



Российское кардиологическое общество

4-Й МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ

“РОССИЙСКИЕ ДНИ СЕРДЦА”

21-23 апреля 2016, Санкт-Петербург

МАТЕРИАЛЫ ФОРУМА

заболеваний. При этом в исследования включаются чаще обследуемые пожилого и даже старческого возраста.

Цель. Оценить комплексные показатели качества жизни у молодых людей при наличии у них артериальной гипертензии первой степени и прегипертензии.

Материал и методы. Обследовано 111 юношей в возрасте от 20 до 25 лет с помощью анкеты SF-36, включающей два модуля физического и ментального здоровья, каждый из которых в свою очередь состоит из модуля “физический компонент здоровья” и модуля “психологический компонент здоровья”. 1. Шкалы, составляющие, физический компонент здоровья (Physical Health): Физическое функционирование; Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; Интенсивность боли; Общее состояние здоровья; 2. Шкалы, составляющие психологический компонент здоровья (Mental Health): Психическое здоровье; Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; Социальное функционирование; Жизненная активность, витальность, энергичность. Обследованные молодые люди разделены на две группы: I гр. — с наличием признаков гипертензии и прегипертензии (34 чел.) и 2 гр. — с наличием признаков нормотонии (77 чел.). Данные обработаны с помощью пакета программ “Statistica 6.0”.

Результаты. Оказалось, что среди лиц первой группы общие и сердечно-сосудистые жалобы предъявляли 59% и 33%, в то время, как среди носителей нормотонии таких оказалось достоверно меньше — 9% и 6%. При этом сниженные показатели физического и ментального здоровья среди представителей первой группы отмечены у 70% и 82%, а среди лиц с наличием нормотонии указанные параметры составили 12% и 10%.

Заключение. Таким образом описанный опросник SF-36 позволяет выявить большее количество проблемных обследуемых по сравнению с традиционным клиническим опросом по органам и системам. Причём, особенно значительный прискорб по числу проблемных лиц наблюдается среди лиц с признаками повышенного АД. Иными словами, использование описанных показателей жизнедеятельности указанной анкеты позволило выявить лиц со сниженным качеством жизни среди тех обследуемых, которые не предъявляли активных жалоб в процессе традиционного клинического обследования. Из этого следует целесообразность использования указанного опросника в процессе проведения диспансеризации указанного молодого контингента.

069 ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Енина Т. Н., Кузнецов В. А., Солдатова А. М., Кривоножкин Д. В., Рычков А. Ю.

Филиал НИИ кардиологии “Тюменский кардиологический центр”, Тюмень, Россия

Цель. Изучить гендерные различия вегетативной регуляции сердечного ритма у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с сохранным синусовым ритмом на фоне сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ).

Материал и методы. По динамике конечно-систолического объема левого желудочка (КСОЛЖ) был изучен лучший ответ на СРТ у 39 больных с ХСН (67% ишемического генеза), в возрасте $55,2 \pm 9,6$ лет, через $15,0 [6,6; 27,3]$ мес. По полу выделены: I гр. (n=27; 69%) — мужчины, II гр. (n=12; 31%) — женщины. Частота неишемической ХСН в группах составила 22,2% и 58,3%, соответственно, ($\chi^2=0,027$). На ЭКГ в 300 кардиоинтервалов в покое и в активной ортостатической пробе (АОП) оценены временные (SDNN, RMSSD), спектральные (TP, VLF, LF, HF, LF/HF) показатели вариабельности ритма сердца (ВРС), процентный вклад составляющих

в общую мощность спектра (VLF%, LF%, HF%), степень их изменения в АОП в сравнении с покоем (Δ VLF%, Δ LF%, Δ HF%). По динамике КСОЛЖ выделены нереспондеры (уменьшение КСОЛЖ<15%), респондеры (уменьшение КСОЛЖ — 15-29%), супер-респондеры (уменьшением КСОЛЖ \geq 30%).

Результаты. Количество суперреспондеров в группах составило 25,9% и 75,0%, соответственно, респондеров 22,2% и 8,3%, нереспондеров 51,9% и 16,7% ($\chi^2=0,016$). Исходно в покое не отмечено различий показателей ВРС между группами. Исходно в АОП в I гр. выявлено только увеличение LF/HF (p=0,022); во II гр. отмечена тенденция к увеличению VLF% (p=0,051), увеличение LF% (p=0,017), снижение HF% (p=0,002). Степень изменения LF% в АОП в сравнении с покоем (Δ LF%) в группах была противоположной: $-2,0 [-8,0; 0,9]$ в I гр. и $6,4 [2,7; 9,1]$ во II гр. (p=0,006), Δ HF% была более выражена во II гр. ($-17,0 [-21,3; -12,0]$) против $(-6,7 [-8,0; -3,3])$ в I гр. (p=0,017). На фоне СРТ в покое в I гр. отмечена тенденция к снижению SDNN (p=0,074), увеличение RMSSD (p=0,023); во II гр. — увеличение SDNN на 76% (p=0,040), тенденция к увеличению TP (p=0,088), снижение LF% (p=0,015). В динамике в АОП в I гр. выявлено только достоверное снижение LF% (p=0,020); во II гр. — увеличение VLF% (p=0,011), снижение HF% (p=0,026), свидетельства об усилении адreno-гуморальных влияний на фоне СРТ. Показатель LF/HF в АОП во II гр. составил $4,5 [2,6; 13,3]$ против $3,3 [0,9; 4,4]$ ед. в I гр. (p=0,043). Сохранилась противоположная динамика Δ LF% в группах: $-2,9 [-11,8; -0,9]$ и $3,0 [2,4; 5,3]$, соответственно (p=0,030). Частота увеличения LF% в АОП в группах на фоне СРТ составила 27,3% и 77,8%, соответственно ($\chi^2=0,010$).

Заключение. Таким образом, у женщин отмечена большая симпато-адреналовая реактивность и сохранность симпато-парасимпатических взаимоотношений в АОП. СРТ оказывает модулирующее влияние на вегетативную регуляцию ритма сердца. Супер-ответ на СРТ, ассоциированный с женским полом, может быть обусловлен большей сохранностью симпато-адреналовых влияний у женщин.

070 ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА КОГНИТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ермакова Е. Я., Коломиец В. В., Максименко В. Б.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина

Цель. Определить влияния антигипертензивных препаратов на когнитивные функции пациентов с эссенциальной гипертензией (ЭГ).

Материал и методы. У 45 пациентов с ЭГ 1-2 степени, разделенных на 3 группы по 15 человек до и через месяц монотерапии ингибитором ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) лизиноприлом, антагонистом кальциевых каналов (АКК) амлодипином или β -блокатором (ББ) бисопрололом при помощи тестов “Таблицы Шульце” (ТШ), “Заучивание 10 слов” (ЗС) и “Reaction Time” оценивали когнитивные показатели. Использовали такие показатели, как психическую устойчивость, степень вработываемости, время простой сенсорной реакции (ВПСР), время реакции двухальтернативного выбора (ВРДВ).

Результаты. Разница между когнитивными показателями пациент трех групп до назначения препаратов была статистически незначимой.

Через 1 месяц от начала антигипертензивной терапии у пациентов, принимающих иАПФ, отмечалось статистически значимое (p<0,05) уменьшение показателя психической устойчивости от $1,21 \pm 0,07$ до $0,92 \pm 0,04$ по данным теста ТШ. При оценке теста на время реакции было выявлено укорочение ВПСР от $437,2 \pm 12,1$ мс до $387,9 \pm 10,6$ мс. Изменение показателя ВРДВ не было статистически значимым (p=0,63).

В группе пациентов, принимающих АКК, анализ результатов, полученных по данным ТШ выявил значимое (p<0,05) снижение показателя психической устойчивости от $1,19 \pm 0,06$

до $0,94 \pm 0,03$, что позволяет судить о положительном эффекте амлодипина на психическую устойчивость пациентов. Также в данной группе через 1 месяц от начала антигипертензивной терапии отмечалось статистически значимое ($p < 0,05$) уменьшение ВПСР и ВРДВ до $364,4 \pm 11,3$ и $466,5 \pm 16,3$ мс.

У пациентов, принимающих ББ бисопролол, по результатам теста ТШ отмечалось статистически значимое ($p < 0,05$) увеличение степени вработываемости. До назначения терапии данный показатель составлял $0,90 \pm 0,03$, а через месяц после назначения препарата — $1,08 \pm 0,05$, что свидетельствует о том, что пациенты медленно включаются в предложенную деятельность. Стоит отметить, что изменение показателя психической устойчивости не было констатировано. Изменение длительности ВПСР также не было значимым ($p = 0,71$), но отмечалось незначительное увеличение ВРДВ от $504 \pm 16,2$ до $552,2 \pm 22,1$ мс ($p < 0,05$). Необходимо отметить, что динамики в графиках, составленных по данным теста ЗС не отмечалось ни в одной из групп.

Заключение. Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента и дигидропиридиновые антагонисты кальциевых каналов улучшают когнитивные функции и повседневные функциональные показатели пациентов с ЭГ в отличие от блокаторов бета-адренергических рецепторов, которые удлиняют время реакции.

071 ВЛИЯНИЕ МЕКСИДОЛА НА ИЗМЕНЕНИЯ ВОДНОГО КОМПОНЕНТА СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Ермолова С. И.

Тверской государственный медицинский университет, Тверь, Россия

Цель. Изучить состояния водного компонента крови в зависимости от клинической формы острого коронарного синдрома (ОКС) в динамике его течения.

Материал и методы. Обследовано 120 больных с ОКС, из которых исход в нестабильную стенокардию (НС) был у 39, в не-Q-инфаркт миокарда (ИМ) — у 19, а в Q-ИМ — у 62. Из 120 больных 90 — не получали (подгруппа А), а 30 — получали Мексидол (подгруппа В), который назначался по 250 мг в/в, капельно, курсом по 10 инфузий на фоне стандартной терапии. Оценка показателей проводилась до Мексидола (1-й день), затем на 10-й день лечения отдельно в каждой группе наблюдения. В зависимости от клинической формы ОКС у больных исследовалось состояние водного компонента в ИК-спектре сыворотки крови на 9 каналах аппаратно-программного комплекса «ИКАР». Структура водного компонента крови характеризовалась процентным содержанием связанной воды. Свободная вода определялась как разница между общим содержанием воды (100%) и процентом связанной воды. Контрольную группу составили 20 практически здоровых людей. Достоверность результатов оценивалась методом вариационной статистики и различия считались значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты. В первые часы и сутки развития ОКС процентное содержание связанной воды резко увеличивалось, многократно превышая показатели группы здоровых. Более того, этот сдвиг нарастал от НС (количество связанной воды увеличилось в 6,1 раза, по сравнению с контролем) к не-Q- (увеличение в 6,5 раз) и особенно к Q-ИМ (увеличение в 6,7 раз). К 10-му дню лечения при всех изучаемых формах ОКС происходило некоторое снижение процентного содержания связанной воды, не достигающее контрольных данных. По сравнению с первыми сутками заболевания, в большей степени это касалось НС, в меньшей — не-Q- и особенно Q-ИМ. Количество свободной воды, соответственно, клиническим формам ОКС, изменялось обратно-пропорционально содержанию связанной воды и, следовательно, в 1-й день заболевания уменьшалось от ишемии к некрозу миокарда, несколько возрастая к 10-му дню. Важно то, что содержание

общей воды оставалось постоянным, так как перераспределялись только ее фракции. В подгруппе больных, получавших Мексидол, выраженность и направленность динамики водных фракций оставалась аналогичной подгруппе А. Последнее объясняется тем, что стабилизация биологической системы определяется фундаментальным принципом соотношения свободной и связанной воды в организме, не меняющем общее количество воды, которое необходимо для поддержания гомеостаза.

Заключение. Происходящие в острейшем периоде ОКС изменения процентного содержания связанной воды открывают неизвестную ранее неспецифическую реакцию организма на повреждение миокарда, что делает показатели первых суток заболевания прогностически значимыми для диагностики тяжести поражения миокарда. Включение Мексидола в комплекс стандартной терапии не нарушает интегральные характеристики гидратации крови, поддерживая внутреннее постоянство гуморальной среды, что доказывает безопасность его применения в условиях обострения коронарной недостаточности.

072 НАУЧНО-ОБОСНОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ СТРЕССА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Есина Е. Ю.

ГБОУ ВПО ВГМА им. Н. Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

Стресс является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель. Определить уровень психосоциального стресса, тревожных, депрессивных расстройств у населения и, прежде всего, у лиц молодого возраста.

Материал и методы. В одномоментном исследовании приняли участие 419 студентов ВГМА им. Н. Н. Бурденко. Уровень стресса определяли с помощью теста Л. Ридера.

Результаты. Высокий, средний и низкий уровень стресса был зарегистрирован у 29 (9%), 154 (50%) и 127 (41%) девушек, соответственно, которые составили первую, вторую и третью группы, соответственно. Высокий уровень стресса был установлен у 14 (13%) юношей, средний уровень стресса — у 48 (44%) респондентов, низкий — у 47 (43%), которые составили четвертую, пятую и шестую группы, соответственно. Обследование на приборе «Кардиовизор-06С» в течение пробы с физической нагрузкой и активной ортоклиностатической пробы. «Портрет сердца» в зеленом цвете или с незначительными оттенками желтого цвета, отражающий значения ИИ «Миокард» менее 15% в покое и менее 17% при физической нагрузке, трактовался, как вариант нормы.

У девушек 1-й, 2-й, 3-й групп и юношей 6-й группы после физической нагрузки индекс «Миокард» превысил 17% и составил: $17,8 \pm 6,6\%$ ($p < 0,0001$), $17,8 \pm 7,0\%$ ($p < 0,0001$), $17,2 \pm 4,7\%$ ($p < 0,0001$) и $17,5 \pm 6,9\%$ ($p < 0,07$), соответственно. Через 4 минуты пребывания в ортостазе индекс «Миокард» превышал 15% у респондентов 1-й, 2-й, 3-й, 4-й и 5-й групп: $16,6 \pm 6,1\%$ ($p < 0,0001$), $15,8 \pm 5,0\%$ ($p < 0,0009$), $15,5 \pm 5,5\%$ ($p < 0,08$), $16,2 \pm 6,6\%$ ($p < 0,008$) и $16,1 \pm 6,5\%$ ($p < 0,16$), соответственно, а у юношей 6-й группы соответствовал нормальным значениям. У юношей 6-й группы, с высоким уровнем стресса, после физической нагрузки и через 2 мин после физической нагрузки, длительность комплекса QRS превысила 90 мсек, и составила $92,5 \pm 19,3$ мсек ($p < 0,04$) и $90,4 \pm 21,5$ мсек ($p < 0,11$), соответственно, отражая замедление внутрижелудочкового проведения, причина которого требует уточнения. Во время активной ортоклиностатической пробы длительность комплекса QRS после перехода в ортостаз и через 4 мин пребывания в ортостазе у респондентов всех групп не превышала 90 мсек.

В течение пробы с физической нагрузкой наблюдалось снижение амплитуды зубца Т, по-видимому, полиэтиологичной природы, как отражение разных влияний на состояние электрической стабильности миокарда у обследуемых.

Заключение. Электрическая нестабильность миокарда после физической нагрузки была зарегистрирована у юношей

артерий, объем антиишемической медикаментозной терапии, степень риска по результатам неинвазивных исследований.

Результаты. У 416 (33,1%) больных стабильной ИБС из 1265 удалось определить соответствие какому-либо клинико-анатомическому критерию. Из них у 169 (40,6%) больных имелась потребность в проведении коронарной реваскуляризации, у 92 (22,1%) потребность в реваскуляризации отсутствовала, у 155 (37,3%) пациентов польза от реваскуляризации определена как сомнительная.

Соответствие какому-либо критерию Американского колледжа кардиологии/Американской ассоциации сердца не удалось установить у 849 (66,9%) российских больных стабильной ИБС. Среди них: 1) функциональный класс стенокардии не установлен у 83 (9,7%) пациентов; 2) у 178 (21%) не установлен объем медикаментозной терапии; 3) у 608 (71%) коронарная анатомия не соответствует критериям. Степень риска по данным неинвазивных исследований могла быть определена у всех больных стабильной ИБС, включенных в исследование.

Заключение. Результаты российского регистра больных ИБС продемонстрировали, что лишь у 1/3 больных стабильной ИБС можно судить о целесообразности реваскуляризации миокарда на основе клинико-анатомических характеристик. Необходимы аналогичные отечественные критерии для объективного определения пациентов, в первую очередь нуждающихся в коронарной реваскуляризации. Обоснованием этого служит развитие компьютерных информационных технологий в отечественном здравоохранении и внедрение регистров в клиническую практику.

107 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЯ ВИЗУАЛЬНО — АНАЛОГОВОЙ ШКАЛЫ КАК ФАКТОР БЛИЖАЙШЕГО И СРЕДНЕСРОЧНОГО ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Костенко В. А., Скородумова Е. А., Рысев А. В., Федоров А. Н.
ГБУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Оценить, в какой мере субъективный показатель визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) может быть использован для прогнозирования летального исхода у пациентов, госпитализированных по поводу декомпенсированной сердечной недостаточности (ДСН) в стационаре и в течение 6 месяцев после выписки.

Материал и методы. Изучены истории болезни и отдаленные результаты в течение последующих 6 месяцев 149 больных — мужчин 77 (51,7%), женщин 72 (48,3%), средний возраст — $68,3 \pm 10,1$ лет. Все пациенты были госпитализированы по поводу декомпенсации сердечной недостаточности III-IV функционального класса по Нью-Йоркской классификации на фоне систолической дисфункции левого желудочка (средняя фракция левого желудочка составляла $28,3 \pm 4,6\%$) через $8,2 \pm 2,9$ суток от начала ухудшения симптомов. Всем им предлагалось отметить уровень своего состояния по ВАШ (100 мм прямая, на которой 0 соответствует крайне плохому, а 100 — идеально хорошему самочувствию) при поступлении, выписке и через 2 месяца после стационарного лечения. Полученные данные обрабатывались с помощью статистических программ Microsoft Office Excel 7.0, IBM SPSS-22 с использованием Т-критерия.

Результаты. В стационаре умерло 12 (8,1%) пациентов, в течение последующих 6 месяцев еще 30 (24,6%). Показатель ВАШ у умерших в стационаре был $13,1 \pm 3,4$ мм, у выписавшихся $22,3 \pm 4,9$ мм ($p=0,032$). У тех, кто выписался и был жив через 6 месяцев ($n=107$) показатель ВАШ составил при поступлении $23,4 \pm 2,4$ мм, на момент выписки — $43,5 \pm 6,0$ мм, через 2 месяца — $49,2 \pm 4,0$ мм; у выписавшихся и умерших в течение последующих 6 месяцев ($n=30$) — соответственно,

$16,9 \pm 2,5$ мм, $39,0 \pm 3,9$ мм, $15,6 \pm 6,1$ мм (для подгрупп выживших и умерших через 6 месяцев $p=0,049; 0,11; 0,0004$, соответственно).

Заключение. 1. Показатель ВАШ может служить одним из вспомогательных прогностических факторов летального исхода в стационаре при оценке в момент госпитализации больного по поводу ДСН.

2. К завершению госпитального этапа, по мере стабилизации сердечной недостаточности, показатель ВАШ улучшался во всех подгруппах пациентов без статистически значимых различий.

3. Измеренный через 2 месяца после первичной выписки из стационара показатель ВАШ позволяет выделить группу пациентов с сердечной недостаточностью, у которых существенно повышен риск летального исхода в течение ближайшего полугодия.

108 АНАЛИЗ ФАРМАКОТЕРАПИИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кривонос Н. Ю., Коломиец В. В., Жукова Е. Б.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина

Цель. Изучение соответствия используемых на практике схем лечения эссенциальной гипертензии (ЭГ) у пациентов с сахарным диабетом (СД) и современных рекомендаций.

Материал и методы. Проанализированы медицинские карты 88 пациентов (55 женщин и 23 мужчин) в возрасте от 23 до 79 лет (средний возраст — $57 \pm 0,43$ лет) с ЭГ. Обследуемые пациенты разделены на две сопоставимые по половому и возрастному составу группы. Первая группа (основная) состояла из 44 пациентов с сочетанием ЭГ и СД (проходили лечение в эндокринологическом отделении), а вторая (группа сравнения) включала 44 пациента с ЭГ без СД (проходили лечение в кардиологическом отделении).

Результаты. В качестве антигипертензивных наиболее часто использовались четыре группы препаратов: ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) (эналаприл, лизиноприл, периндоприл), тиазидные и тиазидоподобные диуретики (индапамид, гидрохлоротиазид), β -адрено-блокаторы (бисопролол, небиволол, карведилол), блокаторы кальциевых каналов (КК), препарат амлодипин. Реже использовались антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА II) (валсартан, лозартан) и совсем редко агонисты имидазолиновых рецепторов. Большинство препаратов применялись в комбинациях. Наиболее популярным в первой группе был препарат эналаприл (36,3% случаев). Здесь же чаще всего использовались комбинацию ингибиторов АПФ и диуретика или блокатора КК. Использовали монотерапию и комбинации из двух или трех препаратов разных групп. Это предполагает более целенаправленный выбор лечения, что совпадает с известными международными рекомендациями. У обследованных пациентов использование блокаторов КК, так же обладающих выраженным нефропротекторным эффектом, было примерно равным в обеих группах. β -блокаторы, чаще всего использовали в группе пациентов с АГ. В основной группе β -блокаторы назначались в 2,5 раза реже, что объясняется устаревшими представлениями о вазоконстрикторном воздействии этих препаратов. Диуретики чаще использовались в качестве комбинированной терапии. Главным образом использовали индапамид — 20,4% и 22,7%, соответственно, второй по частоте гидрохлоротиазид — 11,4% и 6,8%, соответственно.

Заключение. При назначении антигипертензивных препаратов при сопутствующем СД обнаружено предпочтение в использовании ингибиторов АПФ. Недостаточным является использование в группе (ЭГ+СД) амлодипина, учитывая его выраженное нефропротективное и благоприятное метаболическое действие. Назначение тиазидных диуретиков, отмеченное у многих пациентов (11,4%), на фоне СД не может считаться адекватным. У больных СД недостаточно

используются β-блокаторы из-за опасения вызвать вазоконстрикцию. Больным ЭГ и СД при наличии показаний можно без опасений назначать β-блокаторы с вазодилатирующим эффектом.

109 КАРДИОГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ БИСОПРОЛОЛА И ИВАБРАДИНА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Крылова Н. С., Потешкина Н. Г., Ковалевская Е. А., Демкина А. Е., Хашиева Ф. М.

ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет РНИМУ им. Н. И. Пирогова, ГБУЗ ГКБ № 52 ДЗМ, Москва, Россия

Основу медикаментозной терапии гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП) составляют препараты с отрицательным хронотропным эффектом — бета-адреноблокаторы и недигидроперидиновые антагонисты кальция (верапамил). Основным эффектом ивабрадина также является способность снижать ЧСС. Данный препарат включен в рекомендации по лечению ИБС и ХСН. В связи с нередким наличием при ГКМП ишемии миокарда и признаков ХСН, представляется актуальным исследование возможностей применения ивабрадина при ГКМП.

Цель. Изучить влияние и сопоставить эффективность бисопролола и ивабрадина на кардиогемодинамику больных ГКМП в покое и при физической нагрузке (ФН).

Материал и методы. Обследовано 36 пациентов (22 мужчин) с ГКМП в возрасте от 18 до 71 года (средний возраст 51,1±13,4 лет). Больным проводилась стрессэхокардиография (стрессЭхоКГ) с ФН на велоэргометре. Исследование вначале проводилось на “безмедикаментозном” фоне (36 больных), а затем повторялось через 3 недели после назначения бисопролола в дозе 5,6±2,7 мг (16 больных) и через 3 недели терапии ивабрадином в дозе 11,8±2,5 мг (13 больных).

Результаты. У больных ГКМП при стрессЭхоКГ на “безмедикаментозном” фоне выявлены отсутствие способности к увеличению ударного объема (УО) (59,7±14,6 мл в покое и 61,7±17,5 мл при ФН, $p=0,4$) и фракции выброса (ФВ) (67,9±5,3% и 70,2±5,7%, $p=0,2$) ЛЖ, а также гипокинезия МЖП (систолической утолщение МЖП 15,1±5,8% и 20,9±9,5%, $p=0,1$) при ФН. Назначение как бисопролола, так и ивабрадина сопровождалось улучшением диастолического наполнения ЛЖ в покое (увеличение соотношения Е/А ($p<0,05$) за счет прироста скорости пика Е ($p<0,05$)). При ФН на фоне терапии отмечалось достоверное увеличение УОЛЖ (бисопролол 61,7±12,2 и 68,6±18,6 мл, $p=0,02$; ивабрадин 59,6±11,9 и 65,2±13,2 мл, $p=0,005$), со значимым приростом ФВЛЖ (бисопролол 65,4±5,0 и 69,5±8,3%, $p=0,02$; ивабрадин 65,6±5,1 и 70,1±5,8%, $p=0,005$), наблюдалось увеличение сократительной способности МЖП (бисопролол 18,7±7,7 и 24,2±9,5, $p=0,03$; ивабрадин 20,3±9,4 и 26,3±9,6, $p=0,02$). Терапия бисопрололом и ивабрадином сопровождалась повышением толерантности к ФН с увеличением продолжительности ВЭМ с 9,2±4,1 мин до 10,3±3,7 $p=0,01$ (бисопролол) и до 11,7±4,1 $p=0,04$ (ивабрадин) без значимых различий между препаратами ($p=0,7$). Нежелательных явлений, потребовавших отмены ивабрадина, не зафиксировано.

Заключение. Терапия бисопрололом и ивабрадином сопровождалась сопоставимым улучшением показателей внутрисердечной гемодинамики при физической нагрузке у больных ГКМП, что проявилось существенным приростом УО и ФВ ЛЖ на фоне увеличения сократимости МЖП и увеличения наполнения ЛЖ. Ивабрадин может быть рекомендован для лечения больных ГКМП, особенно при наличии противопоказаний к терапии бета-адреноблокаторами.

110 ПЛАЗМЕННЫЙ УРОВЕНЬ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИХ ПЕПТИДОВ И АЛЬДОСТЕРОНА ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ТЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Крюков Н. Н.¹, Губарева И. В.¹, Губарева Е. Ю.¹, Тюрина И. А.², Крюкова М. Л.²

¹ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Самара; ²НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО “РЖД”, Самара, Россия

Цель. Оценить плазменный уровень натрийуретических пептидов и альдостерона при изолированном течении артериальной гипертензии (АГ) и в сочетании с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. В исследование вошли 420 мужчин в возрасте от 40 до 60 лет, пациенты были распределены на группы: 1 группа — пациенты с АГ без ХСН ($n=180$); 2 группа — пациенты с АГ с ХСН ($n=86$); 3 группа — пациенты с ХСН без АГ ($n=74$). В группу контроля включили здоровых мужчин с нормальным артериальным давлением, без ХСН ($n=80$). Методом ИФА определяли NT-proBNP, фмоль/мл и альдостерон, пг/мл. Статистическую обработку данных проводили с использованием методов статистического пакета Statistica 6,0.

Результаты. Плазменный уровень NT-proBNP был наибольшим у пациентов 3 группы в сравнении с контролем ($p=0,046$), группой 1 ($p=0,037$) и группой 2 ($p=0,046$). Межгрупповое сравнение плазменного уровня NT-proBNP пациентов 1 и 2 групп ($p=0,615$) и с контрольной группой ($p=0,351$) не выявило различий. Длительность АГ не влияла на плазменный уровень NT-proBNP ($r=0,186$; $p=0,537$). Корреляционный анализ данных выявил взаимосвязь NT-proBNP с длительностью ХСН ($r=0,287$; $p=0,037$), функциональным классом ХСН ($r=0,304$; $p=0,027$). У пациентов со второй и третьей степенью артериальной гипертензии плазменный уровень NT-proBNP был статистически значимо ниже в сравнении с пациентами с 1 степенью АГ в группе больных без сердечной недостаточности (1 группа). В группе пациентов с АГ и ХСН (2 группа) такой закономерности не наблюдалось. NT-proBNP выше у пациентов с 1 степенью АГ в первой группе в сравнении с пациентами с одноименной степенью во второй группе и статистически значимо ниже у пациентов со 2 и 3 степенью АГ в первой группе в сравнении с пациентами с одноименной степенью во второй группе. Корреляционный анализ данных в группе 1 показал статистически значимую обратную взаимосвязь NT-proBNP и степени АГ ($r=-0,624$; $p=0,023$). В группе 2 такая взаимосвязь не установлена ($r=0,151$; $p=0,294$). NT-proBNP в группе 2 взаимосвязан с функциональным классом ХСН ($r=0,215$; $p=0,049$). У пациентов с АГ (группа 1) уровень альдостерона пациентов с разной степенью артериальной гипертензии не отличался и был статистически значимо ниже, чем у пациентов группы 2 с одноименной степенью АГ. В группе 2 увеличение степени артериальной гипертензии сопровождалось увеличением уровня альдостерона, однако, корреляционный анализ данных, как в группе 1, так и в группе 2, взаимосвязи альдостерона и степени АГ не выявил ($p>0,05$).

Заключение. Снижение уровня NT-proBNP у пациентов с АГ менее 3,85 фмоль/мл (cut off) ассоциировано с повышением ее степени. Чувствительность — 83%, специфичность — 71%. ROC — area under curve = 0,81. Качество модели — очень хорошее.

111 ДИАГНОСТИКА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕКОРОНАРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЦА СРЕДИ ОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКОВ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ

Куделькина Н. А.

ФГБНУ Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины, Новосибирск, Россия

инсульт), еще 1 случай — в результате ишемического инсульта на фоне постоянной формы фибрилляции предсердий. Желудочно-кишечных кровотечений не наблюдалось, в 3 случаях зарегистрировано развитие анемии 1 степени на фоне постпункционных гематом (при бедренном ангиографическом доступе). Аллергические реакции отсутствовали.

Заключение. В реальной клинической практике эффективность препарата Фортелизин® оказалась ниже, чем в ранее проведенных рандомизированных исследованиях. Частота достижения кровотока до уровня ТМ12+3 составила 60%, что может быть обусловлено особенностями изучаемой выборки.

121 ЭФФЕКТЫ РЕГУЛЯРНЫХ АЭРОБНЫХ НАГРУЗОК У ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Майлян Д. Э., Коломиец В. В., Майлян А. И.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина

Цель. Определить влияние регулярных аэробных нагрузок на суточный профиль артериального давления (АД) и диастолическую функцию левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с эссенциальной гипертензией (ЭГ) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. В исследовании участвовали 38 пациентов с ЭГ I и 2 степени в сочетании с ХСН I и II функционального класса согласно классификации New York Heart Association. Пациенты были разделены на две рандомизированные по полу, возрасту, уровню АД, и функциональному классу ХСН группы по 19 человек. Всем пациентам в качестве базисной терапии назначался ингибитор ангиотензинпревращающего фермента лизиноприл. В первой группе медикаментозную терапию сочетали с регулярными аэробными физическими нагрузками по модифицированному протоколу Bruce с использованием тредмилла “WOODWEY EXO 43” и диагностической станции PCECG 1200 фирмы “NORAV MEDICAL LTD” (США). До начала терапии и через 3 месяца всем пациентам проводилось суточное мониторирование АД (СМАД).

Результаты. До начала терапии разница показателей СМАД в обеих группах в обеих группах была статистически достоверной.

При сравнении профилей АД было выявлено, что до назначения терапии в первой группе 2 пациента (11%) имели профиль Night-picker, 12 (63%) — Non-dipper и 5 (26%) — Dipper, во второй группе: 1 (5%) — Night-picker, 10 (53%) — Non-dipper и 8 (42%) пациентов имели нормальный профиль АД. Через 3 месяца после начала монотерапии лизиноприлом во 2 группе отмечалось изменение соотношения профилей АД: 12 (63%) — Dipper и 7 (37%) — Non-dipper. После применения комбинированной терапии в первой группе у 8 пациентов сохранялось недостаточное снижение уровня АД в ночное время (Non-dipper), у остальных 11 пациентов (58%) отмечался нормальный профиль АД (Dipper).

Достижение нормального среднего АД по данным СМАД отмечалось у 17 пациентов (89,4%) первой группы и 14 (73,6%) пациентов второй группы.

Через 3 месяца от начала терапии отмечалось значимое ($p > 0,05$) снижение уровней среднего систолического АД: с $161,32 \pm 7,82$ до $131,65 \pm 6,74$ мм рт.ст., и с $156,28 \pm 6,99$ до $143,65 \pm 6,74$ мм рт.ст., соответственно. Также отмечалось снижение показателей среднего диастолического АД с $96,21 \pm 4,31$ и $79,48 \pm 3,97$ мм рт.ст. — для первой группы и с $94,13 \pm 3,76$ до $81,48 \pm 2,88$ мм рт.ст. Стоит отметить, что статистически значимая ($p < 0,05$) разница показателей СМАД по данным контрольного исследования отмечалась только лишь для систолического АД.

Заключение. Применение регулярных аэробных нагрузок в комбинации с назначением антигипертензивной медикаментозной терапии улучшить контроль АД за счет улучшения профиля АД и более выраженного снижения систолического

АД у пациентов с эссенциальной гипертензией и хронической сердечной недостаточностью.

122 КОЛЛАБИРОВАНИЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ И ОСТРЫЙ КАРДИОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

Макеева Е. Р.¹, Шутов А. М.², Мензоров М. В.², Мидленко Ю. В.¹

¹ГУЗ Центральная городская клиническая больница, Ульяновск; ²ФГБОУ ВО “Ульяновский государственный университет”, Ульяновск, Россия

Ультразвуковая оценка коллабироваия нижней полой вены (НПВ) используется как динамический параметр, способный контролировать объемную перегрузку, поскольку размер и форма НПВ коррелирует с центральным венозным давлением (ЦВД) и объемом циркулирующей крови. Диаметр НПВ и процент его уменьшения при вдохе связан с давлением в правом предсердии. Имеется небольшое число исследований о взаимосвязи ЦВД и функции почек. У пациентов с легочной гипертензией и сердечной недостаточностью результатом венозного застоя и гипоперфузии является нарушение функции почек. Мы предположили, что оценка коллабироваия НПВ может быть полезна для оценки гемодинамики и прогнозирования развития острого повреждения почек (ОПП) у больных с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности (ОДХСН).

Цель. Определить связь между коллабироваием НПВ как неинвазивным ультразвуковым методом оценки ЦВД и риском развития ОПП у больных ОДХСН.

Материал и методы. Обследовано 62 больных, госпитализированных с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности, мужчин было 43 (69%). Средний возраст составил $62,4 \pm 11,8$ года. Преобладающей причиной ОДХСН было сочетание ИБС и артериальной гипертензии — 36 (58%). ОПП диагностировали и классифицировали согласно Рекомендациям KDIGO (2012). УЗИ нижней полой вены выполняли в 1, 3 и 7 сутки госпитализации.

Результаты. Острый кардиоренальный синдром (КРС I типа) диагностирован у 33 (53%) пациентов ОДХСН. У 23 (70%) больных выявлена 1 стадия, у 9 (27%) — 2 стадия и у 1 (3%) — 3 стадия ОПП. В первые сутки госпитализации больные, у которых в последующем развилось ОПП, имели больший диаметр НПВ ($18,9 \pm 5,4$ мм), чем больные без ОПП ($14,7 \pm 5,3$ мм, $p = 0,04$) и меньшую величину коллабироваия НПВ ($12,4 \pm 4,7$ мм против $7,2 \pm 4,7$ мм, соотв., $p = 0,01$). В последующем в ходе лечения к 7 дню у больных с КРС I типа диаметр НПВ оставался больше ($21,2 \pm 5,2$ мм против $13,1 \pm 5,7$ мм, соотв., $p = 0,01$), а величина коллабироваия НПВ меньше по сравнению с больными ОДХСН без ОПП ($13,1 \pm 9,2$ мм против $5,5 \pm 5,3$ мм, соотв., $p = 0,04$). Коллабироваие НПВ менее 8,7 мм в первые сутки госпитализации позволяет прогнозировать развитие ОПП у больных ОДХСН с чувствительностью 73% и специфичностью 69% ($AUC = 0,77$).

Заключение. У половины больных с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности развивается кардиоренальный синдром первого типа. Оценка коллабироваия нижней полой вены позволяет прогнозировать развитие острого кардиоренального синдрома первого типа.

123 ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПЕРВОГО ХАБАРОВСКОГО РЕГИСТРА, ЛЕЧЕНИЕ И ГОСПИТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ В РЕГИОНАЛЬНОМ СОСУДИСТОМ ЦЕНТРЕ

Малай Л. Н.¹, Бухонкина Ю. М.², Солохина Л. В.¹, Поштаев К. Е.³, Гараева Н. В.³, Лецкин А. Я.³

¹ГБОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет Минздрава России, Хабаровск; ²КГБОУ ДПО Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения Министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровск; ³КГБУЗ Краевая клиническая больница № 2, Хабаровск, Россия