: индекс сферичности (ИС), относительную толщину стенки (ОТС), миокардиальный стресс (МС), интегральный систолический индекс ремоделирования (ИСИР), устанавливали типы ремоделирования ЛЖ. При оценке диастолической функции ЛЖ исследовали параметры максимальной скорости трансмитрального потока: в период раннего (V_e) и позднего диастолического наполнения (V_a) ЛЖ, соотношение их скоростей (V_e/V_a). Выделяли 3 типа нарушений диастолической функции ЛЖ: с нарушенной релаксацией, рестриктивный и псевдонормальный.

Результаты. При оценке внутрисердечной гемодинамики выявлено, что при ХСН I ФК объемные показатели и ФВ ЛЖ, а также структурно-геометрические параметры ремоделирования ЛЖ не значимо отличались от контроля. По мере возрастания тяжести ХСН конечные диастолические и систолические объемы, ИММ ЛЖ прогрессивно увеличивались, а ФВ ЛЖ существенно снижалась по сравнению с данными здоровых и пациентов ХСН более низких ФК. Выраженность гемодинамических сдвигов зависела от ФК ХСН и была наиболее значимой у больных с ХСН III-IV ФК. У больных ХСН IV ФК отмечены максимальный подъем значений ИММ ЛЖ и снижение ФВ ЛЖ, эти изменения развивались на фоне уменьшения ОТС и возрастания ИС, сопровождались повышением МС ЛЖ. Наиболее информативным показателем оценки тяжести ХСН и выраженности ремоделирования ЛЖ оказался ИСИР, его параметры у больных III-IV ФК были не только в 2 и более раз меньше контроля, но и значимо отличались от данных ХСН I-II ФК. При оценке типов ремоделирования ЛЖ установлено, что 75% больных IV ФК имели эксцентрическую гипертрофию ЛЖ, а у пациентов с ХСН II-III ФК отмечено сочетание концентрической гипертрофии (33,3%) и концентрического ремоделирования (22,1 %) с эксцентрической гипертрофией ЛЖ (44,6 %).

При исследовании диастолической функции ЛЖ выявлено, что для ХСН I ФК было характерно нормальное диастолическое наполнение ЛЖ, а для ХСН II ФК преобладающим типом диастолической дисфункции был тип с нарушенной релаксацией, характеризующийся снижением доплеровских скоростей V_e/V_a . Наиболее выраженные нарушения диастолической функции отмечены у пациентов с ХСН IV ФК, при котором соотношение V_e/V_a было значимо увеличено и превышало 1,5, что свидетельствовало о наличии рестриктивного типа диастолической дисфункции.

Заключение. Тяжелое течение ХСН характеризуется дезадаптивной формой ремоделирования с развитием эксцентрического типа ремоделирования ЛЖ и рестриктивного типа диастолической дисфункции

66 ВЛИЯНИЕ ИНСУЛИНОПОДОБНОГО ФАКТОРА РОСТА-1 НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА.

Закирова Н. Э., Закирова А. Н., Низамова Д. Ф.

ФГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», Уфа, Россия

Цель – установить вклад инсулиноподобного фактора роста-1 (ИФР-1) в развитие процессов ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза.

Материалы и методы. В исследование включены 112 мужчин с ХСН ишемического генеза, которые разделены на 4 группы в зависимости от функционального класса (ФК) ХСН. В контрольную группу вошли 25 здоровых мужчин-добровольцев. Состояние внутрисердечной гемодинамики оценивали по данным эхокардиографии, определяли индексированные объемные показатели и индекс массы миокарда (ИММ), фракцию выброса (ФВ) ЛЖ. Рассчитывали параметры ремоделирования ЛЖ: индекс сферичности (ИС), относительную толщину стенки (ОТС), миокардиальный стресс (МС), устанавливали типы ремоделирования ЛЖ. Содержание ИФР-1 в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом.

Результаты. При оценке внутрисердечной гемодинамики у больных ХСН различных ФК, выявлено, что по мере возрастания тяжести заболевания конечные систолические и диастолические объемы ЛЖ, ИММЛЖ прогрессивно увеличивались, а ФВ ЛЖ существенно снижалась по сравнению с данными здоровых мужчин и пациентов более низких ФК.

Показано, что выраженность гемодинамических сдвигов зависела от ФК ХСН и была наиболее значимой у больных ХСН III-IV ФК.

Наиболее существенное возрастание ИММЛЖ и снижение ФВ ЛЖ отмечены у пациентов с ХСН IV ФК. Эти изменения развивались на фоне уменьшения ОТС и возрастания ИС ЛЖ, сопровождалась повышением МС ЛЖ.

Гемодинамические сдвиги, зарегистрированные у пациентов с ХСН III-IV ФК, ассоциировались с развитием эксцентрической гипертрофии ЛЖ и характеризовались значимым подъемом параметров ИММЛЖ при низкой ОТС ЛЖ.

Нами установлено, что у пациентов с ХСН I-IV ФК (общая группа) средняя концентрация ИФР-1 не имела различий с данными здоровых мужчин ($p > 0,05$).

В тоже время, у больных ХСН I ФК зарегистрирован существенный подъем уровня ИФР-1

при сопоставлении с контролем ($p < 0,05$). Между тем у мужчин с ХСН II ФК параметры ИФР-1 снижались по сравнению с данными пациентов ХСН I ФК (29, 1 %; $p > 0,05$), их значения приблизились к параметрам здоровых лиц ($p > 0,05$).

Наиболее выраженная динамика показателей ИФР-1, с тенденцией к снижению этих величин зарегистрирована у больных ХСН III-IV ФК. Максимальное падение активности ИФР-1 установлено у пациентов с ХСН IV ФК, ее значения были не только меньше контрольных величин, но существенно ниже параметров ИФР-1, зарегистрированных при ХСН I-II ФК.

При корреляционном анализе, проведенном у пациентов с ХСН III-IV ФК, установлены обратные взаимосвязи между уровнем ИФР-1 и показателем ИММЛЖ ($r = -0,48$, $p < 0,05$).

Заключение. Результаты исследований указывают на существенный вклад дефицита ИФР-1 в развитие процессов ремоделирования ЛЖ у пациентов с ХСН ишемического генеза.

67 ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК И ДИНАМИКА ИНТЕРВАЛА QT ПРИ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ларионова Н.В., Шутов А.М., Ефремова Е.В., Мензоров М.В.

Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Введение. Развитие острого повреждения почек (ОПП) при острой декомпенсации хронической сердечной недостаточности (ОДХСН) негативно влияет на прогноз больных, повышает внутригоспитальную летальность. Между тем, электрокардиографические параметры при ОДХСН и их связь с острым повреждением почек изучены недостаточно.

Цель исследования. Оценить частоту ОПП у больных с ОДХСН и возможное влияние ОПП на динамику электрокардиографических показателей у больных с ОДХСН.

Материалы и методы. В исследование включены 103 больных (64 мужчины и 39 женщин, средний возраст 65 ± 10 лет), госпитализированных по поводу ОДХСН и выживших в течение 10 суток от момента госпитализации. Диагностика ОДХСН проводилась в соответствии с рекомендациями по диагностике и лечению ХСН ОССН, РКО и РНМОТ (Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр), 2013). ОПП диагностировали согласно критериям KDIGO, (Kidney Disease: Improving Global Outcomes Clinical Practice Guidelines for Acute Kidney Injury, 2012). Суточное мониторирование ЭКГ проводили аппаратом «Кардиотехника 04-3» (КТ 04-3, Санкт-Петербург) в день госпитализации и повторно на 10 день лечения.

Результаты. ОПП диагностировано у 25 (24,3 %) больных с ОДХСН. Удлинение QTc более 440 мс при госпитализации с ОДХСН выявлено у 42 (41 %) больных. При стабилизации состояния наблюдалось уменьшение длительности QT, чем при ОДХСН: $392,44 \pm 42,23$ мс, против $379,56 \pm 37,97$ мс, соотв. ($p < 0,001$), в том числе и скорректированного интервала QT: $434,74 \pm 37,55$ мс, против $406,34 \pm 31,44$ мс, соотв. ($p < 0,001$). У мужчин наличие ОПП влияло на длительность интервала QTc: $475,50 \pm 31,72$ мс, против $445,16 \pm 29,67$ мс без ОПП ($p = 0,02$), это влияние сохранялось на 10 день лечения. У женщин связи между наличием ОПП и длительностью QTc не установлено. Анализ желудочковой экстрасистолии в зависимости от наличия или отсутствия ОПП показал, что частота желудочковых экстрасистол была больше как при поступлении: 622,0 (ИКР: 128,0;1488,0) экстрасистол, против 389,0 (ИКР: 42,0;1237,0) экстрасистол соотв. ($p = 0,005$), так и при клинической стабилизации на 10 день лечения: 501,0 (ИКР: 81,0;1150,0) экстрасистол у больных ОПП, против 325,0 (ИКР: 70,0;1228,0) экстрасистол у больных без ОПП ($p < 0,001$). На 10 день лечения у больных с синусовым ритмом сохранялись повышение индекса

вариабельности QT и патологические значения показателей турбулентности сердечного ритма. Показатели вариабельности сердечного ритма, превышающие «точки разделения риска смерти» не улучшались при клинической стабилизации.

Выводы. ОПП диагностировано у каждого четвертого больного с ОДХСН. Наличие ОПП ассоциировано с увеличением желудочковых экстрасистол, а также у больных мужского пола с ОДХСН приводит к увеличению продолжительности интервала QTc. При клинической стабилизации, несмотря на уменьшение продолжительности интервала QT, у больных с ОДХСН сохраняется высокий аритмогенный потенциал, что является неблагоприятным прогностическим фактором для данной категории больных.

68 ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ СОДЕРЖАНИЯ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА В КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА

Скородумова Е.Г.¹, Костенко В.А.¹, Скородумова Е.А.¹, Сиверина А.В.¹,
Соловьев М.В.², Рысев А.В.¹

¹ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»,

²ФГБОУ ВПО «Военно-Медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации

Цель работы: уточнить взаимосвязь уровня мозгового натрийуретического пептида (МНУП) у пациентов с промежуточной функцией левого желудочка (ЛЖ) по результатам инструментальных исследований.

Материал и методы: в исследование включено 67 пациентов в возрасте от 37 до 82 лет (средний возраст $66,8 \pm 2,3$ года) с ишемической болезнью сердца и обусловленной ею промежуточной функцией ЛЖ, находившихся на лечении в кардиологическом стационаре в период с 2014 по 2016 гг. по поводу декомпенсации сердечной недостаточности. Гендерное распределение исследуемых больных: 42 пациента мужского пола, 25 – женского. Средняя продолжительность периода манифестации сердечной недостаточности у исследуемых пациентов на момент поступления составила $5,8 \pm 2,6$ лет, у всех пациентов был оценен уровень МНУП.

Результаты: у обследованных больных был определен уровень МНУП при поступлении и выписке на амбулаторное лечение. Средний уровень при поступлении МНУП во всей выборке составил $618 \pm 32,5$ нг/мл, при выписке он несколько снизился до $586 \pm 29,4$ нг/мл. При этом был отмечен факт того, что у некоторых больных уровень МНУП не только не снижался, но даже имела тенденция к повышению МНУП. Таким образом, все больные были разделены на имевших повышение МНУП к концу госпитализации (группа А, 29 человек) и снизивших данный показатель (выборка Б, 38 человек). В обеих когортах был оценен отдаленный прогноз после выписки на амбулаторное лечение, заключающийся в виде определения конечных точек – сердечно-сосудистая смерть и количество повторных госпитализаций. Было выявлено что в группе А, летальный исход в течение года произошел у 7 человек (24,1%), против 2 в выборке

Б – (5,2%), $p < 0,01$. При этом в группе А также отмечалось достоверно большее количество госпитализаций по поводу острой декомпенсации сердечной недостаточности (ОДСН) – 10 (34,4%) человек, против 4 (10,5%), $p < 0,05$.

Обсуждение: по современным представлениям, развитие сердечной недостаточности невозможно без снижения насосной функции сердца, определяемой эффективностью его систолической и диастолической функций и связанной с избыточной активацией прессорных механизмов. Задачу по недопущению избыточной активации этих механизмов призвана решить адекватная продукция компонентов депрессорной системы организма, включающая МНУП, которому придается наибольшее внимание с позиций патофизиологии сердечной недостаточности. Витальный прогноз повышения МНУП, особенно к выписке больных, неблагоприятен: однолетняя и пятилетняя летальность, по данным отечественных и зарубежных исследований составляют до 12% и 65% соответственно, из которых до половины больных погибает внезапно, вследствие ОДСН, либо развития тяжелых желудочковых аритмий.

Вывод: у пациентов с промежуточной функцией левого желудочка уровень МНУП может служить одним из факторов неблагоприятного прогноза в виде повторных госпитализаций, связанных с ОДСН и сердечно-сосудистой смерти.

69 ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ: СРАВНЕНИЕ ВЕРАПАМИЛА И АМЛОДИПИНА

Серeda А.Ф., Канорский С.Г.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар

За последние годы удалось существенно снизить смертность и частоту госпитализаций больных с хронической сердечной недостаточностью и сниженной фракцией выброса левого желудочка. Несмотря на аналогичные симптомы и сопоставимый прогноз, у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ХСНСФВ) никакой из применявшихся способов лечения до настоящего времени не обеспечивал снижения смертности. Поэтому у таких пациентов в настоящее время рекомендуется только проводить терапию, корригирующую проявления основного и сопутствующих заболеваний.

Наличие ограниченной доказательной базы применительно к лечению ХСНСФВ настоятельно требует проведения новых клинических исследований фармакотерапии, способной оказаться эффективной у данной категории больных. Сравнительная оценка эффективности и безопасности патогенетически обоснованных комбинаций доступных антигипертензивных препаратов для терапии пациентов с ХСНСФВ на фоне артериальной гипертензии представляется актуальной.

Цель исследования – сравнение эффективности лечения ХСНСФВ у пациентов с гипертонической болезнью верапамиллом или амлодипином.

В исследовании участвовали 167 больных в возрасте от 48 до 70 лет с ХСНСФВ II/III функционального класса по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца на фоне гипертонической болезни III стадии.

Критерии включения в исследование: артериальная гипертензия в анамнезе; одышка, утомляемость, сердцебиение при физической нагрузке; фракция выброса левого желудочка 50%

и более; синусовый ритм; 1-й тип диастолической дисфункции левого желудочка (с замедленной релаксацией); подписанное информированное согласие.

Лечение артериальной гипертензии проводили, переводя больных на прием периндоприла (престариум, «Servier», Франция), титруя дозу от 2,5 до 10 мг 1 раз в сутки с добавлением к нему после рандомизации верапамила (изоптин SR, «Abbott», Германия) в дозе 120-240 мг 1 раз в сутки (n=85) или амлодипина (норваск, «Pfizer», США) в дозе 2,5-10 мг (n=82) до достижения и поддержания офисного артериального давления ниже 140 и 90 мм рт. ст. Учитывая высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, все пациенты получали рекомендацию принимать аторвастатин (липримар, «Pfizer», США) в дозе 10 мг 1 раз в сутки.

Комплексное обследование больных проводилось исходно и через 12 месяцев подобранной терапии, кроме общеклинического исследования, включало: стандартную электрокардиографию в 12 отведениях; 6-минутный тест ходьбы; оценку клинического состояния при хронической сердечной недостаточности (шкала ШОКС в модификации В.Ю.Мареева), оценку качества жизни с использованием Миннесотского вопросника (MLHFQ); определение концентрации N-концевого предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) в крови, эхокардиографию в М- и В-режиме, импульсно-волновую, в том числе тканевую, доплерографию выполняли по стандартным рекомендациям с определением общепринятых показателей.

В обеих группах у всех обследованных доза периндоприла составляла 10 мг/сутки. Для достижения и поддержания целевого уровня артериального давления в большинстве случаев применяли верапамил в дозе 240 мг/сутки (76,5% случаев), а амлодипин – 5 или 10 мг/сутки (46,3% и 43,9% случаев соответственно). При этом отмечалась ожидаемая разнонаправленная динамика средней частоты сердечных сокращений в сопоставлявшихся группах. Среднее расстояние, пройденное в тесте с 6-минутной ходьбой существенно увеличивались при лечении, включавшем как верапамил (на 15,1%), так и амлодипин (на 18,2%). Оба препарата обеспечивали улучшение клинического состояния и качества жизни. Уровень NT-proBNP существенно снижался только в группе амлодипина, что соответствовало его антиремоделлирующему эффекту (уменьшение индекса объема левого предсердия, конечного диастолического размера и гипертрофии левого желудочка). Отношение пиковых скоростей раннего и предсердного наполнения левого желудочка существенно повышалось в обеих группах, но другие более специфичные показатели диастолической функции левого желудочка улучшались только при длительном лечении амлодипином.

В действующих рекомендациях Европейского общества кардиологов верапамил противопоказан, а амлодипин может применяться при хронической сердечной недостаточности с систолической дисфункцией левого желудочка. Всегда ли практикующий врач контролирует и вовремя выявляет переход пациента с хронической сердечной недостаточностью от фазы болезни с сохраненной к фазе со сниженной фракцией выброса левого желудочка? Ответ на этот вопрос скорее отрицательный, что указывает на преимущество амлодипина в безопасности по сравнению с верапамилом.

Хронотропная некомпетентность (неспособность синусового узла вырабатывать более 100 импульсов в минуту даже при максимальной нагрузке) закономерно чаще встречается с возрастом. Такое нарушение нередко выявляется у больных ХСНСФВ, продлевает диастазис (период слабого кровотока через митральное отверстие из-за выравнивания давления в левом желудочке и левом предсердии перед систолой левого предсердия) и, тем самым, может способствовать усилению одышки при физической нагрузке. Учитывая противоположный хронотропный эффект верапамила и амлодипина, только последний может безопасно применяться в такой ситуации.

Необходимо отметить, что все пациенты в качестве фонового лечения принимали периндоприл, поэтому полученные результаты обеспечивались комбинированной терапией. Тем не менее, выявленные различия можно объяснить особенностями действия верапамила и амлодипина.

Таким образом, при лечении ХСНСФВ у пациентов с гипертонической болезнью амлодипин, по меньшей мере, не уступает верапамилу в способности повышать толерантность к нагрузке и превосходит его в улучшении диастолической функции левого желудочка, может оказаться перспективным при наличии хронотропной некомпетентности.

70

ПАРАМЕТРЫ ТРЕДМИЛОМЕТРИИ, ТЕСТА С 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ И ПРОБЫ СЕРДЕЧНО-ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ КАРВЕДИЛОЛОМ И КВИНАПРИЛОМ

Хилькевич П. В., Трегубов В. Г., Шубитидзе И. З., Калашник О. А.

ГБУЗ ККБ № 2, Москва, Россия

Цель. Сопоставить динамику параметров пробы сердечно-дыхательного синхронизма (СДС), тредмилометрии (ТМ) и теста с 6-минутной ходьбой (ШМХ) у пациентов с диастолической хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на фоне терапии небивололом и квинаприлом. Материалы и методы. В исследовании участвовало 20 пациентов с ХСН I-II функциональных классов (ФК) и нормальной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) (ФВ ЛЖ $\geq 50\%$) при гипертонической болезни (ГБ) II-III стадий и/или ишемической болезни сердца (ИБС): 9 мужчин и 11 женщин, возраст $57,8 \pm 7,4$ года. Исходно и через 6 месяцев терапии небивололом в дозе $4,7 \pm 0,9$ мг/сутки и квинаприлом в дозе $10,0 \pm 2,7$ мг/сутки проводились проба СДС на аппарате ВНС МИКРО (Россия), ТМ на аппарате SHILLER CARDIOVIT CS 200 (Швейцария) по протоколу R.Bruse и тест с ШМХ. Статистическая обработка - методами вариационной статистики с расчетом средней арифметической (M), ее стандартного отклонения (SD) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия считались достоверными при $p < 0,05$. Результаты. ТМ: уменьшалось двойное произведение (на $10,5\%$; $p < 0,01$); существенно не изменялась максимальная нагрузка. Тест с ШМХ: увеличивалась пройденная дистанция (на $12,3\%$; $p < 0,01$), при этом ХСН не регистрировалась в 10% случаев, у 25% больных уменьшался ФК ХСН от II к I. Проба СДС: увеличивались максимальная граница диапазона синхронизации (ДС) (на $8,5\%$; $p < 0,05$), ДС (на $12,0\%$; $p < 0,05$), индекс регуляторно-адаптивного статуса (РАС) (на $13,4\%$; $p < 0,01$); при этом уменьшались исходная ЧСС (на $17,8\%$; $p < 0,05$), минимальная граница ДС (на $13,5\%$; $p < 0,05$), длительность развития СДС на минимальной (на $14,5\%$; $p < 0,05$) и максимальной границах (на $9,4\%$; $p < 0,05$) ДС. Заключение. В результате терапии небивололом и квинаприлом у пациентов с диастолической ХСН I-II ФК на фоне ГБ II-III стадий и/или ИБС повышалась толерантность к физической нагрузке, уменьшался ФК ХСН. При этом отмечалось повышение РАС.

71 ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА: УРЕЖЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА ЦЕЛЕСООБРАЗНО?

Борисенко Ю.В., Канорский С.Г.

ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России, Краснодар

Хроническая сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса (ХСНСФВ) левого желудочка (50% и более) составляет около 50% случаев заболеваемости сердечной недостаточностью и ее распространенность растет в результате старения населения. При этом лечение больных с ХСНСФВ остается в значительной степени эмпирическим, так как ни один из способов терапии не улучшал прогноз пациентов. Установлено, что повышенная частота сердечного ритма связана с ухудшением исходов и повышенной смертностью у пациентов с ХСНСФВ.

Цель исследования – сравнение эффективности бисопролола и ивабрадина при длительном лечении ХСНСФВ у пациентов с гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца.

В исследовании участвовали 126 больных в возрасте от 51 года до 70 лет с ХСНСФВ II–III функциональных классов по классификации Нью-Йоркской Ассоциации сердца на фоне гипертонической болезни III стадии и ишемической болезни сердца со стенокардией напряжения I–II функциональных классов по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества.

Критерии включения в исследование: артериальная гипертензия в анамнезе; ишемическая болезнь сердца со стенокардией не выше II функционального класса в анамнезе; одышка, утомляемость, сердцебиение при физической нагрузке; фракция выброса левого желудочка 50% и более; синусовый ритм с частотой в покое 70 ударов/мин и более; 1-й тип диастолической дисфункции левого желудочка (с замедленной релаксацией); подписанное информированное согласие.

После рандомизации лечение артериальной гипертензии проводили, переводя всех пациентов на прием фиксированной комбинации периндоприл/амлодипин (престанс, Servier, Франция), титруя дозу от 5/5 мг до 10/5, 5/10 и 10/10 мг 1 раз в сутки с целью достижения и поддержания офисного артериального давления ниже 140 и 90 мм рт. ст. Одновременно с периндоприлом/амлодипином больным назначали один из вариантов терапии, урежающей частоту синусового ритма: бисопролол (конкор, Merck, Германия) с титрованием дозы от 1,25 до 10 мг 1 раз в сутки (n=62) или ивабрадин (кораксан, Servier, Франция) – от 2,5 до 7,5 мг 2 раза в сутки (n=64) до достижения частоты сердечных сокращений в покое 55–60 ударов/мин.

Комплексное обследование больных проводилось исходно и через 12 месяцев подобранной терапии, кроме общеклинического исследования включало: электрокардиографию в 12 отведениях; тест 6-минутной ходьбы; тредмил-тест в соответствии с модифицированным протоколом Bruce; оценку клинического состояния по шкале ШОКС в модификации В.Ю. Мареева, оценку качества жизни с использованием Миннесотского опросника (MLHFQ); определение концентрации N-концевого предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP), эхокардиографию (в M- и V-режиме, импульсно-волновую, в том числе тканевую, доплерографию).

В обеих группах удавалось обеспечивать желаемое урежение частоты сердечных сокращений под действием средней дозы бисопролола $6,3 \pm 3,4$ мг/сутки, ивабрадина – $10,5 \pm 5,6$ мг/сутки. Для достижения целевого уровня артериального давления в большинстве случаев применяли периндоприл/

амлодипин в начальной дозе 5/5 мг/сутки (66,1 и 57,8 % случаев в группах бисопролола и ивабрадина соответственно; $p > 0,05$). Периндоприл/амлодипин в дозах 10/5, 5/10 и 10/10 мг использовали 12,9 и 14,1 %, 8,1 и 10,9 %, 12,9 и 17,2 % больных в комбинации с бисопрололом или ивабрадином соответственно ($p > 0,05$ для всех сравнений между группами). Среднее расстояние, пройденное в тесте с 6-минутной ходьбой, и толерантность к физической нагрузке существенно увеличивались только при лечении ивабрадином (с $355,8 \pm 27,6$ до $432,7 \pm 41,2$ м; $p < 0,01$). Также только в группе ивабрадина повышалось качество жизни пациентов (с $33,8 \pm 6,5$ до $27,9 \pm 4,8$ баллов; $p < 0,01$), снижались уровень NT-proBNP (с $460,4 \pm 40,7$ до $438,6 \pm 33,5$ пг/мл; $p = 0,03$) и индекс объема левого предсердия (с $39,0 \pm 8,7$ до $35,8 \pm 7,3$; $p = 0,04$). В обеих группах при длительной терапии происходило увеличение фракции выброса левого желудочка и значительное уменьшение его гипертрофии. При этом важнейшие показатели диастолической функции левого желудочка улучшались только в группе ивабрадина.

С механистической точки зрения при ХСНСФВ ЛЖ должно оказаться эффективным лечение, продляющее диастолу, то есть время наполнения левого желудочка кровью. В этой связи селективный ингибитор I_f каналов синусового узла ивабрадин, отличающийся лучшей переносимостью в сравнении с бета-адреноблокаторами, представлялся рациональным средством лечения. В недавно опубликованном рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании EDIFY у 179 пациентов с ХСНСФВ не наблюдалось существенного увеличения дистанции в тесте с 6-минутной ходьбой, снижения уровня NT-proBNP, уменьшения давления заполнения левого желудочка и улучшения его релаксации при лечении ивабрадином. При этом ранее было показано, что в эксперименте у животных с ХСНСФВ ивабрадин уменьшал фиброз миокарда и жесткость артерий, улучшал систолическую и диастолическую функции левого желудочка.

Пациенты с ХСНСФВ, участвовавшие в EDIFY и нашем исследовании, значительно различались по многим показателям. Участники нашего исследования оказались значительно моложе, имели менее тяжелые проявления диастолической дисфункции левого желудочка в сравнении с пациентами в проекте EDIFY. В то же время их отличали неконтролируемая артериальная гипертензия и выраженная гипертрофия левого желудочка, которые поддавались коррекции в течение длительного медикаментозного лечения. Напротив, у больных, включенных в EDIFY, по-видимому, имелся обширный фиброз миокарда, рефрактерный к проводимой фармакотерапии. В случаях подобного развития фиброза с преобладающей рестрикцией и отсутствием или минимальным резервом ударного объема, сердечный выброс полностью зависит от частоты сердечных сокращений. Подобная популяция не может отражать все многочисленные фенотипы, описанные при ХСНСФВ.

В последнее время формируются представления о целесообразности фенотипирования больных с ХСНСФВ. Учитывая разнообразную патологию, присутствующую у пациентов с ХСНСФВ, успешное лечение с использованием однотипной схемы в каждом случае практически невозможно. Артериальная гипертензия является наиболее распространенной сопутствующей патологией у пациентов с ХСНСФВ, связанной с патогенезом и прогнозом заболевания, рассматриваемой в качестве модифицируемого фактора риска развития и прогрессии ХСНСФВ.

Результаты нашего исследования обеспечивались с помощью комплексной фармакотерапии ХСНСФВ у больных с исходно неконтролируемой артериальной гипертензией и умеренно выраженной ишемической болезнью сердца, но, по-видимому, без выраженного фиброза левого желудочка. Достижение и поддержание эффективного контроля артериальной гипертензии периндоприлом/амлодипином обеспечивало регресс гипертрофии левого желудочка. На этом фоне, в сравнении с бисопрололом, ивабрадин имел клинические преимущества при лечении больных с ХСНСФВ, вероятно, обусловленные его плейотропными эффектами.

РАЗДЕЛ VIII. НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ

72 THE EFFECT OF CYP2C9 AND VKORC1 GENETIC POLYMORPHISMS ON WARFARIN DOSING IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION

Rubanenko A. O., Shchukin Y. V.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Purpose. To study the influence of genetic polymorphisms of CYP2C9 and VKORC1 on warfarin dosing in patients with atrial fibrillation.

Methods. Studied were 190 patients with ischemic heart disease and permanent atrial fibrillation, mean age was 60.5±5.8 years. We evaluated genetic polymorphisms of CYP2C9 Arg144Cys, Ile359Leu and VKORC1 C1173T, G3730A.

Results. The frequency of genotypes CYP2C9*1/*1, CYP2C9*1/*2 and CYP2C9*1/*3 was 69%, 18% and 13% respectively. Genotype CC of VKORC1 C1173T was found in 28%, CT – in 54% and TT – in 18% patients. The frequency of genotypes GG, GA and AA of VKORC1 G3730A was 38%, 52% and 10% respectively. Mean daily warfarin maintenance dose in patients with genotype CYP2C9*1/*3 was 25% (p=0.02) lower as compared to patients with CYP2C9*1/*1 genotype. In patients with genotype TT of VKORC1 C1173T mean daily warfarin maintenance dose was 18% (p=0.04) lower than in patients with CC genotype, and in patients with genotype GG of VKORC1 G3730A - 29% (p=0.03) lower compared with the genotype AA.

Conclusion. Genotypes CYP2C9*1/*3, TT and GG of gene VKORC1 are associated with significantly lowering of daily warfarin maintenance dose in patients with permanent atrial fibrillation.

73 КОНТРОЛЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРОТИВ КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Телегина А. А., Задворьев С. Ф., Яковлев А. А., Филиппов А. Е., Обрезан А. Г.

ФГОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» Медицинский факультет, Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время фибрилляцию предсердий рассматривают как независимый предиктор смерти, учитывая существенное ухудшение качества жизни и значительное повышение частоты серьезных осложнений. В связи с тем, что проблема лечения ФП далека от своего окончательного решения, актуальными остаются вопросы поиска наиболее оптимальной стратегии лечения ФП у лиц пожилого и старческого возраста.

Цель исследования: оценить отдаленные (от 6 до 18 месяцев) результаты фармакотерапии фибрилляции предсердий (ФП) у лиц пожилого и старческого возраста по конечным точкам, включающим фатальные и не фатальные сердечно-сосудистые события, в зависимости от лечебной тактики, принятой на госпитальном этапе (контроль сердечного ритма или контроль ЧСС).

Материал и методы: обследовано 75 больных с ФП (М- 61,8%, Ж – 38,2%) в возрасте от 60 до 86 лет (средний возраст – 73,1 ± 1,3 года). В зависимости от лечебной тактики, принятой к окончанию госпитализации, все пациенты были разделены на 2 группы: в первую группу (n=43) вошли пациенты, которым была выбрана тактика на удержание синусового ритма, во вторую группу (n=32) – больные, терапевтическая тактика у которых была направлена на контроль ЧСС. Всего за период наблюдений нами было зарегистрировано 35 событий (46,6%), из них 9 (12,0%) – сердечно-сосудистая смерть и 26 (34,7%) – повторные госпитализации, связанные с НРС и/или прогрессированием ХСН.

Результаты исследования. Группа, в которой была выбрана тактика на контроль ЧСС, отличалась от первой группы более тяжелым ФК ХСН, КДР ЛЖ (59 мм против 56 мм), левого предсердия (46 против 43 мм) и нарушениями региональной сократимости ЛЖ (40,0% пациентов второй группы против 18,3% первой группы). Все отмеченные различия были статистически значимы ($p < 0,05$). Анализ терапии показал, что пациенты второй группы более активно использовали петлевые диуретики, торасемид (51,3 против 31,7%; $p < 0,05$), и комбинации петлевых с тиазидными диуретиками (59,0% против 40,1%; $p < 0,05$). Антагонисты альдостероновых рецепторов во второй группе также применялись более чем в 2 раза чаще (33,3% против 14,7%; $p < 0,05$).

Общее количество фатальных и не фатальных сердечно-сосудистых событий, повторные госпитализации, связанные с пароксизмами ФП и/или прогрессированием ХСН, были зарегистрированы в обеих группах у 44% и 47% случаев ($p > 0,05$). Сердечно-сосудистая смерть имела место у 9,3% больных первой группы и 15,6% больных второй ($p > 0,05$). Осложнения от антикоагулянтной терапии были выявлены в 2,3% и 9,3% соответственно ($p > 0,05$). В то же время, обращало внимание, что большая часть летальных исходов (6 из 9) наблюдалась в группе с длительно персистирующей формой ФП (20,7% против 6,5%). У них же отмечалась прямая корреляционная связь средней силы с частотой желудочковых сокращений, низкой ФВ ЛЖ, ФК ХСН, расчетным давлением в ЛА и большинством показателей ультразвуковой морфометрии сердца, характеризующих ремоделирование предсердий и желудочков ($p < 0,01$).

Заключение. У лиц пожилого и старческого возраста тактика контроля сердечного ритма не имела преимуществ перед контролем ЧСС; клинические осложнения ФП в ближайшем до года периоде наблюдения, главным образом, определялись тяжестью течения ФП (в рамках изолированной выборки).

74 IMPACT OF REDUCED TRICUSPID ANNULAR PLANE SYSTOLIC EXCURSION ON OUTCOME AFTER ABLATION OF ATRIAL FIBRILLATION WITH SECOND-GENERATION CRYO-BALLOON

A. Berkowitsch¹, E. Akkaya¹, S. Zaltsberg¹, A. Hain¹, M. Rechner¹, N. Deubner¹, H. Greiss¹, C. W. Hamm^{1,2}, T. Neumann¹ & M. Kuniss¹

¹Dept. Of Cardiology, Kerckhoff Heart Center, Bad Nauheim, Germany

²Med. Klinik I, Justus-Liebig University, Giessen, Germany

Aim: Previous studies reported reduction of tricuspid annular plane systolic excursion (TAPSE) in patients with atrial fibrillation. Aim of this study was to analyze impact of reduced TAPSE on outcome after pulmonary vein isolation (PVI) with 2nd and 3rd -generation cryo-balloon (CBA).

Methods:

Consecutive patients ablated in our institution with CBA since May 2012 were enrolled in the study. At admission all patients received echocardiographic examination. After a single trans-septal access and PV angiography PVI was performed using a 28-mm CBA. Mapping of PV signals before, during, and after each cryo application was performed with a 3F lasso catheter. The procedural endpoint after PVI was defined as complete elimination of all fragmented signals at the PV antrum with verification of entrance and exit block. The primary endpoint of this study was the first documented recurrence of atrial fibrillation (AF), atrial tachycardia, or atrial flutter (>30 sec.). The impact of variables (Left atrial area (LA), TAPSE, gender, age, type of AF, history of AF, common ostium) was analyzed with univariate Cox regression and the variables significantly associated with outcome were included in multivariate analysis. All patients were followed prospectively with 7-day Holter ECG recordings every three months within 1st year after the procedure and once in year thereafter or in case of AF related symptoms.

Results:

A total of 500 patients (male=300, persAF=208, abnormal anatomy = 65, median age (IQR) = 62 (54-69), history of AF = 2.25 (0.5-5.5) y, LA= 20.52 (17.55-24.00) cm², TAPSE= 24 (21-26) mm, CHADs₂VASC score= 1.49 (1.38-1.60)) were followed up since May 2012. The value of 20 mm was set as cut-off of TAPSE. Within median follow up of 28 (11-36) months 343/437 (78.50%) pts of patients with TAPSE \geq 20 mm did not reach endpoint whereas 29/63 (46.03%) of patients with TAPSE< 20 mm experienced recurrence (p<.0001).

Female gender (hazard ratio=2.64 (1.83-3.81)), persistent AF (1.71 (1.16-2.52)), history of AF >2y (1.90 (1.30-2.79) and TAPSE< 20 mm (2.41 (1.55-3.74) were revealed to be independent predictors after performing of multivariate Cox regression model.

Conclusion:

Right ventricular dysfunction assessed by reduced TAPSE was also revealed to be independent predictor for recurrence after PVI with CBA and should be considered by evaluation of patients with atrial fibrillation.

75 КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Зинатуллина Д.С.¹, Садреева С.Х.¹, Назаркина И.М.²

¹ФГБОУ ВО СамГМУ МЗ РФ, Самара, Россия

²ГБУЗ СО ГКП № 15 Промышленного района, Самара, Россия

Фибрилляция предсердий (ФП) в последнее время является причиной трети всех госпитализаций по поводу нарушений сердечного ритма. С постоянной формой ФП связаны: риск тромбоэмболических (ТЭ) осложнений, наиболее часто манифестирующих нарушениями мозгового кровообращения, развитие и прогрессирование хронической сердечной недостаточности; сложные комбинированные нарушения сердечного ритма и, как результат, более высокая опасность внезапной смерти, снижение качества и уменьшения продолжительности жизни.

Цель работы - оценить качество контроля частоты желудочковых сокращений (ЧЖС) и профилактики тромбоэмболических (ТЭ) осложнений у больных с постоянной формой ФП в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Проанализировано 422 амбулаторных карт пациентов, находившихся на лечении и наблюдении в ГКП № 15 с постоянной формой неклапанной ФП более 1 года, у которых

кардиоверсия была неэффективной или ее не проводили. Возраст больных был от 56 до 88 лет, 73,9% лица старше 70 лет, 77,9% женщин и 22,1% мужчин. В анамнезе у 92,2% больных отмечена гипертоническая болезнь, у 32,5% ишемическая болезнь сердца, 13,9% перенесли инфаркт миокарда, у 75,6% хроническая сердечная недостаточность, у 44,5% хронические заболевания легких.

Результаты исследования. Одной из основных задач при наблюдении и лечении пациентов с постоянной формой ФП в амбулаторных условиях является контроль ЧЖС, поддержание и сохранение их целевых значений. Согласно рекомендациям, представленным в «Диагностике и лечении фибрилляции предсердия» (2012 год), 240 пациентам был назначен для контроля ЧЖС один препарат, комбинированную терапию (бета-блокаторы и сердечные гликозиды) получали 177 пациентов, у 5 пациентов установлен электрокардиостимулятор. При тахикардии без хронической сердечной недостаточности использовали бета-блокаторы 77,7% больных, блокаторы кальциевых каналов 10,9% пациентов; при тахикардии с хронической сердечной недостаточностью применяли сердечные гликозиды 59,9%, и амиодарон 15,2% пациентов. При назначении антиагрегантной и антикоагулянтной терапии для профилактики ТЭ осложнений руководствовались шкалами CHA2DS2-VASc и HAS-BLED. Антикоагулянтная терапия проводилась 188 (44,5%) пациентам, 164 (87,2%) человека регулярно принимали блокатор витамина К (варфарин) более 6 месяцев, 24 (12,8%) новые антикоагулянтные препараты. Контроль МНО при приеме варфарина проводился: 1 раз в месяц у 104 человек, 1 раз в 2 месяца у 60 человек. Достигнуть целевое значение МНО (2-3) удалось у 153 (93,3%) человек при приеме варфарина 2,5 мг: 1 таб. у 32,0% больных, 1 ¼ таб. у 18,8%, 1 ½ таб. у 25,5%, 1 ¾ таб. у 5,4%, 2 таб. у 11,1% и 2 ½ таб. у 7,2% пациентов с постоянной формой ФП.

Вывод. Для повышения клинической и социальной эффективности, улучшения качества и продолжительности жизни больных при лечении и наблюдении за пациентами с постоянной формой ФП в амбулаторных условиях, необходимо ориентироваться: на контроль ЧЖС, профилактику ТЭ осложнений, постоянный и адекватный контроль основного заболевания, на формирование мотивации у пациентов к здоровому образу жизни, к сотрудничеству в лечении врача и пациента.

РАЗДЕЛ IX. НЕКОРОНАРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

76 АССОЦИАЦИЯ КАЛЬЦИНОЗА КЛАПАНОВ СЕРДЦА С ПАРАМЕТРАМИ АМБУЛАТОРНОГО ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Труханова М. А¹., Манухина Н. В¹., Дорошенко Д. А²., Виллевалде С. В¹., Кобалава Ж. Д¹.

¹РУДН, Москва, Россия,

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

Введение: У пациентов с терминальной почечной недостаточностью (ТПН) на программном гемодиализе (ПГД) широко распространен кальциноз клапанов (КК) сердца и ассоциирован с увеличением риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.

Цель исследования: оценить связь КК сердца и параметров 44-часового мониторинга артериального давления (АД) в междиализном периоде у пациентов с ТПН.

Материалы и методы: У 68 пациентов с ТПН, получающих заместительную почечную терапию программным гемодиализом (медиана возраста 58,3 лет, IQR 54,6; 61,6, мужчин 45%, АГ 94%, сахарный диабет 21%, гломерулонефрит 35%, пиелонефрит 25%, дисплазия почек 13%, мочекаменная болезнь 10%, стенокардия напряжения 27%, инфаркт миокарда 10%, сердечная недостаточность 28%, инсульт 7%) выполнено клиническое измерение АД в пред- и последиализный период врачом в диализном центре и 44-час мониторинг АД в междиализный период. Мониторинг проводили в амбулаторных условиях при обычном режиме труда и отдыха. Манжета устанавливалась на свободную от артериовенозной фистулы руку непосредственно после окончания сеанса гемодиализа. Все пациенты с АГ получали антигипертензивную терапию. Медиана длительности терапии гемодиализом составила 62,7 (47,8; 77) мес. Всем пациентам была выполнена эхокардиография и 44-часовое мониторинг АД: оценивали кальциноз митрального (МКК), аортального (АКК) или обоих клапанов одновременно и параметры артериальной жесткости и центральной пульсовой волны.). Результаты оценены с использованием метода Манна-Уитни, различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты: Кальциноз аортального, митрального и обоих клапанов был выявлен у 46 (67.6%), 34 (50%) и 33 (48.5%) пациентов соответственно. 20 (29%) пациентов не имели признаков КК. Пациенты с АКК по сравнению с отсутствием КК были старше (65.1 ± 9.5 против 41.4 ± 11.9 лет, $p < 0,001$), имели большую длительность гемодиализа (51 (8;252) против 21(10;38) мес, $p < 0,01$), большее снижение диастолического АД (ДАД) в дневные часы (ДЧ) (79 ± 13 против 89 ± 12 мм.рт.ст., $p < 0,01$), в ночные часы (НЧ) (75 ± 13 против 83 ± 13 мм рт.ст., $p < 0,05$), в первые сутки (77 ± 13 против 89 ± 15 мм рт.ст., $p < 0,01$), во вторые сутки (79 ± 14 против 88 ± 10 мм рт.ст., $p < 0,01$), и в течение всего 44-часового периода (78 ± 13 против 88 ± 12 мм рт.ст., $p < 0,01$), пульсового давления (ПД) в течение всего 44-часового периода (65 ± 19 против 53 ± 14 мм рт.ст., $p < 0,05$) и во вторые сутки (67 ± 20 против 53 ± 14 мм рт.ст., $p < 0,05$). Пациенты с МКК были старше (67.8 ± 8.2 против $47.9 \pm 13,5$ лет, $p < 0,001$), имели большую длительность ПГД (51(34;111) против 36(14;57) мес, $p < 0,01$), большую вариабельность дневного систолического АД (ВСАД) (18 ± 5 против 12 ± 3 мм рт.ст., $p < 0,001$), ВСАД в течение 44-часового периода (медиана 17; IQR 14;22) против 12; IQR 12;15 мм рт.ст., $p < 0,01$), более низкое ДАД в дневные часы (78 ± 15 против 86 ± 11 мм рт.ст., $p < 0,01$), в ночные часы (74 ± 14 против 81 ± 12 мм рт.ст., $p < 0,05$) и в течение 44-часового периода (77 ± 15 против 85 ± 11 мм рт.ст., $p < 0,01$). Более высокую вариабельность ДАД в дневные часы (10 ± 3 против 9 ± 3 мм рт.ст., $p < 0,01$), более высокое ПД в течение всего 44-часового периода (68 ± 17 против 55 ± 17 мм рт.ст., $p < 0,05$).

Выводы: Пациенты с ТПН характеризуются высокой распространенностью кальциноза клапанов сердца (71%). Пациенты с КК были старше, имели большую продолжительность ПГД, более низкие значения амбулаторного ДАД и более высокие значения ПД, что может иметь значение для дальнейшего понимания механизмов формирования КК сердца у пациентов на ПГД.

77 БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЛАМИНОВЫМ ГЕНОТИПОМ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Курушко Т. В¹., Вайханская Т. Г¹., Сивицкая Л. Н²., Даниленко Н. Г²., Булгак А. Г¹.

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

² ГУ Институт генетики и цитологии НАН Беларуси, Минск, Беларусь,

Мутации в генеламина А/С (LMNA) встречаются у 4-9 % пациентов с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП). Ламиновый генотип ДКМП характеризуется быстрым прогрессированием сердечной недостаточности (СН), ранними жизнеугрожающими аритмиями и очень высоким риском внезапной смерти.

Методом NGS с использованием набора Nextera XT (Illumina Inc., USA) был выполнен поиск мутаций в гене LMNA у 12 пациентов с семейной формой ДКМП. У 12 пробандов были выявлены 13 различий с референсной последовательностью этого гена. Из них 11 однонуклеотидных замен были классифицированы как непатогенные. В популяции человека они встречаются с частотой более 1% по данным 1000 Genomes, ExAC, TOPMED. У двух неродственных пациентов были выявлены патогенные мутации - замены с.565C>T (rs267607626) и с.745C>G (rs121912496). Данные мутации приводят к замещению аминокислотных остатков в белке - р.Arg189Trp и р.Arg249Gly соответственно.

У пациента N (муж.), носителя замены р.Arg189Trp, симптомы ДКМП манифестировали в возрасте 36 лет. На ЭКГ: синусовый ритм, низковольтный з. Р, патологическая дисперсия интервала QT(87 мс). По данным Эхо-КГ: признаки бивентрикулярной недостаточности (ФВ ЛЖ 27 %, ФВ ПЖ 38 %), с дилатацией камер сердца и лёгочной гипертензией-(КДД ЛЖ 74 мм, КСД ЛЖ 64 мм.,КДО ЛЖ 286 мл.,КСО ЛЖ 210 мл., ДЛА 47 мм.рт.ст.); выявлен ячеистый миокард папиллярных мышц, средних и верхушечных сегментов передней, боковой и нижней стенок ЛЖ. По результатам холтеровского мониторирования (ХМ)- синусовый ритм со средней ЧСС-84 уд. в мин., неполная БЛНПГ, полиморфная ЖЭС, с эпизодами неустойчивой ЖТ. По данным МРТ: фиброз МЖП, гипертрабекулярность миокарда, очаги отсроченного субэндокардиального накопления гадолиния в точках прикрепления свободной стенки ПЖ, боковой стенки ЛЖ в верхушечном сегменте. Заболевание быстро прогрессировало в виде тяжелой сердечной недостаточности, и в связи с этим пациенту была выполнена успешная трансплантация сердца (ТС) через 18 месяцев. Семейная история отягощена внезапной смертью: два старших брата с ДКМП умерли в возрасте 28 и 31 года; отец умер внезапно в возрасте 45 лет.

Пациентка F (жен.), носительница замены р.Arg249Gly, с детства страдала мышечной дистрофией. Первые симптомы ДКМП появились в 24 года. Определение генетической причины развития сердечной патологии позволило верифицировать нейро-мышечную патологию. У пациентки была диагностирована конечностно- поясная мышечная дистрофия типа 1В. На ЭКГ: фибрилляция предсердий (ФП), нормосистолическая форма, низковольтная ЭКГ в стандартных отведениях, ПБЛНПГ (ширина QRS-140 мс), патологическая дисперсия интервала QT-152 мс. По данным Эхо-КГ: бивентрикулярная недостаточность (ФВ ЛЖ-26%, ФВ ПЖ-36%) с дилатацией полостей сердца и лёгочной гипертензией(КДД ЛЖ 55 мм, КСД ЛЖ 46 мм.,КДО ЛЖ160 мл.,КСО ЛЖ118 мл., ДЛА 38.5 мм.рт.ст.) По результатам холтеровского мониторирования (ХМ)-фибрилляция предсердий (ФП), нормосистолическая форма со средней ЧСС-67 уд. в мин., ПБЛНПГ, полиморфная ЖЭС, желудочковые куплеты и эпизоды неустойчивой ЖТ. По данным МРТ: снижение глобальной и локальной сократимости миокарда ЛЖ и ПЖ, признаки фиброза

срединных отделов миокарда МЖП, зоны отсроченного субэндокардиального накопления контрастного препарата (фиброз) в миокарде ЛЖ. В биохимическом анализе крови был зарегистрирован резко повышенный уровень КФК-1190 у/л. Быстро-прогрессирующий характер заболевания не позволил пациентке дожидаться пересадки сердца (согласно листу ожидания ТС), смерть наступила через 3 месяца. Семейный анамнез отягощен: отец умер от ДКМП в возрасте 24 лет.

Заключение: Таким образом оба клинических случая демонстрируют крайне неблагоприятные варианты течения ДКМП с ламинового генотипом и быстрым прогрессированием тяжелой сердечной недостаточности (летальный исход в первом случае и ТС во втором). В клинической практике необходимость выделения группы потенциальных носителей мутаций гена LMNA с последующим генетическим скринингом обусловлена неблагоприятным прогнозом, ранней пенетрантностью и высокой вероятностью наследования заболевания. Своевременный выбор оптимальной тактики лечения и преклиническая диагностика носительства патогенных мутаций является важной задачей современной персонифицированной кардиологии.

78 ЛАМИНОПАТИИ И МЫШЕЧНЫЕ ДИСТРОФИИ В ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГА

Вайханская Т. Г^{1.}, Курушко Т. В^{1.}, Сивицкая Л. Н^{2.}, Даниленко Н. Г^{2.}, Давыденко О. Г^{2.}

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

²ГУ Институт генетики и цитологии НАН Беларуси, Минск, Беларусь

Заболевания, развивающиеся в результате мутаций в генах белков ядерной ламины, называют ламинопатиями. Это мультисистемная патология с широким фенотипическим спектром заболеваний, включающих нервно-мышечные, сердечные и метаболические нарушения, а также синдром преждевременного старения. Ламинопатии связаны с мутациями в гене LMNA, который кодирует белки ядерной оболочки, ламины А и С, путем альтернативного сплайсинга. Наиболее часто заболевания, связанные с мутациями в гене LMNA, характеризуются патологией скелетной и сердечной мышц; клинические особенности ламинопатий, затрагивающих и скелетные мышцы, и сердце, мы представляем на примере двух клинических случаев. У двух неродственных пациенток с фенотипом дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) и клиническими признаками неуточненной мышечной дистрофии были выявлены (методом NGS) замены с.1558Т>С (rs267607557) и с.745С>G (rs121912496); данные мутации приводят к замещению аминокислотных остатков в белке - р.Thp520Arg и р.Arg249Gly соответственно.

Пациентка F1 (жен., 27-и лет) - носитель замены р.Thp520Arg: заболевание манифестировало с полной АВ-блокады и синкопе. Симптомы ДКМП с развитием сердечной недостаточности (СН) - BNP 1870 пг\ммоль, фибрилляция предсердий (ФП) с пароксизмами неустойчивой желудочковой тахикардии (ЖТ), проявления мышечной дистрофии (прогрессирующая мышечная слабость и боли в мышцах, гипо/атрофия скелетных мышц с повышением КФК до 784 U\L) появились через 3 года после имплантации ЭКС. По данным ЭхоКГ: ФВ ЛЖ 25 %, GLS mean ЛЖ -10,5 %; КДД ЛЖ 59 мм, КСД ЛЖ 52 мм, КДО ЛЖ 177 мл, КСО ЛЖ 132 мл. Пациентке имплантировали ресинхронизирующее устройство - СРТ/Д; однако резистентность к оптимальному медикаментозному лечению и к ресинхронизирующей терапии, быстро прогрессирующая СН обусловили необходимость проведения трансплантации сердца (ТС). Успешная ТС была выполнена через 5 месяцев. Семейная история отягощена внезапной смертью отца в возрасте 39 лет.

Пациентка F2 (жен., 24-х лет) - носитель замены р.Arg249Gly; с детских лет страдала неуточненной мышечной дистрофией. Семейный анамнез отягощен внезапной смертью отца

в возрасте 24 лет. Первые симптомы ДКМП появились в 24 года. По данным ЭхоКГ: КДО ЛЖ 160 мл; КСО ЛЖ 118 мл; ФВ ЛЖ 26%; КДД ЛЖ 55 мм; GLSmean ЛЖ -7,1%; КДО ПЖ 73 мл; ФВПЖ 36%; GLS ПЖ -9,8%; TAPSE 12 мм; низковольтная ЭКГ: ПБЛНП, ФП; при ХМ ЭКГ выявлена полиморфная ЖЭС и неустЖТ. Результаты МРТ: дилатация всех полостей сердца с бивентрикулярной дисфункцией, фиброз среднего слоя миокарда МЖП. Биохимические маркеры СН и миоцитолита: BNP 2542 пг\ммоль, КФК 1190 U\L. Быстро-прогрессирующий характер заболевания не позволил пациентке дождаться пересадки сердца согласно листу ожидания ТС - внезапная смерть наступила через 3 месяца.

Заключение. Идентификация генетической причины развития сердечной патологии позволила уточнить диагноз в двух представленных выше случаях – ламинопатия с фенотипом ДКМП и конечностно-поясной мышечной дистрофией типа 1В. Представленные нами клинические наблюдения демонстрируют типичные признаки ламинопатии: ДКМП с дефектами проводимости (атриовентрикулярная блокада в первом случае и ПБЛНПГ – во 2-м) и желудочковыми тахикардиями (неустойчивые ЖТ), скелетно-мышечные аномалии (слабость и гипо/атрофия проксимальных плечевых мышц, мускулатуры тазового пояса, повышение уровня КФК). Ранняя пенетрантность представленных патогенных LMNA мутаций с развитием тяжелых форм ДКМП демонстрируют неблагоприятный прогноз ламинопатий с быстрым прогрессированием СН, ранними жизнеугрожающими аритмиями и высоким риском внезапной смерти.

79 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Лексина А. А¹., Гниломедова Д. А¹., Черепанова Н. А²., Муллова И. С²., Дупляков Д. В².

¹СамГМУ, Самара, Россия,

²ГБУЗ СОККД, Самара, Россия

Актуальность проблемы тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) обусловлена не только трудностью диагностики и высокой летальностью, но и тяжестью течения заболевания с тенденцией к рецидивирующему течению. <p>

Целью исследования является оценка приверженности пациентов к терапии на амбулаторном этапе. <p>

Материалы и методы. Ретроспективно были изучены 348 историй болезни пациентов с диагнозом ТЭЛА (верифицирована посредством компьютерной томографии или ангиопульмонографии), находившихся на стационарном лечении с 2009 по 2015 гг. Проспективному наблюдению оказалось доступно 108 пациентов: из них 55 женщин и 53 мужчин, средний возраст которых составил 57,3 лет. В ходе работы проанализированы данные анамнеза пациентов, факторы риска, проведенное стационарное лечение, рекомендации при выписке, а также данные об амбулаторном лечении пациентов, полученные путем телефонного опроса. <p>

Результаты. Летальность на амбулаторном этапе составила 23,4%. Рецидив ТЭЛА наблюдался в 7,4% случаев. При выписке 107 пациентам был рекомендован прием антикоагулянтов, из которых варфарин назначен 93 пациентам, ривароксабан- 12 пациентам, а дабигатран- 2 пациентам. Из 93 пациентов с рекомендациями пожизненного приема варфарина - амбулаторно принимают 65 человек (69,9%), отказались от приема - 9 человек, перешли на НОАК в связи с кровотечениями- 12 человек, препарат отменен в связи с кровотечениями у 1 человека. Ривароксабан был

рекомендован 12 пациентам, среди которых продолжают принимать 8 человек (66,6%), 1 пациент через год перешел на гепарин и 1 пациент самостоятельно отменил в связи с кровотечениями. Дабигатран был назначен 2 пациентам, принимают на данный момент 5 человек. Частота кровотечений на фоне приема варфарина составила 46,2%, на фоне НОАК - 31,8%. Рекомендации по ношению эластического трикотажа выполняют 84,5% пациентов. На диспансерном наблюдении у кардиолога находятся 62,9% пациентов, у флеболога – 11,1%. Показатели МНО контролируют 89,2% пациентов. Исследование на тромбофилию показано 20 пациентам, среди которых выявили патологию 13 пациентов (65%). Улучшение самочувствия наблюдалось у 70% пациентов. Гиподинамию отмечают 24% пациентов.

Заключение. Таким образом, в ходе нашей работы было выявлено, что ТЭЛА – грозное заболевание с высокой летальностью (23,4%). При условии 99% рекомендаций приема антикоагулянтов была выявлена довольно высокая приверженность к приему варфарина (70%) и 100% приверженность лечения ривароксабаном и дабигатраном. Однако наблюдалась недостаточная приверженность к выполнению рекомендаций по ношению эластического трикотажа (85%), диспансерного наблюдения (63% у кардиолога и 11% у флеболога) и контроля МНО (89%), что является фактором риска рецидива и летальности ТЭЛА на амбулаторном этапе. Высокая частота кровотечений на фоне приема варфарина (46,2%) приводит к вынужденной смене препарата на НОАК или к самостоятельной отмене.

РАЗДЕЛ X. ЭХОКАРДИОГРАФИЯ

80 ПРОДОЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ МИОКАРДА ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ

Даушева А.Х., Лебедев П.А.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара

Цель. Изучить особенности продольной функции правого (ПЖ) и левого (ЛЖ) желудочков методом тканевой миокардиальной доплерографии (ТМД-ЭХОКГ) у больных с бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы. В исследование включены 82 пациента с БА (средний возраст $42,27 \pm 1,36$ лет), продолжительностью заболевания $9,842 \pm 0,72$ лет. 1 группу составили 24 больных легкой БА, 2 группу - 32 больных БА средне-тяжелого и 3 группу - 26 больных БА тяжелого течения. Группу контроля составили 20 практически здоровых человек без признаков нарушения продольной функции миокарда желудочков. Трансторакальная ЭХОКГ проводилась с импульсно-волновой доплерографией (Д-ЭХОКГ) и ТМД-ЭХОКГ на аппарате Vivid 7 Pro (General Electrics, США). Оценивались показатели отношения максимальной скорости кровотока в фазу раннего диастолического наполнения к максимальной скорости кровотока в систолу предсердий (E/A) и параметры продольной кинетики желудочков – отношение скорости раннего диастолического движения фиброзного кольца к скорости позднего диастолического движения (Em/Am), скорость систолической волны (Sm).

Полученные результаты. Анализ продольной кинетики ПЖ выявил достоверное снижение отношения Em/Am ПЖ у больных БА во всех группах в отличие от здоровых ($p < 0,001$). Выявлено

более выраженное снижение отношения E_m/A_m ПЖ в 3 группе больных БА достоверно отличающееся от 1 и 2 групп больных БА ($p < 0,001$ и $p < 0,01$ соответственно). Достоверных изменений S_m ПЖ в обследованных группах не отмечалось, что указывает на отсутствие систолической дисфункции ПЖ. Отношение E_m/A_m ЛЖ было достоверно ниже только у больных 3 группы в отличие от здоровых ($p < 0,001$). Снижение отношения E_m/A_m ЛЖ в 3 группе больных БА достоверно отличалось от 1 и 2 групп больных БА ($p < 0,001$ и $p < 0,01$ соответственно). Показатель скорости систолической волны (S_m ЛЖ) в обследованных группах достоверно не отличался. Взаимосвязь диастолической функции ПЖ и ЛЖ у больных БА четко прослеживается при анализе показателей по результатам ТМД-ЭХОКГ и Д-ЭХОКГ. Отмечено достоверное снижение отношения E/A ПЖ ($p < 0,001$), наиболее выраженное у больных 3 группы. Диастолическая дисфункция ЛЖ по Д-ЭХОКГ зафиксирована у больных 3 группы ($p < 0,001$). Выявлена высокая корреляция параметров продольной кинетики ПЖ (E_m/A_m ПЖ) и параметров трансстрикуспидального кровотока (E/A ПЖ) ($r = 0,87$, $p < 0,001$), а также E_m/A_m ЛЖ и E/A ЛЖ ($r = 0,85$, $p < 0,001$), что свидетельствует о высокой клинической ценности этих методов и позволяет судить о выраженности диастолической дисфункции у больных БА. По результатам ТМД-ЭХОКГ отмечена положительная корреляционная связь S_m ПЖ и S_m ЛЖ ($r = 0,32$, $p = 0,004$), свидетельствующая о систолическом взаимодействии желудочков.

Заключение: Использование ТМД-ЭХОКГ с оценкой продольной кинетики правого и левого желудочков позволяет судить о диастолической функции правых и левых отделов, а также всего сердца. Нарушение продольной кинетики ПЖ является ранним признаком миокардиального повреждения и ремоделирования ПЖ.

81 **МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ**

Даушева А.Х.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара

Цель. Изучить состояние левых отделов сердца у больных с бронхиальной астмой (БА) различной степени тяжести.

Материалы и методы. В исследование включено 149 больных БА персистирующего течения (100 мужчин и 80 женщин) в возрасте от 17 до 70 лет ($42,12 \pm 1,13$ лет), длительностью заболевания $9,25 \pm 0,15$ лет. Выделены 3 группы (GINA, 2016) – 24 больных БА легкого персистирующего течения (БАЛ), 38 пациентов БА средне-тяжелого течения (БАСТ), 87 пациентов БА тяжелого течения (БАТ). Группа контроля 60 практически здоровых человек (30 мужчин и 30 женщин), сопоставимых по полу и возрасту. Эхо-кардиография проводилась на аппарате Vivid 7 Pro по стандартному протоколу ACC/AHA/ASE. Масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ, г) определялась по формуле R. Devereux, N. Reichek (1977) в соответствии с Пенсильванской конвенцией. Степень структурного ремоделирования ЛЖ определялась по индексу гипертрофии - относительной толщине стенок (ОТС) левого желудочка.

Полученные результаты. Анализ данных эхокардиографического протокола исследования показал достоверное увеличение ММЛЖ и ИММЛЖ в группе больных БАТ по сравнению с группами контроля ($p < 0,001$), БАЛ ($p < 0,01$) и БАСТ ($p < 0,02$). Гипертрофия ЛЖ была обнаружена у 61 (40,94%) пациентов БА. Гипертрофия ЛЖ выявлена у 47 (54,02%) больных БАТ, у 11 (28,95%) больных БАСТ и 5 (20,83%) больных БАЛ. Концентрическая гипертрофия ЛЖ диагностирована у 35 (43,23%) больных БАТ, 5 (13,16%) больных БАСТ и 2 (8,33%) больных БАЛ. Признаки эксцентрической гипертрофии ЛЖ нами обнаружено у 13 (14,94%) больных в группе

БАТ, 7 (18,42%) больных БАСТ и 3 (12,5%) больных БАЛ. Концентрическое ремоделирование ЛЖ с увеличением $OTC \geq 0,45$ на фоне нормального ИММЛЖ наблюдалось у 11 (12,64%) больных БАТ, 7 (18,42%) больных БАСТ и 5 (20,83%) больных БАЛ. Нормальная геометрия ЛЖ была у 14 (58,33%) БАЛ, 19 (50%) больных БАСТ и 28 (32,18%) больных БАТ. Увеличение размеров полости левого предсердия (d ЛП более 4,0 см) выявлено у 9 (8,65%) больных БА: у 6 (5,77%) больных БАТ и у 3 (6,38%) больных БАСТ. Расширение восходящего отдела аорты (d Ао более 4 см) диагностировано у 4 (3,85%) больных БАТ. Остальные эхокардиографические параметры существенно не отличались. Корреляционный анализ выявил взаимосвязи ММЛЖ с параметрами диастолической функции левого желудочка – E/A ЛЖ ($r = -0,55, p < 0,001$), ФИР ЛЖ ($r = 0,51, p < 0,001$) и правого желудочка – E/A ПЖ ($r = -0,38, p = 0,001$), ФИР ПЖ ($r = 0,39, p < 0,001$), что свидетельствует о взаимном влиянии структурных изменений левого желудочка на функциональное состояние левого и правого желудочков.

Заключение: Процессы ремоделирования правых и левых отделов сердца у больных БА взаимосвязаны и пропорциональны тяжести заболевания.

82 ВЛИЯНИЕ КАРВЕДИЛОЛА И КВИНАПРИЛА НА ПАРАМЕТРЫ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Хилькевич П. В., Шубитидзе И. З., Трегубов В. Г., Корецкая Л. М.

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва, Россия

Цель. Сопоставить динамику параметров эхокардиографии (ЭХОКГ) и пробы сердечно-дыхательного синхронизма (СДС) у пациентов с диастолической сердечной недостаточностью на фоне терапии небивололом и квинаприлом. Материалы и методы. В исследовании участвовало 22 пациента с хронической сердечной недостаточностью I-II функциональных классов и нормальной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) ($ФВ \text{ ЛЖ} \geq 50\%$) при гипертонической болезни II-III стадий и/или ишемической болезни сердца: 12 мужчин и 10 женщин, возраст $52,7 \pm 11,4$ года. Исходно и через 6 месяцев терапии небивололом в дозе $5,5 \pm 1,7$ мг/сутки и квинаприлом в дозе $23,4 \pm 6,6$ мг/сутки проводились ЭХОКГ на аппарате ALOKA SSD 5500 (Япония) и проба СДС на аппарате ВНС МИКРО (Россия). Статистическая обработка - методами вариационной статистики с расчетом средней арифметической (M), ее стандартного отклонения (SD) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия считались достоверными при $p < 0,05$. Результаты. ЭХОКГ: увеличивалась скорость трансмитрального диастолического потока E (VE) (на 12,5%; $p < 0,01$), отношение VE к скорости трансмитрального диастолического потока A (VA) (VE/VA) (на 27%; $p < 0,01$), время замедления трансмитрального диастолического потока (DTE) (на 20,6%; $p < 0,05$); уменьшались конечный диастолический размер ЛЖ (на 2,7%; $p < 0,05$), толщина задней стенки ЛЖ (на 6,4%; $p < 0,05$), передне-задний размер левого предсердия (на 6%; $p < 0,01$), VA (на 13,6%; $p < 0,01$); существенно не изменялись толщина межжелудочковой перегородки, ФВ ЛЖ и время изоволюметрического расслабления ($IVRT$) ЛЖ. Проба СДС: увеличивались максимальная граница диапазона синхронизации (на 8,5%; $p < 0,05$), диапазон синхронизации (на 12%; $p < 0,05$), индекс регуляторно-адаптивного статуса (PAC) (на 23,4%; $p < 0,01$); уменьшались исходная ЧСС (на 17,8%; $p < 0,05$), минимальная граница диапазона синхронизации (на 13,5%; $p < 0,05$), длительность развития СДС на минимальной (на 14,5%; $p < 0,05$) и максимальной

(на 9,4%; $p < 0,05$) границах диапазона синхронизации. Заключение. Применение небиволола и квинаприла у пациентов с диастолической сердечной недостаточностью приводило к улучшению структуры и функции миокарда, сопровождалось повышением РАС.

83 ПАРАМЕТРЫ ЭХОКАРДИОГРАФИИ И ПРОБЫ СЕРДЕЧНО-ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ БИСОПРОЛОЛОМ И КВИНАПРИЛОМ

Хилькевич П. В., Шубитидзе И. З., Трегубов В. Г., Корецкая Л. М.

ГБУЗ ККБ № 2, Краснодар, Россия

Цель. Сопоставить динамику параметров эхокардиографии (ЭХОКГ) и пробы сердечно-дыхательного синхронизма (СДС) у пациентов с диастолической сердечной недостаточностью на фоне терапии бисопрололом и квинаприлом. Материалы и методы. В исследовании участвовало 22 пациента с хронической сердечной недостаточностью I-II функциональных классов и нормальной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) (ФВ ЛЖ $\geq 50\%$) при гипертонической болезни II-III стадий и/или ишемической болезни сердца: 12 мужчин и 10 женщин, возраст $50,6 \pm 9,2$ года. Исходно и через 6 месяцев терапии бисопрололом в дозе $5,7 \pm 1,2$ мг/сутки и квинаприлом в дозе $22,4 \pm 6,8$ мг/сутки проводились ЭХОКГ на аппарате ALOKA SSD 5500 (Япония) и проба СДС на аппарате ВНС МИКРО (Россия). Статистическая обработка - методами вариационной статистики с расчетом средней арифметической (M), ее стандартного отклонения (SD) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия считались достоверными при $p < 0,05$. Результаты. ЭХОКГ: увеличивались скорость трансмитрального диастолического потока E (VE) (на 10,2%; $p < 0,01$), отношение VE к скорости трансмитрального диастолического потока A (VA) (VE/VA) (на 25%; $p < 0,01$), время замедления трансмитрального диастолического потока (DTE) (на 22,4%; $p < 0,05$); уменьшались конечный диастолический размер ЛЖ (на 2,4%; $p < 0,05$), толщина задней стенки ЛЖ (на 6,6%; $p < 0,05$), передне-задний размер левого предсердия (на 6,2%; $p < 0,01$), VA (на 14,6%; $p < 0,01$); существенно не изменялись толщина межжелудочковой перегородки, ФВ ЛЖ и время изоволюметрического расслабления (IVRT) ЛЖ. Проба СДС: увеличивалась длительность развития СДС на минимальной (на 14,5%; $p < 0,05$) и максимальной границах (на 9,8%; $p < 0,05$) диапазона синхронизации; уменьшались исходная ЧСС (на 18%; $p < 0,05$), минимальная (на 13,5%; $p < 0,05$) и максимальная (на 9%; $p < 0,05$) границы диапазона синхронизации, диапазон синхронизации (на 12%; $p < 0,05$), индекс регуляторно-адаптивного статуса (РАС) (на 22,4%; $p < 0,01$). Заключение. Применение бисопролола и квинаприла у пациентов с диастолической сердечной недостаточностью приводило к улучшению структуры и функции миокарда, сопровождалось снижением РАС.

84 СВЯЗЬ ФИБРОЗА МИОКАРДА С ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЧЕРЕЗ 12 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Герман А. И., Кашгалап В. В., Печерина Т. Б., Коков А. Н., Федорова Н. В., Барбараш О. Л.

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

Цель исследования: оценить наличие связи фиброза миокарда с эхокардиографическими показателями левого желудочка через год после инфаркта миокарда у пациентов с сохранной фракцией выброса левого желудочка.

Материалы и методы: в исследование включено 120 пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST). Средний возраст пациентов составил 58(52; 63,5) лет. Мужчины составили –75,8% (n=91). Всем пациентам при поступлении выполнена реваскуляризация со стентированием инфарктзависимой артерии. На 10-12 сутки госпитализации и через год наблюдения выполнялась эхокардиография (ЭхоКГ) с оценкой следующих показателей: фракция выброса ЛЖ(ФВ ЛЖ, %), размеры ЛЖ (КДР, КСР, см), объемы ЛЖ (КДО, КСО, мл), ударный объем (УО, мл), время замедления кровотока раннего диастолического наполнения (DT, мс),конечное диастолическое давление ЛЖ (КДД ЛЖ, мм.рт.ст.), пиковая скорость раннего и позднего диастолического наполнения (Е, А, см/с), скорость раннего расслабления миокарда левого желудочка по мере подъема митрального кольца во время наполнения ЛЖ (e',см/с), скорость распространения раннедиастолического потока в полости ЛЖ (СРМП) с расчетом отношения e' / СРМП, масса миокарда (ММ, г/м²). Оценка фиброза (% от массы миокарда) проводилась с использованием магнитно-резонансной томографии через 12 месяцев. Статистический анализ проводился с использованием ППП STATISTICA 10.0.

Результаты. По данным динамической оценки ЭХО-КГ у пациентов на 10-12 сутки и через год после выписки определены значимые различия по следующим показателям: ФВ ЛЖ [60 (52;64) и 61 (48;68) %, p=0,01], КДР [5,4 (5,3;5,7) и 5,5(5;6,1) см, p<0,01], КДО [141 (130;160) и 147 (118;183,5) мл, p=0,02], УО [81 (74; 90) и 86,5 (74;103) мл, p <0,01], DT [196 (170;221,5) и 215 (170;274) мс, p <0,01], СРМП [40(31;48) и 49(28;66) см/с],p <0,01] и e'/СРМП [1,36(1,03;1,88) и 1,14(0,59;2,02), p <0,01]. У 81 пациента после ИМпST через 12 месяцев оценили фиброз миокарда. Медиана значения фиброза по МРТ составила 5 (1;13) %. По тяжести фиброза пациентов условно разделили на группу с показателем фиброза до 5%, куда вошли 38 (46,9 %) больных, а также на группу с фиброзом ≥ 5% 43 (53,1 %) человек. По параметрам ЭХО-КГ, выполненной через 12 месяцев, эти группы значимо отличались по следующим показателям: ФВ ЛЖ [64 (61; 67) и 55 (51; 62)%, p<0,01], ЛП [4(3,8;4,1) и 4,2 (4; 4,5) см, p<0,01], КСР [3,4 (3,2; 3,7) и 4 (3,7; 4,3)см, p <0,01], КДР [5,3(5;5,4) и 5,7 (5,5;5,9) см, p<0,01], КДО [132,5 (118; 141) и 160 (147; 173) мл, p <0,01], КСО [44 (41; 58) и 70 (58; 73) мл, p <0,01], Е [61,5 (49; 70) и 52 (41; 62) см/с, p=0,03], КДД ЛЖ [8 (8;9) и 9 (9;10) мм.рт.ст., p<0,01], СРМП [52 (44; 61) и 45 (28;55)см/с, p=0,03], ВИР [118 (104; 124) и 124 (118; 137) мс, p=0,03] и ММ [210 (181; 235) и 255 (233; 277) г, p<0,01].

Заключение: через год после инфаркта миокарда большая интенсивность фиброзирования миокарда у пациентов с сохранной фракцией выброса левого желудочка ассоциируется с патологическим постинфарктным ремоделированием по диастолическому и умеренному систолическому типу.

РАЗДЕЛ XI. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

85 СИНДРОМ ТАКОЦУБО («СИНДРОМ РАЗБИТОГО СЕРДЦА») У ЖЕНЩИНЫ 48 ЛЕТ

Давыдова Н. А., Чернышев А. В., Максимова Л. Н.

ГБУЗ СОКБ им. В. Д. Середавина, Самара, Россия

Синдром шаровидной верхушки изначально описали Satoh и соавторы как кардиомиопатию Takotsubo, или ампулу Takotsubo. Takotsubo — это устройство для ловли осьминогов с узким перешейком. ЛЖ очень напоминает это устройство своей шаровидной верхушкой и гипокинезией базальных сегментов. Причиной развития выбухания верхушки левого желудочка считается повышение уровня содержания катехоламинов в крови человека. Предполагается, что значительную роль играет вазоспазм, возникающий при выбросе адреналина после перенесения эмоционального стресса, при котором наблюдается резкое ухудшение микроциркуляции крови в сердечных сосудах и артериях.

В региональный сосудистый центр СОКБ им. В. Д. Середавина СМП была доставлена пациентка Ш., 48 лет с жалобами на ломящие загрудинные боли в покое. Анамнез: ГБ не страдала. Постменопауза-2 года. За 1 неделю до ухудшения перенесла сильное нервное потрясение.

На ЭКГ при поступлении: признаки переднего распространенного ИМ с подъемом ST. Была проведена КГ в экстренном порядке, которая не выявила стенокардических поражений. В биохимическом анализе крови: повышение уровня кардиоспецифических ферментов. По данным ЭХО-КГ: ФВ=45 %, гипокинезия апикального сегмента передней стенки, боковой стенки, верхушки (она несколько закруглена).

На фоне стационарного лечения загрудинные боли не беспокоили. У пациентки отмечались признаки психомоторного возбуждения, галлюцинации. По данным КТ головного мозга: данных за ОНМК не выявлено. Неоднократно была консультирована психиатром (диагноз: сосудистый делирий). После проведенного лечения была выписана в удовлетворительном состоянии с диагнозом: синдром Такоцубо.

Синдром Такоцубо – синдром острой СН, к которому в последнее время медицинская общественность проявляет все больший интерес. Многие аспекты этого заболевания поняты и охарактеризованы не полностью, вследствие чего оптимальная тактика ведения таких пациентов не разработана. Однако возрастающая частота синдрома Такоцубо и его осложнений во время острой фазы обосновывают необходимость улучшения методов наблюдения больных этой категории.

На данный момент сведения о синдроме Такоцубо основаны на результатах исследований с относительно небольшими выборками и на изучении серии клинических случаев. Необходимо проведение рандомизированных контролируемых исследований для определения оптимальной стратегии диагностики и лечения больных с синдромом Такоцубо. Создание национальных и интернациональных регистров с привлечением большего количества пациентов смогли бы помочь понять эпидемиологию и естественное течение этого заболевания.

86 СИНДРОМ ТАКОЦУБО, ВЫЗВАННЫЙ ПРОВЕДЕНИЕМ НАГРУЗОЧНОЙ ПРОБЫ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Абдрахманова А. И¹., Сайфуллина Г. Б²., Калимуллина Г. Х²., Стекольников Н. Ю².,
Ослопова Ю. В¹.

¹ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань, Россия,

²ГАУЗ «Межрегиональный клиничко - диагностический центр», Казань, Россия

Цель: проанализировать истории болезни пациентов с синдромом такоцубо (СТ) и определить причины возникновения этого состояния; предоставить случай СТ, спровоцированный проведением нагрузочной пробы.

Материалы и методы: анализ медицинской документации.

Результаты: В период с 2013 по 2016 гг. СТ диагностирован у 6 женщин, средний возраст 64 года (от 54 до 71 лет). Четкая связь со стрессовой ситуацией прослежена в 2 случаях, в 1 случае – проведение нагрузочной пробы. Пациентка Б., 58 л., во время проведения Стресс ЭХО-КС с тредмилом (22.10. 10.00.) возникает нарушение ритма в виде НЖТ, ЖЭС, дискомфорт в груди, одышка, головокружение, «туман в голове» 0,2 нг/мл, в 18.00. 5,6 нг/мл). ОФЭКТ (23.10.) Признаки обширного, от умеренного до выраженного, дефекта перфузии миокарда левого желудочка верхушечной локализации с вовлечением прилегающих медиальных отделов передней, боковой и нижней стенок - объем поражения составил 33%. Выраженное нарушение локальной сократимости сегментов верхушечной области, медиальных сегментов. Снижение глобальной сократительной функции ЛЖ. <, кратковременное синкопе. Проба не доведена до диагностических критериев. На достигнутой ЧСС глобальная сократительная функция левого желудочка осталась без изменений, явных участков нарушения локальной сократимости миокарда левого желудочка не выявлено. На ЭКГ: синусовый ритм, депрессия ST в V 4-6 до 1,5 с переходом в 2-х фазный T. Госпитализирована с подозрением на ОКС. Проведены следующие исследования: КАГ: тип коронарного кровообращения правый. ЛКА, ПКА без локальных гемодинамически значимых сужений просвета. ЭХОКС (22.10.) Нормокинез всех базальных сегментов, выраженный гипокинез всех апикальных и прилегающих к апикальным, частей медиальных сегментов левого желудочка со снижением его глобальной сократительной способности. ФВ 38%. Тропонин I (22.10. 12.00.

Увеличение полости левого желудочка (шарообразная конфигурация ЛЖ). ЭХОКС (30.10.) Сохраняется выраженная гипокинезия всех апикальных и частично медиальных сегментов левого желудочка. Снижение фракции выброса ЛЖ (ФВ 44%).

На основании анамнеза (провоцирующий фактор - Стресс ЭХО-КС), клиники (боли ангинозного характера), инструментальных исследований: ЭКГ - глубокие отр. з. Т, нарушения ритма, удлинение QT интервала; ЭХОКС+ОФЭКТ: акинез, гипокинез передней стенки, верхушки. при нормокинезе базальных отделов, «куполообразное» изменение конфигурации сердца; КАГ: отсутствие стенозов коронарных артерий; динамики тропонина (небольшой подъем при выраженном поражении) выставлен основной диагноз:

Такоцубо-кардиомиопатия.

Заключение: Синдром такоцубо обнаруживается у 1,7- 2,2% пациентов с ОКС. Знание диагностических критериев этого синдрома позволяет своевременно поставить правильный диагноз и выбрать необходимую тактику ведения пациента.

87 РЕДКАЯ МУЛЬТИСИСТЕМНАЯ ПАТОЛОГИЯ - БОЛЕЗНЬ ДАНОНА В ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГА

Вайханская Т. Г¹., Сивицкая Л. Н²., Даниленко Н. Г²., Курушко Т. В¹., Давыденко О. Г².

¹ГУ Республиканский научно-практический центр, Антополь, Беларусь,

²ГУ Институт генетики и цитологии НАН Беларуси, Антополь, Беларусь,

Болезнь Данона (БД) является X-сцепленным доминантным заболеванием с мультисистемными клиническими проявлениями. Для БД характерна классическая триада признаков: кардиомиопатия (гипертрофическая чаще у мужчин и дилатационная - у женщин), скелетная миопатия и снижение интеллекта различной степени выраженности. БД связана с мутациями в гене LAMP2, приводящими к снижению экспрессии или полному отсутствию лизосом-ассоциированного мембранного белка LAMP2. Дефицит этого протеина вызывает нарушение цитоплазматического обмена и приводит к накоплению аутофагического материала и гликогена в клетках сердца и скелетных мышц. Мы представляем два генетически верифицированных клинических случая БД из практики.

Клинический случай 1. Пациент N (муж. 29-и лет) доставлен в клинику с рецидивирующими синкопе. В результате обследования была выявлена следующая триада симптомов: фенотип ГКМП с бивентрикулярной гипертрофией, скелетная миопатия и снижение интеллекта. По данным ЭхоКГ: ИММ 492 г/кв.м., масса 789 г; толщина ЗС ЛЖ 19 мм, МЖП 25 мм, гипертрабекулярность верхушки ЛЖ; КДД ЛЖ 67 мм, ФВЛЖ 35%; толщина миокарда свободной стенки ПЖ 10 мм; ЭКГ: трепетание предсердий (ТП), экстремально высокий вольтаж комплексов (амплитуда R 56 мм), бифасцикулярная блокада (ширина QRS 250 мс); по данным ХМЭКГ: ТП с интермиттирующей АВ блокадой (с-м Фредерика) дистального типа, пароксизмы неустойчивой ЖТ. Изменения биохимических показателей крови: ЛДГ 1543 Е/л, КФК 1553 U/L, АСТ 359 Е/л, АЛТ 294 Е/л. Пациенту имплантировали СРТ-Д устройство. Позже, в результате генетического исследования (сиквенс) у пациента выявлена LAMP2 гемизиготная делеция с.864+3 864+6delGAGT (rs397516751), которая приводит к ликвидации донорного сайта сплайсинга вблизи экзона 6.

Клиническое наблюдение 2. У пациентки F (жен. 34-х лет) БД манифестировала под маской перипартальной кардиомиопатии с WPW феноменом. По данным Эхо-КГ через 13 мес после родоразрешения: КДО ЛЖ 223 мл; КСО ЛЖ 177 мл; ФВ ЛЖ 21%; КДД ЛЖ 66 мм; GLScp ЛЖ -7,1%; КДО ПЖ 64 мл; ФВПЖ 32%; GLSp ПЖ -9,8%; TAPSE 12 мм; ЭКГ - атипичная ПБЛНПГ (пат. Q в отв I, aVL и V5-6), ФП. При ХМ ЭКГ выявлена полиморфная ЖЭС и неустЖТ. Результаты МРТ: дилатация всех полостей сердца с бивентрикулярной дисфункцией, распространенный интрамуральный фиброз миокарда ЛЖ. BNP 2542 пг\ммоль, АЛТ 58 Е/л (ЛДГ, КФК, АСТ в норме). Симптомов скелетной миопатии и когнитивного дефицита не выявлено. В результате генетического анализа у пациентки идентифицирована новая гетерозиготная frameshift-делеция в экзоне 3 гена LAMP2 - с.190_191delAC, которая приводит к образованию укороченного белка - p.V64fs. Пациентке провели успешную трансплантацию сердца (ТС).

Заключение. Неблагоприятный прогноз LAMP2-ассоциированной кардиомиопатии диктует необходимость ранней диагностики БД и определяет решающее значение для выбора адекватной стратегии лечения (своевременная ТС как наиболее эффективный метод). Но даже очевидные клинические проявления и морфофункциональные особенности не являются достаточно информативными для распознавания БД в рутинной клинической практике кардиолога. Диагноз БД верифицируется генетически или иммуногистохимически (патогномоничные критерии при исследовании биоптатов сердца/скелетных мышц - вакуолизация цитоплазмы с накоплением в вакуолях фрагментов аутофагического материала). Показанием для генетического поиска LAMP2 мутаций является выявление комплекса специфических клинических симптомов БД:

1) выраженная концентрическая ГЛЖ до 25-60 мм (фенокопия ГКМП), гипертрабекулярность миокарда; 2) экстремально высокий вольтаж ЭКГ; WPW феномен/синдром; ПБЛНПГ или АВ блокада; 4) миопатические симптомы (мышечная слабость, гипо/гипертрофия мышц) со снижением интеллекта; и 5) повышение биохимических показателей крови (КФК, ЛДГ, АЛТ и АСТ), свидетельствующих о патологическом цитолизе.

88 ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЕМЕЙНОГО СЛУЧАЯ ВТОРИЧНОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НА ФОНЕ МИКСОМАТОЗНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Стомпель Д. Р., Буданова В. А.

ФГБУ ФЦССХ МР г. Астрахань, Астрахань, Россия

Миксоматозная дегенерация створок, подклапанных структур МК - генетически детерминированный процесс разрушения и утраты архитектоники коллагеновых и эластических структур соединительной ткани с накоплением в рыхлом фиброзном слое кислых мукополисахаридов. В основе дефект синтеза коллагена III типа. Первичный локус аутосомно-доминантного миксоматоза при ПМК локализован в хромосоме 16. Миксоматоз МК - фактор риска возникновения инфекционного эндокардита.

В ФГБУ ФЦССХ прооперированы две сестры, у которых в разное время на фоне миксоматозной дегенерации митрального клапана развился инфекционный эндокардит.

Пациентка Ф., 1993 г.р, поступила с жалобами на одышку при минимальной физической нагрузке, сердцебиение, слабость, лихорадку до 39-40 гр. С. Заболела остро, после переохлаждения за месяц до госпитализации в ФЦССХ. Антибиотикотерапия по месту жительства без эффекта: сохранялась лихорадка до гектических цифр, однократно синкопальное состояние. ЭХО-КГ- миксоматозные изменения МК : створки МК рыхлые, утолщены. Пропалс ПСМК 3 ст. Перфорация ПСМК. На ПСМК экзогенное мобильное образование (вегетация) 0,9 см. Регургитация на МК 4 степени. 15.04.2010г протезирование МК биологическим протезом "Biomedica-33". Интраоперационно - на ПМС с переходом на ФК и комиссуры плоские вегетации; перфорация ПМС; ЗМС и подклапанные структуры рыхлые, под пинцетом фрагментируются. В раннем послеоперационном периоде лихорадка до фебрильных цифр (посевы крови на стерильность на высоте лихорадки - отрицательные), проводилась АБ терапия различными комбинациями (меронем+эдицин, амоксиклав+азитрокс+цеф триаксон, таваник+амоксиклав), терапия иммуноглобулинами. На терапии (амоксиклав+таваник) достигнута нормотермия, нормализация уровня лейкоцитов. Для продолжения АБ терапии переведена в ОКБ. Диагноз: ОСН: Вторичный инфекционный эндокардит с поражением митрального клапана на фоне миксоматозной дегенерации створок МК, острое течение, неуточненной этиологии, вегетации(+). Недостаточность митрального клапана IV степени. ОСЛ ОСН: Сепсис. Двухсторонняя полисегментарная пневмония. Эмболические осложнения: инфаркт селезенки. Оклюзия левой почечной артерии. Субтотальный артериальный инфаркт левой почки с переходом в нефросклероз. ХСН IIА стадии. ФК IV.

Пациентка А, 1995 г.р. поступила с жалобами на повышение Т до 38-40 гр С, отеки голеней. В октябре 2015г самостоятельные роды. Ближайший п\родовой период спокойный. В декабре 2015г перенесла ОРВИ. Получала симптоматическую, а\б терапию. Без эффекта. Появилась и стала нарастать слабость, отеки н\к, сохранялась лихорадка до 39 гр С, однократно синкопальное состояние. Доставлена в РБ. ЭХО-КГ - признаки ИЭ МК. Проводилось лечение: ванкомицин 2 г\сут, гентамицин 240 мг\сут. Отмечались эпизоды нормотермии с последующим увеличением до

38,9 гр. С. Доставлена в ФЦССХ. ЭХО-КГ при поступлении: МК- створки рыхлые, неоднородные, утолщены до 0,5-0,6 см, обе створки МК пролабируют в полость ЛП на 0,5- 0,6 см. На предсердной поверхности ЗСМК лоцируется мобильная линейная структура до 1,0 см - вегетация. Регургитация на митральном клапане 4 степени. Проведена операция 19.01.16: Многокомпонентная пластика митрального клапана (Резекция ЗСМК «РЗ», шовная пластика «РЗ» - «АЗ», аннулопластика опорным кольцом «МедИнж 32»). Интраоперационно - ЗСМК в сегменте «РЗ» разъедена инфекционным процессом. Ближайший послеоперационный период неосложненный. Проводилась посиндромная интенсивная терапия: коррекция водно-электролитных нарушений, антикоагулянтная терапия, антибактериальная терапия- ванкомицин, гентамицин. Отмечалось улучшение состояния. Переведена в РКД. Диагноз: ОСН: Вторичный инфекционный эндокардит с поражением митрального клапана на фоне миксоматозной дегенерации створок МК, острое течение, неуточненной этиологии, вегетации(+).

Недостаточность митрального клапана IV степени. ОСЛ ОСН: ХСН II А стадии. ФК III. Инфаркт селезенки.

Данный клинический случай служит подтверждением генетической обусловленности миксоматозной дегенерации МК. При выявлении данной патологии требуется обследование и медицинское наблюдение родственников пробанда с целью профилактики осложнений.

89 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА В СЛЕДСТВИЕ ПРОНИКАЮЩЕГО КОЛОТО-РЕЗАНОГО РАНЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СЛЕВА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА

Тюрина И. А¹., Горбачевская С. Н¹., Перова Н. М¹., Крюков Н. Н²., Губарева И. В²., Губарева Е. Ю².

¹НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО «РЖД», Самара, Россия,

²ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Пациент П., 32 года 23.03.17 поступил в стационар кардиологического отделения НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО «РЖД» в плановом порядке с жалобами на одышку при физической нагрузке, периодически возникающие жгучие боли за грудиной.

Считает себя больным с февраля 2017 года, после проникающего колото-резанного ранения грудной клетки слева с повреждением левого желудочка сердца, осложненного гемоперикардом и гемотораксом слева. В феврале - марте 2017 года находился на стационарном лечении в хирургическом отделении городской больницы г. Абдулино по поводу проникающего колото-резанного ранения грудной клетки 12.02.2017 слева с повреждением левого желудочка сердца, гемиперикарда, гемопневмоторакса слева, торакоабдоминальной операции. 20.03.2017 выполнена ЭхоКГ по месту жительства: при осмотре по короткой оси левого желудочка визуализируется округлый участок неоднородной структуры, повышенной эхогенности размерами 0,74*0,87 см, тромб боковой стенки левого желудочка? Наличие перикардального выпота - 1,5 см по задней стенке. Направлен на стационарное лечение в ДКБ на ст. Самара.

Состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы физиологической окраски, чистые. Аускультативно: дыхание в легких везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД - 17 в минуту. Перкуторно - легочный тон. Тоны сердца тихие, ритмичные. ЧСС - 95 в минуту, пульс - 95 в минуту, АД - 120 и 80 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

ЭКГ 23.03.17: Синусовая тахикардия с ЧСС - 94 в минуту. Вольтаж не снижен. ЭОС - S-типа. Нагрузка на левое предсердие. Нарушение внутрижелудочковой проводимости. Рубцовые изменения миокарда области боковой стенки левого желудочка.

ЭхоКГ 24.03.17: ФВ=56%. Состояние после оперативного лечения по поводу проникающего ранения сердца. Низкая эхогенность миокарда задне-нижней стенки, верхушки, нижней трети МЖП со снижением систолической экскурсии. Рубец 16 сегмента с акинезией. Диффузное умеренное снижение глобальной сократительной функции ЛЖ. Пролабирование задней створки митрального клапана с недостаточностью I степени. ДППМ. Нарушение диастолической функции ЛЖ по I типу. Экссудативно-геморрагический перикардит с признаками организации тромба в области верхушки, задне-нижней стенки.

Рентгенография: состояние после перенесенного ранее торакоабдоминального ранения слева.

Проведено лечение: этилметилгидроксипиридина сукцинат, инозин, ацетилсалициловая кислота, нимесулид, омепразол, торасемид, бисопролол, периндоприл, ивабрадин, варфарин, амитриптилин.

На фоне проводимой терапии отмечает улучшение состояния, уменьшение болей в области сердца.

ЭхоКГ 03.04.17: Отмечается положительная динамика, сократительная способность миокарда восстановлена, эхогенность верхушечных сегментов соответствует общей эхогенности миокарда. Гипокинезия и рубец задне-нижнего сегмента ЛЖ. Пролабирование створок митрального клапана с недостаточностью I степени. Нарушения диастолической функции ЛЖ не выявлено. Ограниченный экссудативный перикардит, остаточные явления области верхушки. Рекомендован ЭхоКГ контроль через 3 месяца и продолжение медикаментозной терапии с явкой к участковому терапевту по месту жительства.

Пациент выписан с заключительным клиническим диагнозом: Основной: Экссудативный перикардит вследствие проникающего колото-резаного ранения грудной клетки слева с повреждением левого желудочка сердца 12.02.2017. Лапаратомия с переходом на торакотомию с дренированием брюшной и плевральной полости от 12.02.2017. Синдром соединительнотканной дисплазии сердца. Пролапс митрального клапана с недостаточностью I степени. Осложнение: Тромб в области перикарда ХСН I функциональный класс по NYHA. Сопутствующий: Состояние после проникающего торакоабдоминального ранения слева без повреждения внутренних органов.

90 ФЕНОМЕН ФРЕДЕРИКА У ПАЦИЕНТА СТАРШЕ 50 ЛЕТ

Петрова М. Н¹., Пальшина А. М¹., Слепцов А. П¹., Кулаковская Ю. А¹.,
Дмитриева Н. Г²., Никаноров В. Н².

¹Клиника Северо-Восточного федерального университета, Якутск, Россия,

²Стационар №1 ГБУ РС(Я) Республиканская больница №3, Якутск, Россия

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания продолжают занимать лидирующие места в структуре болезненности взрослого населения и являются основной причиной смертности в мире и в Российской Федерации. Социально-экономическая значимость проблемы ставит конкретные задачи перед Правительством России, системой здравоохранения, ведущими учеными и специалистами, т.к. в подавляющем большинстве это пациенты в возрасте от 18 до 60 лет, т.е. максимально трудоспособная категория граждан. У каждого третьего пациента с заболеванием сердца возникают нарушения ритма сердца и проводимости. Пациенты с брадиаритмиями, включая дисфункцию синусового узла, предсердно-желудочковые блокады (ПЖБ) вместе с

внутрижелудочковыми блокадами, нуждаются в специализированной медицинской помощи. Поэтому не снижается интерес клиницистов к поиску путей профилактики и лечения брадиаритмий. Частота возникновения приобретенной далекозашедшей ПЖБ II степени и полной ПЖБ оценивается в 200 случаев на миллион в год.

Цель. Акцентировать внимание на пациентах с низкой комплаентностью и осложнённым коморбидным фоном. Феномен Фредерика - это редкое заболевание сердца, представляющее реальную угрозу жизни пациентов.

Методы исследования. Наблюдали пациента А., 61 года, жителя улуса. Основное заболевание: ИБС. Стенокардия напряжения ФК III. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда неизвестной давности). Осложнения: Фибрилляция предсердий хроническое течение. Остановки СУ. Феномен Фредерика интермиттирующее течение. Желудочковая экстрасистолия. Приступы Морганьи-Эдемс-Стокса. Дилатация ЛП. ХСН II Б ст, ФК III NYHA. Фон: Атеросклероз аорты. Дегенеративные изменения АК с недостаточностью I-II ст, МК II-III ст, ТК I-II ст. Гипертоническая болезнь III ст, АГ III ст, риск ССО 4. Аневризма восходящей части аорты. Микроаневризма левой ВСА. Дисциркуляторная энцефалопатия. Дислипидемия. Сопутствующие заболевания: Поверхностный гастрит II степени активности. Острые эрозии желудка. Дуоденит. Дуодено-гастральный рефлюкс. Гипохромная анемия средней тяжести. Гипоплазия левой почки. Узловой зоб I ст. Субклинический гипотиреоз впервые выявленный.

Результаты. При поступлении жалобы на периодические колющие боли в области сердца и одышку при незначительной физической нагрузке, перебои в сердце. Гипертоническая болезнь около 15 лет (макс. подъем АД до 180/110 мм рт ст., адаптирован к АД 130/90 мм рт ст.) Регулярно антигипертензивную терапию не принимал («работающему человеку некогда контролировать АД и принимать лекарства»). Перебои в сердце беспокоят около 4 лет, с этого времени же и одышка. Назначили бисопролол 5 мг/сут, лизиноприл 5 мг/сут, амлодипин 5 мг/сут, ацетилсалициловую кислоту 75 мг/сут. Инвалид III группы с 2013 г. 03.10.2015 была однократная кратковременная потеря сознания, по поводу которого был госпитализирован в ЦРБ. 28.10.2015 г, в период стационарного лечения, у пациента при транспортировке в поликлиническое отделение для проведения исследования, случился повторный приступ кратковременной потери сознания. На ЭКГ фибрилляция предсердий, ЧСС 60-100 уд/мин, в среднем 80 уд/мин. Гипертрофия левого желудочка с систолической перегрузкой. 29.10.2015 ХМ-ЭКГ: ритм фибрилляция предсердий, днем средняя ЧСС 46/мин., ночью – 40/мин. ЧСС минимум-33, максимум-81. Желудочковая эктопическая активность градации 3 по Руан. Клинически значимые паузы более 2 сек - всего 2488 за сутки, из них 3 сек - 148. Максимальная пауза более 4сек. Зарегистрированы редкие короткие эпизоды синдрома Фредерика с ЧСЖ 26–30 уд/мин (полная предсердно-желудочковая блокада). Ишемических изменений миокарда не выявлено. В отделении было проведено лечение: диета №1, бисопролол 5 мг по 28.10.2015 с последующей постепенной отменой; амлодипин 5 мг/сут; валсартан 40 мг х 2 раза в сут; дабигатрана этексилат 150 мг х 2 раза в сут; пантопразол 20 мг х 2 раза в сут; спиронолактон 50 мг утром; торасемид 5 мг утром; аторвастатин 40 мг/сут; оксигенотерапия 4л/мин. Учитывая повторный приступ МЭС, выявленные на ХМ-ЭКГ эпизоды синдрома Фредерика с частотой сокращения желудочков 30-26 в мин. пациент 30.10.2015 переведен в республиканский сосудистый центр для проведения коронарной ангиографии и имплантации ЭКС.

Выводы. У пациента с ИБС, постинфарктным кардиосклерозом, хронической формой фибрилляции предсердий на фоне длительной АГ, осложненной аневризмой восходящей части аорты, и низкой комплаентностью развился эпизод синкопе. Необходимо укреплять первичное звено здравоохранения, особенно в отдалённых районах.

91 ПАЦИЕНТ С «ЧУГУННЫМ» ЦИАНОЗОМ В ОТДЕЛЕНИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАНИМАЦИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Джигоева О. Н., Орлов Д. О., Юдин А. А., Давыдовский В. И.

ГБУЗ ГKB 24 ДЗМ, Москва, Россия

Введение: Наличие выраженного центрального «чугунного» цианоза у пациента с кардиологическими заболеваниями в первую очередь заставляет задуматься о наличии тромбоэмболического синдрома. Однако иногда бывают редкие интересные исключения.

Описание случая: 20 июня 2017 г в отделение реанимации и интенсивной терапии для кардиологических пациентов поступил пациент К., 85 лет с клиникой острой сердечной недостаточности Killip 2. При поступлении: положение: вынужденное, ортопноэ. Кожные покровы головы, шеи грязно-серого цвета. Склеры - серые. Цианоз губ. Окрас туловища с сероватым оттенком, но менее насыщенный, чем окрас головы. Шейные вены не набухшие. SPO₂=96%. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания симметрично. Аускультативно: дыхание ослабленное везикулярное. В нижних отделах с обеих сторон единичные незвонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС=87 в мин. АД=130/70 мм ртст. Аускультативно в 1 точке шум голосистолический 2/6 градации. Печень не увеличена, не выступает из-под края реберной дуги. При пальпации безболезненная, поверхность ровная. Мочеиспускание свободное, учащенное, безболезненное.

Учитывая «чугунный цианоз» кожных покровов и слизистых, особенно кожи лица и воротниковой зоны, в первую очередь клиническая мысль была об острой легочной эмболии.

На ЭКГ БСМП и при поступлении в стационаре - ритм синусовый, блокада ПНПГ, данных за острую коронарную патологию нет.

ЭХО-КГ : геометрия ЛЖ по типу концентрической гипертрофии. ИММЛЖ=133 г/м². ОТС=0,56. ИКСО Левого предсердия=36,4 мл². Выявлено прогибание А3 сегмента митральной створки, фрагмент хордальной нити, дефект коаптации створок митрального клапана, эксцентрическая митральная регургитация PISA r=9 mm. КДО ЛЖ=102 мл КСО=42 мл ФВ=59%. Правое отделы не расширены. TAPSE ПЖ=20 мм. СДЛА=27 мм ртст.

Д димер=520

NT pro BNP= 420

Обсуждение. Таким образом, на основании клинических и инструментальных данных, нами не было получено объективных критериев острой правожелудочковой недостаточности. Имела место острая декомпенсация СН на фоне клапанной дисфункции митрального клапана хордального генеза, однако вызывало сомнения связь между этим состоянием и цветом кожных покровов и слизистых оболочек. При детальном опросе пациент озвучил, что на протяжении 40 лет работал в химической лаборатории, где имел непосредственный контакт с ионами серебра (по причине отсутствия автоматизированного оборудования нередко отсасывал растворы per os). На основании этих данным, нами был предположен диагноз «Аргирия» как причина выявленного чугунного цианоза. Диагноз был подтвержден гистологически при биопсии кожи.

Заключение: Аргирия- очень редкое заболевание, но оно также может быть причиной чугунного цианоза.

92 АРИТМОГЕННАЯ ДИСПЛАЗИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Дамрина Е. В., Климчук Д. О., Илов Н. Н., Энгиноев С. Т.

ФГБУ ФЦССХ Астрахань, , Россия

Больной Б., 48 лет, госпитализирован с жалобами на внезапные приступы учащенного сердцебиения до 200 уд/мин, сопровождающиеся давящими и жгучими болями за грудиной, снижением артериального давления, одышкой, потливостью. Больным себя считает с 35 лет, когда впервые появились подобные жалобы. Пароксизмы тахикардии регистрируются 2-3 раза в год. После очередного приступа бригадой СМП зарегистрирована ЭКГ с ширококомплексной тахикардией с ЧСС=190 уд/мин

В условиях кардиологического стационара была проведена кардиоверсия. Пациенту было проведено ХМ ЭКГ, зарегистрировано 12489 одиночных ЖЭ преимущественно одной морфологии

На ЭКГ ритм синусовый, ЭОС отклонена резко влево, регистрируется полная блокада правой ножки пучка Гиса, «эпсилон»-волна, инверсия зубца Т в V1, $QRS V2/QRS V4 > 1,1$ и $(QRS V1 + QRS V3)/(QRS V4 + QRS V6) > 1,1$.

Результаты ЭХО-КС: Левый желудочек: КДО_{лж} - 72 мл; ИКДО - 36,2 мл/м²; КСО_{лж} - 29 мл; ИКСО - 14,6 мл/м²; КДР - 4,3 см; КСР - 2,7 см; ФВ Simpson - 63 %; Правый желудочек: Базальный отдел - 3,1 см; выходной отдел - 3,4 см. Правое предсердие: ПП_{дл} - 3,9 см; ПП_{шир} - 2,9 см. Умеренная дилатация ПЖ.

Учитывая пол, возраст пациента для исключения ишемического генеза желудочковых нарушений ритма была выполнена КАГ: коронарные сосуды проходимы

Принято решение провести внутрисердечное электрофизиологическое исследование (ВС ЭФИ).

При проведении ретроградной программируемой стимуляции регулярно индуцируется мономорфная желудочковая тахикардия (ЖТ) с длительность цикла (ДЦ) 350 мс. Было принято решение провести электрофизиологическое картирование для определения субстрата аритмии и проведения радиочастотной абляции (РЧА).

Лечение. При проведении активационного картирования правого желудочка (ПЖ) ранняя область активации желудочков во время ЖТ соответствовала среднему отделу левой боковой стенки выводного отдела ПЖ (ВОПЖ) и опережала референтную точку (точку ранней деполяризации желудочков на поверхностной ЭКГ) на 50-60 мс. После проведения 3 неорошаемых РЧ воздействий в указанной области ЖТ купировалась

Через 5 минут мониторингования после фармакологической провокации регистрируются частые мономорфные ЖЭ второй морфологии. При проведении стимуляционного картирования из среднего отдела правой задне-боковой стенки ВОПЖ стимуляционные комплексы по морфологии полностью соответствовали (96% соответствия) исходной ЖЭ.

В указанной зоне проведено 6 неорошаемых радиочастотных воздействий с длительностью до 60 сек, после которых ЖЭ перестали регистрироваться, в том числе после фармакологических проб.

После проведенных радиочастотных воздействий при ретроградной программируемой стимуляции желудочковые нарушения ритма двух исходных морфологий не индуцируются, индуцирована устойчивая ЖТ третьей морфологии с ДЦ=290 мс. При попытке купирования антитахистимуляцией (АТС) трансформация в фибрилляцию желудочков синусового ритма после ЭИТ 200 Дж.

Для верификации диагноза проведено МРТ сердца. Выявлены зоны дискинеза в латеро-базальных отделах, усиление трабекуляризации миокарда. В позднюю отсроченную фазу

контрастирования отмечается накопление контрастного вещества в вышеуказанном сегменте, а так же интрамурально в средних и верхушечных сегментах МЖП, что было расценено в качестве признаков фиброзной перестройки ткани миокарда

Таким образом, проведенное обследование указывало на наличие у пациента 1 большого («эпсилон»-волна в V1) и 3 малых критериев (региональная дискинезия при МРТ, инверсия зубца Т в V1 при полной блокаде ПНПГ, ЖТ с морфологией блокады ЛНПГ), что является основанием для постановки диагноза АДПЖ

Учитывая сохраняющийся высокий риск внезапной сердечной смерти (ВСС), больному вторым этапом был имплантирован кардиовертер-дефибриллятор (ИКД) в режиме DDDR. Было рекомендовано проведение генетического консультирования.

В качестве медикаментозной профилактики жизнеугрожающих аритмий больному был назначен прием небивалола.

Исход и последующее наблюдение.

При проведении контрольного суточного мониторирования ЭКГ было выявлено 180 полиморфных одиночных желудочковых экстрасистол, эпизодов ЖТ зарегистрировано не было.

После имплантации ИКД пациент был подключен к системе удаленного мониторинга Home Monitoring. Система удаленного мониторинга дает возможность проводить удаленный контроль за эффективностью проведенной катетерной процедуры, срок которого не ограничен. Срок послеоперационного наблюдения за пациентом составил 2 года. За это время после проведенного интервенционного лечения и на фоне приема небивалола не было детектировано ни одного эпизода ЖТ.

93 ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ

Моряков С. Ю.

НУЗ, Самара, Россия

Вступление. Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП)— заболевание миокарда, характеризующееся развитием дилатации полостей сердца, с возникновением систолической дисфункции, но без увеличения толщины стенок.

Характерно развитие прогрессирующей сердечной недостаточности, нарушений сердечного ритма и проводимости, тромбоэмболий, внезапной смерти. Критерием заболевания считается снижение фракции выброса левого желудочка ниже 45 % и размер полости левого желудочка в диастолу более 6 см.

Описание случая. Пациент Т., 1988 года рождения в августе 2015 года обратился к цеховому врачу с жалобами на одышку при физических нагрузках. Был госпитализирован в сентябре 2015 года в кардиологическое отделение НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Самара ОАО «РЖД», где верифицированы ДКМП, опухоль сигмы. В сентябре-октябре 2015 года пациент лечился в онкологическом центре ЦКБ №2 ОАО «РЖД», где выполнена резекция сигмовидной кишки, в дальнейшем установлена инвалидность II группы. В октябре-ноябре 2016 года лечился по месту жительства по поводу декомпенсации ХСН, по ЭХО-КГ обнаружены тромбы в ЛП и ЛЖ, документы пациента были направлены в ФГБУ Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов имени В.И.Шумакова для рассмотрения вопроса о трансплантации сердца. В декабре 2016 г. пришёл ответ с отказом.

В марте 2017 года пациент проходил стационарное лечение в кардиологическом отделении НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Самара ОАО «РЖД», был консультирован главным внештатным специалистом по трансплантологии Минздрава Самарской области, доцентом Б.И.Ярёминым, рекомендовано дообследование с целью оценки относительных противопоказаний

к пересадке сердца в виде с-г сигмовидной кишки и очная консультация в ФГБУ Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов имени В.И.Шумакова.

Показатели ЭХО-КГ пациента от 10.03.2017 г.: ЛП 5,90 см, ПП 5,80 см, ФВ 20%. Выраженная эксцентрическая ГЛЖ с дилатацией полости и значительным снижением сократительной способности. Признаки фиброзного поражения миокарда. Дилатация правых отделов. Относительная недостаточность МК степени. Относительная недостаточность ТК 3-4 степени. Нарушение диастолической функции ЛЖ по рестриктивному типу. Выраженные нарушения внутрисердечной гемодинамики. Признаки застоя в обоих кругах кровообращения. СДПЖ 74 мм рт.ст.

Обсуждение. Сочетанная патология — ДКМП и с-г сигмовидной кишки у данного пациента обуславливает взаимное отягощение течения этих заболеваний и затрудняет выбор оптимальной лечебной тактики. Проведённая резекция сигмовидной кишки и клиническое выздоровление T2N0M0 в сочетании с ДКМП и фракцией выброса 20 % требуют принятия скорейшего решения о трансплантации сердца, так как за 2 года наблюдения у пациента прогрессирует ХСН.

Проживание пациента в другом регионе (Ульяновская область) несколько затрудняет динамическое наблюдение за ним со стороны кардиологов и трансплантологов Самарской области, тем не менее после выписки из кардиологического отделения НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Самара ОАО «РЖД» и консультации доцента Ярёмкина Б.И., вопрос о трансплантации сердца данному пациенту должен будет решиться быстрее.

Заключение. Данный клинический случай является междисциплинарным и может быть интересен кардиологам, терапевтам, кардиохирургам, онкологам, трансплантологам.

На данном этапе он является незавершённым и требует динамического наблюдения за пациентом как в случае проведения трансплантации сердца, так и в случае отказа от неё по клиническим причинам.

94 ПАЦИЕНТ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Пальникова О. В., Илов Н. Н., Нечепуренко А. А.

ФГБУ ФЦССХ, Астрахань, Россия

Введение. Лечение хронической сердечной недостаточности (ХСН) является одной из самых социально значимых проблем нашей страны. По данным эпидемиологических исследований в России насчитывается более 8 миллионов человек с симптомами ХСН. Декомпенсация ХСН становится причиной госпитализации в стационары, повышая сердечно-сосудистую смертность и инвалидизируя население трудоспособного возраста. Данный клинически пример показывает возможности современных методик интервенционного лечения ХСН.

Описание случая. Больной И., 59 лет, госпитализирован с жалобами на учащенное неритмичное сердцебиение, сжимающие боли и одышку при минимальной физической нагрузке, отёки нижних конечностей, слабость, снижение работоспособности. В 50 лет была диагностирована фибрилляция предсердий, попыток восстановить синусовый ритм не проводилось. Амбулаторно принимал сердечные гликозиды, бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ.

Был направлен в ФЦССХ (г. Астрахань) для определения дальнейшей тактики. По данным ЭХО-КС выявлена дилатация левого желудочка (ЛЖ) и левого предсердия (ЛП): ЛП – 52 мм, КДО ЛЖ 297 мл, КСО ЛЖ 178 мл, ФВ ЛЖ 23%, диффузный гипокинез ЛЖ, митральная регургитация 2 степени. На ЭКГ ФП, тахисистолическая форма со средней ЧСЖ 120 в мин. ПБЛНПГ (QRS 158 мс).

Учитывая болевой синдром, а также для исключения ишемического генеза ФП выполнена КАГ: патологии коронарного русла не выявлено. Проведена коррекция медикаментозной терапии: усилена ритм-урежающая терапия, добавлены мочегонные препараты, пероральные антикоагулянты.

При контрольном визите в клинику через 3 месяца, на фоне рекомендованной терапии на ЭХО КС положительная динамика: КДО ЛЖ - 288 мл; КСО ЛЖ - 188 мл; ФВ ЛЖ - 35%, митральная регургитация 2-2,5 ст.

Учитывая низкую ФВ ЛЖ и наличие ПБЛНПГ на фоне оптимальной медикаментозной терапии в течение трёх месяцев, для первичной профилактики внезапной сердечной смерти и лечения ХСН выполнена имплантация СРТ с функцией кардиовертера-дефибриллятора. Операция прошла без особенностей, левожелудочковый электрод был имплантирован в боковую вену сердца. После имплантации пациент был подключен к системе удаленного мониторинга, позволяющей дистанционно получать сообщения от имплантированного устройства в соответствии с запрограммированным графиком передач.

Через 3 месяца проведено тестирование устройства – нарушений работы не выявлено, процент бивентрикулярной стимуляции (БВС) - 74%. Дважды были нанесены немотивированные шоки ввиду неправильной дискриминации ФП с тахисистолическим проведением на желудочки. Субъективно отмечает улучшение самочувствия (уменьшилась одышка, исчезли отеки нижних конечностей). На ЭХО-КС КДО ЛЖ - 208 мл; КСО ЛЖ - 123 мл; ФВ ЛЖ - 41 %, митральная регургитация 2 ст.

Учитывая необходимость 100% БВС, возникновение немотивированных шоков, тахисистолическая форма ФП, резистентную к медикаментозной терапии, выполнено РЧА АВ соединения.

При выписке на 4 сутки при проведении ЭХО-КС отмечен прирост ФВ ЛЖ до 50 % и уменьшение размеров ЛЖ – КДО ЛЖ – 203 мл, КСО ЛЖ – 101 мл.

Обсуждение. У 15% всех больных ХСН имеются признаки электрической диссинхронии (продолжительность комплекса QRS более 120 мсек), которая может быть скорректирована при помощи имплантации кардиоресинхронизирующего устройства. Одним из важных условий эффективной СРТ является наличие синусового ритма у больного с ХСН и БЛНПГ. Тактика ведения больных с СРТ и фибрилляцией предсердий (ФП) в ряде случаев неоднозначна и требует индивидуальной оценки с участием команды специалистов (кардиолог, кардиохирург, электрофизиолог, врач функциональной диагностики).

Для полноценной реализации эффектов СРТ требуется приближенная к 100% БВС. При снижении процента БВС, вне зависимости от клинических эффектов СРТ, следует верифицировать причину этого состояния. При медикаментозно-резистентных видах часто рецидивирующих, персистирующих или постоянных аритмий в случае неэффективности РЧА аритмии стратегией выбора, повышающей БВС до 100%, является создание искусственной предсердно-желудочковой блокады.

Заключение по применению в клинической практике. Практикующие врачи зачастую плохо осведомлены о возможностях интервенционного лечения ХСН, а РЧА АВ соединения многими рассматривается как калечащая, необоснованная процедура. Данный клинический случай иллюстрирует высокую эффективность интервенционного подхода в кардиологии, который в сочетании с оптимальной медикаментозной терапией способен демонстрировать существенные клинические эффекты.

95 СЛУЧАЙ НЕТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ МИКСОМЫ В ПОЛОСТИ СЕРДЦА

Долгинина С. И., Щербакова Л. А., Кузнецов Д. В., Михайлов К. М.

ГБУЗ СОККД, Самара, Россия

Введение. Миксома сердца – первичное новообразование с внутрисердечным или внутрижелудочковым ростом. Среди доброкачественных опухолей сердца у взрослых миксома встречается в 50% случаев. В 75% наблюдений миксома локализуется в левом предсердии (ЛП), в 20% - в правом (ПП). Преимущественный возраст заболевших составляет от 40 до 60 лет.

Макроскопически миксома имеет вид полипоидной опухоли на ножке с рыхлой желеобразной консистенцией, сосочковой или гроздьевидной структурой. Миксомы могут достигать размеров от 1 до 15 см в диаметре и массы 250 г. Гистологически миксома представлена матриксом, состоящим из мукополисахаридов, в котором рассеяны полигональные клетки опухоли. Миксома содержит много капилляров и более крупных сосудов, встречаются очаги некрозов, кровоизлияний, обызвествлений.

Клинический случай. Пациент А., 44 лет. ИМТ 22. Не курит. Не работает. Принимает ризпалепт, азалептин. Жалобы на выраженное ограничение физической активности. В августе 2016г. при обследовании в СОККД на ЭХОКГ выявлено объемное образование ПП, предположительно миксома 98на41мм с обструкцией трикуспидального клапана (ТК). Анамнез с 1993г. стоит на учете у психиатра с диагнозом шизофрения.

Осмотр без особенностей, при аускультации: ритм сердца правильный, тоны сердца приглушены, систолический шум над верхушкой.

ЭХОКГ: ЛП 35мм, ЛЖ КДР 48мм, КСР 26мм. ФВ 77%. Задняя стенка 17/10мм. Межжелудочковая перегородка 14/10мм. ПЖ 62×71мм, ПП 69×69мм. В ПП лоцируется дополнительное образование неоднородной структуры, размером 41×98мм, исходящее из овальной ямки с током крови, пролабирующее в ПЖ и значительно обтурирующее трикуспидальный клапан, пролабирующая часть «мохнатая», подвижная. МК+, АК-, ТК+, ЛА+. Перикардальная щель не расширена. Заключение: миксома правого предсердия больших размеров с выраженной обструкцией трикуспидального клапана. Дилатация правых отделов сердца. Расчетное систолическое давление в ЛА – 40 мм.рт.ст.

КТ-легких, средостения. Миксома Правого предсердия с распространением в правый желудочек.

С целью исключения поражения коронарного русла и решения дальнейшего объема операции показано проведение КГ.

КГ: тип кровоснабжения сердца – правый, ствол левой коронарной артерии: без поражения, Передняя межжелудочковая ветвь (ПМЖВ): с неровными контурами, без гемодинамически значимых стенозов. Устьевой стеноз 2 ДА (диаметр артерии менее 2мм). Огибающая артерия (ОА): с неровными контурами, без гемодинамически значимых стенозов. Правая коронарная артерия (ПКА): без поражения.

Диагноз: Миксома правого предсердия с обструкцией трикуспидального клапана. Н1 (по НУНА 2 ф.кл.). Шизофрения параноидная форма, непрерывное течение. Хронический гастродуоденит. Диафрагмальная грыжа.

Операция: срединная торакотомия, продольная перекардотомия, удаление миксомы правого предсердия. Послеоперационный период протекал без осложнений, заживление раны первичным натяжением.

ЭХОКГ после операции: ЛП 40мм, ЛЖ КДР 53мм, КСР 32мм, ФВ 70%, задняя стенка ЛЖ 16/10мм, межжелудочковая перегородка 16/10мм. ПЖ 33мм, ПП 56×53мм, МК +, АК-, ТК++,

систолическое давление в ПЖ 30 мм.рт.ст. ЛК+.

Состояние после удаления миксомы ПП, данных за рецидив нет.

Гистология новообразования – миксома.

Обсуждение. Миксома правых отделов сердца встречается крайне редко. В данном случае вес миксомы превысил 300 грамм. Жалобы пациента, данные ЭКГ и общий физикальный осмотр мало информативны в таких случаях. Диагностически информативным является трансторакальная и чрезипищеводная ЭХОКГ, которая позволяет быстро поставить диагноз и определить сроки оперативного лечения.

Заключение. В СОККД ежегодно поступает 2-5 пациентов с миксомой сердца, но впервые в практике учреждения миксома правого предсердия и таких больших размеров. Операция прошла успешно и через 6 мес. после операции пациент чувствует себя удовлетворительно, контроль ЭХОКГ это подтверждает.

96 ПАЦИЕНТ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА: ЧЕМ МОЖЕТ ПОМОЧЬ АРИТМОЛОГ?

Пальникова О.В., Илов Н.Н., Нечепуренко А.А.

ФГБУ «ФЦССХ», г. Астрахань

Введение. Лечение хронической сердечной недостаточности (ХСН) является одной из самых социально значимых проблем нашей страны. По данным эпидемиологических исследований в России насчитывается более 8 миллионов человек с симптомами ХСН. Декомпенсация ХСН становится причиной госпитализации в стационары, повышая сердечно-сосудистую смертность и инвалидизируя население трудоспособного возраста. Данный клинически пример показывает возможности современных методик интервенционного лечения ХСН.

Описание случая. Больной И., 59 лет, госпитализирован с жалобами на учащенное неритмичное сердцебиение, сжимающие боли и одышку при минимальной физической нагрузке, отеки нижних конечностей, слабость, снижение работоспособности. В 50 лет была диагностирована фибрилляция предсердий, попыток восстановить синусовый ритм не проводилось. Амбулаторно принимал сердечные гликозиды, бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ.

Был направлен в ФЦССХ (г. Астрахань) для определения дальнейшей тактики. По данным ЭХО-КС выявлена дилатация левого желудочка (ЛЖ) и левого предсердия (ЛП): ЛП – 52 мм, КДО ЛЖ 297 мл, КСО ЛЖ 178 мл, ФВ ЛЖ 23%, диффузный гипокинез ЛЖ, митральная регургитация 2 степени. На ЭКГ ФП, тахисистолическая форма со средней ЧСЖ 120 в мин. ПБЛНПГ (QRS 158 мс).

Учитывая болевой синдром, а также для исключения ишемического генеза ФП выполнена КАГ: патологии коронарного русла не выявлено. Проведена коррекция медикаментозной терапии: усилена ритм-урежающая терапия, добавлены мочегонные препараты, пероральные антикоагулянты.

При контрольном визите в клинику через 3 месяца, на фоне рекомендованной терапии на ЭХО КС положительная динамика: КДО ЛЖ - 288 мл; КСО ЛЖ - 188 мл; ФВ ЛЖ - 35%, митральная регургитация 2-2,5 ст.

Учитывая низкую ФВ ЛЖ и наличие ПБЛНПГ на фоне оптимальной медикаментозной терапии в течение трёх месяцев, для первичной профилактики внезапной сердечной смерти и лечения ХСН выполнена имплантация СРТ с функцией кардиовертера-дефибриллятора. Операция прошла без особенностей, левожелудочковый электрод был имплантирован в боковую вену сердца. После имплантации пациент был подключен к системе удаленного мониторинга, позволяющей

дистанционно получать сообщения от имплантированного устройства в соответствии с запрограммированным графиком передач.

Через 3 месяца проведено тестирование устройства – нарушений работы не выявлено, процент бивентрикулярной стимуляции (БВС) - 74%. Дважды были нанесены немотивированные шоки ввиду неправильной дискриминации ФП с тахисистолическим проведением на желудочки. Субъективно отмечает улучшение самочувствия (уменьшилась одышка, исчезли отеки нижних конечностей). На ЭХО-КС КДО ЛЖ - 208 мл; КСО ЛЖ - 123 мл; ФВ ЛЖ - 41 %, митральная регургитация 2 ст.

Учитывая необходимость 100% БВС, возникновение немотивированных шоков, тахисистолическую форму ФП, резистентную к медикаментозной терапии, выполнено РЧА АВ соединения.

При выписке на 4 сутки при проведении ЭХО-КС отмечен прирост ФВ ЛЖ до 50 % и уменьшение размеров ЛЖ – КДО ЛЖ – 203 мл, КСО ЛЖ – 101 мл.

Обсуждение. У 15% всех больных ХСН имеются признаки электрической диссинхронии (продолжительность комплекса QRS более 120 мсек), которая может быть скорректирована при помощи имплантации кардиоресинхронизирующего устройства. Одним из важных условий эффективной СРТ является наличие синусового ритма у больного с ХСН и БЛНПГ. Тактика ведения больных с СРТ и фибрилляцией предсердий (ФП) в ряде случаев неоднозначна и требует индивидуальной оценки с участием команды специалистов (кардиолог, кардиохирург, электрофизиолог, врач функциональной диагностики).

Для полноценной реализации эффектов СРТ требуется приближенная к 100% БВС. При снижении процента БВС, вне зависимости от клинических эффектов СРТ, следует верифицировать причину этого состояния. При медикаментозно-резистентных видах часто рецидивирующих, персистирующих или постоянных аритмий в случае неэффективности РЧА аритмии стратегией выбора, повышающей БВС до 100%, является создание искусственной предсердно-желудочковой блокады.

Заключение по применению в клинической практике. Практикующие врачи зачастую плохо осведомлены о возможностях интервенционного лечения ХСН, а РЧА АВ соединения многими рассматривается как калечащая, необоснованная процедура. Данный клинический случай иллюстрирует высокую эффективность интервенционного подхода в кардиологии, который в сочетании с оптимальной медикаментозной терапией способен демонстрировать существенные клинические эффекты.

РАЗДЕЛ XII. КАРДИОНЕВРОЛОГИЯ

97 КАРОТИДНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ И НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДОГРАММЫ

Вахмистрова Т. К¹., Баталина М. В²., Шабанова О. В¹., Яковлева В. В¹., Вахмистрова А. В³.

¹ГАОУ «Оренбургская РБ», Оренбург, Россия,

²ГБОУ ВПО Оренбургский государственный мед. университет, Оренбург, Россия,

³ГАОУ «ГКБ №6», Оренбург, Россия

Важное значение, которое придается исследованию общих сонных артерий (ОСА), обусловлено их доступностью для ультразвукового исследования, а также возможностью использования в

качестве модели для суждения о выраженности и распространенности атеросклероза. Установлено, что на толщину комплекса «интима-медиа» общей сонной артерии оказывают влияние целый ряд факторов, а само утолщение ТИМ - независимый предиктор возникновения мозговых и коронарных катастроф.

Цель: оценить толщину комплекса «интима-медиа» (ТИМ) общей сонной артерии в зависимости от уровня некоторых показателей липидного обмена и С-реактивного белка (СРБ).

Материалы и методы: обследовано 80 больных, находящихся на лечении в стационарных отделениях Оренбургской районной больницы, отобранных по содержанию холестерина крови более 7 ммоль/л. (45 женщин, средний возраст $65,8 \pm 7,01$ года и 35 мужчин, средний возраст $63,5 \pm 7,68$ лет). Среди пациентов оказалось 42 человека с коэффициентом атерогенности (КА) более 3,0 (1 группа) и 38 – с КА менее 3,0 (2 группа). Достоверных различий по возрасту и гендерному распределению в выделенных подгруппах не оказалось. Кроме ОХ, определяли концентрацию липидов высокой плотности (ЛПВП), СРБ и вычисляли КА. Проведено скрининговое ультразвуковое исследование сонных артерий (СА) на ультразвуковой системе VIVID 3 по стандартной методике. На предмет наличия атеросклеротических бляшек (АСБ) исследовались проксимальный и дистальный сегменты общей СА, бифуркация и экстракраниальный сегмент внутренней СА. Величину стеноза измеряли в поперечном сечении как степень уменьшения диаметра просвета сосуда. В анализ включали величину наибольшего стеноза.

Результаты: гемодинамически значимых каротидных стенозов среди обследованных не встречались. Средняя толщина интима-медиа (ТИМ) оказалась достоверно выше в 1 группе ($0,97 \pm 0,133$ мм) по сравнению со 2 группой ($0,89 \pm 0,09$ мм, $p < 0,05$) при близких средних показателях ОХ ($7,88 \pm 0,68$ ммоль/л и $7,71 \pm 0,61$ ммоль/л соответственно, $p < 0,05$). Содержание липидов высокой плотности у больных 1 группы оказались достоверно ниже ($p < 0,01$), чем среди пациентов 2 группы, чем в 1 группе ($1,46 \pm 0,26$ ммоль/л и $2,19 \pm 0,13$ ммоль/л соответственно). Средний уровень С-реактивного белка констатирован достоверно выше в 1 группе, чем во 2 группе ($25,39 \pm 14,6$ мг/л и $20,58 \pm 9,93$ мг/л, $p < 0,05$). Атеросклеротические бляшки (АСБ) выявлены только у 3 пациентов в 1 группы (2 мужчин и 1 женщина). Достоверная корреляция выявлена между ТИМ СА и уровнем ЛПВП ($r = -0,326$, $p < 0,05$), КА ($r = 0,453$, $p < 0,05$), концентрацией СРБ ($r = 0,376$, $p < 0,05$). Между ОХ и ТИМ значительной корреляции не выявлено ($r = 0,117$, $p > 0,05$).

Выводы: толщина «интима-медиа» каротидных артерий коррелирует с КА, уровнем ЛПВП, концентрацией СРБ в большей степени, чем с концентрацией общего холестерина.

98 ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК И ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ – ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ

Гердт А.М.^{1,2}, Шутов А.М.¹, Кабузов М.В.², Самсонова А.Ю.², Коротков М.Г.²

¹Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия;

²ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница №2 им. В. В. Баныкина», Тольятти, Россия

Актуальность. Инсульт является наиболее частым неврологическим заболеванием и представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему. Хроническая болезнь почек (ХБП)

также является важной проблемой здравоохранения во всем мире. Одним из нередких осложнений инсульта является острое повреждение почек (ОПП). Таким образом, с одной стороны причинно-следственные связи между патологией почек и сердечно-сосудистой системой очевидны, с другой – факторы, приводящие к сочетанной патологии, недостаточно ясны.

Цель. Уточнить влияние хронической болезни почек и хронической сердечной недостаточности на развитии острого повреждения почек у больных с инсультом.

Методы исследования. Обследовано 272 больных с инсультом: 143 (53%) мужчины и 129 (47%) женщины (средний возраст $66,7 \pm 11,6$ лет). Геморрагический инсульт диагностирован у 52 (19%), ишемический - у 220 (81%) больных. ОПП диагностировали и классифицировали согласно Рекомендациям KDIGO (2012). Для диагностики ХБП проведен анализ амбулаторной карты. Возможность оценить наличие ХБП в анамнезе по амбулаторной документации была только у 42 % пациентов.

Результаты. Острое повреждение почек диагностировано у 89 (33%) больных с инсультом: у 19 (36,5%) больных с геморрагическим инсультом и у 70 (31,8%) – с ишемическим инсультом ($\chi^2=0,66$, $p=0,4$). У половины больных с инсультом ОПП развилось на догоспитальном этапе, при длительности клинической картины инсульта на догоспитальном этапе 10 (ИКР: 3,5-20) часов (у 26,7% до 6 часов). Наиболее часто – у 39 (84,4%), догоспитальное ОПП развивалось у больных с ишемическим инсультом. Артериальная гипертензия в анамнезе была у 88 (98,9%) больных с ОПП и у 177 (96,7%) больных без ОПП ($\chi^2=1,1$; $p=0,3$). Не отмечено влияния инфаркта миокарда в анамнезе на частоту ОПП у больных с инсультом: 18 (20,2%) с ОПП и 28 (15,3%) больных без ОПП, ($\chi^2=1,0$; $p=0,3$) и фибрилляции предсердий на частоту ОПП: 45 (51%) больных с ОПП и 78 (42,6%) без ОПП, ($\chi^2=0,15$; $p=0,8$). В тоже время, риск развития ОПП при наличии в анамнезе хронической сердечной недостаточности (ХСН) II-IV функционального класса по NYHA составил 1,4 (95% ДИ 1,01-2,1, $p=0,04$).

Так же выявлено влияние наличия ХБП, диагностированной до развития инсульта на развитие ОПП у больных с инсультом, риск развития ОПП составил 1,7 (95% ДИ 1,2-2,7, $p=0,02$).

Заключение. У каждого третьего больного с инсультом развивается острое повреждение почек. Хроническая болезнь почек и хроническая сердечная недостаточность являются основными факторами предрасполагающими к развитию ОПП у больных с инсультом. В связи с отсутствием единой электронной медицинской карты пациента возникает сложность дифференцировать на госпитальном этапе развитие ОПП на фоне ХБП или de novo.

99 АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА В ОЦЕНКЕ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Васемазова Е.Н., Повереннова И.Е.

ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Самара, Россия

Вступление. Проблема распространенности цереброваскулярных заболеваний является социально значимой в современном мире. В настоящее время хроническая недостаточность мозгового кровообращения встречается не менее, чем у 1.5 миллиона человек в Российской Федерации. Так как основная роль ВНС – обеспечение постоянства внутренней среды организма, она одной из первых реагирует и определяет течение и прогноз заболевания. Поэтому при

цереброваскулярных заболеваниях помимо характерной клинической симптоматики, наблюдается и нарушение симпатико-парасимпатического баланса.

Цель исследования. Цель исследования - оценить вегетативный статус при хронической ишемии головного мозга и сопоставить полученные результаты с данными анализа вариабельности ритма сердца.

Материалы и методы. Было обследовано 124 пациента неврологического отделения Самарского областного клинического госпиталя ветеранов войн в возрасте от 65 до 90 лет, которые были ранжированы на группы в зависимости от стадии ХИМ: 47 пациентов имели I стадию ХИМ, 43 пациента – II стадию, 34 пациента – III стадию. В комплексной диагностике вегетативных нарушений использовались клиничко-неврологический осмотр, а также методы инструментальной диагностики: кардиоинтервалография (КИГ), данные МРТ и КТ. Полученные анамнестические данные, данные клиничко-неврологического осмотра сопоставляли с результатами исследования симпатико-парасимпатического баланса.

Результаты. Жалобы, предъявляемые пациентами, были преимущественно астеновегетативного и невротического характера. Всем пациентам проводилась оценка неврологического статуса и состояния вегетативной нервной системы, и выявлялись особенности в зависимости от возрастной категории. Пациенты с I стадией ХИМ отмечали следующие жалобы: головную боль (66,4%), ощущение тяжести в голове (58,2%), нарушения сна (42,3), снижение памяти и внимания (40,2%), эмоциональную лабильность (48,1%). В неврологическом статусе выявлялась рассеянная многоочаговая неврологическая симптоматика. Пациенты со II стадией заболевания предъявляли жалобы на головокружение (60,2%), шаткость при ходьбе (70,3%), когнитивные расстройства (45,6%), нарушения сна (49,6%), эмоциональную лабильность (53,4%). В неврологическом статусе выявлялись вестибулярно-атактический (71,5%), амиостатический (54,2%) синдромы. При III стадии заболевания наряду с жалобами на соматические и когнитивные расстройства отмечено снижение критики к своему состоянию. В неврологическом статусе выявлялись вестибулярно-атактический (76,6%), амиостатический (68,7%), пирамидный (48,5%), псевдобульбарный (39,2%) и психопатологический (61,6%) синдромы. По данным КИГ, у пациентов с I стадией ХИМ: LF, мс² составлял 689,6±105,68, HF, мс² составлял 327,8±104,9, коэффициент соотношения мощностей компонентов спектра (LF/HF) – 1,74±0,98, у пациентов со II стадией заболевания: LF, мс² составлял 518,2±103,4, HF, мс² составлял 667,5±110,3; коэффициент соотношения мощностей компонентов спектра (LF/HF) – 1,28±0,9; у пациентов с III стадией ХИМ: LF, мс² составлял 498,6±110,4, HF, мс² составлял 715,1±115,5; коэффициент соотношения мощностей компонентов спектра (LF/HF) – 1,43±0,95. p < 0,05.

По результатам КТ и МРТ: характерные изменения дисциркуляторного характера в виде мелкоочаговых зон пониженной плотности в белом веществе головного мозга, соответствующих расширению периваскулярных пространств, признаки церебрального атрофического процесса.

В зависимости от возрастной категории и стадии ХИМ наблюдалось преобладание определенного типа вегетативной регуляции. Были получены следующие результаты: для группы сравнения характерен эйтонический тип вегетативной регуляции; для пациентов категории ветеранов боевых действий и пациентов 50-60 лет характерно преобладание симпатических влияний, для пациентов в возрасте 61 года – 80 лет и старше – преобладание парасимпатических влияний.

Обсуждение и заключение. Полученные данные показывают, что при ХИМ наряду с характерными синдромами, такими как вестибулярно-атактический, амиостатический, пирамидный, псевдобульбарный и психопатологический, наблюдается и синдром вегетативной дисфункции. Исходя из результатов клиничко-неврологического обследования, методов функциональной диагностики выявляются особенности вегетативной регуляции в зависимости от стадии ХИМ, от состояния симпатико-парасимпатического равновесия. Раннее обнаружение и коррекция вегетативных расстройств позволит улучшить качество жизни пациентов с ХИМ.

100 НЕОБХОДИМОСТЬ СОЗДАНИЯ ОТДЕЛЕНИЙ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ

Коковихина К.С.¹, Воронцова С.А.¹, Дупляков Д.В.^{1,2}

¹Самарский государственный медицинский университет, Кафедра кардиологии и ССХ ИПО СамГМУ

²ГБУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер», Самара, Россия

Введение. Обмороки представляют значительную проблему. Синкопы- до 6 % среди причин обращений за медицинской помощью. Возможные причины синкопе варьируют от доброкачественных до состояний, угрожающих жизни, что требует точной эффективной диагностики.

Цель исследования –доказать необходимость создания синкопальных отделений, в составе которых будет: определенное кадровое обеспечение; оборудование/тесты; методы исследования; доступ к консультациям специалистов.

Материалы и методы. В ходе исследования проведен анализ историй болезни 72 пациентов, госпитализированных в период с 20.12.2016г. по 20.06.17г. по экстренным показаниям в отделения СОККД, синкопальное состояние являлось основной или второстепенной жалобой при поступлении. А также проводилось анкетирование пациентов, которое включало: сбор жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни.

Результаты. В исследование было включено 72 пациента. Из них 56% женщины, 44% мужчины. Средний возраст составил 66 лет. 26% пациентов имеют место работы, и синкопе может стать ограничением в их дальнейшей деятельности. 13% пациентов получили физические травмы во время обморока. Выявлены причины синкопе: 53%-аритмии, 12%-инфаркт миокарда, 9%-рефлекторные обмороки, 7%-ортостатическая гипотензия, 6%-ТЭЛА.

ЭХОКГ и ЭКГ были проведены в 97% случаев, ХОЛТЭРЭКГ в 43%. Одним из основных методов обследования стала электрокардиография при поступлении: в 37% случаев ишемические изменения, в 21% атриовентрикулярные блокады 2-3 степени, в 19% выраженная брадикардия(ЧСС< 50 уд/мин), в 13% желудочковые нарушения. По результатам анкетирования выявлены разнообразные провоцирующие и предрасполагающие факторы, предвестники синкопе и важные амнестические данные у пациентов. В ходе работы выяснилось, что у пациентов часто встречаются факторы высокого риска внезапной смерти: в 94% возраст>45 лет, в 85% случаев патологическая ЭКГ, в 73% легочная гипертензия, в 22% одышка, в 22% тахикардия перед обмороком, в 19% брадикардия (ЧСС< 50 уд/мин), в 12% синкоп возникает в положении лежа, в 6% фракция выброса ЛЖ <35%.

Заключение: По результатам исследования можно сделать вывод, что разнообразные причины синкопе, физические травмы, ограничение работоспособности, разнообразные жалобы, амнестические данные, частота факторов высокого риска внезапной сердечной смерти доказывают необходимость создания синкопальных отделений, в которых будет осуществляться стандартизированный подход к диагностике и ведению пациентов, точно поставлен диагноз и назначено соответствующее лечение.

РАЗДЕЛ XIII. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В КАРДИОЛОГИИ И КАРДИОХИРУРГИИ

101 РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ЛЕЧЕНИИ, РЕАБИЛИТАЦИИ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Брысенкова Т. И.

ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница №5»

Инфаркт миокарда известен как грозное заболевание, уносящее многие человеческие жизни. Недаром о человеке, расстроившем своими словами или поступками, говорят «до инфаркта доведет». Эта поговорка отражает одну из особенностей инфаркта — его развитие могут спровоцировать сильные эмоциональные переживания и стресс.

Каждый второй мужчина и каждая третья женщина встречаются с ишемической болезнью сердца и с ее тяжелейшим проявлением — инфарктом миокарда.

Инфаркт миокарда — это острая форма ишемической болезни сердца. Он возникает, когда прекращается доставка крови к какому-либо отделу сердечной мышцы. Если кровоснабжение нарушается на 15-20 минут и более, «голодающий» участок сердца умирает. Этот участок гибели (некроза) сердечных клеток и называют инфарктом миокарда. Приток крови к соответствующему отделу сердечной мышцы нарушается, если атеросклеротическая бляшка, находящаяся в просвете одного из сосудов сердца, под действием нагрузки разрушается, и на месте повреждения образуется кровяной сгусток (тромб). Человек при этом ощущает нестерпимую боль за грудиной, которая не снимается приемом даже нескольких таблеток нитроглицерина подряд.

О том, насколько опасен инфаркт миокарда, красноречиво свидетельствуют данные статистики за 2016 год: в КО № 1 пролечилось 597 человек с диагнозом инфаркта миокарда. Из попавших в больницу умерло, из-за развития смертельных осложнений - 84 человека.

В нашем кардиологическом отделении был проведен анализ психологического состояния пациентов с ОИМ по типам отношения к болезни. Знание типа реагирования больного помогает подобрать адекватную стратегию взаимодействия с ним и его семьей, использовать соответствующие способы общения, мотивирования к лечению. Своевременное распознавание актуальных проблем пациентов в острейший и острый периоды ОИМ, это важная составляющая деятельности медсестры, так как необходимо купировать боль, мониторировать работу сердечно-сосудистой системы, осуществлять профилактику осложнений, контролировать сознание и психическое состояние больного, устранять гипоксию, обеспечивать пациенту психический и физический покой, снимать стрессовое состояние. Медицинские сестры умеют правильно осуществить уход за больным, знают не только все правила ухода и умело выполняют лечебные процедуры, но и ясно представляют себе механизм действия лекарства или процедуры на организм больного.

Совокупность результатов проведенных исследований доказывает актуальность повышения роли медицинской сестры в лечении, реабилитации и вторичной профилактике ОИМ. Однако, состояние кадровых ресурсов медсестринского персонала системы здравоохранения РФ

существенно ограничивает возможности улучшения кардиологической помощи.

Полученные результаты позволяют сформулировать следующие рекомендации, направленные на улучшение сестринской помощи больным с ОИМ:

1. Разработать алгоритм действий медсестры по ведению пациентов с ОИМ.
2. Активизировать деятельность медсестер по профилактике факторов риска ОИМ.
3. Организовать проведение обучения медсестер особенностям общения с больными ОИМ и основам их психологической реабилитации.
4. Организовать работу школ для пациентов, перенесших ОИМ.
5. Увеличить штатное расписание кардиологических отделений в части среднего медицинского персонала в целях уменьшения нагрузки медсестер и повышения качества медицинской помощи.
6. Разработать памятку пациентам, перенесшим ОИМ.

102 АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Мердеева Р. А.

ГБУЗ СОКБ им. В.Д. Середавина

Обратимся к статистике: 57% смертей наступают в результате сердечно сосудистых заболеваний. В абсолютных цифрах это 1.300.000 человек в год, что сопоставимо с размерами города миллионника, такого, например, как Самара. Представьте, что каждый год страна теряет в результате ССЗ по одному городу-миллионнику, 48% смертей наступает в результате ишемической болезни сердца и её осложнений.

Ишемическая болезнь сердца — патологическое состояние, характеризующееся нарушением кровоснабжения миокарда вследствие поражения коронарных артерий, возникающее в результате нарушения равновесия между коронарным кровотоком и метаболическими потребностями сердечной мышцы. Основными причинами нарушения коронарного кровообращения являются стеноз коронарных артерий, атеросклероз и тромбоз коронарных артерий. Непроходимость коронарных артерий 70% и более является абсолютным показанием для хирургической реваскуляризации миокарда – операции аортокоронарного шунтирования.

Аортокоронарное шунтирование (АКШ) – операция, позволяющая восстановить кровоток в артериях сердца путем обхода места сужения коронарного сосуда с помощью шунтов. После проведения операции, испытывающая недостаточность кровоснабжения зона сердечной мышцы начинает получать адекватное количество крови, приступы стенокардии становятся реже или устраняются, а риск развития инфаркта сердечной мышцы существенно снижается. В итоге, аортокоронарное шунтирование позволяет увеличить продолжительность жизни больного и снижает риск развития внезапной коронарной смерти.

24 октября 2013 г в больнице им В.Д. Середавина произошло событие исторического масштаба: впервые и успешно в нашей больнице была выполнена операция аортокоронарного шунтирования. На сегодняшний день в больнице выполнено 180 операций АКШ. Операции АКШ выполняются в рамках реализации программы оказания высокотехнологичной помощи населению РФ.

Основная ответственность за ведение пациентов после АКШ в раннем послеоперационном периоде ложится на медицинскую сестру. Медицинская сестра постоянно находится около больного, поэтому чаще других и первой замечает ухудшение его состояния. Опытная, наблюдательная медицинская сестра является ближайшим помощником врача, от нее нередко зависит успех лечения. Дефекты в ведении пациентов в раннем послеоперационном периоде могут привести к его удлинению, появлению

осложнений, и даже стоять жизни больному. Правильное и своевременное выполнение врачебных назначений, внимательное отношение к больному создают условия для его быстрого восстановления.

103 СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ-АНЕСТЕЗИСТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Мингалеева С.В.

ГБУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер», Самара

Искусственное кровообращение — способ поддержания кровотока в организме, отдельном органе или отдельной области искусственным путем. Общее искусственное кровообращение предусматривает полную замену насосной функции сердца и газообменной функции легких механическими устройствами на непродолжительное время. Основным аспектом его применения — кардиохирургия.

Искусственное кровообращение – это сложный и очень ответственный процесс, поэтому медицинский персонал, который оказывает анестезиологическое пособие, должен обладать соответствующими навыками, квалификацией и профессионализмом. Четкая, слаженная работа кардиохирургической бригады, точная ориентация в состоянии пациента, возможна лишь при максимальной и разносторонней подготовке сестринского персонала.

Учитывая актуальность данной проблемы, на базе отделения анестезиологии и реанимации, под руководством учебно-методического кабинета Самарского кардиологического диспансера была проведена исследовательская работа, направленная на повышение уровня знаний сестринского персонала, принимающего непосредственное участие в оказании анестезиологического пособия при проведении искусственного кровообращения.

Результатом этого исследования стала разработка и внедрение в практическую деятельность сестринского персонала методических рекомендаций, в основу которых вошли: алгоритм подготовки пациента к проведению анестезиологического пособия, алгоритм действий медицинской сестры-анестезиста во время проведения кардиохирургического вмешательства с использованием искусственного кровообращения, а также алгоритм действий медицинской сестры-анестезиста при восстановлении гемодинамики у пациента во время завершения искусственного кровообращения.

104 ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В УРГЕНТНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Поминова М. А., Скуратова М.А., Кичатова Е.Ю.

ГБУЗ СГКБ № 1 им.Н.И.Пирогова

В декабре 2009г было принято решение об открытии в городе отделение кардиологии на базе Самарской городской клинической больницы № 1 имени Н.И. Пирогова г. Самары. Решение было принято для организации функционирования первичного сосудистого центра. Событие

состоялось 15 февраля 2010 года. И за 140 лет истории больницы им. Н.И. Пирогова впервые стали оказывать помощь пациентам кардиологического профиля.

В структуре больницы всегда преобладали отделения хирургического профиля, терапевтическая служба была представлена только врачами-терапевтами, закрепленными за отделениями и доверенным врачом здравпункта. Так, в приемном отделении работают хирурги, гинекологи, нейрохирурги приемного покоя; врачи-терапевтического профиля оказывают лишь консультацию поступающим больным с экстренной патологией. Имеет место и специфическая оснащенность приемного отделения, как медикаментами, так и медицинским оборудованием (например, возможность проведения МРТ, КТ). Это и сформировало многолетнюю направленность оказания медицинской помощи, требования к навыкам среднего медицинского персонала.

В настоящее время первичный сосудистый центр состоит из кардиологического отделения, неврологического отделения, отделения сосудистой хирургии, отделения реанимации кардионеврологического профиля.

Параклиническая служба в больнице представлена следующими отделениями: рентгенологическое, эндоскопическое, отделение клиническое лабораторной диагностики, отделение ультразвуковой диагностики, где работают врачи ультразвуковой и функциональной диагностики, патологоанатомическое отделение, трансфузиологический кабинет, физиотерапевтическое отделение и кабинет лечебной физкультуры.

Кочный фонд Самарской городской больницы №1 составляет 941 койку. Количество обратившихся в приемное отделение за отчетный период - 161 415 человек, из них госпитализировано 114 207 человек из них госпитализировано в отделение кардиологии- 5 869 человек, 44 596 человек получили амбулаторную помощь.

В настоящее время отделение кардиологии развернуто на 50 койках, из них 4 койки реанимационные. В отделении имеются 2 процедурных кабинета для внутривенных вливаний, внутримышечных и подкожных инъекций, кабинет электрокардиографии и функциональной диагностики, где выполняются все необходимые исследования для диагностики кардиологических заболеваний.

Для оказания экстренной помощи в любой части отделения есть передвижное оборудование для выполнения реанимационных мероприятий (портативный электрокардиограф, дефибриллятор, необходимый набор лекарственных средств и стерильного инструментария).

В отделении работают: заведующий отделением врач-кардиолог высшей категории, 9 врачей-кардиологов, 2 врача функциональной диагностики, средний медицинский персонал - 18 человек, младший медицинский персонал – 9 человек. Коллектив отделения занимается обследованием и лечением больных с такими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, как:

- ишемическая болезнь сердца (ИБС), со всеми ее формами;
- артериальная гипертензия (АГ);
- различные формы кардиомиопатий;
- врожденные и приобретенные пороки сердца;
- ревматические миокардиты, перикардиты;
- различные формы нарушений ритма;
- тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА);
- острая и хроническая сердечная недостаточность (ХСН).

Состав больных в кардиологическом отделении по нозологии в преобладающих числах представлен пациентами с нестабильной стенокардией (56%), острым инфарктом миокарда (15,7%), другими формами сердечных заболеваний (18,59%). Это диктует ориентированность организации работы среднего медицинского персонала, обучение методам контроля состояния пациента.

В своей ежедневной практике в отделении назначают разнообразные методики функционального исследования:

- эхокардиография и цветное доплеровское картирование для оценки структур и функции сердца;

- велоэргометрия для диагностики ИБС, определения функционального класса стенокардии, подбора адекватной антиангинальной терапии и тренировочных режимов;
- холтеровское мониторирование для регистрации приступов ишемии миокарда, различных нарушений ритма;
- электрофизиологическое исследование для диагностики ИБС, уточнение топики нарушений ритма и проводимости, подбора антиаритмической терапии;
- стресс-ЭХОКГ для диагностики ИБС, уточнение показаний к хирургическому лечению;
- мониторирование артериального давления (АД) для определения его уровня, контроля за лечением больных АГ;

Это продиктовало необходимость развертывания на одном этаже с отделением кабинета функциональной диагностики и специализации сестринского персонала по данному направлению.

- КТ надпочечников с целью диагностики симптоматической гипертензии
- КТ - ангиография для диагностики ТЭЛА;
- лабораторные методы исследования (определение уровня кардиоспецифических ферментов, качественный и количественный тест с тропонином Т для диагностики поражения миокарда, качественный тест определения Д-димера для диагностики тромбозов, липидный профиль, определение уровня электролитов). А так же, при необходимости, определения гормонов крови, гликированного гемоглобина, ренина плазмы, натрий – уретического пептида, показатели гемостаза, в том числе диагностика тромбофилий, онкомаркеров.

Эффективность работы отделения кардиологии зависит от согласованности действий всех звеньев отделения. Важной стороной организационной работы для меня является подбор сестринского персонала и обучение.

За отчетный период на базе отделения было пролечено 5 869 больных, из них выписано 5 539 человека, переведено в другие стационары 141 пациент, главным образом пациенты ОКС, для оказания высокотехнологичного метода лечения, умерло в отделении 189 пациентов. Средняя продолжительность пребывания больного на койке составила 8,6 дней.

В динамике за три истекших года можно наблюдать сокращение длительности пребывания на койке, что, в основном, связано с разработкой и внедрением новых технологических карт (КСГ), позволяющих в более короткие сроки проводить лечение пациента, с последующим его переводом на амбулаторный этап реабилитации, а также с повышением качества сестринского ухода за пациентами.

При анализе структуры летальности за три последних года на базе отделения умерло 189 пациентов, из них у 86 - основной причиной смерти явился инфаркт миокарда. Основной причиной смерти от инфаркта миокарда являлся кардиогенный шок – 65 случаев смерти (65%), в 13 случаях смерти (15%) – разрыв миокарда. В первую очередь на снижение показателя летальности повлияла программа «Stent for Life», благодаря которой стало доступно использование современных схем лечения инфаркта миокарда, а также и обучение сестринского персонала особенностям ухода в остром периоде. Больным в эту стадию показан строгий постельный режим. Именно в это время они нуждаются в тщательном наблюдении и уходе. Больного необходимо грамотно кормить, поить, помогать совершать физиологические отправления и утренний туалет в пределах постели. Кроме того, важно следить за такими жизненно важными показателями, как артериальное давление и пульс. Поскольку больной все время находится в пределах постели, необходимо проводить профилактику пролежней. Для этого полезен и легкий массаж наиболее уязвимых мест (пяточная область, ягодицы, область крестца и поясницы).

Наиболее частой кардиологической нозологией является острый коронарный синдром (ОКС). Это одна из наиболее актуальных проблем современной кардиологии, объединяя в себе такие состояния, как нестабильная стенокардия и острый инфаркт миокарда, ОКС несет больным непосредственную угрозу их жизни.

На базе блока интенсивной терапии (БИТ) отделения за отчетный период 42 пациентам была

проведена тромболитическая терапия. Нами были использованы следующие тромболитики (пууролаза, актилизе). Внедрение методики проведения тромболитической терапии потребовало обучение сестринского персонала навыкам контроля возникновения осложнений (аритмии, гипертензии, аллергических реакций...). Побочные эффекты могут появляться, если неверно подобран препарат и метод проведения троболизиса, а также в том случае, если не учтены абсолютные или косвенные противопоказания.

У 36 пациентов ТЛТ была эффективной, её результат оценивали с помощью ЭКГ – критериев, а именно снижение сегмента $ST \geq 50\%$, и клинической картиной - купирование ангинозных болей. Осложнения ТЛТ за данный отчетный период не наблюдали.

Кроме того, на базе отделения созданы школы пациентов «Жизнь после инфаркта» и «Профилактика инсульта», где я, непосредственно, провожу занятия с пациентами. Проведение данных школ повысило приверженность пациентов к лечению, правилу приема оральных антикоагулянтов и адекватному контролю МНО, что позволило снизить количество осложнений и госпитализаций.

Анализируя период работы с 2014 по 2016 годы, можно сделать вывод, что отделение кардиологии функционирует в соответствие с Дорожной картой больницы, оказывая помощь населению г. Самары.

В перспективе открытие центра диагностики и профилактики тромбозов, который позволит вести раннюю диагностику заболеваний и предупредить такие серьезных осложнений тромбозов, как инсульт, инфаркт, тромбоэмболия легочной артерии.

Благодаря участию персонала отделения в мероприятиях системы непрерывного профессионального развития, будет продолжаться внедрение в работу новейших методик диагностики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Усилия всего коллектива больницы в развитии кардиологической помощи населению позволят повысить раннюю диагностику сердечно-сосудистых заболеваний, своевременное начало лечения, которое позволит снизить летальность и инвалидизацию от болезней сердечно-сосудистой системы. А профилактическая работа с населением позволит повысить его приверженность к первичной профилактике заболеваний сердца и сосудов.

105 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Гефель А.О., Кичатова Е.Ю.

ГБУЗ СГКБ им.Н.И.Пирогова

«В каждой больнице есть два вида пациентов: одни из них серьезно больны, другие жалуются на питание» (Народная мудрость).

Каждый из нас от рождения, особенностей влияния социума, полученного образования имеет какие-то свои мировоззренческие установки, в зависимости от темперамента- индивидуальную реакцию на стресс. Многими исследователями установлено и доказано, что у больных ИБС наблюдаются те или иные психиче-ские изменения. У больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, преобладают тревожные и депрессивно-ипохондрические расстройства, которые сопровождаются поведенческими реакциями и влияют на организацию помощи в кардиологическом отделении, особенно ургетного профиля.

Нами было проведено исследование психологических особенностей пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы за период 2016--2017 гг. на базе ГБУЗ СГКБ №1 им.Н.И.Пирогова.

В исследовании приняли участие 90 пациентов с ишемической болезнью сердца кардиологического отделения. Все испытуемые дееспособные граждане. Средний возраст - 55 лет, женская половина пациентов составляет 60%, мужская 40%. Контрольную группу составили 20 пациентов отделения травматологии, средний возраст – 55 лет, в том же процентном соотношении полов. В ходе исследования использовался стандартный опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) 3.

Полученные результаты позволяют сделать выводы, что у пациентов с ишемической болезнью сердца более выражен экстернальный тип контроля, который свидетельствует о заниженном уровне субъективного контроля над значимыми ситуациями, отмечается пониженный уровень осмысленности жизни, низкая удовлетворенность своим существованием и отсутствие четкой жизненной установки, негативное восприятие многих жизненных ситуаций, в завышенные требования к себе и к окружающим. Имеется взаимосвязь между уровнем осмысленности жизни и уровнем тревожных проявлений.

Учитывая, что по данным литературы, психологический фактор является одним из ведущих среди факторов риска при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, полученные данные нашего исследования, желательно на базе кардиологического отделения организовать школу психокоррекции пациентов.

Повышенный уровень тревожности среди пациентов, высокий риск возникновения конфликтных ситуаций требует обучения среднего медицинского персонала приемам психокоррекции, профилактике ятропатий и ятрогений.

Для преодоления депрессивных и фобических проявлений у пациентов кардиологического профиля в штат отделения необходимо введение должности психолога.

РАЗДЕЛ XIV. НАШЕ БУДУЩЕЕ - СТУДЕНЧЕСКИЕ РАБОТЫ

106 ОЦЕНКА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ФАКТОРАМИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА СРЕДИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ

Кулёва А.А., Веселковский В. А., Кулешов Б.А., Гаврилова Е.С., Яшина Л.М.

Южно-Уральский Государственный Медицинский Университета, Челябинск, Россия

Введение. Реализация факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), а также влияние тревожно-депрессивной симптоматики начинается в подростковом и молодом возрасте, поэтому актуальным является изучение данных факторов среди молодежи, в том числе учащихся средних учебных заведений.

Цель. Изучить взаимосвязь тревоги и депрессии с основными факторами кардиоваскулярного риска среди учащихся медицинского колледжа Южно-Уральского Государственного Медицинского Университета (ЮУГМУ).

Материалы и методы. В ноябре 2016 года было обследовано 276 учащихся колледжа ЮУГМУ, средний возраст $19,7 \pm 2,5$ лет (мужчин – 14,9%, женщин – 85,1%). Уровень тревоги и депрессии оценивался по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS (1983). Оценка курения, употребления алкоголя, уровня физической активности, статуса питания проводилась по опроснику CINDI (1996). Проводилось измерение роста, веса, окружности талии, расчет индекса массы тела Кетле (ИМТ, кг/м²) с оценкой по рекомендациям ВОЗ (2000). Измерение артериального давления и выявление артериальной гипертензии (АГ) проводилось по российским рекомендациям (2013). Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы SPSS 20.0. Данные представлены в виде $M \pm \sigma$; для оценки достоверности различий использовался тест χ^2 Пирсона и точный критерий Фишера; для оценки независимой ассоциации тревоги и депрессии и ФР ХНИЗ применялся метод множественной логистической регрессии. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В общей популяции учащихся медицинского колледжа распространенность тревоги составила 37,7% (субклинического уровня – 24,3%, клинического уровня – 13,8%); депрессии – 20,3% (субклинического уровня – 16,3%, клинического уровня – 4,0%). Гендерных различий не выявлено. Частота встречаемости тревоги клинического уровня достоверно выше у старшекурсников в сравнении с учащимися младших курсов (19,4% и 10,6% соотв., $p < 0,05$). Среди лиц с тревогой достоверно выше распространенность АГ и избыточного употребления соли; среди лиц с депрессией – предожирения, абдоминального ожирения, низкой физической активности, нерационального питания, недостаточного употребления овощей и фруктов, низкого балла успеваемости (3,0-3,4). По результатам множественной логистической регрессии, риск тревоги увеличивается при наличии АГ (в 5,3 раза), избыточного употребления соли (в 2,0 раза) и уменьшается при употреблении алкоголя в малых дозах (в 2,0 раза). Вероятность депрессии увеличивает наличие $ИМТ \geq 25,0$ кг/м² (в 3,9 раза), абдоминального ожирения (в 2,6 раза), низкой физической активности (в 2,2 раза), нерационального питания (в 3,0), недостаточного употребления овощей и фруктов (в 2,6 раза), среднего балла успеваемости ниже 3,9 (в 2,5 раза). В свою очередь, протективным эффектом в отношении депрессии обладает средний балл успеваемости выше 4,5, уменьшающий риск ее развития в 2,6 раза.

Выводы. 1. Выявлена высокая распространенность тревоги (37,7%) и депрессии (20,3%) среди учащихся медицинского колледжа ЮУГМУ. 2. Частота встречаемости тревоги клинического уровня достоверно выше у старшекурсников в сравнении с учащимися младших курсов. 3. Риск тревоги увеличивается при наличии АГ и избыточного употребления соли, и уменьшается – при употреблении алкоголя в малых дозах. Риск депрессии увеличивает $ИМТ \geq 25,0$ кг/м², абдоминальное ожирение, низкая физическая активность, нерациональное питание, недостаточное употребление овощей и фруктов, низкий средний балл успеваемости ($\leq 3,9$), уменьшает – высокий средний балл успеваемости ($\geq 4,5$).

107 ГИПОТИРЕОЗ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА КАК ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В ДЕБЮТЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Данилова К.С.

ФГОУ ВО Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Вступление. Основным патогенетическим механизмом инфаркта миокарда и нестабильной стенокардии традиционно считается прогрессирование атеросклеротического процесса,

разрыв нестабильной бляшки в одной из коронарных артерий с тромбозом и последующим развитием острой ишемии. Однако, примерно у 20% больных с острым коронарным синдромом (ОКС) определяются малоизмененные коронарные артерии.

Цель. Изучить эндокринную патологию, ассоциированную с острым коронарным синдромом при малоизмененных/интактных коронарных артериях.

Методы исследования. 168 пациентов с «ОКС при малоизмененных коронарных артериях»; поступивших в кардиологические отделения Ульяновской ОКБ за 2011-2015 гг., 86 мужчин и 82 женщины. Средний возраст составил $56,3 \pm 8,8$ лет. Всем пациентам проведена коронарная ангиография (SiemensAxiomArtis, Германия); стандартные лабораторные исследования (программно-аппаратный комплекс Olympus AU-400, Япония) с обязательным анализом параметров углеводного обмена. Лабораторно функция щитовидной железы (ЩЖ) путем оценки ТТГ, Т3, Т4, антител к ТПО проанализирована у 84 пациентов.

Результаты. При обследовании функции ЩЖ из 84 пациентов патология обнаружена у 41,6%; преобладает гипотиреоз – в 71,4% случаев. Имеется прямая корреляционная связь средней силы между уровнями ТТГ и ЛПНП ($p < 0,05$, $r = 0,53$), ЛПВП ($p < 0,05$, $r = 0,49$), ХС ($p < 0,05$, $r = 0,4$).

Определено, что 29 пациентов имеют нарушение углеводного обмена, причем 18 пациентов страдают сахарным диабетом 2 типа. Из их числа 33,3% (6 человек) имеют в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда (ИМ). Распространенность перенесенного ИМ среди людей, не страдающих СД, составляет 12,6%, что достоверно меньше.

Обсуждение. При исследовании корреляционной связи между уровнями ТТГ и показателями липидного спектра выявлены изменения однонаправленного характера, что в большей степени свидетельствуют о патологии щитовидной железы, нежели об атеросклеротическом поражении сосудов. Риск возникновения инфаркта миокарда в данной группе существенно возрастает при сопутствующем сахарном диабете.

Заключение. Гипотиреоз и сахарный диабет 2 типа быстро отягощают течение ИБС и являются предикторами развития острой коронарной недостаточности у больных с минимальными поражениями коронарных артерий, визуализируемых при коронарной ангиографии.

108 ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛАЕНТНОСТИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КРОНАРНЫХ СИНДРОМ

Кокина А.Г., Богачёв Р.С.

Балтийский Федеральный университет им. И. Канта, Медицинский институт

Актуальность: Острый коронарный синдром (далее-ОКС) является одной из самых серьезных проблем 21 века. Ему посвящено большое количество клинических рандомизированных исследований (например, исследования PIONEER, ROCKET, NORSTENT), в частности посвященных терапии ОКС. Но как известно, успешность лечения во многом зависит от комплаентности больного, сам «отец медицины» Гиппократ говорил: «...Медицина не протягивает руки тому, кто уже побежден болезнью и не хочет с ней бороться.»

Целью явилось сравнительное изучение гендерных аспектов комплаентности больных, перенесших ОКС, и её влияние на клинико-функциональные особенности ОКС у мужчин и женщин

Материалы и методы: Были проанализированы особенности ОКС в зависимости от комплаентности у 100 пациентов в возрасте от 40 до 65 лет (50 мужчин, 50 женщин). Для унификации результатов исследования была разработана анкета, включающая вопросы для оценки комплаентности и такие

разделы как возраст, частота посещения участкового терапевта, характер и частота возникновения ангинозных болей, факторы риска (курение, АГ, ожирение, СД, дислипидемия, алкоголь), изменения, выявленные на ЭКГ, ЭхоКГ и коронарографии.

Результаты: У 29 из 50 женщин общая комплаентность находится на высоком уровне, у 21-на среднем. Высокий уровень социально-поведенческой комплаентности у 50% женщин. Высокий уровень эмоциональной комплаентности у 84% женщин. Количество мужчин с высоким уровнем общей комплаентности составило 32 из 50, но в мужской группе во всех трех шкалах комплаентности присутствуют пациенты с низким уровнем. Самыми популярными оказались следующие причины отказа от приема препаратов: «зачем пить лекарства, если не болит?», отсутствие времени для соблюдения режима.

При анализе характера болевого синдрома оказалось, что для групп с высоким уровнем комплаентности в большей степени характерно типичное проявление ангинозных болей. Атипичный болевой синдром чаще встречается у женщин. При сравнении частоты ангинозных приступов выявлено, что у женщин со средним уровнем комплаентностью они возникают чаще, чем у мужчин аналогичной группы. Нарушение липидного обмена более выражено в группах со средним уровнем комплаентности. Оценка ИМТ показала, что избыточная масса тела чаще встречалась у женщин. Результаты ЭКГ показали, что в группах со средним уровнем комплаентности чаще диагностировался ОКС с подъемом сегмента ST и блокады ножек пучка Гиса. По данным ЭхоКГ у женщин со средним уровнем комплаентности чаще, чем у мужчин аналогичной группы, выявлялись тяжелое ремоделирование миокарда, поражение клапанного аппарата. По результатам коронарографии у женщин со средним уровнем комплаентности чаще выявлялось многососудистое поражение и поражение ствола ЛКА.

Выводы: 1) Все три вида комплаентности женщин находятся на более высоком уровне, чем у мужчин 2) Основными причинами низкой приверженности пациентов к лечению явились хорошее самочувствие в межприступный период и отсутствие времени для соблюдения режима приема препаратов 3) Для групп с высокой комплаентностью в большей степени характерны типичные формы ангинозных болей 4) Нарушение липидного обмена более выражено в мужской и женской группах со средним уровнем комплаентности 5) В группах со средним уровнем комплаентности чаще диагностировался ОКС с подъемом сегмента ST и блокады ножек пучка Гиса 6) Ремоделирование миокарда и поражение клапанов чаще отмечались у женщин со средним уровнем комплаентности 7) У женщин чаще встречалось многососудистое поражение коронарных артерий и поражение ствола ЛКА

109 РАЗЛИЧИЯ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Баютина Д.А., Квасников А.М., Мурашко Н.А.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Введение: В настоящее время большое внимание уделяется персонализированной медицине, в частности, гендерным особенностям течения заболевания, диагностики, лечения и профилактики осложнений. Оценить состояние сосудистой стенки, как одного из органов мишеней у больных артериальной гипертензией (АГ), можно с помощью инструментальных (фотоплетизмография) и лабораторных методов.

Цель работы: изучение гендерных особенностей показателей жесткости и эластичности сосудистой стенки (AIp, SI) у больных с I и II стадией артериальной гипертензии (АГ).

Дизайн и методы: обследовано 27 больных с I и II стадией АГ (11 мужчин и 26 женщин),

средний возраст $59,6 \pm 11,5$ лет, средняя продолжительность АГ $8,5 \pm 7,6$ лет). Параметры жесткости и эластичности сосудистой стенки: индекс аугментации (AIp), индекс жесткости (SI), временной интервал между ранней и поздней систолической волной – показатель, отражающий эластичность аорты (dTPP) определялись методом фотоплетизмографии с помощью аппарата Ангиоскан Professional (2015 г, Россия). Результаты исследования обрабатывались с помощью программы Statistica 8.0.

Результаты: Включенные в исследование мужчины и женщины с АГ были сопоставимы по возрасту ($60,5 \pm 8,5$ и $56,6 \pm 11,5$ лет соответственно, $p > 0,05$), распространенности ожирения (32% и 37% соответственно, $p > 0,05$), степени артериальной гипертензии (преимущественно 3 степени) и достижению целевых уровней артериального давления (43% и 48% соответственно, $p > 0,05$) с использованием основных классов антигипертензивных препаратов. Учитывая большой вклад курения в развитие сосудистых повреждений, данный фактор риска являлся критерием исключения в нашем исследовании. При исследовании параметров жесткости и эластичности сосудистой стенки величина AIp у мужчин и женщин достоверно не различалась ($10,7 \pm 15,2$ и $13,2 \pm 18,3$ %, соответственно, $p > 0,05$). У всех больных АГ величина SI была достоверно выше общепринятых референсных значений. При оценке уровня SI в группе женщин были выявлены достоверно более низкие цифры ($8,8 \pm 1,7$ м/сек), чем в группе мужчин ($13,6 \pm 5,7$ м/сек, $p < 0,05$), тогда как временной показатель dTPP был достоверно выше у женщин, чем у мужчин ($100,3 \pm 23,43$ и $74,4 \pm 25,24$ мс, соответственно $p < 0,05$), что позволяет судить о меньшей жесткости и большей эластичности крупных артерий у женщин, чем у мужчин в группе больных АГ. Были обнаружены прямые корреляционные связи в группе женщин между SI и весом ($R=0,95$, $p < 0,05$), ИМТ ($R=0,92$, $p < 0,05$) и степенью ожирения ($R=0,90$, $p < 0,05$).

Выводы: Таким образом, полученные нами результаты показали, что в группе больных с I и II стадией АГ у женщин определяются более низкие значения параметров жесткости сосудистой стенки крупных артерий (SI), и более высокие показатели эластичности аорты (dTPP), чем у мужчин. Что в целом позволяет судить о более неблагоприятном течении АГ у мужчин, чем у женщин.

110 ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН.

Федюнина В. А., Баталин В. А.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет», Оренбург, Россия

Цель работы: изучение гендерных особенностей течения острого коронарного синдрома (ОКС) при наличии метаболических нарушений по материалам кардиологического блока регионального сосудистого центра (РСЦ) в динамике с 2013 по 2016 гг.

Проанализированы медицинские карты 5240 стационарных больных, госпитализированных в кардиологический блок РСЦ с подозрением на ОКС с января 2013 года по декабрь 2016 года включительно. Особое внимание обратили на 279 карт умерших на госпитальном этапе от инфаркта миокарда (ИМ). Кроме того, углубленно обследовано 412 пациентов, попавших в случайную 15% выборку, госпитализированных в 2014 – 2015 гг., у 372 из которых диагностировали ОКС. Среди этих пациентов избыточная масса тела (ИМТ) и ожирение констатированы у 76,2% мужчин и 79,5% женщин ($p > 0,05$). При этом наличие метаболического синдрома диагностировано у 72,7% мужчин и 77% женщин ($p > 0,05$). По анамнестическим данным сахарный диабет (СД) 2-го типа был отмечен у 18,9% мужчин и 46,1% ($p < 0,01$) женщин. Впервые СД и нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) выявлены у 5,6% мужчин и 2,6% женщин ($p < 0,05$).

Среди умерших ИМТ и ожирение при поступлении выявлены у 85,4% мужчин и 87,0% женщин ($p > 0,05$), а СД и НТГ у 50,5% и 79,5%, соответственно ($p < 0,01$).

Отягощенным оказался акушерско – гинекологический анамнез у пациенток РСЦ в 38,0%, в отличии от 12,3% ($p < 0,01$) среди женщин соответствующего возраста, госпитализированных в плановом порядке в отделения терапевтического профиля областной больницы, у которых не было ишемической болезни сердца.

В 2013 году госпитальная летальность мужчин с ИМ составила 8,2%, женщин – 23,4% ($p < 0,01$), в 2014 году - 8,8% и 20,8%, соответственно. Госпитальная летальность в 2015 и 2016 годах достоверно не различалась, составляя 7,33% у мужчин и 11,61% - у женщин. Основной причиной этого считаем возросшую «инвазивную» активность лечения и выравнивание гендерных её различий: с 48,0% у мужчин и 28,9% женщин в 2013 году до 66,1% и 70,5%, соответственно, в 2016 году.

Таким образом, группой особо высокого риска среди пациентов с ОКС являются женщины, особенно при нарушениях углеводного обмена и отягощенным акушерско – гинекологическом анамнезе. Более частые метаболические нарушения у женщин с ОКС, по – видимому, обуславливают и больший риск летальности, даже несмотря на более активную инвазивную лечебно – диагностическую тактику.

111

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Гниломедова Д. А^{1.}, Лексина А. А^{1.}, Черепанова Н. А^{2.}, Муллова И. С^{1,2.}, Дупляков Д. В^{1,2.}

¹ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», Самара, Россия,

²ГБУЗ СО «Самарский областной клинический кардиологический диспансер», Самара, Россия

Актуальность проблемы тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) обусловлена не только трудностью диагностики и высокой летальностью, но и тяжестью течения заболевания с тенденцией к рецидивирующему течению.

Целью исследования является оценка приверженности пациентов к терапии на амбулаторном этапе.

Материалы и методы. Ретроспективно были изучены 348 историй болезни пациентов с диагнозом ТЭЛА (верифицирована посредством компьютерной томографии или ангиопульмонографии), находившихся на стационарном лечении с 2009 по 2015 гг. Проспективному наблюдению оказалось доступно 108 пациентов: из них 55 женщин и 53 мужчин, средний возраст которых составил 57,3 лет. В ходе работы проанализированы данные анамнеза пациентов, факторы риска, проведенное стационарное лечение, рекомендации при выписке, а также данные об амбулаторном лечении пациентов, полученные путем телефонного опроса.

Результаты. Летальность на амбулаторном этапе составила 23,4%. Рецидив ТЭЛА наблюдался в 7,4% случаев. При выписке 107 пациентам был рекомендован прием антикоагулянтов, из которых варфарин назначен 93 пациентам, ривароксабан- 12 пациентам, а дабигатран- 2 пациентам. Из 93 пациентов с рекомендациями пожизненного приема варфарина - амбулаторно принимают 65 человек (69,9%), отказались от приема - 9 человек, перешли на НОАК в связи с кровотечениями- 12 человек, препарат отменен в связи с кровотечениями у 1 человека. Ривароксабан был рекомендован 12 пациентам, среди которых продолжают принимать 8 человек(66,6%), 1 пациент через год перешел на гепарин и 1 пациент самостоятельно отменил в связи с кровотечениями. Дабигатран был назначен 2 пациентам, принимают на данный момент 5 человек. Частота кровотечений на фоне приема варфарина составила 46,2%, на фоне НОАК -31,8%. Рекомендации по ношению эластического трикотажа выполняют 84,5% пациентов. На диспансерном наблюдении у кардиолога находятся 62,9% пациентов, у флеболога – 11,1%. Показатели МНО контролируют 89,2% пациентов. Исследование на тромбофилию показано

20 пациентам, среди которых выявили патологию 13 пациентов (65%). Улучшение самочувствия наблюдалось у 70% пациентов. Гиподинамию отмечают 24% пациентов.

Заключение. Таким образом, в ходе нашей работы было выявлено, что ТЭЛА – грозное заболевание с высокой летальностью (23,4%). При условии 99% рекомендаций приема антикоагулянтов была выявлена довольно высокая приверженность к приему варфарина (70%) и 100% приверженность лечения ривароксабаном и дабигатраном. Однако наблюдалась недостаточная приверженность к выполнению рекомендаций по ношению эластического трикотажа (85%), диспансерного наблюдения (63% у кардиолога и 11% у флеболога) и контроля МНО (89%), что является фактором риска рецидива и летальности ТЭЛА на амбулаторном этапе. Высокая частота кровотечений на фоне приема варфарина (46,2%) приводит к вынужденной смене препарата на НОАК или к самостоятельной отмене.

РАЗДЕЛ XV. РАЗНОЕ

112 AGE-RELATED CLINICAL FEATURES AND SOME PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS IN CANCER PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR PATHOLOGY

Vologdina I. V¹., Poroshina E. G²., Pestereva E. V³.

¹Federal State Institution, Russian research centre for radiology and surgical technologies, Ministry of Health of the Russian Federation, Санкт-Петербург, Россия,

²Northwestern State Medical University named after I. I. Mechnikov, Санкт-Петербург, Россия,

³N.N. Petrov Research Institute of Oncology, Санкт-Петербург, Россия

Background: Cardiovascular disease exert independent negative effects on psychosomatic status of elderly patients. Cancer for these patients is the second pathology that threatens the life. The influence of cancer combined with cardiovascular disease on the psychological and somatic status not been studied.

Methods: 57 patients with cancer of different localization were examined at the stage of preparation for repeated chemoradiotherapy. All patients showed concomitant pathology in the form of arterial hypertension and / or ischemic heart disease. In 1 group included 24 patients aged 41 to 59 years, in group 2 of 33 patients from 60 to 78 years. The groups were comparable in terms of the underlying disease and the severity of the cardiovascular pathology. The duration of oncological disease was 8.2 ± 1.8 months. Patients were examined with ECG and echocardiogram. The following tests and scales were used: test TOBOL for studying the issues of patients' reaction to disease, Spielberger-Khanin scale to monitor level of anxiety, HADS, MMSE.

Results: In both groups, the ejection fraction was retained (EF 50%). Diastolic dysfunction was detected in a restrictive manner. In patients of the second group, asymptomatic rhythm disturbances were significantly more often detected: in 33% of patients in group 1, compared with 76% in patients of the 2nd group (Chi-square 5.38, exact double-sided Fisher test 0.0167). Against the background of discirculatory encephalopathy, in 2% of the patients in the MMSE test, a moderate cognitive deficit ($p < 0.05$) was significantly more likely in 76% of patients. Indices of personal anxiety on the Spielberger - Khanin scale in patients of the second group were also significantly higher ($p < 0.05$). In these patients,

subclinical depressive symptoms were more common ($p < 0.05$). When analyzing the content characteristics of the harmonious and ergopathic types of reactions, it is impossible to exclude elements of anosognosia. In the first group, the ergopathic component was more pronounced ($p = 0.03$): with a maladaptive attitude towards the disease, it was present in the structure of mixed and diffuse types. 67% of the patients in this age group had work that was a sign of their well-being, a continuation of life. Patients of the 2nd group had a more pronounced anosognosic component ($p = 0.041$), which was combined with dysphoric, egocentric, paranoid components and had a correlation with the severity of cognitive dysfunctions ($p < 0.01$). Against the backdrop of euphoria in relation to their condition, patients are characterized by affective rigidity, a tendency to build rigid concepts regarding the course and treatment of the disease, which is largely related to their living conditions (loneliness, retirement).

Conclusion: Age has a significant influence on the perception of the disease and the adaptation of cancer patients with combined cardiovascular pathology.

113 ЦЕНТРАЛЬНАЯ И ПЕРЕФЕРИЧЕСКАЯ ГЕМОДИНАМИКА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Кислухин В. В.

Москва, Россия

Введение. Оценка центральной гемодинамики и микроциркуляции предполагает применение математических методов для интерпретации данных доставляемых специальным оборудованием. В первую очередь речь идет о методе разведения индикатора, применяемого для нахождения сердечного выброса (СВ), объема циркулирующей крови (ОК) и других параметрах. Например наличие внутрисердечных сбросов крови или при гемодинамике одножелудочкового сердца исключают обработку кривых разведения используемую для интактного сердца. Укажем на проблемы анализа Лазер-Допплер флоуграммы (ЛДФ), используемых для оценки периферического кровотока.

Цель сообщения: 1. Представить оборудование, позволяющее мало инвазивно получать кривые разведения и представить основания по которым можно измерять СВ, оценивать состояние внутрисердечных шунтов и другие показатели. 2. Привести цифры характеризующие центральную гемодинамику до и после хирургической коррекции 3. Предложить метод, использующий случайное блуждание, для анализа ЛДФ, позволяющий оценивать качество микроциркуляции и привести результаты применения.

Методы. Для метода разведения индикатора использовался CO-Status (Transonic Systems Inc, Ithaca, USA). Инъекция индикатора (0.9% NaCl) производилась в венозный конец пластиковой трубки, соединяющей системную артерию, обычно лучевую, с яремной или брюшной веной. Кривая разведения регистрировалась датчиком, расположенным на артериальном конце трубки. Ток крови по трубке обеспечивается насосом с производительностью 10 мл/мин. Объем инъекции зависел от веса пациента и был 0.5 мл/кг веса. Для оценки микроциркуляции использовался спектр ЛДФграммы, записанной ЛАКК-М (ЛАЗМА, Москва). Физиологический базис (математическая модель) строилась с принятием следующих характеристик ССС а) в сердечных камерах происходит смешивание крови б) в сосудах между сердцем и микроциркуляцией происходит, в основном, перенос крови, с) в системе микроциркуляции кровь движется неравномерно и есть значительный разброс длин микрососудов. Основываясь на этих предположениях строится математическая модель циркуляции крови, позволяющая создать алгоритмы обработки реальных кривых.

Результаты. Аппробация алгоритмов на модели позволили создать алгоритмы получения СВ, ОК и внутрисердечных шунтов, а также оценивать состояние периферической микроциркуляции. В результате были получены следующие данные (1) Полный выброс левого желудочка, нормированный на поверхность тела, менялся от 2.0 до 10 л/мин/м². После хирургии разброс становился от 3 до 5 л/мин/м² (n=500). Анализ распознающего шунты алгоритма показал, что качественная оценка сброса (малый, до 0.5*СВ; средний, до СВ и выраженный, больше СВ) осуществляется с 95% надежностью. (2) Скорость вагзмовций (сигнал зарегистрирован на коже) менялся от 0.01 до 0.2 Гц

Выводы: Использование математического описания патологической циркуляции крови позволяет создать алгоритмы, позволяющие оценивать СВ, ОК, внутрисердечные сбросы у больных с врожденными пороками сердца, а также оценивать состояние периферической микроциркуляции.

114 ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ГОРНОЙ ШОРИИ: ДИНАМИКА И ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ

Цыганкова Д. П.¹, Мулерова Т. А.¹, Огарков М. Ю.¹, Саарела Е. Ю.², Казачек Я. В.¹, Барбараш О. Л.¹

¹НИИ КПССЗ, Кемерово, Россия,

²ФГБНУ КемГМУ, Кемерово, Россия

Введение. Распространенность сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в России значительно выше, чем в большинстве европейских стран и показатели смертности вследствие данной проблемы являются одними из наиболее высоких в мире. Успешная ранняя профилактика поведенческих факторов риска (ФР) ССЗ (нарушение пищевого поведения, курение и злоупотребление алкоголем) могла бы повлиять на сложившуюся ситуацию.

Цель: оценить динамику показателей основных поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (нарушение пищевого поведения курение и злоупотребление алкоголем) в период последнего десятилетия у жителей Горной Шории, в связи с изменившимися условиями проживания.

Материалы и методы. Сплошным методом во время первого этапа (1998-2002 гг.) было обследовано 1215 жителей, во время второго этапа (2012-2015гг) – 788 жителей. Все респонденты были разделены по возрастным, половым и этническим группам. Программа включала: заполнение индивидуальных анкет, которые содержали информацию об особенностях рациона питания, наличие вредных привычек (курение, употребление алкоголя). Статистическая обработка данных проведена с применением прикладных программ STATISTICA 10.0.

Результаты. При изучении стереотипов пищевого поведения было выявлено, что женщины и мужчины-шорцы придерживались второго стереотипа пищевого поведения (42,4% и 50,0%, соответственно), женщины-не шорки – первого (43,8%). Одинаковое количество мужчин некоренной национальности (по 38,6%) придерживались второго и третьего стереотипа пищевого поведения (p=0,001). Распространенность курения среди шорок увеличилась статистически значимо (с 16,7% до 27,7%), в основном за счет когорты лиц 50-59 лет (p=0,047). Среди не шорок

наблюдалась аналогичная ситуация: распространенность курения увеличилась с 13,3% до 31,3%, за счет групп 30-39 лет ($p=0,004$), 40-49 лет ($p=0,005$) и 50-59 лет ($p=0,009$). Среди мужчин-шорцев наблюдалось статистически значимое уменьшение количества курящих с 69,8% до 46,1%, за счет возрастных групп 18-29 лет ($p=0,001$), 40-49 лет ($p=0,027$), 50-59 лет ($p=0,010$). Среди мужчин-не шорцев также наблюдалось статистически значимое уменьшение количества курящих лиц к 2015г. с 68,9% до 50,7% ($p=0,003$), однако, во всех возрастных группах различия не достигали статистической значимости. Статистически значимо увеличилось количество женщин-не шорок не употребляющих алкоголь в возрасте 18-29 лет (с 4,5% до 41,7%, $p=0,001$) и 40-49 лет (с 10,9% до 32,0%, $p=0,013$). Среди мужчин-шорцев, не употребляющих алкоголь статистически значимо уменьшилось количество лиц в возрасте 70 лет и старше (с 65,5% до 10,0%, $p=0,010$). Среди людей, употребляющих алкоголь в умеренных количествах уменьшилось количество женщин-не шорок в возрасте 40-49 лет (с 81,6% до 56,0%, $p=0,005$), мужчин-шорцев 18-29 лет (с 87,4% до 47,1%, $p=0,001$) и мужчин некоренной национальности 60-69 лет (с 75,0% до 44,4%, $p=0,038$), но увеличилось в возрасте 70 лет и старше (с 23,0% до 70,0%, $p=0,039$). В группе лиц мужчин-шорцев 18-29 лет, злоупотребляющих алкоголем было обнаружено статистически значимое увеличение за последние 15 лет (с 7,6% до 29,4%, $p=0,040$). В остальных возрастных группах статистически значимых изменений выявлено не было.

Обсуждение. Полученные результаты указывают на то, что коренные жители практически перестали следовать традициям в питании. Ежедневный рацион современного жителя Горной Шории состоял в основном из картофеля, хлеба и мяса. У мужчин-шорцев было выявлено снижение табакокурения у лиц молодого и среднего возраста, и зафиксировано увеличение количества лиц, злоупотреблявших и употреблявших алкоголь в умеренных количествах. В то же время у шорок было определено увеличение количества курящих лиц только в возрасте 50-59 лет.

Заключение. Коренные жители больше не придерживаются традиционным принципам питания, увеличилась распространенность курения среди женщин и злоупотребление алкоголем среди мужчин, что может привести к дальнейшему росту ССЗ и их ФР.

115 СТРУКТУРА И ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Тимощенко О. В.

Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины - филиал Федерального государственного бюджетного научного учреждения, Новосибирск, Россия

Сотрудники Научно-исследовательского института терапии и профилактической медицины многие годы занимаются изучением заболеваемости и смертности населения Сибири. Для анализа смертности использовали данные Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации (РФ).

В Новосибирской области (НСО) коэффициент смертности от всех причин в период 1990х годов составил 10,8:1000, что близко к общероссийским – 11,2:1000. С 1990 г., когда начались социально-экономические преобразования в стране, смертность резко выросла, максимально до 16,1:1000 в 1995 году. В последующие годы она сохранялась высокой с некоторой вариабельностью. С 2005 г. смертность в НСО начала отчетливо уменьшаться до 13,6:1000 в 2012 г. (на 16%). Эта динамика областного показателя подобна общероссийской – 13,3:1000 в 2012 г. (-17%). Уменьшение коэффициента общей смертности происходит в указанные годы в основном за счет сокращения смертности по двум основным классам причин смерти: болезни системы кровообращения и внешние причины.

В Новосибирской области общая сердечно-сосудистая смертность в 2005 г. была 8,4:1000, к 2012 г. она сократилась до 7,7:1000 (-9%). Смертность от злокачественных новообразований за те же годы существенно не изменилась: в 2005 г. она составляла 2,2:1000, в 2012 г. – 2,1:1000. В то же время значительно сократилась смертность от всех причин: ее коэффициент в 2005 г. был 2,3:1000, в 2012 г. – 1,4:1000 (-38%). Этот процент тренда близок к общероссийским. Динамика коэффициента смертности отмечена еще в одном классе причин смерти – заболевания органов дыхания, который также изменился за указанные годы с 0,62 до 0,46:1000, т.е. на 25%.

Заключение. Высокая смертность населения НСО в период 1990-2005 годы начала снижаться с 2005 года, сократившись к 2012 г. на 16%. Ее уменьшение отмечено за счет так называемых «внешних причин», меньше за счет кардиоваскулярных (9%) и легочных заболеваний (25%).

116 ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОТ ВСЕХ ПРИЧИН В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Тимощенко О. В.

Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины - филиал Федерального государственного бюджетного научного учреждения, Новосибирск, Россия

Сотрудники Научно-исследовательского института терапии и профилактической медицины многие годы занимаются изучением заболеваемости и смертности среди населения Сибири. Для анализа смертности использовались данные Федеральной службы государственной статистики.

В Новосибирской области коэффициент смертности от всех причин в период 1980-89 гг. сохранялся на уровне 11,0-11,3:1000. В этот период, как известно, активировалась противоалкогольная компания, особенно активно и по разным каналам продвигаемая в 1986-87 гг. Противоалкогольная компания – (ее инициатором был Президент М.С.Горбачев) – как бы о ней не отзывались, несомненно, способствовала сокращению продажи алкоголя и различных алкоголь-ассоциированных событий и сокращению смертности. Такое снижение было констатировано и у мужчин, и у женщин. Но с 1991 г., когда начались социально-экономические преобразования в стране и были сняты все алкогольные запреты, потребление алкоголя, а вскоре и смертность в стране резко взлетели. Пик ее подъема пришелся на 1994-95 годы с последующим некоторым снижением при небольшой вариабельности. У мужчин в эти годы коэффициент смертности возрос в среднем на 23%, у женщин – на 16%. В последующие годы отмечено некоторое снижение и вариабельность в диапазоне 13,0 – 15,0:1000, с подъемом в первое пятилетие 2000 годов, когда алкоголь лился рекою. Безусловно, все это вызвало немалую тревогу у населения и Правительства. Последним предпринят ряд конкретных мер: 2005 г. – ограничение производства и продажи алкоголя; 2008 г. – запрет рекламы; 2010 г. – принята национальная специальная противоалкогольная программа до 2020 г.; 2011-16 годы – ряд дополнительных запретных мер. Смертность в стране с 2006 года начала отчетливо уменьшаться, особенно среди мужчин, число смертельных алкогольных психозов за 10 лет (2005-15 гг.) сократилось с 52 до 20:100000. Несомненно, уменьшение коэффициента смертности от всех причин обязано не только противоалкогольным мероприятиям и это не только заслуга Правительства. В эти годы в стране улучшилось социально-экономическая обстановка, качество жизни и медицинская помощь основной части населения. Сокращение смертности – интегральный результат комплексных преобразований в Российской Федерации. Годовая динамика коэффициента общей смертности в Новосибирской области подобна средним по общероссийским показателям.

117 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ДВУХ ГОРОДОВ – ЯКУТСКА (РФ) И ВАНКУВЕРА (КАНАДА)

Петрова М. Н., Гоголева С. П., Неустроева М. Г.

Клиника Северо-Восточного федерального университета, Якутск, Россия

Введение. Согласно рекомендациям ВОЗ, человек должен проходить пешком ежедневно не менее 10000 шагов. 15 минут ходьбы пешком в среднем темпе сжигают около 60 ккал, ведут к ускорению обмена веществ организме, предотвращая развитие нарушений углеводного (сахарный диабет) и жирового обмена (атеросклероз, метаболический синдром); активизируется процессы обмена в миокарде.

Цель: выявить основные тренды в отношении ежедневной физической активности населения разных городов.

Задачи:

1. Выявить гендерные и возрастные отличия в уровне ежедневной физической активности;
2. Определить ведущие факторы, ограничивающие физическую активность городского населения;

Объекты: 148 человек в возрасте 18-78 лет, проживающих в г. Якутске (РФ) и в г. Ванкувере (Канада).

Методы: анкетирование 100 человек, проживающих в Якутске [18;78] и 48 человек, проживающих в Ванкувере [18;70]

Результаты: мужчины реже совершают пешие прогулки (33% в Якутске и 42% в Ванкувере), и предпочитают поездки на личном транспортном средстве – 71% опрошенных водителей в Якутске принадлежит к мужскому полу, в Ванкувере процент составил 65%.

Большая часть опрошенных (77% в Якутске и 68% в Ванкувере) испытывают недостаток в физической активности. Наиболее распространенной причиной невозможности совершения прогулок в 10000 шагов ежедневно для жителей Якутска стало наличие личного средства передвижения в виде автомобиля (42%). Большая часть опрошенных (49%), проживающих в Ванкувере указала на недостаточное количество времени. Наибольший процент лиц, выполняющих ежедневную норму в Якутске был выявлен в группе 18 до 25 лет – 38%. Показатели в Ванкувере были примерно одинаковы сразу в двух исследуемых группах – 34% и 36% у лиц юношеского и молодого возраста соответственно. Доля лиц, совершающих пешие прогулки 3 и более раз в неделю, в Якутске составила 22%, в Ванкувере – 30%.

Выводы:

1. Мужская часть обследованных лиц реже передвигается посредством пешей ходьбы;
2. Наиболее распространенные факторы, препятствующие выполнению исследуемыми ежедневной нормы в 10000 шагов, являлись недостаток времени, а также наличие личного транспортного средства;
3. Наиболее физически активной группой являлась группа исследуемых лиц в возрасте от 18 до 25 лет;
4. Жители Ванкувера в целом преодолевают расстояния большие, чем жители Якутска;

Заключение. Показан высокий уровень гиподинамии во всех исследуемых группах. Можно порекомендовать использовать различные приложения для мобильных телефонов, использовать электронные браслеты для подсчёта дистанций. Также полезны будут пешие прогулки несколько раз в неделю, например, после работы или в выходные дни, устраивая специальные прогулки по

городу и т.д., а также просто заменив общественный или личный транспорт пешей ходьбой.

Практические рекомендации. Для достижения наиболее полезного эффекта ходьбы, следует совершать пешие прогулки регулярно, по возможности ежедневно. Рекомендуемая скорость – 4-7 км/ч. Время и интенсивность прогулок рекомендуется постепенно увеличивать, начиная от 30 минут в день, достигая 1 часа через несколько недель/месяцев. Наиболее полезными считаются прогулки не менее 3-4 раз в неделю длительностью около 1 часа. Перед и после каждой прогулки необходимо проводить контроль пульса, а лицам с патологией сердечно-сосудистой системы – пульс вместе с АД. Показания ЧСС не должны превышать 120-150 ударов в минуту.

Построены маршруты по достопримечательностям г. Якутска: площадь Победы, памятник П.И.Бекетову, Преображенская Церковь, площадь Ленина, Парк культуры и отдыха, Государственный театр оперы и балета, Северо-Восточный федеральный университет имени М.К.Аммосова, спорткомплекс Триумф = 10050 шагов (6700 м); то же расстояние в 10000 шагов можно преодолевать, следуя реальным маршрутам студентов мединститута, проживающий в общежитии (6700 м).

118 ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГРАВИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

Рябов А. Е¹., Акулов С. А²., Федотов А. А²., Яшков А. В¹., Егорова Е. В¹., Кулагин Е. С¹.

¹*Клиники Самарского государственного медицинского университета, Самара, Россия,*

²*СНИУ имени академика С.П. Королева, Самара, Россия*

Среди физиотерапевтических методов особое место занимает гравитационная терапия [1].

Целью нашего исследования стало изучение возможности применения компьютерной объемной сфигмографии (КОСГ) и фотоплетизмографии (ФПГ) для диагностики изменений кровообращения при проведении гравитационной терапии (ГрТ).

Материалы и методы. Обследовано 12 больных с костно-суставными изменениями нижних конечностей (несращенные переломы, замедленная консолидация костных отломков, состояния после реконструктивных операций на нижних конечностях) без ИБС, хронической сердечной недостаточности, сахарного диабета, облитерирующего атеросклероза сосудов, бронхообструктивной патологии (группа 2, средний возраст 47 лет). Допускалось наличие мягкой артериальной гипертензии. Помимо общеклинического обследования, каждому из них выполнены: КОСГ с голени [2], ФПГ с пальцев кисти и стопы. В качестве сравнения использовались показатели 12 практически здоровых лиц (группа 1, средний возраст 26 лет). Каждый испытуемый проходил сеанс ГрТ (средняя продолжительность 9 минут с частотой вращения 35-38 оборотов в минуту). Сотрудниками Самарского национального исследовательского университета имени С.П. Королева разработан прибор, позволяющий регистрировать ФПГ, ЭКГ и измерять артериальное давление на плече и голени в ходе проведения ГрТ. Измерялись показатели ФПГ до, в середине и в конце сеанса. В частности, коэффициенты b/a (соотношение амплитуд начальных максимума и минимума второй производной ФПГ) и FF (коэффициент формы ФПГ). Показатели КОСГ с голени оценивали до и после сеанса ГрТ.

Результаты. Анализ результатов КОСГ с голени показал достоверное увеличение работы сосудистой стенки в систолические фазы оттока после сеанса ГрТ в обеих группах, однако в группе 2 прирост оказался на 22% меньше. По нашему мнению, это может быть связано с артериальной гипертензией у больных в группе 2. Коэффициент b/a по модулю оказался

достоверно выше с нижней конечности. Прирост этого показателя в ходе сеанса ГрТ также был достоверно выше на стопе в обеих группах. Коэффициент FF, наоборот, во время сеанса ГрТ незначительно снижался на кисти и стопе, причем в большей степени на верхней конечности.

Заключение. Основу лечебного эффекта ГрТ составляет сочетанное воздействие умеренных величин повышенной гравитации и дозированной физической нагрузки на нижние конечности. При вращении пациентов на центрифуге под влиянием центробежных сил происходит перемещение массы крови из сосудов, расположенных в верхней части тела, в сосуды брюшной полости, малого таза и нижних конечностей. Такое перераспределение способствует активизации кровообращения в нижних конечностях, изменяет метаболизм тканей и осуществляет вегетативную регуляцию важнейших систем организма. КОСГ и ФПГ можно применять для оценки сосудистых изменений во время сеансов ГрТ и коррекции режимов проводимого лечения.

119 КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Садреева С.Х., Зинатуллина Д.С.

ФГБОУ ВО СамГМУ, Самара, Россия

Качество медицинской помощи (КМП) в современном российском здравоохранении диктуется необходимостью выполнения требований статьи 87 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Основная цель экспертизы КМП на догоспитальном этапе (ДЭ)-обеспечение гарантий предоставления на уровне скорой медицинской помощи (СМП) экстренных и неотложных мероприятий надлежащего качества. В 2016 году СМП населению Самарской области оказывалась 656 бригадами, включая 84 врачебные (12,8%) и 572 фельдшерские (87,2%), было обслужено 773162 обращения населения (взрослые составили 81,6%). Основным документом, по которому проводится экспертиза КМП на ДЭ, является карта вызова СМП. Факторы, понижающие экспертную оценку качества, связаны с дефектами по оформлению карты вызова, сбору информации о пациенте, объему физикального обследования и лечебных мероприятий, тактике медицинской эвакуации и маршрутизации, вопросам преемственности.

Статистика вызовов по поводу сердечно-сосудистых заболеваний за последние годы: в 2016 году выполнено 3525 вызовов к больным с острым и повторным инфарктом миокарда, в 2015 – 3487, в 2014 – 3266. В 2016 году - по данным регистра 15609 вызовов было по поводу ОКС (регистр начал работать с 2015 года), из них 72,4% - 11292 со временем доезда до 20 мин. Госпитализировано в стационары при ОКС с подъемом ST 3606 человек. В 2016 году тромболитическая терапия (тенектоплаза) проведена в 197 случаях (5,6 %), а в 2015 году в 317 случаях. Снижение догоспитального тромболитизиса связано с перерегистрацией препарата тенектеплаза в РФ и, соответственно, поздними торгами по закупке тромболитика.

Из анализа отчетов работы Самарской ССМП установлено, что вызовов по поводу гипертонических кризов (ГК) выполнено в 2016–35765 (13,16%) (в 2014–38906 (14,38%), в 2015–36891(13,47%)). С целью выявления дефектов КМП и соответствия стандарту скорой медицинской помощи при гипертонии, утвержденного Приказом МЗ РФ № 470н от 05.07.2016 г., проведен анализ по 258 картам вызовов СМП к больным с ГК за октябрь 2016 года. Средний возраст больных 53,6±11,3 лет, женщин – 76%, мужчин – 24%. Среднее время доезда на вызов 22±12,3 мин., нахождения на вызове 39±11,3 мин.. Информированное согласие на медицинское

вмешательство оформлено в соответствии с ФЗ № 323 в 87,6 % карт. При сборе информации, физикальном обследовании, включая оценку неврологического статуса, шкалы ком Глазго, АД, ЧД, ЧСС и т.д.-данные собраны в соответствии со стандартом в 97,7%. ЭКГ снято у 95,3% пациентов, заключение ЭКГ зафиксировано лишь в 69,5% картах, пульсоксиметрия проведена в 89,5%. При купировании ГК в 68,9 % случаев применялся один гипотензивный препарат: у 62,9% эналаприлат (энап Р); у 18,5% магния сульфат; у 10,7% урапидил (эбрантил); у 7,9 % эгилок. В 31,1% случаев применяли два препарата: эналаприлат + магния сульфат или эгилок + эналаприлат.

В последнее время сформирована соответствующая нормативно-правовая база, регламентирующая осуществление контроля КМП в службе СМП. КМП больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями является важной составляющей безопасности и эффективности медицинской помощи.

120 ОЦЕНКА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ФАКТОРАМИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА СРЕДИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ

Кулёва А. А., Веселковский В. А., Кулешов Б. А.

ФГБОУ ВО ЮУГМУ, Челябинск, Россия

Введение. Реализация факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), а также влияние тревожно-депрессивной симптоматики начинается в подростковом и молодом возрасте, поэтому актуальным является изучение данных факторов среди молодежи, в том числе учащихся средних учебных заведений.

Цель. Изучить взаимосвязь тревоги и депрессии с основными факторами кардиоваскулярного риска среди учащихся медицинского колледжа Южно-Уральского Государственного Медицинского Университета (ЮУГМУ).

Материалы и методы. В ноябре 2016 года было обследовано 276 учащихся колледжа ЮУГМУ, средний возраст $19,7 \pm 2,5$ лет (мужчин – 14,9%, женщин – 85,1%). Уровень тревоги и депрессии оценивался по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS (1983). Оценка курения, употребления алкоголя, уровня физической активности, статуса питания проводилась по опроснику CINDI (1996). Проводилось измерение роста, веса, окружности талии, расчет индекса массы тела Кетле (ИМТ, $\text{кг}/\text{м}^2$) с оценкой по рекомендациям ВОЗ (2000). Измерение артериального давления и выявление артериальной гипертензии (АГ) проводилось по российским рекомендациям (2013). Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы SPSS 20.0. Данные представлены в виде $M \pm \sigma$; для оценки достоверности различий использовался тест χ^2 Пирсона и точный критерий Фишера; для оценки независимой ассоциации тревоги и депрессии и ФР ХНИЗ применялся метод множественной логистической регрессии. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В общей популяции учащихся медицинского колледжа распространенность тревоги составила 37,7% (субклинического уровня – 24,3%, клинического уровня – 13,8%); депрессии – 20,3% (субклинического уровня – 16,3%, клинического уровня – 4,0%). Гендерных различий не выявлено. Частота встречаемости тревоги клинического уровня достоверно выше у старшекурсников в сравнении с учащимися младших курсов (19,4% и 10,6% соотв., $p < 0,05$). Среди лиц с тревогой достоверно выше распространенность АГ и избыточного употребления соли; среди лиц с депрессией – предожирения, абдоминального ожирения, низкой физической

активности, нерационального питания, недостаточного употребления овощей и фруктов, низкого балла успеваемости (3,0-3,4). По результатам множественной логистической регрессии, риск тревоги увеличивается при наличии АГ (в 5,3 раза), избыточного употребления соли (в 2,0 раза) и уменьшается при употреблении алкоголя в малых дозах (в 2,0 раза). Вероятность депрессии увеличивает наличие ИМТ \geq 25,0 кг/м² (в 3,9 раза), абдоминального ожирения (в 2,6 раза), низкой физической активности (в 2,2 раза), нерационального питания (в 3,0), недостаточного употребления овощей и фруктов (в 2,6 раза), среднего балла успеваемости ниже 3,9 (в 2,5 раза). В свою очередь, протективным эффектом в отношении депрессии обладает средний балл успеваемости выше 4,5, уменьшающий риск ее развития в 2,6 раза.

Выводы. 1. Выявлена высокая распространенность тревоги (37,7%) и депрессии (20,3%) среди учащихся медицинского колледжа ЮУГМУ. 2. Частота встречаемости тревоги клинического уровня достоверно выше у старшекурсников в сравнении с учащимися младших курсов. 3. Риск тревоги увеличивается при наличии АГ и избыточного употребления соли, и уменьшается – при употреблении алкоголя в малых дозах. Риск депрессии увеличивает ИМТ \geq 25,0 кг/м², абдоминальное ожирение, низкая физическая активность, нерациональное питание, недостаточное употребление овощей и фруктов, низкий средний балл успеваемости (\leq 3,9), уменьшает – высокий средний балл успеваемости (\geq 4,5).

121 ФАКТОРЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА И МЕДИКО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ИХ КОРРЕКЦИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Гаврилова Е. С., Яшина Л. М.

ФГОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, Россия

В молодежной популяции наиболее значимо влияние факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), поэтому актуальным является разработка и реализация программ профилактики ССЗ среди лиц молодого возраста.

Цель. Оценить эффективность влияния обучения в «школе здоровья» на профили основных ФР ССЗ среди студентов Южно-Уральского Государственного Медицинского Университета (ЮУГМУ).

Материалы и методы. Проведено сплошное эпидемиологическое обследование студентов 6 курса ЮУГМУ в период с 2010 по 2014 год. Всего обследовано 1556 студентов (мужчин – 29,5%, женщин – 70,5%), средний возраст – 23,2 \pm 1,7 лет. Оценка ФР ХНИЗ проводилась по опроснику CINDI, ВОЗ (1996). Проводилось измерение роста, веса, окружности талии (ОТ), расчет индекса массы тела (ИМТ) Кетле (кг/м²). Оценка ИМТ и ОТ проводилась по рекомендациям ВОЗ (2000). Уровень тревоги и депрессии оценивался согласно госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS (1983). Далее методом случайных чисел была сделана выборка в размере 217 респондентов, которым проведены исследования параметров липидограммы, содержания конечных метаболитов оксида азота и лептина в сыворотке крови. Все студенты с выявленными факторами риска методом простой рандомизации были разделены на 2 группы по 42 человека, группы сопоставимы по полу и возрасту. В первой группе проводилось обучение в «школе здоровья» по рекомендациям ГНИЦ Профилактической медицины (8 занятий в течение учебного семестра, по 1 занятию в неделю), в другой обучение не проводилось; повторная оценка параметров ФР ССЗ в обеих группах выполнялась через 6 месяцев. Статистический анализ материала проводился с помощью программы SPSS версия 20.0. Вариационные ряды проверяли на нормальность распределения с использованием критериев Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилка. Данные представлены в виде $M\pm\sigma$ - при параметрическом распределении, Me (25-75%) - при непараметрическом распределении. Для сравнения количественных показателей двух зависимых выборок использовался t-критерий в случае параметрического распределения совокупностей и критерий знаковых рангов Уилкоксона в случае

непараметрического распределения. Для оценки независимой ассоциации ФР ССЗ с гиперлептинемией применялся метод множественной логистической регрессии. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В популяции выпускников ЮУГМУ установлена высокая распространенность активного (25,6%) и пассивного (56,6%) курения, употребления алкоголя (79,7%), гиподинамии (66,8%), нерационального питания (72,9%), абдоминального ожирения (АО) (18,1%), дислипидемии (18,4%), дефицита конечных метаболитов оксида азота (46,4%), гиперлептинемии (49,0%), синдрома тревоги (25,6%). По результатам множественной логистической регрессии выявлено, что риск гиперлептинемии увеличивают: отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям – в 1,9 раз, ИМТ $\geq 25,0$ кг/м² – в 3,9 раз, АО – в 5 раз, дефицит нитрат-аниона – в 1,8 раз, гиперурикемия – в 2,6 раз; риск гиперлептинемии уменьшают: ИМТ в пределах нормы (18,5-24,9 кг/м²) – в 2,7 раз, высокий средний балл успеваемости ($\geq 4,5$) – в 3,3 раза. Установлено, что обучение респондентов в «школе здоровья» сопровождалось достоверным снижением количества выкуриваемых в сутки сигарет – в 2 раза (с 10,0 (7,0 – 15,0) и 5,0 (2,7 – 9,2) шт. , $p < 0,01$); количества чистого этанола, употребляемого в сутки – практически 2 раза (с 6,7 (2,3 – 9,5) мл и 3,6 (2,1 – 7,1) мл, $p < 0,0001$), уменьшением ОТ (с $85,3 \pm 10,3$ до $82,6 \pm 9,2$ см, $p < 0,0001$), ИМТ (с $25,7 \pm 3,8$ до $24,8 \pm 3,2$ кг/м², $p < 0,0001$), снижением уровня тревоги (с $4,9 \pm 3,6$ до $3,5 \pm 2,3$ баллов, $p < 0,0001$) и депрессии (с $3,3 \pm 3,0$ до $2,0 \pm 1,7$ баллов, $p < 0,0001$).

Выводы. 1. В популяции выпускников медицинского ВУЗа выявлена высокая распространенность основных ФР ССЗ. 2. Обучение студентов в «школе здоровья» приводит к достоверному снижению профилей основных ФР ССЗ.