


Российское Кардиологическое Общество  
Рабочая группа «Молодые кардиологи РКО»  
Рязанский Государственный Медицинский  
Университет им. И.П. Павлова  
Министерство здравоохранения Рязанской области  
Рязанская областная ассоциация врачей-терапевтов  
Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России  
Государственный научно-исследовательский центр  
профилактической медицины  
ФГБУ «СЗФМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России



**Материалы Всероссийской конференции  
«Кардиология в XXI веке: традиции и инновации»  
и Международного форума молодых кардиологов  
Российского кардиологического общества**

**Сборник тезисов**

**17-18 марта, 2016 г. Рязань**

Сборник материалов всероссийской конференции  
«Кардиология в XXI веке: традиции и инновации»  
и 4-го Международного форума молодых кардиологов РКО»,  
290 с., 2016 г., Рязань

## СОДЕРЖАНИЕ

### Раздел I. ГЕНЕТИКА В КАРДИОЛОГИИ И БИОМАРКЕРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....25

КОНЦЕНТРАЦИЯ В КРОВИ БЕЛКА ПРОПРОТЕИНОВОЙ КОНВЕРТАЗЫ СУБТЕЛИЗИН-КЕКСИНОВОГО ТИПА 9 (PCSK9) У МУЖЧИН РАЗЛИЧНЫХ ПОПУЛЯЦИОННЫХ ГРУПП И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ

Астракова К.С., Рагино Ю.И., Шахтштейнер Е.В., Астраков С.В., Стахнёва Е.М., Воевода М.И. (Новосибирск).....25

ЛИПОПРОТЕИД(а), ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЯ И МЕЛКИЕ ПЛОТНЫЕ ПОДФРАКЦИИ ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ КАК ФАКТОРЫ РИСКА ИБС.

Афанасьева О.И., Уткина Е.А., Артемьева Н.В., Ежов М.В., Кононова Е.В., Адамова И.Ю., Покровский С.Н. (Москва).....26

ЭКСПРЕССИЯ ГЕНОВ СКАВЕНДЖЕР РЕЦЕПТОРОВ CD36 И CD68 У ПАЦИЕНТОВ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Давлятшина Н.З., Маянская С.Д., Гришина Э.А., Кравцова О.А. (Казань).....27

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ TLRs В РАЗВИТИИ РАННЕГО ДЕБЮТА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Жидкова И.И., Хуторная М.В., Понасенко А.В., Кутихин А.Г., Барбараш О.Л. (Кемерово).....28

АКТИВНОСТЬ ОКИСЛИТЕЛЬНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ФЕРМЕНТОВ В ЛЕЙКОЦИТАХ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Ирназаров А.Х. (Ташкент).....29

СОДЕРЖАНИЕ ФОСФОЛИПИДОВ И ЦИТОХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕЙКОЦИТАХ КРОВИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Ирназаров А.Х. (Ташкент) .....30

АССОЦИИРОВАННЫЙ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ ПРОТЕИН ПЛАЗМЫ А И ИНСУЛИНОЗАВИСИМЫЙ ФАКТОР РОСТА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Каюмова Г.Х., Разин В.А. (Ульяновск) .....30

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ БЕЛКОВЫХ ФАКТОРОВ РОСТА И ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ  
Каюмова Г.Х., Разин В.А. (Ульяновск)  
.....31

УРОВЕНЬ ЛИПОПРОТЕИДА(a) И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГУМОРАЛЬНОГО И КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ПРОГРЕССИИ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИБС ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ СТЕНТИРОВАНИЯ.  
Клесарева Е.А., Кононова Е.В., Пылаева Е.А., Потехина А.В., Проваторов С.И., Арефьева Т.И., Афанасьева О.И. (Москва)  
.....33

УРОВЕНЬ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ  
Манюкова Э.Т., Шаленкова М.А., Михайлова З.Д., Климкин П.Ф. (Нижний Новгород) ..34

БИОМАРКЕРЫ ФИБРОЗА И ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ  
Медведева Е.А., Шиляева Н.В. (Самара)  
.....35

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ДОЛГОСРОЧНОГО ПРОГНОЗА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА  
Солодун М.В. (Рязань)  
.....36

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ СИСТЕМЫ ЭНДОТЕЛИНА-1 И РИСК ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ  
Тимашева Я.Р., Имаева Э.Б., Насибуллин Т.Р., Мирсаева Г.Х., Мустафина О.Е. (Уфа)  
.....37

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНА ИНГИБИТОРА АКТИВАТОРА ПЛАЗМИНОГЕНА 1 ТИПА НА ПОКАЗАТЕЛИ КОАГУЛЯЦИОННОГО БАЛАНСА БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА  
Хасанова Н. А., Нуриллаева Н.М., Абдумаликова Ф.Б. (Ташкент) .....38

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ГЕНОВ CRP И IL1B В АССОЦИАЦИИ С ОСТРЫМИ СОСУДИСТЫМИ СОБЫТИЯМИ ПРИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ  
Хуторная М.В., Понасенко А.В., Байракова Ю.В., Казачек Я.В., Барбараш О.Л. (Кемерово).....39

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПРЕДИКТОР ИДИОПАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА Чернова А.А. (Красноярск) .....40

АКТИВНОСТЬ НАД и НАДФ-ЗАВИСИМЫХ ДЕГИДРОГЕНАЗ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST  
Черняева М.С., Шимохина Н.Ю., Савченко А.А., Петрова М.М., Каскаева Д.С.  
(Красноярск).....41

EXPRESSION OF INFLAMMATORY MARKERS IN PATIENTS WITH DIFFERENT FUNCTIONAL CLASSES OF THE CORONARY HEART DISEASE  
Turobov B.T., Abdurahmonov A.Sh. (Tashkent) .....42

## **РАЗДЕЛ II. ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ В КАРДИОЛОГИИ ..... 44**

ВЫЯВЛЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ  
Бабаджанова Н.Э. (Ташкент) .....44

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
Бабаджанова Н.Э. (Ташкент) .....44

ОЦЕНКА ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ И ЕГО РОЛИ В ФОРМИРОВАНИИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ  
Ботаева Н.О., Халмухамедова С.М. (Ташкент) .....45

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ  
Ботаева Н.О., Халмухамедова С.М. (Ташкент) .....46

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ПОМОЩЬЮ СПЕЦИАЛЬНО РАЗРАБОТАННОГО ОПРОСНИКА  
Ботирова Н.Б., Шоалимова З.М. (Ташкент) .....47

СТРЕСС НА РАБОТЕ И 16-ЛЕТНИЙ РИСК ИНСУЛЬТА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН 25-64 ЛЕТ В РОССИИ/СИБИРИ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ – ПРОГРАММА ВОЗ «МОНИКА-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ»)  
Гафаров В.В., Панов Д.О., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В. (Новосибирск)...48

СТРЕСС НА РАБОТЕ И РИСК ИНФАРКТА МИОКАРДА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ ЖЕНЩИН 25-64 ЛЕТ Г.НОВОСИБИРСКА (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ – ПРОГРАММА ВОЗ «МОНИКА-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ»)  
Гафаров В.В., Панов Д.О., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В. (Новосибирск)...48

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ МЛАДШИХ И СТАРШИХ КУРСОВ



Дехарь В.В.1, Осипов А.Г.1, Сопотова И.В.1, Денисова Д.В.2, Осипова И.В.1 (1- Барнаул, 2-Новосибирск) .....	49
ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ Жумамуратова Н.С. (Ташкент) .....	50
РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ Жумамуратова Н.С. (Ташкент) .....	51
СКРИНИНГОВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Жумамуратова Н.С. (Ташкент) .....	52
ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Жумамуратова Н.С., Бабаджанова Н.Э. (Ташкент) .....	53
КУРЕНИЕ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ДВАДЦАТИПЯТИЛЕТНИЕ ТРЕНДЫ И АССОЦИАЦИИ С ДРУГИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА ИБС (ПОПУЛЯЦИОННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В НОВОСИБИРСКЕ, 1989-2014) Козик В.А., Денисова Д.В. (Новосибирск).....	54
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА Овсянникова В.В., Черных Т.М. (Воронеж) .....	55
ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ В СЛУЧАЙНОЙ ВЫБОРКЕ ЖИТЕЛЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА Орлов А.В*., Ротарь О.П*., Фигл М**., Конради А.О*., Боинг Х** (*Санкт-Петербург, **Потсдам) .....	56
ОЦЕНКА РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (РЕКВАЗА) Переверзева К.Г., Мосейчук К.А. (Рязань) .....	57
ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА И НАЛИЧИЯ В АНАМНЕЗЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ К ПОСЕЩЕНИЮ АМБУЛАТОРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ	

Семенова Ю.В., Кутишенко Н.П., Гинзбург М.Л., Загребельный А.В., Марцевич С.Ю. (Москва) .....	58
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ТИПА Соипова М.Н., Махмудова М.С. (Ташкент) .....	59
НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ И ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ПРИЧИН СМЕРТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В 2006 И 2014 ГОДАХ Старинская М.А., Самородская И.В., Бойцов С.А. (Москва) .....	60
ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ Страхова Н.В., Москалёва К.А. (Воронеж) .....	61
ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА В СЕЛЬСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ С УЧЕТОМ ПРЕОБЛАДАЮЩИХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Тимофеева Ю.К. (Москва).....	62
ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В РИСКЕ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У НАСЕЛЕНИЯ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ В РОССИИ/СИБИРИ: ПРОГРАММА ВОЗ «MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ» Тимошенко О.В., Гафаров В.В., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В., Панов Д.О. (Новосибирск) .....	63
СКРИНИНГОВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАННИХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ Турсунова М.У. (Ташкент) .....	63
ФАКТОРЫ РИСКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ Турсунова М.У. (Ташкент).....	64
АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Узденова С.А., Горбунова С.И., Синюкова А.С., Джанибекова А.Р. (Ставрополь) .....	65
ОЦЕНКА РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У РАБОТНИКОВ УМСТВЕННОГО ТРУДА Халмухамедова С.М. (Ташкент) .....	66

МОДИФИЦИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ  
Халмухамедова С.М., Ботаева Н.О. (Ташкент) .....67

ФАКТОРЫ РИСКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ  
Черепанова Н.А., Муллова И.С., Гниломедова Д.А., Лексина А.А., Куракина Е.А.,  
Павлова Т.В., Дупляков Д.В., Хохлунов С.М. (Самара)  
.....68

РАННЯЯ КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ СОТРУДНИКОВ РАЗЛИЧНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ  
КОЛЛЕКТИВОВ РФЯЦ-ВНИИТФ В СИСТЕМЕ АТОМНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ  
Чеснокова Ю.А. (Снежинск) .....69

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА У ЛИЦ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С  
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ  
Юлдашева Х.Ю., Бендингер М.Н. (Ташкент) .....72

### **РАЗДЕЛ III. ОСТРЫЙ КРОНАРНЫЙ СИНДРОМ** .....73

ОДНОКРАТНЫЙ БОЛЮС 15 МГ НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО ТРОМБОЛИТИКА  
ФОРТЕЛИЗИНА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА  
Алексеева Я.В. (Томск) .....  
73

ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ОБЩЕГО КАЛЬЦИЯ И РИСКА ПО ШКАЛЕ GRACE ПРИ  
ОСТРОМ КРОНАРНОМ СИНДРОМЕ  
Климкин П.Ф., Шаленкова М.А., Михайлова З.Д., Манюкова Э.Т., Погребецкая В.А.  
(Нижний Новгород)  
.....74

АССОЦИАЦИИ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА С ТЯЖЕСТЬЮ  
ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ,  
ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА  
Кожокарь К.Г., Урванцева И.А., Николаев К.Ю. (Сургут) .....75

АССОЦИАЦИИ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ С ТЯЖЕСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ  
ОСТРОГО КРОНАРНОГО СИНДРОМА  
Кожокарь К.Г., Урванцева И.А., Николаев К.Ю. (Сургут) .....76

ПРОФИЛАКТИКА ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ  
ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Кочергина А.М., Леонова В.О., Кашталап В.В., Барбараш О.Л. (Кемерово)  
.....77

ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА  
МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Селиверстова Д.В., Алеевская А.М. (Рязань)  
.....78

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МОЛОДЫХ  
Халмухамедов Б.Т. (Ташкент)

.....79

#### **РАЗДЕЛ IV. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СТАБИЛЬНОЙ ИБС** .....81

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА  
УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ  
КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА «РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ» У БОЛЬНЫХ  
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Бородашкина С.Ю., Протасов К.В., Подкаменный В.А. (Иркутск)  
.....81

ВЫРАЖЕННОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ  
ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Горбунова М.Л. (Нижний Новгород) .....82

БИЛИРУБИН КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫХ  
СОБЫТИЙ У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Горбунова О.Е., Панова Т.Н., Шамова Т.А., Мажайская И.В., Попова Т.М. (Астрахань)  
...82

ПРЕДИКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ IN-STENT РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ  
ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Майлян Д.Э.1, Гагарина Д.О.2 (1-Донецк, 2-Белгород) .....83

ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА СОСТОЯНИЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ  
ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ  
СЕРДЦА

Малева О.В., Трубникова О.А., Куприянова Т.В., Барбараш О.Л. (Кемерово)  
.....84

СТРУКТУРНЫЕ АНАЛОГИ ПЕПТИДА АПЕЛИНА: МЕХАНИЗМЫ ДЕЙСТВИЯ ПРИ  
ИШЕМИИ И РЕПЕРФУЗИИ СЕРДЦА

Пелогейкина Ю.А., Шульженко В.С., Серебрякова Л.И., Тимошин А.А., Студнева И.М.,  
Ланкин В.З., Коновалова Г.Г., Палькеева М.Е., Сидорова М.В., Павлович Е.Р., Писаренко  
О.И. (Москва) .....85

ФАКТОРЫ ВОСПАЛЕНИЯ, АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ И МИОКАРДИАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ В РАЗВИТИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ КОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ  
Рубаненко О.А., Кириченко Н.А., Кузьмина Т.М. (Самара) .....87

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ИБС (МУЖЧИН И ЖЕНЩИН) ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ АКШ В СВЯЗИ С ЗАДАЧАМИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОКОРРЕКЦИИ.  
Старунская Д.А., Великанов А.А. (Санкт-Петербург) .....88

СТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ НАПРЯЖЕНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ  
Турсунов Х.Х., Вахобов Б. М., Тожибоев Т. А. (Андижан)  
.....89

РОЛЬ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ В РАЗВИТИИ РАННИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ  
Шафранская К.С., Кузьмина О.К., Зыков М.В., Кашталап В.В., Барбараш О.Л. (Кемерово).....90

**РАЗДЕЛ V. НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА**  
.....91

ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ  
Дадашова Э.Ф., Мелехов А.В., Гендлин Г.Е. (Москва)  
.....91

МАРКЕРЫ ФИБРОЗА – НОВЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ  
Ионин В.А., Заславская Е.Л., Яцук Д.И., Соболева А.В., Полякова Е.А., Баженова Е.А., Беляева О.Д., Баранова Е.И., Шляхто Е.В. (Санкт-Петербург) .....92

УРОВЕНЬ АЛЬДОСТЕРОНА КРОВИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ  
Кравченко И.Н. (Донецк)  
.....93

СИНДРОМ БРУГАДА: ОТ ПЕРВИЧНОЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА К МОРФОЛОГИЧЕСКОМУ СУБСТРАТУ  
Павленко Т.А. (Москва)  
.....93

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С  
ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ  
Рубаненко А.О., Нелина О.А. (Самара) .....94

ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В  
РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ  
Рябая И.Н. (Архангельск) .....95

ВЛИЯНИЕ КАТЕТЕРНОЙ ИЗОЛЯЦИИ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ  
ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА  
Хамнагадаев И.А., Баймуканов А.М., Ильич И.Л., Термосесов С.А., Сторожаков Г.И.,  
Коков Л.С. (Москва) .....96

## **РАЗДЕЛ VI. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ .....98**

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ С БОЛЬНЫМИ  
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ  
Бендингер М.Н., Халмухамедов Б.Т., Мавлянов С.И. (Ташкент) .....98

ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В  
КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ  
Бендингер М.Н., Юлдашева Х.Ю. (Ташкент) .....98

АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ:  
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
Бокерия Л.А., Абдулгасанов Р.А., Иванов А.В., Абдулгасанова М.Р., Гасымов Э.Г.  
(Москва).....99

АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧЕК  
(ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ)  
Бокерия Л.А., Абдулгасанов Р.А., Иванов А.В., Абдулгасанова М.Р., Гасымов Э.Г.  
(Москва).....100

АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ НАДПОЧЕЧНИКОВ:  
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
Бокерия Л.А., Абдулгасанов Р.А., Иванов А.В., Абдулгасанова М.Р., Гасымов Э.Г.  
(Москва).....100

ВТОРИЧНЫЕ (СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ) АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ У  
БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ  
Бокерия Л.А., Абдулгасанов Р.А., Иванов А.В., Абдулгасанова М.Р., Гасымов Э.Г.  
(Москва).....101



СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ (РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ 2050 БОЛЬНЫХ)

Бокерия Л.А., Абдулгасанов Р.А., Иванов А.В., Абдулгасанова М.Р., Гасымов Э.Г. (Москва).....102

ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Бокерия Л.А., Абдулгасанов Р.А., Иванов А.В., Абдулгасанова М.Р., Гасымов Э.Г. (Москва).....102

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ЧАСТОТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Зубайдуллаева М.Т., Каримова Г.А., Омаров Х.Б. (Ташкент) .....103

ПАЦИЕНТЫ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА.

Орехова И.В., Анисимова Е.Н., Давыдова С.С., Рязанцев Н.А. (Москва) .....104

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА В БИОЛОГИЧЕСКИХ ОБРАЗЦАХ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Осипова О.А.1, Шепель Р.Н.2, Комисов А.А.1, Драпкина О.М.2, Осипов П.Г.1, Плаксина К.Г.1, Малай Н.В.1 (1-Белгород, 2-Москва) .....105

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Рубаненко А.О., Орехова А.С. (Самара) .....106

ИЗУЧЕНИЕ ПАТОГЕНЕЗА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ.

Тураева Д.М., Алимова Г.У. (Ташкент) .....107

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Халмухамедова С.М., Шоалимова З.М. (Ташкент) .....108

ИЗУЧЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Шоалимова З.М. (Ташкент) .....109

## **РАЗДЕЛ VII. ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ .....110**

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА И ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Анкудинов А.С., Абдусаматова К.А., Ющенко А.В. (Иркутск)  
.....110

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИДЕПРЕССАНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Бабаджанова Н.Э., Жумамуратова Н.С. (Ташкент) .....111

ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Мухитдинова Р.Ф., Алимова Г.У. (Ташкент) .....111

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Шоалимова .....3.М. (Ташкент)  
.....112

ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Шукурджанова С.М., Нуритдинова Н.Б. (Ташкент) .....113

ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Шукурджанова С.М., Нуритдинова Н.Б. (Ташкент) .....114

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

Эшниязова У.Н. (Ташкент) .....115

СОЗДАНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ГОСПИТАЛЬНОГО РЕГИСТРА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Юрченко А.В.1, Ситникова М.Ю.1, Лясникова Е.А.1, Трукшина М.А.1, Дупляков Д.В.2, Либис Р.А.3 (1-Санкт-Петербург; 2-Самара; 3-Оренбург) .....115

## **РАЗДЕЛ VIII. КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ССЗ .....117**

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КАРДИО – ГАСТРАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Бендингер М.Н., Мавлянов С.И., Халмухамедов Б.Т. (Ташкент) .....117

КОМОРБИДНЫЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА Ботаева Н.О., Абдумаликова Ф.Б. (Ташкент) .....	117
ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ УСКОРЯЕТ ВОЗНИКНОВЕНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ В ПОВТОРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА Зафираки В.К., Намитокон А.М., Скалецкий К.В., Космачева Е.Д. (Краснодар) .....	118
ФАКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ОТДАЛЕННОГО ПРОГНОЗА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ Зафираки В.К., Скалецкий К.В., Намитокон А.М., Космачева Е.Д. (Краснодар) .....	119
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДКА Леушина Е.А. (Киров) .....	120
ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ Мартиросян С.М., Космачева Е.Д., Порханов В.А. (Краснодар) .....	121
ФЕНОТИП ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ С ЧАСТЫМИ ОБОСТРЕНИЯМИ СВЯЗАН С УВЕЛИЧЕНИЕМ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА Намитокон АМ, Зафираки ВК, Космачева ЕД. (Краснодар) .....	122
ВОЗРАСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ С КАРДИАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ Нуриддинова Ф.М. (Ташкент) .....	123
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КАРДИТОВ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА Нуриддинова Ф.М. (Ташкент) .....	124
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ Нуриддинова Ф.М. (Ташкент) .....	125

ВЛИЯНИЕ СИМПТОМОВ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ НА СОСТОЯНИЕ  
КОАГУЛЯЦИОННОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА  
Орехова Ю.Н., Иванченко Д.Н. (Ростов) .....126

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ  
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА В СОЧЕТАНИИ С  
ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ  
Смирнова А.С., Гасендич Е.С. (Донецк) .....127

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С  
ТРЕВОЖНЫМ СИНДРОМОМ  
Тураева Д.М., Алимова Г.У. (Ташкент) .....128

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С ЛЕГОЧНОЙ  
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА  
Турсунов Х.Х., Тожибоев Т. А., Вахобов Б. М. (Андижан) .....129

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ТИПА У БОЛЬНЫХ С  
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ  
Турсунова М.У. (Ташкент) .....129

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ  
ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ  
Турсунова М.У. (Ташкент) .....130

ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ  
САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА В АНАМНЕЗЕ  
Холматова К.К., Дворяшина И.В. (Архангельск) .....131

EFFECT OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE ON THE COURSE OF  
CARDIOVASCULAR DISEASE IN ELDERLY PATIENTS  
Gorbunova S.I., Dzhanibekova A.R. (Stavropol)  
.....132

## **РАЗДЕЛ IX. ФАРМАКОТЕРАПИЯ В КАРДИОЛОГИИ ..... 134**

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕРКАНИДИПИНА У БОЛЬНЫХ  
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ  
Абдумаликова Ф.Б., Н.Б.Нуритдинова (Ташкент) .....134

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭКЗОГЕННОГО ФОСФОКРЕАТИНА У БОЛЬНЫХ  
СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ажми И., Кумбатова А.В., Черных Т.М., Иваненков А.В., Иваненкова Е.Ю.  
(Воронеж).....134

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА S(-) АМЛОДИПИН В АМБУЛАТОРНОЙ  
ПРАКТИКЕ

Алимова Г.У., Тураева Д.М. (Ташкент) .....135

ЧАСТОТА НАЗНАЧЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-  
АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК  
С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Бахрамаева Б.В., Пляшешников М.А. (Барнаул) .....136

ЛЕЧЕНИЕ ИЗОЛИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО  
ВОЗРАСТА

Бендингер М.Н., Юлдашева Х.Ю., Мавлянов С.И. (Ташкент) .....137

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «КСАРЕЛТО» (РИВАРОКСАБАНА) В  
ДОЗЕ 2,5 МГ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Иванова А.Ю., Аксентьев С.Б., Филимонов В.Б. (Рязань)  
.....138

ПОСТРОЕНИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ МАТЕМАТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ, ОСНОВАННОЙ  
НА ПАРАМЕТРАХ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ДЛЯ  
ОЦЕНКИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ИВАБРАДИНА

Кочеткова И.В., Черных Т.М. (Воронеж)  
.....139

ВЛИЯНИЕ ДИУРЕТИКОВ НА ОБМЕН ЭЛЕКТРОЛИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С  
ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ  
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Майлян Д.Э. (Донецк) .....140

ОПРАВДАНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕГО  
ВОЗРАСТА С НИЗКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

Молотягин Д.Г., Кудрик Е.А., Сова А.А. (Харьков) .....141

РОЛЬ ФИТОТЕРАПИИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТЕНЗИИ

Мухиддинова Р.Ф., Нуриддинова Ф.М. (Ташкент)  
.....142

ИЗМЕНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ  
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

.....	142
ВЛИЯНИЕ НЕБИВОЛОЛА НА ПРОЦЕССЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Нуритдинова Н.Б., Шукурджанова С.М. (Ташкент) .....	143
ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ЕЁ КОРРЕКЦИЯ НЕБИВОЛОЛОМ. Нуритдинова Н.Б., Шукурджанова С.М. (Ташкент) .....	144
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРЕАТИН ФОСФАТА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Рахматуллаева Г.К (Ташкент) .....	144
ОЦЕНКА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ С ФРУКТОЗА-1,6 ДИФОСФАТОМ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ Рахматуллаева Г.К (Ташкент) .....	145
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА ПЕРИНДОПРИЛ/АМЛОДИПИН В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ Рахматуллаева Г.К (Ташкент) .....	146
КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ЭФФЕКТЫ ИНДАКАТЕРОЛА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ Сафина Ю.Ф., Загидуллин Н.Ш. (Уфа) .....	147
АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ Средина О.С. (Йошкар-Ола) .....	148
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БЕРЕМЕННЫХ Тожибоев Т. А., Вахобов Б. М., Тожибоева М. И. (Андижан) .....	149
КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Тожибоев Т. А., Турсунов Х. Х., Вахобов Б. М. (Андижан) .....	150



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ КАРВЕДИЛОЛОМ И ВЛИЯНИЕ НА  
ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ДИСФУНКЦИЮ И ГИПЕРТРОФИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У  
ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Туробов Б.Т., Абдурахмонов А.Ш. (Ташкент)  
.....151

ОБУЧЕНИЕ В «ШКОЛЕ ПАЦИЕНТОВ, ПРИНИМАЮЩИХ АНТИКОАГУЛЯНТЫ» –  
ПЕРСПЕКТИВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И  
БЕЗОПАСНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОТИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ

Турсунова М.У. (Ташкент) .....152

ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ  
ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПО  
ПОКАЗАТЕЛЯМ СПОНТАННОЙ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ

Усачева Е.В. (Омск) .....153

АГРЕГАЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ И УРОВЕНЬ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА НА ФОНЕ  
ТЕРАПИИ АТЕНОЛОЛОМ И КАРВЕДИЛОЛОМ У ПАЦИЕНТОВ НЕСТАБИЛЬНОЙ  
СТЕНОКАРДИЕЙ

Халмухамедова С.М. (Ташкент) .....154

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОРИГИНАЛЬНОГО И  
ГЕНЕРИЧЕСКОГО БИСОПРОЛОЛА

Чудиновских ТИ1, Тарловская ЕИ2 (1-Киров, 2-Нижний Новгород) .....154

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ ПОД ВЛИЯНИЕМ  
КАРВЕДИЛОЛА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Шоалимова З.М. Даминов Д.Ш. (Ташкент) .....155

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗНЫХ ТРОМБОЛИТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У  
ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ИНФАРКТОМ  
МИОКАРДА

Юневич Д.С. (Рязань)  
.....156

**РАЗДЕЛ X. МЕТОДЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ И  
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЫ В КАРДИОЛОГИИ**

.....158

ФИЗИЧЕСКАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ У СПОРТСМЕНОВ И ЕЕ ЛИМИТИРУЮЩИЕ  
ПРИЧИНЫ

Ахмедов Ф.С., Қаюмов. А.И., Бадалова З.С. (Ташкент)  
.....158

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ СДВИГА У ЛИЦ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ Генкель В.В., Салашенко А.О., Алексеева О.А., Денисенко М.Н. (Челябинск) .....158	
ДЕФОРМАЦИЯ, РОТАЦИЯ, СКРУЧИВАНИЕ, РАСКРУЧИВАНИЕ, ПОВОРОТ ПО ОСИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Гладких Н.Н. .....159	(Томск)
ОСОБЕННОСТИ ТИПОВ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ Горбунова М.Л. (Нижний Новгород) .....	160
ОЦЕНКА ФРАГМЕНТАЦИИ QRS-КОМПЛЕКСА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Гордеева М.С., Пармон Е.В., Рыжкова Д.В. (Санкт-Петербург).....	161
ИНФОРМАТИВНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПО ДАННЫМ ЭКГ И ЭХОКГ Дадабаева Н.А., Рамазанова Н.А. (Ташкент) .....	162
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТРАБЕКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ Джигоева О.Н. (Москва) .....	163
ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ СЕРДЦА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ПРЕХОДЯЩЕЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С КЛАПАННОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Константинов Д.Ю., Галин П.Ю. (Оренбург) .....	164
КЛИНИКО-АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС Кумбатова А.В., Черных Т.М. (Воронеж) .....	165
УСТОЙЧИВОСТЬ К ИНДУЦИРОВАННОЙ ГИПОКСИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ВАГОСИМПАТИЧЕСКОГО БАЛАНСА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ Ляховец Е.Г., Костенко В.А., Скородумова Е.А. (Санкт-Петербург) .....	166
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ КОЛЛАБИРОВАНИЯ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ В РАЗВИТИИ ОСТРОГО КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА	

Макеева Е.Р., Чувалов Л.Л., Русакова И.В. (Ульяновск)  
.....167

**ВЫРАЖЕННОСТЬ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ И ИХ СООТНОШЕНИЕ С  
ЖЕСТКОСТЬЮ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТОНИЕЙ**

Медведева С.О., Колбасников С.В. (Тверь) .....168

**ЭПИКАРДИАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ИБС**

Раджабова Р.Ш., Шукурджанова С.М., Хамидова М.А. (Ташкент) .....169

**ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗРАБОТКИ МЕТОДА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КАПИЛЛЯРОСКОПИИ  
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С  
ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.**

Редька А. В. (Воронеж) .....170

**ДИАГНОСТИКА ИШЕМИИ И СТРАТИФИКАЦИЯ ЕЕ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С  
КОРОНАРОАТЕРОСКЛЕРОЗОМ**

Суспицын А.Е., Жучек Е.Н., Раевский П.И., Косарев Е.А. (Челябинск)  
.....171

**НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО  
ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

Тожибоев Т. А., Турсунов Х. Х., Вахобов Б. М. (Андижан) .....172

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ЖЁСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ С ЧАСТОТОЙ СЕРДЕЧНЫХ  
СОКРАЩЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В  
ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

Царева В.М., Новицкий Н.И. (Смоленск) .....172

**ЭЛАСТИЧНОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМАЯ  
ДИЛАТАЦИЯ У БЕРЕМЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИМТ И УРОВНЯ АД**

Шанченко С.А., Липатова Т.Е. (Саратов)  
.....173

**ВИДЫ НАРУШЕНИЙ РИТМА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ  
ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПО ДАННЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО  
МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ**

Эшниязова У.Н. (Ташкент) .....174

**РАЗДЕЛ XI. КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА МОЛОДЫХ КАРДИОЛОГОВ .....  
176**

**СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ АМИЛОИДОЗА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Абдурахманова Э.К., Смирнова Е.А. (Рязань)	176
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КАРДИОМИОПАТИИ ТАКОЦУБО	
Антимонова М.А. (Самара)	177
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО РАННЕГО ТРОМБОЗА СТЕНТА КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ	
Астраханцева И.Д., Урванцева И.А. (Сургут)	178
ЗАБОЛЕВАНИЯ АОРТЫ: КАК ИЗБЕЖАТЬ ФАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ?	
Белан И.А. (Краснодар)	179
СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТИНФАРКТНОГО ДМЖП: БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ	
Белан И.А., Барбухатти К.О., Порханов В.А. (Краснодар)	180
СЛОЖНЫЙ ВЫБОР: УСПЕШНЫЙ СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРИТИЧЕСКОГО ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА НА ФОНЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ИНФАРКТА	
Гасымова С.Ш., Франц М.В. (Ханты-Мансийск)	181
АОРТО-КАВАЛЬНАЯ ФИСТУЛА, ИМИТИРУЮЩАЯ ПРОЯВЛЕНИЯ КАРДИОМИОПАТИИ	
Гудкова С.А., Бурназян С.Е., Борзенкова О.Н., Тухбатова А.А., Дупляков Д.В. (Самара)	182
ПОЛНАЯ ФОРМА АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО КАНАЛА У ПАЦИЕНТКИ 26 ЛЕТ	
Дадабаева Н.А. (Ташкент)	183
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ РИТМА У ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT	
Джинибалаева Ж.В., Тухбатова А.А., Дупляков Д.В. (Самара)	184
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ РЕСТРИКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	
Егоров П.В., Гендлин Г.Е., Степанова Е.А., Захарова И.И. (Москва)	185
Q-ПОЗИТИВНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТКИ БЕЗ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ СТЕНОЗОВ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ	
Загорóдний С.С. (Рязань)	186

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕКОМПАКТНОГО МИОКАРДА У ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ПЕРВИЧНЫМ ПЕРЕДНИМ Q-ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST Керчева М.А. (Томск) .....	187
СЛУЧАЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ МЕТОДОВ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ТЯЖЕЛОЙ КАТЕГОРИИ ПАЦИЕНТОВ Кузьмина О.К., Левадин Ю.В. (Кемерово) .....	188
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ФРЕДЕРИКА. КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР Кулаковская Ю.А. Анатольевна (Якутск) .....	189
РЕИННЕРВАЦИЯ ТРАНСПЛАНТИРОВАННОГО СЕРДЦА Лепشوкова М.Н. (Краснодар).....	190
ВЫРАЖЕННАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ ПРИ ВАРФАРИН-ИНДУЦИРОВАННОЙ КОАГУЛОПАТИИ Макеева Е.Р., Ефремова Е.В., Артемьева А.Н. (Ульяновск) .....	191
ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ АОРТАЛЬНОГО И ЛЕГОЧНОГО КЛАПАНОВ У ПАЦИЕНТА С РЕКАНАЛИЗАЦИЕЙ ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ Муллова И.С., Джинибалаева Ж.В., Семагин А.П., Зыбин А.А., Тухбатова А.А., Дупляков Д.В. (Самара) .....	192
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ СИНДРОМА ОДЫШКИ У ПАЦИЕНТКИ С КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Орлов Д.О. (Москва) .....	193
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ И КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА С ПОДАГРОЙ Петрова М.Н. (Якутск) .....	194
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЕЗБОЛЕВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА Романченко Е.М., Лозина О.В., Антропова О.Н. (Барнаул) .....	195
СЛОЖНАЯ КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТКИ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА Селиверстова Д.В., Загородний С.С (Рязань) .....	197

СЛУЧАЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КАРДИАЛГИЙ Семенова Е.Н. (Омск) .....	198
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ АЗИЛСАРТАНА МЕДОКСОМИЛА У БОЛЬНОГО С ПЛОХО КОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ Сметнева Н.С., Голобородова И.В. (Москва) .....	199
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО МИОКАРДИТА С ТРОМБАМИ В ЛЕВОМ ЖЕЛУДОЧКЕ. Средина О.С. (Йошкар-Ола) .....	200
ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ ОККЛЮЗИЯ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА ОККЛЮДЕРОМ Тилешова Б.Б., Акбалаева Б.А., Турсункулов А.С. (Ош) .....	201
ТРОМБОФИЛИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-КАРДИОЛОГА Чулков В.С. (Челябинск) .....	202
СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ Q-ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИНЫ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ТРОМБОФИЛИИ И ИДИОПАТИЧЕСКОГО ПНЕВМОФИБРОЗА Шиляева Н.В. (Самара) .....	204
ПОДОСТРЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ С ПОРАЖЕНИЕМ МИТРАЛЬНОГО И ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНОВ У ПАЦИЕНТА С АНЕВРИЗМОЙ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ И ПЕРЕНЕСЕННЫМ ГЕМОМРАГИЧЕСКИМ ОНМК Шишкова А.В., Адонина Е.В., Дупляков Д.В. (Самара) .....	205
CLINICAL CASE OF PATIENT WITH PERIMYOCARDITIS I.A. Starodubtseva (Voronezh) .....	206
<b>РАЗДЕЛ XII. МАСТЕР-КЛАССЫ ОТ МОЛОДЫХ КАРДИОЛОГОВ</b> .....	<b>208</b>
ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ. ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПРИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЯХ Анкудинов А.А. (Иркутск).....	208
ТЕРАПИЯ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА – ИЛИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПУТЬ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ УСПЕХУ Белан И.А. (Краснодар) .....	213



РАСШИРЕННЫЕ РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ (ПО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ЕВРОПЕЙСКОГО СОВЕТА ПО РЕАНИМАЦИИ)	
Газенкамф А.А. (Красноярск) .....	219
СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	
Долгинина С.И. (Самара).....	224
ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ: ЭПИДЕМИЯ XXI ВЕКА. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ. ПРИНЦИПЫ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ	
Ефимова О.И. (Самара) .....	228
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	
Ефремова Е.В. (Ульяновск) .....	233
ПАЦИЕНТ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМ КАРДИОСТИМУЛЯТОРОМ: ЧТО ГОВОРИТ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММА?	
Любимцева Т.А. (Санкт-Петербург) .....	238
ОСНОВЫ ГРАНТРАЙТИНГА. ГРАНТЫ ДЛЯ СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ	
Малиновская Н.А. (Красноярск) .....	239
ПОДГОТОВКА ПРЕЗЕНТАЦИИ ДЛЯ НАУЧНОГО ДОКЛАДА	
Малиновская Н.А. (Красноярск) .....	239
НАУКОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ОЦЕНКЕ РАБОТЫ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ. РАБОТА С СОВРЕМЕННЫМИ БАЗАМИ ДАННЫХ И СОЗДАНИЕ АККАУНТОВ И ПРОФИЛЕЙ МОЛОДОГО УЧЁНОГО	
Медведева Е.А. (Самара) .....	240
АНОМАЛИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ	
Намитокоев А.А. (Краснодар) .....	240
МИФЫ И ЗАБЛУЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ – КАК ИХ РАЗВЕНЧАТЬ?	
Ротарь О.П. (Санкт-Петербург) .....	246
ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ. ПРИНЦИПЫ СОЗДАНИЯ МАТЕМАТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ	
Рубаненко А.О. (Самара) .....	249

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АРИТМИЙ Селезнев С.В. (Рязань) .....	252
ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ Селезнев С.В. (Рязань) .....	253
МОЛОДОЙ КАРДИОЛОГ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ. АНАЛИЗ ЕВРОПЕЙСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ВНЕСЕРДЕЧНЫМ ОПЕРАЦИЯМ, ИХ ПРОТИВОРЕЧИЯ И ПРИМЕНЕНИЕ НА ПРАКТИКЕ Скалецкий К.В. (Краснодар) .....	254
ПРАКТИЧЕСКАЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЯ: ОТ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ К СОВРЕМЕННЫМ ВОЗМОЖНОСТЯМ МЕТОДА Суркова Е.А. (Самара) .....	258
ПРИНЦИПЫ ПЛАНИРОВАНИЯ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ В РАМКАХ ГРАНТОВОЙ ПОДДЕРЖКИ Суркова Е.А. (Самара) .....	259
ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ. А ВРАЧ КОГДА ПОДОЙДЕТ? Таняшина А.С. (Казань) .....	259
СОВРЕМЕННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ. ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ. СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА Тимешова Т.А. (Тверь) .....	263
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИАГРЕГАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Усачева Е.В. (Омск) .....	271
ПЕРИКАРДИТЫ: ОТ РЕКОМЕНДАЦИЙ К РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Филиппов Е.В. (Рязань) .....	276
ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА Франц М.Н. (Ханты-Мансийск) .....	277
НА ПРИЕМЕ ПАЦИЕНТ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ТАКТИКА ВРАЧА- КАРДИОЛОГА И ТЕРАПЕВТА (ИНТЕРАКТИВНЫЙ МАСТЕР-КЛАСС) Черняева М.С. (Красноярск) .....	279

## РЕГИСТР БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: КАК ЭТО РАБОТАЕТ

Юрченко А.В. (Санкт-Петербург) .....288

**Раздел I. ГЕНЕТИКА В КАРДИОЛОГИИ И БИОМАРКЕРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ****КОНЦЕНТРАЦИЯ В КРОВИ БЕЛКА ПРОПРОТЕИНОВОЙ КОНВЕРТАЗЫ СУБТЕЛИЗИН-КЕКСИНОВОГО ТИПА 9 (PCSK9) У МУЖЧИН РАЗЛИЧНЫХ ПОПУЛЯЦИОННЫХ ГРУПП И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ**Астракова К.С.1, Рагино Ю.И.1, Шахтшнейдер Е.В.1, Астраков С.В.2,  
Стахнёва Е.М.1, Воевода М.И.1

1. Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины», Новосибирск, Россия; 2. Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет», Новосибирск, Россия  
[astramedicina@mail.ru](mailto:astramedicina@mail.ru)

**Введение:** Значимость роли пропротеиновой конвертазы субтилизин-кексинового типа 9 (PCSK9) в метаболизме холестерина (ХС) была продемонстрирована в нескольких крупных исследованиях. Было показано, что гетерозиготные формы специфичных миссенс-мутаций PCSK9 вызывают аутосомно-доминантную ГХС (гиперхолестеринемию). Белок PCSK9 регулирует концентрацию в крови атерогенных частиц ЛНП на пост-транскрипционном уровне за счет деградации рецепторов к ЛНП. На данный момент известно немного популяционных исследований, где изучалась концентрация белка PCSK9 (Dallas Heart Study, PPID Nanjing Study). Разнонаправленные и противоречивые данные о концентрации белка PCSK9 в разных группах населения и о ее ассоциации с различными метаболическими маркерами определяют актуальность дальнейших исследований.

**Цель:** Изучить концентрацию в крови белка PCSK9 у мужчин в различных популяционных группах, ее ассоциацию с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний и отдаленным семилетним неблагоприятным прогнозом.

**Материалы и методы:** В исследование включены 3 группы мужчин, сформированных из популяционной выборки жителей Новосибирска в возрасте от 44 до 73 лет, не получающих липидснижающие препараты: популяционная группа (183 человека), группа с гиперХСемией (46 человек) и группа с гипоХСемией (18 человек). Концентрация белка PCSK9 в крови определялась методом иммуноферментного анализа с использованием тест-системы «Human Proprotein Convertase 9/PCSK9 Immunoassay» (R&D Systems). Конечные точки (сердечно-сосудистая смертность, инфаркт миокарда) изучены в течение 7 лет после обследования популяционных групп мужчин с использованием данных Регистров сердечно-сосудистой смертности и инфаркта миокарда.

**Результаты:** Было выявлено нормальное распределение концентрации белка PCSK9 у мужчин в популяционных группах с гипер- и гипо-ХС-емиями и ненормальное со сдвигом влево в популяционной группе мужчин. Уровень белка PCSK9 в группе мужчин с гипер-ХС-емией оказался в 1,2 раза выше, чем в популяционной группе. Найдена корреляция концентрации белка PCSK9 с уровнями общего ХС, ХС-ЛНП, глюкозы. Определено, что

вариабельность PCSK9 обусловлена влиянием других факторов только на 15% (R Square =0,155, p<0,001). Найдено значимое влияние уровня ХС-ЛВП (Beta =0,238, p=0,023), ТГ (Beta =0,253, p=0,049) и ХС-ЛНП (Beta =0,751, p=0,009) на концентрацию белка PCSK9. При проведении многофакторного регрессионного анализа была найдена значимая независимая ассоциация концентрации белка PCSK9 с сердечно-сосудистой смертью в семилетний отдаленный период (p=0,048, OR=1,01). Полученные результаты показывают, что при увеличении уровня в крови белка PCSK9 (на 1 нг/мл) у мужчин относительный риск развития сердечно-сосудистой смерти в течение 7 лет после обследования увеличивается на 1% независимо от других параметров.

Заключение: Определение концентрации белка PCSK9 в российской популяции представляется крайне актуальным. Использование в клинической практике определения концентрации белка PCSK9 позволяет оценивать отдаленный сердечно-сосудистый прогноз.

### **ЛИПОПРОТЕИД(а), ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЯ И МЕЛКИЕ ПЛОТНЫЕ ПОДФРАКЦИИ ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ КАК ФАКТОРЫ РИСКА ИБС**

Афанасьева О.И.1, Уткина Е.А.1, Артемьева Н.В.1, Ежов М.В.1, Кононова Е.В.2, Адамова И.Ю.1, Покровский С.Н.1

1- ФГБУ Российский кардиологический научно-производственный комплекс МЗ РФ, Москва, Россия; 2 - Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия.

[Afanasieva@yandex.ru](mailto:Afanasieva@yandex.ru)

Введение. Повышенная концентрация липопропротеида(а) является независимым фактором риска атеросклероза и его осложнений. Анализ мелких плотных подфракций липопропротеидов низкой плотности (мпЛНП) приобретает все большее значение в диагностике и прогнозировании сердечно-сосудистых заболеваний. Данные о сочетанном влиянии двух этих фактор на риск развития ИБС в мировой литературе практически отсутствуют.

Цель. Изучить взаимосвязь липопропротеида(а) [Лп(а)], триглицеридов (ТГ) и мелких плотных подфракций ЛНП (мпЛНП) и их сочетания с наличием ИБС.

Материалы и методы. В исследование было включено 187 пациентов, принимавших статины, имеющих данные инструментальных обследований коронарных артерий и концентрацию Лп(а) свыше 3 мг/дл. 157 больных имели ИБС, подтвержденную КАГ, 30 пациентов не страдали ИБС. Концентрацию Лп(а) измеряли методом иммуноферментного анализа с использованием поликлональных антител к Лп(а). Показатели липидного спектра и концентрацию мпЛНП анализировали наборами «Bioscop» (Германия) и «Липопринт®System» (Quantimetrix, США).

Результаты. В общей группе пациентов наблюдали взаимосвязь уровня ТГ с концентрацией мпЛНП ( $r=0,445$ ,  $p<0,0001$ ), наличие ИБС было связано с полом ( $r=0,325$ ,  $p<0,0001$ ), концентрациями Лп(а) ( $r=0,271$ ,  $p=0,0001$ ) и ТГ ( $r=0,159$ ,  $p=0,030$ ). Анализ отношения шансов (ОШ) показал, что среди пациентов с концентрацией Лп(а)  $\geq 30$  мг/дл больные ИБС встречались в 4,7 раз чаще (ОШ=4,7 (95% ДИ 2,0-11,2)  $p<0,0005$ ), с ТГ  $\geq 1,7$  ммоль/л - в 3,2 раза чаще (1,2-8,7),  $p=0,05$ , относительно пациентов с нормальными показателями. Повышенная концентрация Лп(а)  $\geq 30$  мг/дл десятикратно увеличивала риск наличия ИБС у пациентов с гипертриглицеридемией ТГ  $\geq 1,7$  ммоль/л (ОШ=10,0 (95%ДИ 2,2-46,3),  $p=0,05$ ) или присутствием мпЛНП  $\geq 2$  мг/дл (ОШ=10,7, (ДИ 2,30-49,80),  $p=0,05$ ).

Заключение. Лп(а) является независимым фактором риска атеросклероза коронарных артерий, более значимым, чем атерогенный профиль липопротеидов, при этом наличие мЛПНП или гипертриглицеридемии значимо увеличивает вероятность наличия ИБС у пациентов с повышенной концентрацией Лп(а) в обследованной группе больных.

## **ЭКСПРЕССИЯ ГЕНОВ СКАВЕНДЖЕР РЕЦЕПТОРОВ CD36 И CD68 У ПАЦИЕНТОВ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ**

Давлятшина Н.З., Маянская С.Д., Гришина Э.А., Кравцова О.А.  
ГБОУ ФПО Казанский государственный медицинский университет Минздрава России, Казань, Россия  
ФГАОУ ВО Казанский (Приволжский) федеральный университет, Казань, Россия  
[Nurfiya.20@mail.ru](mailto:Nurfiya.20@mail.ru)

Введение (цели/задачи). Окисленные ЛПНП (оЛПНП) играют центральную роль в прогрессировании атеросклероза за счет их утилизации моноцитами/макрофагами, и цитотоксического действия по отношению к эндотелиалию сосудов.

Предполагается, что связь оЛПНП с моноцитами/макрофагами происходит посредством целой группы скавенджер рецепторов, локализованных на клеточных мембранах. При этом, изменение активности кодирующих их генов может служить чувствительным маркером избыточного накопления пенистых клеток на ранних этапах формирования липидного пятна, и, как следствие, атеросклеротической бляшки.

В связи с этим, целью данного исследования явилось исследование оценки уровня экспрессии двух генов, относящихся к классу скавенджер рецепторов – CD36 и CD68, в атеросклеротических бляшках и периферической крови у пациентов с мультифокальным атеросклерозом.

Материалы и методы. Анализ экспрессии генов проводили у 48 человек: 30 из них составили пациенты без клинических признаков атеросклеротического поражения сосудов, но с наличием факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (1 группа) и 18 человек с подтвержденным клинико-диагностическими методами диагнозом мультифокального атеросклероза (МФА) (2 группа). У пациентов с МФА в ходе оперативных вмешательств изъяты атеросклеротические бляшки. Относительный уровень экспрессии генов оценивали с помощью метода 2-ΔΔСТ согласно Livak K. и Schmittgen T. Достоверность различий определялась с использованием непараметрического статистического критерия t-тест (при  $p=0,05$ ). Статистический анализ данных проводили с применением стандартных математических методов средствами программ Microsoft Excel2010.

Результаты. Анализ экспрессии гена CD36, продукт которого запускает каскад воспалительных реакций и образование пенистых клеток, показал достоверное увеличение его активности в клетках атеросклеротических бляшек (АБ) и периферической крови 1 – ой ( $p=0,0495$ ) и 2-ой группы пациентов ( $p=0,0024$ ). Имеются данные о том, что оЛПНП повышают экспрессию данного гена за счет активации гамма рецептора активирующего пролиферацию пероксисом – PPAR $\gamma$ , а также экспрессия CD36 повышается по мере того, как моноциты пролиферируют в макрофаги. При исследовании экспрессии гена CD68 отмечалось достоверное ее увеличение в клетках АБ по сравнению с клетками периферической крови, в обеих группах пациентов ( $p=0,00027$  и  $p=0,0054$  соответственно), при этом, относительный уровень экспрессии этого гена значительно снижен в клетках периферической крови у больных с мультифокальным атеросклерозом по сравнению с группой сравнения ( $p=0,00023$ ).

Заклучение. Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о значительном вкладе скавенджер рецепторов в развитие атеросклеротического поражения сосудов, при этом различие уровня экспрессии этих генов у пациентов с разной степенью выраженности заболевания (в частности, снижение экспрессии CD68 в периферической крови) может являться как диагностическим, так и прогностическим фактором.

## **РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ TLRs В РАЗВИТИИ РАННЕГО ДЕБЮТА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

Жидкова И.И., Хуторная М.В., Понасенко А.В., Кутихин А.Г., Барбараш О.Л.  
Федеральное Государственное Бюджетное Научное Учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», г. Кемерово, Россия  
[Irina04046@yandex.ru](mailto:Irina04046@yandex.ru)

**Введение.** Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является мультифакториальным заболеванием обусловленным сложным, сочетанным взаимодействием различных факторов окружающей среды с физиологическими реакциями организма, в том числе врожденным иммунным ответом. Воспалительный ответ, один из ключевых факторов атерогенеза, генетически детерминирован. Изучение вариабельности генов иммунного ответа, с позиции определения ключевых звеньев атерогенеза и его клинический выражений, в том числе раннего дебюта ишемической болезни сердца, оправдан. Наиболее перспективными для изучения являются рецепторы врожденного иммунитета – TLRs, демонстрирующие участие в атерогенезе. Варианты в структурном и количественном составляющих системы TLRs могут определять длительность латентного периода, варианты клинических проявлений, течение и прогноз заболевания.

**Цель исследования:** выявить ассоциации полиморфных вариантов генов TLRs с ранним дебютом ишемической болезни сердца.

**Материал и методы исследования:** в исследование включены 292 пациента, подвергшиеся аортокоронарному шунтированию на базе ФГБНУ «НИИ КПССЗ», г. Кемерово. Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от возраста начала ИБС. В первую группу вошли пациенты с дебютом ИБС в возрасте старше 55 лет, [115 (39,38%) человек], во вторую группу - пациенты с дебютом ИБС в возрасте 55 лет и моложе [177 (60,62%) человек]. Материалом служили образцы геномной ДНК. Выделение производилось методом фенол-хлороформной экстракции из цельной венозной крови. Генотипирование проводили по технологии TaqMan в формате RT-PCR, по протоколу производителя. Исследовали 8 аллельных вариантов 4 генов системы TLRs: TLR1 (rs5743551 и rs5743611), TLR2 (rs3804099 и rs5743708), TLR4 (rs4986790 и rs4986791), TLR6 (rs3775073 и rs5743810). Математическая обработка проводилась при помощи программы SNPStats. Для оценки риска, предоставляемых определенными аллелями или генотипами, высчитывали отношения шансов (ОШ) с 95% доверительными интервалами (95%ДИ). Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты:** Распределение частот генотипов во всех группах соответствовало равновесию Харди-Вайнберга (Hardy-Weinberg equilibrium, HWE). Аллель С вариабельного сайта rs5743551 гена TLR1 статистически значимо ассоциирован с повышенным риском развития более раннего начала ИБС (в возрасте 55 лет и моложе) (ОШ= 1,71, 95% ДИ= 1,01–2,90,  $p = 0,046$ ). Гетерозиготный (A/G) генотип вариабельного сайта rs5743810 гена TLR6 статистически значимо ассоциирован со сниженным риском развития более раннего дебюта ИБС (в возрасте 55 лет и моложе) (ОШ = 0,53, 95% ДИ = 0,29–0,97,  $p = 0,039$ ).



Заключение: Таким образом, результаты настоящего исследования продемонстрировали связь полиморфизмов генов рецепторов врожденного иммунитета с реализацией раннего дебюта ИБС: С аллель полиморфизма rs5743551 гена TLR1 ассоциирован с повышением в 1,7 раз риска развития более раннего начала ИБС (в возрасте 55 лет и моложе), тогда как у гетерозиготного (A/G) генотипа полиморфизма rs5743810 гена TLR6 выявлен протективный эффект в отношении риска развития более раннего дебюта ИБС (в возрасте 55 лет и моложе).

## **АКТИВНОСТЬ ОКИСЛИТЕЛЬНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ФЕРМЕНТОВ В ЛЕЙКОЦИТАХ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ**

Ирназаров А.Х.

Ташкентская Медицинская Академия., Ташкент. Узбекистан

[TTAzamat@mail.ru](mailto:TTAzamat@mail.ru)

Известно, что в основе всех биологических превращений, совершающихся в организме, лежит клеточное дыхание. Дыхательный фермент, впервые открытый Отто Варбургом в 1926 году и позже названный цитохромоксидазой (ЦХО) принимает самое активное участие при тканевом дыхании. Другим окислительно-восстановительным ферментом, часто встречающимся в тканях, является пероксидаза (ПО), представляющая собой особо сложный железосодержащий белок, которая разрушая образующийся в результате жизнедеятельности клетки перекись водорода, освобождает сильнейший окислитель - атомарный кислород, принимающий участие в окислительно-восстановительных процессах в клетке. Наибольшая активность и содержание ЦХО, ПО определяется в цитоплазме сегментоядерных нейтрофильных лейкоцитов.

Цель исследования. Путем анализа периферической крови у больных ишемической болезнью сердца с признаками недостаточности кровообращения выявить изменения в лейкоцитах крови. Активность фермента у отдельных больных достигла 138-140 ед. В основном это были больные тяжелой формой сердечной недостаточности. Средняя величина активности ПО в лейкоцитах крови при поступлении в стационар у больных кардиосклерозом без признаков недостаточности равнялась ( $223,4 \pm 4,5$  ед), а у больных с признаками недостаточности была снижена ( $191 \pm 5,3$  ед) по сравнению с нормой ( $202 \pm 3,1$  ед).

Материалы и методы. Активность ЦХО определяли по методу Г.Н. Роскина, ПО по методу Gracham-Knoll. Цитохимическое определение активности ЦХО, ПО в лейкоцитах крови было произведено у 42 больных кардиосклерозом. У 28 больных кардиосклерозом обнаружены признаки недостаточности кровообращения II-III функциональный класс (ФК) по классификации Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (НУНА). Контрольную группу составили 30 здоровых лиц. У всех больных кардиосклерозом активность ЦХО, ПО в нейтрофильных лейкоцитах крови определялась при поступлении в стационар и перед выпиской.

Результаты. Если у больных кардиосклерозом без признаков недостаточности кровообращения активность ЦХО в лейкоцитах крови ( $226,3 \pm 8,4$  ед) было повышено по сравнению с нормой (средняя величина ее  $198,2 \pm 4,1$  ед), то у больных кардиосклерозом с признаками недостаточности кровообращения она была понижена ( $182,3 \pm 5,3$  ед)

Заключение. Нарушение кровообращения изменяет цитохимическую активность ЦХО, ПО в нейтрофильных лейкоцитах крови, выявленные изменения отражают общее нарушение окислительно-восстановительных процессов в организме. Снижение активности ЦХО и ПО в лейкоцитах крови связано со степенью выраженности

кардиосклероза; недостаточность кровообращения, вероятно, усугубляет снижение активности этих ферментов.

## **СОДЕРЖАНИЕ ФОСФОЛИПИДОВ И ЦИТОХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕЙКОЦИТАХ КРОВИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ**

Ирназаров А.Х.

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент. Узбекистан

[TTAzamat@mail.ru](mailto:TTAzamat@mail.ru)

Известно, что на ранних этапах развития атеросклероза существенную роль отводят соотношению концентрации лецитина (фосфолипидов) и холестерина. Прогрессирование различных форм ишемической болезни сердца обычно связывают с преобладанием холестерина над лецитином и накоплением в интима артерий. Важную роль в транспортировке липидов играют лейкоциты крови. Основная масса липидов сосредоточена в цитоплазме лейкоцитов, значительная их часть (главным образом) являются компонентом клеточных мембран.

Цель исследования. Исследования изучения цитохимических изменений содержания фосфолипидов в лейкоцитах крови у больных стенокардией.

Материалы и методы. В лейкоцитах периферической крови цитохимически (по методу Я.Гольдмана) изучали содержание фосфолипидов. Под нашим наблюдением находилось 46 больных стабильной стенокардией напряжения согласно канадской классификации, из которых у 11 человек I функциональный класс (ФК), у 12 ПФК, у 10 III ФК, у 13 IV ФК. Исследование проводилось у больных в первые сутки поступления в стационар. Контрольную группу составили 15 практически здоровых людей в возрасте 28-54 года.

Результаты цитохимического исследования показали, что содержание фосфолипидов в лейкоцитах крови у больных I ФК и II ФК соответственно ( $336,8 \pm 7,6$  ед), ( $328,5 \pm 6,7$  ед) снижается по сравнению с контрольной группой здоровых людей ( $352,4 \pm 2,8$  ед). При стенокардии III ФК ( $311,3 \pm 10,2$  ед) и IV ФК ( $302,8 \pm 10,4$  ед) цитохимический статус содержания фосфолипидов в лейкоцитах крови оказалось достоверно ниже ( $p < 0,01$ ) по сравнению с предыдущими формами. Результаты цитохимического исследования показали, что содержание фосфолипидов в лейкоцитах крови у больных последних групп резко было снижено.

Заключение. Генез фосфолипидных сдвигов, обнаруженных в лейкоцитах крови при различных функциональных классах стабильной стенокардии очень сложен. Снижение содержания фосфолипидов можно рассматривать как один из признаков нарушения функциональных свойств лейкоцитов, отражающих характер защитных реакций организма при прогрессировании заболевания. На основе показателей содержания фосфолипидов в лейкоцитах крови возможна выработка новых критериев оценки тяжести течения стабильной стенокардии напряжения.

## **АССОЦИИРОВАННЫЙ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ ПРОТЕИН ПЛАЗМЫ А И ИНСУЛИНОЗАВИСИМЫЙ ФАКТОР РОСТА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ**

Каюмова1 Г.Х., Разин2 В.А.

1-ООО «ВМ Клиник», г. Ульяновск, Россия, 2 - ФГОУ ВО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск, Россия  
[guzeliya-k@rambler.ru](mailto:guzeliya-k@rambler.ru)

Введение. Во всем мире смертность от сердечно – сосудистых заболеваний занимает первое место среди всех причин смерти. Для улучшения стратификации риска и диагностики острого коронарного синдрома открыты и активно изучаются новые белковые факторы роста и повреждения, ассоциированный с беременностью плазменный протеин-А и инсулиноподобный фактор роста 1.

Целью настоящего исследования явился сравнительный анализ уровней PAPP-A и IGF-I в плазме крови у больных с острым коронарным синдромом и выявление их диагностического значения.

Материал и методы. В исследование были включены 71 пациента с ОКС, средний возраст составил  $57 \pm 8,5$  лет, в плазме крови у которых определяли PAPP-A и IGF-I. Забор крови производился в момент поступления пациента, до верификации окончательного диагноза. Концентрацию PAPP-A определяли методом иммунофлюоресценции («Diagnostic Systems Laboratories», США) с определением нижней границы 0,03 мМЕ/л и стандартной теоретической функциональной чувствительностью до 0,0143 мМЕ/л. Концентрация IGF-I определялась иммуноферментным методом (ИФА) с помощью наборов фирмы «Diagnostic Systems Laboratories» (США). Референтные величины: 81–284 нг/мл. Группу контроля составили 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу. Группу сравнения составили 40 пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезни сердца с стабильными формами стенокардии. Статистическая обработка материала проведена с помощью пакета «Статистика 8.0».

Результаты. Концентрации PAPP-A у пациентов с острым инфарктом миокарда с зубцом Q были самые высокие  $27,75 \pm 11,75$  мМЕ/л и приближенные к группе летальности  $27,7 \pm 7,1$  мМЕ/л. У пациентов с острым инфарктом миокарда без зубца Q концентрации PAPP-A оказались несколько ниже  $22,12 \pm 7,69$  мМЕ/л, но достоверно значимо ( $p < 0,05$ ) выше, чем у пациентов с диагнозом нестабильная стенокардия- $8,22 \pm 3,16$  мМЕ/л. Повышение концентрации IGF-I также отмечено у всех пациентов с острым инфарктом миокарда. Однако по сравнению с PAPP-A, концентрация IGF-I у пациентов с острым инфарктом миокарда с зубцом Q составила  $156,53 \pm 45,31$  нг/мл, и была несколько ниже, чем у пациентов с острым инфарктом миокарда без зубца Q- $172,28 \pm 31,59$  нг/мл и нестабильной стенокардией. Наибольшая концентрация IGF-I составила у пациентов с нестабильной стенокардией  $179,68 \pm 44,09$  нг/мл. Отмечена также обратная зависимость IGF-I и PAPP-A в 9 случаях смерти от острого инфаркта миокарда, а именно, концентрация IGF-I снизилась и составила  $126,06 \pm 15,12$ , в то время когда концентрация PAPP-A у данных пациентов была самой высокой

Заключение. Уровни PAPP-A и IGF-I достоверно выше в группе острой коронарной патологии по сравнению с практически здоровыми людьми и пациентами с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (стабильные формы стенокардии). У пациентов с нестабильной стенокардией PAPP-A превышает значения в контрольной группе в 3,6 раза, а у пациентов с инфарктом миокарда в 11,6 раза. В случае исхода в инфаркт миокарда PAPP-A в 3,2 раза выше, чем при нестабильной стенокардии. PAPP-A и IGF-I представлены, как белковые факторы роста и повреждения, и могут использоваться как анализатор нестабильности атеросклеротической бляшки при острых коронарных событиях.

## ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ БЕЛКОВЫХ ФАКТОРОВ РОСТА И ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Каюмова1 Г.Х., Разин2 В.А.

1-ООО «ВМ Клиник», г. Ульяновск, Россия, 2 - ФГОУ ВО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск, Россия  
guzeliya-k@rambler.ru

Введение. PAPP-A и IGF-I - маркеры, их взаимодействие которых рассматривается как один из механизмов активации процессов повреждения и защиты сосудистой стенки. В неотложной кардиологии для прогнозирования исхода острого коронарного синдрома применяется шкала Grace, расчет данных которой рутинный и опирается на программное обеспечение или применение таблиц. Исследование белковых факторов роста и повреждения, PAPP-A и IGF-I, также может применяться в практике врача для прогнозирования исхода заболевания.

Целью настоящего исследования - сравнительный анализ уровней PAPP-A и IGF-I в плазме крови у пациентов с острым коронарным синдромом, прогностическое значение.

Материал и методы. В исследование были включены 71 пациента с острым коронарным синдромом, средний возраст  $57 \pm 8$  лет, у которых в плазме крови определяли PAPP-A и IGF-I. Забор крови производился в момент поступления пациента, до верификации окончательного диагноза. Концентрацию PAPP-A определяли методом иммунофлюоресценции («Diagnostic Systems Laboratories», США). Концентрация IGF-I определялась иммуноферментным методом с помощью наборов фирмы «Diagnostic Systems Laboratories» (США). Показатели шкалы Grace получены путем расчета специализированной программы Ask risk model и представлены в % величинах. Группу контроля составили 20 практически здоровых лиц. Группу сравнения составили 40 пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезни сердца с стабильными формами стенокардии. Статистическая обработка проведена с помощью пакета «Статистика 8.0».

Результаты. Уровни PAPP-A, IGF-I при острой коронарной патологии выше по сравнению с группами контроля и сравнения. У пациентов с нестабильной стенокардией PAPP-A превышает значения в контрольной группе в 3,6 раз, а у пациентов с инфарктом миокарда в 11,6 раза. PAPP-A при инфаркте миокарда в 3,2 раза выше, чем при нестабильной стенокардии. У пациентов с нестабильной стенокардией самые высокие показатели IGF-I, и в 1,2 раза выше, чем в группе контроля. Самые низкие IGF-I показатели оказались в группе летальности от инфаркта, и составили в 1,27 ниже, чем в группе контроля. Все пациенты с инфарктом миокарда при поступлении имели оформленные осложнениями острого периода. 38 пациентов имели высокий риск по Killip 2,5-4. 9 пациентов имели высокий риск фатальности по шкале Grace in hospital=40-50%. Абсолютная смертность от инфарктов составила 9 случаев, что полностью соответствует Grace in hospital. Корреляция IGF-I с исходом в инфаркт миокарда и показателей шкалы Grace in a hospital статистически значимая ( $p < 0,05$ ) отрицательная, средней степени,  $p = 0,004$ ,  $r = -0,42$ . Корреляция IGF-I с исходом в инфаркт миокарда и показателей шкалы Grace in 6 months статистически значимая ( $p < 0,05$ ) отрицательная, средней степени,  $p = 0,001$ ,  $r = -0,46$ . Анализ PAPP-A имел статистически значимые ( $p < 0,05$ ) слабые отрицательные связи с прогнозом летальности по шкале Grace in 6 months  $p = 0,001$ ,  $r = -0,25$ , несколько ниже по сравнению со статистическими данными IGF-I.

Заключение. PAPP-A, IGF-I-белковые факторы роста и повреждения, могут использоваться как анализатор нестабильности атеросклеротической бляшки при острых коронарных состояниях. Значительное увеличение концентрации PAPP-A и снижение IGF-I можно рассматривать как неблагоприятный фактор и негативный прогноз, свидетельствующий о развитии массивного сосудистого воспаления и низкой сосудистой

репарации. IGF-I и PAPP-A-это современные биохимические маркеры раннего и полугодовалого прогноза острой коронарной патологии.

## **УРОВЕНЬ ЛИПОПРОТЕИДА(a) И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГУМОРАЛЬНОГО И КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ПРОГРЕССИИ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИБС ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ СТЕНТИРОВАНИЯ**

Клесарева Е.А. 1, Кононова Е.В.1, 2, Пылаева Е.А. 1, Потехина А.В. 1, Проваторов С.И. 1, Арефьева Т.И. 1, Афанасьева О.И. 1

1-ФГБУ Российский кардиологический научно-производственный комплекс МЗ РФ, Москва, Россия; 2-Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

[hea@mail.ru](mailto:hea@mail.ru)

**Введение.** В основе атерогенеза лежит хронический воспалительный процесс, развивающийся в стенке крупных и средних артерий на фоне нарушения липидного обмена и повреждения эндотелия. Повышенная концентрация липопротеида(a) [Лп(a)] в плазме крови является независимым фактором риска возникновения и развития атеросклеротических поражений различной локализации.

**Цель.** Проанализировать связь Лп(a) и аутоантител к Лп(a) и липопротеидам низкой плотности (ЛНП) с клеточными показателями воспаления и прогрессией коронарного атеросклероза у больных стабильной ИБС.

**Методы.** В ретроспективное исследование было включено 46 больных стабильной ИБС: группа 1 - без прогрессирования (n=30) и группа 2 – с прогрессированием (n=16) атеросклероза в течение 22,4±8,7 месяцев наблюдения по данным коронароангиографии. Все больные принимали статины. Субпопуляции лимфоцитов (Tx1, Tx2, Treg, Tx17) типировали с помощью прямой иммунофлуоресценции и проточной цитометрии. Биохимические исследования включали в себя определение показателей липидного спектра, Лп(a), аутоантител (аутоАт) к Лп(a) и ЛНП, а также их окисленным производным.

**Результаты.** Уровень Лп(a) и титр аутоАт класса G специфичных к Лп(a) и ЛНП были выше в группе 2 относительно группы 1: Лп(a) - медиана 16,8 (9,5-35,5) мг/дл и 6,5 (4,4-15,9) мг/дл, p=0,07, аутоАт к Лп(a) - 0,23±0,12 о.е. и 0,17±0,09 о.е., p=0,08 и аутоАт к ЛНП 0,22±0,07 о.е. и 0,17±0,06 о.е., p=0,02 соответственно. По данным корреляционного анализа абсолютное содержание Tx17 (CD4+IL17+) в крови коррелировало с титром аутоАт к окисленным Лп(a), относящихся к IgG ( $r=0,253$  p=0,089).

**Анализ пациентов относительно медианы исследуемых показателей** показал, что концентрация Лп(a)≥12,3 мг/дл увеличивает шансы быстрого прогрессирования коронарного атеросклероза после стентирования в 2 раза (ОШ = 2,2 95% ДИ 0,6-7,6), также как и абсолютная концентрация в крови Tx17 ≥11,5 тыс/мл (ОШ =2,1, 95% ДИ 0,6-7,5). Сочетанное повышение данных показателей потенцировало риск быстрого прогрессирования коронарного атеросклероза в 4 раза (ОШ = 4,2, 95% ДИ 0,7-23,9). В случае наличия у пациентов одновременно концентрации Лп(a) свыше 12,3 мг/дл и повышенного титра аутоантител к Лп(a) или ЛНП в плазме крови риск развития

прогрессирующего атеросклероза также увеличивался (ОШ = 5,3, 95% ДИ 0,9-32,1 и ОШ = 6,0, 95% ДИ 1,0-37,3) соответственно.

Заключение. В результате нашей работы выявлено, что Лп(а), Т-хелперы 17 и аутоантитела к Лп(а) и ЛНП связаны с быстро прогрессирующим поражением коронарных артерий у больных стабильной ИБС.

## **УРОВЕНЬ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ**

Манюкова Э.Т., Шаленкова М.А., Михайлова З.Д., Климкин П.Ф.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Городская клиническая больница № 38», г. Нижний Новгород, Россия

[elwira.manyukova@yandex.ru](mailto:elwira.manyukova@yandex.ru)

Введение: изучение содержания натрийуретического пептида (NT-proBNP) у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) в зависимости от наличия и выраженности сердечной недостаточности, по-прежнему актуально.

Цель: оценить уровни NT-proBNP у больных ОКС в зависимости от наличия и выраженности сердечной недостаточности.

Материалы и методы: обследованы 238 больных ОКС (167 мужчин и 71 женщина, средний возраст  $60 \pm 9,2$  лет), доставленных экстренно в «инвазивный» и «неинвазивный» стационары. В дальнейшем у 147 больных диагностирован инфаркт миокарда (ИМ), у 91 – нестабильная стенокардия (НС). Острую сердечную недостаточность (ОСН) диагностировали в соответствии с Национальными рекомендациями по диагностике и лечению острой сердечной недостаточности (2006). Хроническую сердечную недостаточность (ХСН) диагностировали в соответствии с Национальными рекомендациями по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности (2013). Всем больным в 1-3 сутки госпитализации натошак забирали венозную кровь с определением в ней содержания NT-proBNP иммуноферментным методом (реактивы фирмы «Вектор-Бест», Новосибирск). Согласно инструкции фирмы – производителя нормальным показателем считали значения NT-proBNP до 200 пг/мл. Лечение проводили по общепринятым стандартам. Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программ STATISTICA 10.0, MedCalc 9.3.7.0. Результаты представлены в виде медианы и квартилей (P25; P75); оценку силы связи между качественными дихотомическими и количественными признаками проводили методом  $\gamma$  – корреляции. Оценка диагностической значимости NT-proBNP в отношении развития ОСН у больных ОКС проводили с помощью ROC-анализа. Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

Результаты и их обсуждение: уровень NT-proBNP у больных ОКС составил 457 (100; 959) пг/мл. Медиана NT-proBNP при ИМ [605 (210; 1260)] в 3 раза превышала таковую у больных НС [209 (53; 780)],  $p=0,001$ . В 1-е сутки госпитализации у 24 (10%) больных ОКС диагностирована ОСН. Кардиогенный шок (КШ) развился у 6 больных ОКС (у 3 из них развитию КШ предшествовало развитие острой левожелудочковой недостаточности), Killip II – у 14 больных ИМ, сердечная астма – у 4 больных НС. Уровень NT-proBNP у больных ОКС с развившейся ОСН [1156 (524; 2657)] был почти в 3 раза выше, чем у больных без развития ОСН [423 (96; 831)],  $p=0,002$ . Выявлена прямая связь средней силы между уровнем NT-proBNP и развитием ОСН ( $\gamma=0,374$ ;  $p=0,0002$ ). Установлено, что



величина площади под ROC-кривой в отношении развития ОЧН при ОКС была получена для уровня NT-proBNP >696,55 пг/мл (AUC 0,687 (95% ДИ 0,624 – 0,745),  $p=0,004$ ). Значение чувствительности NT-proBNP в нашей выборке составило 70,8% (95% ДИ 48,9 – 87,4%), специфичности – 68,7% (95% ДИ 62 – 74,8%), диагностической эффективности – 69,8%, отношение правдоподобия для положительных результатов – 2,26, а для отрицательных – 0,42.

На момент выписки I стадия ХСН выявлена у 48 (20%), IIa – у 190 (80%) больных ОКС. При этом уровень NT-proBNP у больных с I стадией [168 (27; 565)] был в 3,5 раза ниже, чем при IIa стадии ХСН [582 (131; 1260)],  $p<0,001$ .

Заключение: 1. Уровень NT-proBNP был достоверно выше при ИМ, чем при НС. 2. У больных с острой сердечной недостаточностью уровень NT-proBNP был статистически значимо более высоким, чем при ее отсутствии. 3. В отношении развития острой сердечной недостаточности получена диагностическая величина NT-proBNP >696,55 пг/мл, с чувствительностью 70,8% и специфичностью 68,7%. 4. Уровень NT-proBNP был выше при более тяжелой стадии хронической сердечной недостаточности.

## **БИОМАРКЕРЫ ФИБРОЗА И ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ**

Медведева Е.А., Шиляева Н.В.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара, Россия

[elena5583@mail.ru](mailto:elena5583@mail.ru)

**Введение.** Исследование роли современных биомаркеров сердечной недостаточности приобретает всё большую актуальность ввиду их патогенетической значимости и возможности применения с диагностической, прогностической целью и персонализации тактики ведения пациентов.

**Цель** – оценить взаимосвязи маркеров фиброза, почечной дисфункции и эхокардиографических параметров у пациентов с сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса (ФВ), перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

**Дизайн исследования и методы.** В проспективное когортное исследование включено 96 пациентов с хронической сердечной недостаточностью II-IV ФК (NYHA) с  $ФВ \leq 40\%$ , перенесших инфаркт миокарда. Критериями исключения были острый коронарный синдром, ИМ давностью менее 3 месяцев, ревматическая болезнь сердца, кардиомиопатии, органические заболевания почек, диабетическая нефропатия. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, 2-D эхокардиография с определением ФВ по методу Симпсона. В качестве биомаркеров фиброза в плазме крови определяли концентрацию галектина-3 и ST-2 методом ИФА. Для оценки почечной дисфункции рассчитывали скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-EPI, определяли уровень цистатина С в плазме крови. Статистический анализ проводился с применением пакета прикладных программ Statistica 6.0., за уровень достоверности принят  $p<0,05$ . Корреляционный анализ проводился с использованием коэффициента Спирмана.

**Результаты.** Медианы биомаркеров в изучаемой когорте составили: галектин-3 – 28,5 нг/мл, ST-2 – 26,27 нг/л, цистатин С – 3670 пг/мл, СКФ – 58,5 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.

В ходе корреляционного анализа в исследуемой когорте были получены следующие достоверные связи: ST-2 коррелировал с ФК по NYHA ( $R=0,37$ ;  $p=0,009$ ), галектин-3 достоверно коррелировал с дистанцией теста 6-минутной ходьбы ( $R= -0,35$ ;  $p=0,017$ ).

При корреляционном анализе с параметрами ЭХОКГ не выявлены достоверные взаимосвязи биомаркеров фиброза с конечно-систолическим и конечно-диастолическим размерами левого желудочка, однако определены достоверные корреляции с уровнем систолического давления в лёгочной артерии (РАР): ST-2-РАР ( $R=0,32$ ;  $p=0,029$ ), галектин-3-РАР ( $R=0,42$ ;  $p=0,0005$ ).

Установлены значимые корреляционные связи в паре галектин-3-СКФ ( $R= -0,58$ ;  $p=0,0001$ ), галектин-3-цистатин С ( $R= 0,61$ ;  $p=0,0003$ ).

Заключение. Биомаркеры фиброза у пациентов с хронической сердечной недостаточностью ишемической этиологии со сниженной фракцией выброса ассоциированы с функциональным классом NYHA, а также с показателями почечной дисфункции и уровнем лёгочной гипертензии.

## ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ДОЛГОСРОЧНОГО ПРОГНОЗА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Солодун М.В.

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Рязань, РФ  
[mariyasolodun@mail.ru](mailto:mariyasolodun@mail.ru)

Введение. В настоящее время инфаркт миокарда (ИМ) является значимой проблемой здравоохранения. Несмотря на существенный прогресс в лечении данного заболевания, смертность в течение года после ИМ сохраняется высокой. В качестве одной из причин неблагоприятного прогноза рассматривается генетическая устойчивость к лекарственным препаратам, связанная с полиморфизмом некоторых генов. Недостаточно изученным остается вопрос влияния полиморфизма генов, ответственных за фармакокинетику и фармакодинамику лекарственных препаратов, на эффективность терапевтического действия статинов, антиагрегантов, бета-адреноблокаторов (БАБ), ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), а также отдаленный прогноз при ИМ.

Цель исследования: оценить прогностическое влияние полиморфизма генов ACE(D/I), SLCO1B1 (Val174Ala), LPC (C514T), CYP2C19\*2, CYP2C19\*3, ADRB1 (Ser49Gly), ADRB1 (Arg389Gly) на течение 12-месячного постинфарктного периода.

Материалы и методы. В открытое проспективное исследование было включено 145 человек, перенесших Q-ИМ, в возрасте от 45 до 75 лет. Участники исследования в течение 1 года от ИМ принимали все рекомендованные для улучшения прогноза препараты – статины, клопидогрел в составе двойной антиагрегантной терапии, БАБ, иАПФ. Пациенты с тяжелой сопутствующей патологией, имеющей самостоятельное негативное влияние на прогноз и абсолютными противопоказаниями к назначению вышеназванных лекарственных препаратов, в исследование не включались. Прогноз оценивался спустя 12 месяцев по достижению конечных точек, в качестве которых выбраны смерть от сердечно-сосудистых причин и повторный нефатальный инфаркт миокарда. Генотипирование выполнено методом полимеразно-цепной реакции. Статистическая обработка материала проводилась при помощи программы Statistica 10.0. Анализ различия частот встречаемости конечных точек в группах в зависимости от генотипа и аллельных вариантов проводился с использованием критерия  $\chi^2$  по Пирсону. Прогноз оценивался путем расчета относительного риска (ОР) и его 95% доверительного интервала (ДИ). Статистически значимыми считались различия при  $p<0,05$ .

Результаты. В течение 1 года наблюдения из 145 респондентов от сердечно-сосудистых причин умерло 7 пациентов (4,8%), повторный нефатальный ИМ был зарегистрирован у 12 пациентов (8,3%). При анализе влияния полиморфных вариантов изучаемых генов на



сердечно-сосудистую летальность, различий в частоте возникновения смертельных исходов не обнаружено ни на аллельном уровне, ни на уровне генотипа ( $p > 0,05$ ). Ассоциативной связи полиморфных генов ACE(D/I), SLCO1B1 (Val174Ala), LIPC (C514T), ADRB1 (Ser49Gly), ADRB1 (Arg389Gly) не обнаружено и с вероятностью развития повторного ИМ ( $p > 0,05$ ). Статистически значимые различия между группами с благоприятным и неблагоприятным исходом в отношении возникновения повторного ИМ выявлены для полиморфного гена CYP2C19. Носители аллелей со сниженной функциональной активностью в гетерозиготном состоянии (\*1\*2 и \*1\*3) были в 3,27 раза больше подвержены возникновению повторного ИМ в течение 1 года по сравнению с обладателями других генотипов (OR = 3,27 ДИ [1,03; 10,36],  $p = 0,03$ ). Аллельный анализ не продемонстрировал влияния на исход ( $p > 0,05$ ).

Заключение. Таким образом, генотипы \*1\*2 и \*1\*3 гена CYP2C19, ответственного за метаболизм клопидогрела, являются предикторами неблагоприятного 12-месячного прогноза после перенесенного ИМ. Полученные нами данные демонстрируют необходимость персонализированного подхода к назначению антиагрегантов с целью повышения эффективности фармакотерапии ИМ.

## **ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ СИСТЕМЫ ЭНДОТЕЛИНА-1 И РИСК ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

1Тимашева Я.Р., 1Имаева Э.Б., 1Насибуллин Т.Р., 2Мирсаева Г.Х., 1Мустафина О.Е.

1-Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт биохимии и генетики Уфимского научного центра Российской академии наук, Россия, Уфа

2-Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ianina\_t@mail.ru

Эндотелины – это вазоактивные пептиды, играющие ключевую роль в регуляции водно-солевого баланса. В сердечно-сосудистой системе и в почках преобладающей изоформой является эндотелин-1, который образуется в клетках эндотелия и гладкой мускулатуры сосудов, кардиомиоцитах и фибробластах адвентиции сосудов в результате посттрансляционного процессинга продукта гена EDN1. Образование активной формы эндотелина-1 происходит при участии эндотелин-превращающего фермента (ECE-1). Эндотелин-1 реализует свои биологические эффекты путем взаимодействия с двумя рецепторами – EDNRA и EDNRB. В гладкой мускулатуре сосудов активация EDNRA вызывает вазоконстрикцию, а активация EDNRB вызывает вазодилатацию, сменяющуюся затем сужением сосудов.

Цель настоящего исследования состояла в проведении анализа ассоциаций с эссенциальной гипертензией полиморфных вариантов генов эндотелина-1, эндотелинпревращающего фермента, рецепторов эндотелина А и В в этнической группе татар, проживающих в Республике Башкортостан. Материалом для исследования послужили образцы ДНК 526 человек. Группа больных состояла из 212 мужчин (средний возраст составил  $53.23 \pm 8.37$  лет) с длительностью заболевания более года. Контрольную группу составили 314 мужчин (средний возраст  $43.58 \pm 7.13$  лет) без признаков сердечно-сосудистых и других хронических заболеваний. Генотипирование проводили методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с аллель-специфичными праймерами.

В результате проведенного исследования нами было обнаружено, что частота генотипов и аллелей полиморфных локусов rs5370 гена EDN1 и rs213045 гена ECE1 в группе больных ЭГ и в контрольной группе значимо не отличаются. Частота генотипа EDNRA\*A/A в группе лиц с ЭГ оказалась значительно выше, чем в группе контроля (8.25% против

2.23%,  $P=0.006$ ). Величина показателя соотношения шансов по генотипу EDNRA\*A/A составила 3.94 (CIOR 1.42–10.96), что дает основания считать его генотипом повышенного риска развития ЭГ.

Обнаружено статистически значимое повышение частоты встречаемости аллеля EDNRB\*G и генотипа EDNRB\*G/G в группе больных ЭГ по сравнению с контрольной группой (80.56% и 67.17% против 63.10% и 39.52% соответственно,  $P<0.0001$ ). У пациентов с ЭГ, по сравнению с контролем была существенно снижена частота встречаемости аллеля EDNRB\*A (19.44% против 36.90%,  $P<0.0001$ ) и генотипа EDNRB\*A/A (6.06% против 13.33%,  $P=0.019$ ). Генотип EDNRB\*G/A также был представлен с меньшей частотой в группе пациентов с ЭГ по сравнению с группой контроля (26.77% против 47.14%,  $P<0.0001$ ). Соответственно, шансы развития ЭГ выше у носителей генотипа EDNRB\*G/G (OR=3.13; CIOR 2.09–4.70) и аллеля EDNRB\*G (OR=2.42; CIOR 1.76–3.33). Сниженный риск заболевания связан с аллелем EDNRB\*A (относительный риск по данному аллелю составил 0.41, CIOR 0.30–0.56). Протективное в отношении развития ЭГ действие также показано для генотипов EDNRB\*G/A (OR=0.38; CIOR 0.25–0.57) и EDNRB\*A/A (OR=0.42; CIOR 0.21–0.85).

Таким образом, нами впервые была обнаружена ассоциация полиморфного варианта rs6842241 гена рецептора эндотелина А с ЭГ, и подтверждены выявленные ранее ассоциации полиморфного варианта rs5351 гена рецептора эндотелина В с гипертензией у мужчин-татар. Необходимы дальнейшие исследования, которые позволят прояснить роль компонентов системы эндотелина-1 в развитии эссенциальной гипертензии, в том числе особенности функционирования данной системы у мужчин и женщин.

## **ОЦЕНКА ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНА ИНГИБИТОРА АКТИВАТОРА ПЛАЗМИНОГЕНА 1 ТИПА НА ПОКАЗАТЕЛИ КОАГУЛЯЦИОННОГО БАЛАНСА БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

Хасанова Н. А., Нуриллаева Н.М., Абдумаликова Ф.Б.  
Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент, Узбекистан.  
[xasanova\\_nargiza@bk.ru](mailto:xasanova_nargiza@bk.ru)

Цель исследования: Изучение частоты встречаемости генотипов полиморфного маркера 4G(-675)5G гена ингибитора активатора плазминогена I типа (PAI-1) и их влияние на основные показатели коагуляционного баланса у больных стабильной стенокардией напряжения (ССН).

Материалы и методы: В исследование включены 29 мужчин, в возрасте  $54,6\pm 3,05$  лет, с установленным диагнозом Стенокардией напряжения II-III ФК. Группу контроля составили 22 практически здоровых людей узбекской национальности, не имеющих сердечной патологии, по полу и возрасту сопоставимых с группой обследованных больных. Всем респондентам назначался комплекс клинико-лабораторных исследований, в частности анализ основных показателей коагулограммы. Материалом для выявления полиморфных генов данного исследования служила венозная кровь из локтевой вены объемом 3 мл. Анализ образцов ДНК по гену PAI-I (4G/5G) проводили путем мультиплексной и стандартной полимеразной цепной реакции и на термоциклерах CG-1-96 «CorbettResearch» (Австралия) и 2720 «AppliedBiosystems» (США), с использованием наборов ООО «ГеноТехнология». Все пациенты получали идентичную базисную терапию (b-адреноблокаторы, антиагреганты – аспирин)

Результаты исследования: На основании проведенного анализа основных показателей коагулограммы, пациенты ССН были разделены на 2 группы. В 1-группу вошли 15(51,7%) больных с нормальными значениями протромбинового индекса (ПТИ), протромбинового

времени (ПВ) и фибриногена, что в среднем составило  $93,68 \pm 2,28\%$ ,  $9,6 \pm 0,74$  сек и  $3,42 \pm 1,03$  г/л, соответственно. 2-группу составили 14 (48,3%) пациентов со сдвигом показателей гемостаза в сторону гиперкоагуляции, со средними значениями ПТИ -  $105,68 \pm 2,16\%$ , ПВ -  $8,1 \pm 0,74$  сек и фибриноген -  $4,58 \pm 1,03$  г/л. Согласно полученным данным, среди обследованных пациентов ИБС и здоровых доноров полиморфизм 4G/5G rs1799768 был обнаружен в 75,8% (22/29) и 68,2% (15/22) случаях соответственно. В ходе исследования между группами больных ИБС с полиморфным маркером 4G(-675)5G гена PAI-1, отмечалось различие по распределению частот аллелей и генотипов rs1799768. В 1 группе из 11 человек у 3 (27,3%) пациентов - 4G/4G, у 5 (45,4%) - 4G/5G и у 3 (27,3%) - 5G/5G, что указывает на статистически не значимое различие по частоте встречаемости данных генотипов ( $p=0,5$ ). В группе пациентов с приверженностью к гиперкоагуляции из 12 у 2 (16,6%) больных с 4G/4G, 7 (58,3%) с 4G/5G и 3 (25,1%) с 5G/5G генотипами. Выявлено, достоверно высокая встречаемость гетерозиготы 4G/5G во 2 группе. Частоты генотипов rs1799768 контрольной группы составили: 20,1% (4G/4G), 53,3% (4G/5G) и 26,6% (5G/5G), что указывает на относительно высокую частоту распространенности данного гена в узбекской популяции.

Заключение: Таким образом, частая встречаемость полиморфного маркера гена PAI-1, в особенности гетерозиготного генотипа 5G>4G ассоциировалось с приверженностью пациентов ССН к гиперкоагуляции, что в свою очередь повышает риск развития тромбозов. Результаты данного исследования служат основой для усовершенствования методов диагностики и прогнозирования ранней манифестации ИБС при отсутствии атеросклеротических изменений коронарных сосудов у мужчин молодого возраста.

## **ВАРИАбельНОСТЬ ГЕНОВ CRP И IL1B В АССОЦИАЦИИ С ОСТРЫМИ СОСУДИСТЫМИ СОБЫТИЯМИ ПРИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ**

Хуторная М.В., Понасенко А.В., Байракова Ю.В., Казачек Я.В., Барбараш О.Л.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение

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

e-mail: [hutomv@kemcardio.ru](mailto:hutomv@kemcardio.ru)

Введение. Мультифокальный атеросклероз (МФА) характеризуется сочетанным поражением сосудов коронарного и брахиоцефального бассейнов. Осложнения гемодинамически значимых сужений сосудов, обусловленных МФА и заключающихся в острых коронарных событиях и инсультах головного мозга, являются жизнеугрожающими, что определяет актуальность исследований проводимых в данном направлении. Известно, что инициация и прогрессирование атеросклероза непосредственно связаны с локальным и системным воспалением. Однако, связь между медиаторами воспаления и рисками фатальных и нефатальных осложнений атеросклероза изучена не в полной мере. Также, недостаточно на современном этапе освещена и проблема генетической предрасположенности к определенным типам активности системного воспалительного ответа в связи с прогрессированием мультифокального атеросклероза.

Цель: определить, являются ли отдельные варибельные сайты генов интерлейкин-1 бета (IL1 $\beta$ ) и С-реактивного белка (CRP) участниками в патогенезе инфаркта миокарда и инсульта головного мозга у пациентов с мультифокальным атеросклерозом.

Материалы и методы. Включено 303 пациента со стабильной ишемической болезнью сердца, из них 52 (17,16%) с атеросклерозом нескольких сосудистых бассейнов. В

анамнезе инфаркт миокарда (ИМ) имели 188 пациентов (62,04%); острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) - 33 пациента (11,00 %).

Генотипирование осуществляли в 96-луночном формате методом TaqMan в формате RT-PCR (Applied Biosystems, США).

Результаты. У женщин, носителей генотипа G/G rs1143634 IL1 $\beta$ , риск формирования многососудистых поражений снижается в 4 раза ( $p=0,046$ ). Не зависимо от половой принадлежности, генотип C/C rs1205 CRP ассоциирован с большим риском многососудистого поражения при достижении возраста старше 65 лет (ОШ=4,72, 95%ДИ=1,27-17,56;  $p=0,045$ ). Других значимых ассоциаций не выявлено. Однако, сочетание генотипов CRP и IL1 $\beta$  (rs3093077-rs1130864-rs1205-rs1143634-rs16944) CACGG снижает риск ИМ в три раза (ОШ= 0,34, 95% ДИ=0,14-0,83;  $p=0,019$ ).

Значимый протективный эффект в отношении ИМ у женщин определен для генотипов CRP C/C rs3093077 (ОШ= 0,53, 95%ДИ= 0,30-0,95;  $p=0,0079$ ), A/G rs1130864 (ОШ=0,37, 95%ДИ=0,16-0,82;  $p=0,0027$ ) и C/T rs1205 (ОШ=0,35, 95%ДИ=0,14-0,84;  $p=0,0097$ ).

Независимо от пола, возраста и наличия МФА полиморфизм гена IL1 $\beta$  rs1143634 ассоциирован ( $p=0.0025$ ) со снижением риска ИМ по доминантной модели наследования (ОШ=0,48, 95%ДИ = 0,29-0,77), а rs16944 – с пятикратным увеличением риска ИМ ( $p=0,0022$ ) по кодоминантной модели (ОШ=5,12, 95%ДИ=1,82-14,42).

Значимых ассоциаций между исследуемыми полсайтами и ишемическим инсультом головного мозга не выявлено. Однако сочетание генотипов CRP и IL1 $\beta$  (rs3093077-rs1130864-rs1205-rs1143634-rs16944), CACAG встречающийся у 8% пациентов, увеличивает риски инсульта более чем в 3 раза (ОШ=3,43, 95%ДИ=1,03–11,40,  $p=0,045$ )

Заключение. Полученные данные подтверждают гипотезу участия генов IL1 $\beta$  и CRP в патогенезе инфаркта миокарда и инсульта головного мозга у пациентов с мультифокальным атеросклерозом. Исследования ассоциаций являются перспективными в отношении определения факторов риска неблагоприятного течения мультифокального атеросклероза.

## **ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПРЕДИКТОР ИДИОПАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА**

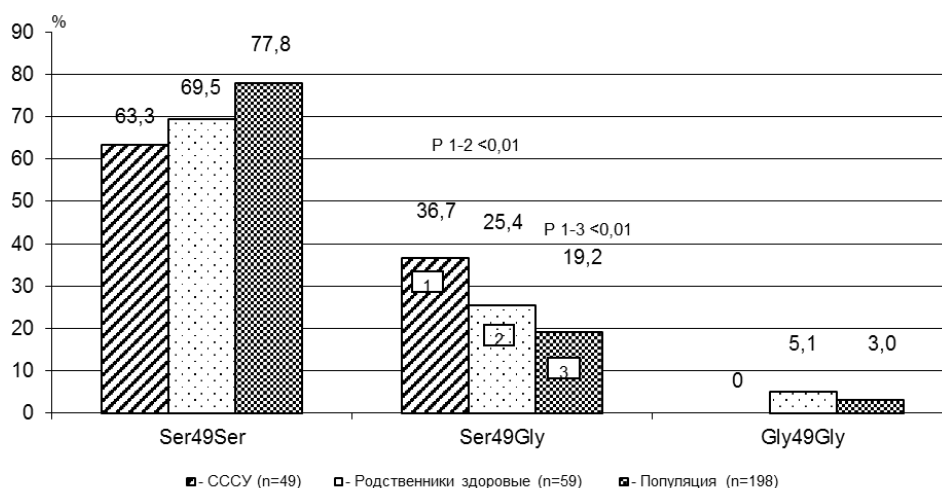
С.Ю. Никулина, А.А. Чернова, Д. А. Никулин, О.В.Мариловцева, М. И. Воевода, В. Н. Максимов.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия, ГУ НИИ терапии СО РАМН г. Новосибирск, Россия

Цель исследования: выявить частоты генотипов и аллелей по полиморфизму гена  $\beta$ 1-адренорецепторов у больных синдромом слабости синусового узла, их родственников I, II, III степени родства и лиц контрольной группы.

Материал и методы. В течение 15-лет на базе кафедры внутренних болезней №1 набиралась группа больных с идиопатическим синдромом слабости синусового узла. Диагноз был тщательно верифицирован с помощью общеклинических и специализированных методов исследования. Из базы данных кафедры терапии №1 г. Красноярска были отобраны 29 семей с наследственным синдромом слабости синусового узла. Среди пробандов было 20 женщин и 9 мужчин, средний возраст составил  $58 \pm 0,15$  лет. Среди родственников I, II и III степени родства было 65 мужчин и 68 женщин, средний возраст  $39 \pm 0,13$  лет. Всем был проведен клинический осмотр, электрокардиография, велоэргометрия, холтеровское мониторирование ЭКГ, атропиновая проба, чреспищеводная стимуляция левого предсердия, эхокардиоскопия, кардиоритмография. Молекулярно-генетическое исследование проводилось в лаборатории медицинской генетики ГУ НИИ терапии СО РАМН Новосибирска. Были

взяты образцы крови 108 человек (16 пробандов и 33 их родственника с наследственным СССУ, подтвержденным с помощью чреспищеводной стимуляции левого предсердия, и 59 их здоровых родственников). Группа контроля представлена популяционной выборкой из 198 человек в возрасте 25-64 года. Для исследований был выбран маркер гена  $\beta$ 1-адренорецепторов - Ser49Gly с заменой А на G в позиции 145. Выявление полиморфного сайта выполнялось методом аллель-специфической полимеразной цепной реакции. Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета программ "SPSS-11.5". Соответствие распределения аллелей и генотипов равновесию Харди-Вайнберга, сравнительный анализ частот генотипов выполнялось с использованием критерия  $\chi^2$ .



**Результаты и обсуждение.** По полиморфизму Ser49Gly гена  $\beta$ 1-адренорецепторов нами прогенотипировано 49 больных с синдромом слабости синусового узла, 59 - их здоровых родственников I, II и III степени родства и 198 - лиц контрольной группы. По результатам полимеразной цепной реакции выявлены 3 вида генотипов  $\beta$ 1-адренорецепторов: Ser49Ser - гомозиготный дикий, Ser49Gly - гетерозиготный, Gly49Gly - гомозиготный мутантный. Установлено достоверное преобладание гетерозиготного генотипа Ser49Gly у больных синдромом слабости синусового узла (36,7%) по сравнению с лицами контрольной группы (19,2%). В группе больных с синдромом слабости синусового узла отмечено статистически значимое преобладание носителей мутантного аллеля Gly49 (36,7%) в отличие от лиц контрольной (22,2%) группы. У носителей мутантного аллеля Gly49 риск развития синдрома слабости синусового узла в 2 раза выше, чем в популяции. **Заключение.** Таким образом, изученный генетический маркер может быть использован для выявления предрасположенности к наследственному синдрому слабости синусового узла.

## АКТИВНОСТЬ НАД и НАДФ-ЗАВИСИМЫХ ДЕГИДРОГЕНАЗ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Черняева М.С.1, Шимохина Н.Ю.1, Савченко А.А.2, Петрова М.М.1, Каскаева Д.С.1  
 1-ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, Красноярск, Россия  
 2-НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, Россия  
[Pilya.ru@mail.ru](mailto:Pilya.ru@mail.ru)

Введение. Основной причиной развития острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпST) является атеросклероз, в патогенезе которого большое значение имеют нарушения в системе гемостаза. При исследовании показателей гемостаза у больных ОИМпST, выявляется активация сосудисто-тромбоцитарного и плазменного звена. Тромбоцитам в системе гемостаза отводится ключевая роль. Функциональная активность тромбоцитов во многом определяется состоянием их метаболической системы. Пластические звенья метаболизма определяют синтез поверхностных рецепторов и гуморальных факторов гемостаза, энергетический обмен поставляет энергию для данных процессов. Интенсивность различных метаболических процессов тромбоцитов характеризует их функциональные свойства и во многом определяют активность системы гемостаза.

Цель. Изучить активность НАД и НАДФ-зависимых дегидрогеназ тромбоцитов у больных ОИМпST.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе инфарктного отделения МБУЗ ГКБСМП им. Н.С. Карповича (г. Красноярск) и лаборатории молекулярно-клеточной физиологии и патологии НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН (г. Красноярск). Обследовано 90 пациентов ОИМпST обою пола (средний возраст  $64,2 \pm 0,8$  лет), систематически не принимавшие до госпитализации антиагреганты и антикоагулянты. Исследование одобрено Локальным этическим комитетом ГБОУ ВПО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» (протокол № 12 от 20.12.2012г.). Обязательным условием было наличие подписанного пациентами информированного согласия. В первые 24 часа после госпитализации пациентов и в динамике заболевания на 10-е сутки с помощью методов биолюминесцентного анализа проведено исследование активности НАД- и НАДФ-зависимых дегидрогеназ в тромбоцитах больных. Группу контроля составили 54 относительно здоровых добровольцев, (средний возраст  $63,2 \pm 0,6$  лет). В группе контроля проведено однократное исследование ферментов. Статистический анализ осуществляли в пакете программ Statistica 7.0 (StatSoftInc. 2004).

Результаты. В тромбоцитах больных ОИМпST в течение всего периода наблюдения снижена интенсивность пластических процессов, реакций липидного катаболизма и ключевой реакции малат-аспартатного шунта митохондрий. Подобное состояние внутриклеточного метаболизма характеризует нарушения в системах энергетического обмена и макромолекулярного синтеза, что, безусловно, повлияет на функциональную активность тромбоцитов. Особенностью состояния обменных процессов в тромбоцитах больных ОИМпST является снижение уровня активности аэробного дыхания на фоне нарушения взаимосвязи цикла Кребса с реакциями аминокислотного обмена, но при сохранении нормального уровня интенсивности анаэробного дыхания.

Заключение. Таким образом, у больных ОИМпST выявлено выраженное снижение активности ферментов метаболизма тромбоцитов, что может являться одним из патофизиологических механизмов, объясняющих тяжелое течение и прогноз у пациентов ОИМпST.

## **EXPRESSION OF INFLAMMATORY MARKERS IN PATIENTS WITH DIFFERENT FUNCTIONAL CLASSES OF THE CORONARY HEART DISEASE**

Turobov B.T., Abdurahmonov A.Sh.  
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan  
Boburtma@mail.ru

Introduction: According to modern concepts about pathogenesis of unstable angina (US), destabilisation of ischemic heart disease (IHD) occurs in consequence of activation of the

inflammatory process, being the basis of atherogenesis of the coronary vessels that is accompanied with erosion of atherosclerotic plaque.

The goal: of this investigation - to study the levels of proinflammatory cytokines - interleukin-6 (IL-6), tumor necrosis factor alpha (TNF- $\alpha$ ) and C-reactive protein (CRP) in patients with different functional classes (FC) of stable angina (SA).

Material and methods: The study involved 93 patients with coronary heart disease (CHD), men aged 46-67 years with stable angina of FC I-IV, including 22 patients with SA FC I, 20 patients with SA FC II, 25 patients diagnosed SA FC III and 21 patients with the SA FC IV. The control group included 17 healthy volunteers, whose average age was  $50,3 \pm 4,2$  years without clinical signs of coronary artery disease. The complex examination includes consideration of clinical data, ECG, exercise tests (patients with stable angina), echocardiography. The levels of cytokines in the serum were determined by ELISA using the test system. The research results are presented in  $M \pm m$ .

Results. The results of the study showed a significant increase of pro-inflammatory cytokines and CRP in the serum of patients with coronary artery disease compared with those in healthy subjects ( $p < 0.05$ ). In the control group concentration of CRP, IL-6 and TNF- $\alpha$  reached  $1,02 \pm 0,7$  mg/ml, and  $82,7 \pm 10,1$   $104,5 \pm 17,8$  pg/ml, respectively, while patients with SA as a whole, these figures were higher than 4,2; 3,3 and 1,9. The content levels of CRP, IL-6 and TNF- $\alpha$  in patients with coronary artery disease increases according to the FC SA: in patients with SA FC I proinflammatory cytokines made  $4,8 \pm 0,6$  pg/ml and  $241 \pm 12,5$  pg/ml and  $168 \pm 13,1$  pg/ml, respectively. The concentration of proinflammatory cytokines in patients with SA FC II was not significantly different compared to those of data in patients with SA FC I. Patients with SA FC III showed significantly increased levels of proinflammatory cytokines as compared to the indices in patients with FC I, while the level of the proinflammatory cytokine IL-6 and CRP concentrations were observed more pronounced increase compared to TNF- $\alpha$ . Note, the maximum values of inflammatory markers have been identified in patients with FC IV and reached  $11,8 \pm 2,9$  mg/ml,  $243,03 \pm 21,6$  pg/ml and  $301,2 \pm 15,08$  pg/ml, significantly exceed the value of SA patients with FC I and FC II ( $p < 0.05$ ).

Conclusion: In patients with stable angina noted a significant increase in the peripheral blood levels of inflammatory cytokines and C-reactive protein compared with healthy individuals. Contents of proinflammatory cytokines increases in accordance with FC of SA, highest values observed in patients with FC IV.

## **РАЗДЕЛ II. ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ В КАРДИОЛОГИИ**

### **ВЫЯВЛЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ**

Бабаджанова Н.Э.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

nadira.babadjanova78@mail.ru

Цель исследования. Выявлять клинические варианты метаболического синдрома (МС) и определить их частоту у больных гипертонической болезнью (ГБ) и абдоминальным ожирением (АО).

Материал и методы. Обследовано 60 пациентов, мужского пола, в возрасте 48-75 лет (средний возраст 61,5 лет) с ГБ I-II стадии и АО. Проведены измерения веса, роста больных с вычислением индекса массы тела (ИМТ). АО диагностировали по величине окружности талии более 94 см. Диагностика МС проводилась по критериям ВНОК (2009). По данным биохимического исследования крови выявляли нарушение углеводного обмена (НУО): гипергликемию натощак и нарушение толерантности к глюкозе. Нарушение липидного обмена – дислипидемия (ДЛП) – диагностировалось при отклонении от нормы любого показателя липидограммы: общего холестерина, липопротеинов низкой плотности, триглицеридов, липопротеинов высокой плотности.

Результаты исследования. У 45 (75%) пациентов с ГБ и АО выявлены клинико-биохимические признаки МС. Среди факторов риска преобладали: избыточное питание, курение и гиподинамия. Затем выделены клинические варианты МС. У 24 больных, т.е. в 40% случаев встречался трехкомпонентный МС: АО у 11 человек, что составило 27,5%, АГ у 18 больных, т.е. в 45% случаев, ДЛП у 16 (40%). В 33,3% случаев к АО и АГ присоединилось НУО. В 26,7% случаев МС выглядел следующим образом: «АО+АГ+ДЛП+НУО), т.е. четырехкомпонентный МС. Различий по возрасту больных, величине ИМТ в зависимости от вариантов МС не выявлено.

Выводы. У пациентов с гипертонической болезнью и абдоминальным ожирением выявлены клинико-биохимические признаки МС в 75% случаев. Наиболее часто встречался трехкомпонентный метаболический синдром с дислипидемией. Несколько реже – второй вариант трехкомпонентного МС с нарушением углеводного обмена. Сочетание метаболических нарушений являлось нередким, но самым неблагоприятным клиническим вариантом, что требует неотлагательных мероприятий в плане первичной и вторичной профилактики.

### **ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Бабаджанова Н.Э.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

nadira.babadjanova78@mail.ru

Факторы риска сердечно-сосудистой патологии, являясь потенциально опасными для здоровья – вредные привычки, пристрастия к пище, поведение и социальный стиль жизни человека, повышают вероятность развития заболеваний, их прогрессирования и неблагоприятного исхода. Эффективный контроль гипертонической болезни (ГБ) предполагает не только правильность медикаментозных врачебных назначений (подбор



препарата, дозы, режима приема и др.), но и коррекцию основных факторов риска, тесно связанных с образом жизни.

Цель работы: Повышение эффективности профилактики и лечения ГБ на уровне первичного звена здравоохранения путем обучения пациентов в «школах гипертоников».

Материалы и методы: Анкетировано и обследовано 236 пациентов ГБ, состоящих на диспансерном наблюдении в семейной поликлинике и сельских врачебных пунктах. В последствии часть из них (n=122, основная группа), прошли курс обучения, а часть (n=114, группа сравнения) не участвовали в образовательной программе. Все пациенты находились под наблюдением в течение 2-х лет.

Полученные результаты: У пациентов основной группы, в отличие от группы сравнения произошла положительная динамика в липидном спектре: уменьшилось число больных гипертриглицеридемией с 19,6% до 11,4% (p<0,001); гиперхолестеринемией липопротеинов низкой плотности с 56,5% до 27,0% (p<0,001). После обучения все больные основной группы прекратили употреблять алкоголь; из 13 (10,6%) 5 (4,0%) человек отказались от курения, что связано не только с желанием самого больного, но и с его участием в обучении, где изложение информационного материала построено на показе преимуществ отказа от курения, как основного фактора риска развития атеросклероза; гиподинамия отмечалась у 85 (69,6%) до обучения и 30,3% после обучения (p<0,001); уменьшилось количество пациентов с нарушением толерантности к глюкозе с 9,8% до 1,6% (p<0,001); избыточное потребление поваренной соли более 5-6 г/сут наблюдалось до обучения у 10 (8,1%) и после обучения лишь у 3 (2,4%) (p<0,001). Наряду с этим, отмечены достоверные изменения в клинической картине заболевания пациентов, прошедших обучение: реже стали возникать головокружение и головные боли, наблюдалась тенденция к уменьшению одышки при физической нагрузке. Количество пациентов страдающих стенокардией напряжения 51 (41,8%), также как и имеющие нарушения ритма 14 (11,4%) не увеличилось. В результате обучения пациенты улучшили свои знания о факторах риска ГБ (с 45,9% до 99,1%) и информированности (с 54,0% до 99,1%) о наличии у них ГБ. Течение ГБ сопровождалось достоверным снижением частоты гипертонических кризов с 32,7% до 3,2% (p<0,001) в группе пациентов, включенных в образовательную программу. Кроме того, 118 (96,7%) пациентов стали самостоятельно контролировать артериальное давление и вести дневник самоконтроля, что способствовало повышению приверженности к медикаментозной терапии.

Заключение: Обучение пациентов в «школе гипертоников» навыкам самоконтроля и соблюдению мероприятий по изменению образа жизни позволяют снизить артериальное давление, уменьшить потребность в гипотензивных препаратах и повысить их эффективность.

## **ОЦЕНКА ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ И ЕГО РОЛИ В ФОРМИРОВАНИИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ**

Ботаева Н.О., Халмухамедова С.М.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Miss.dodila@list.ru

Питание — один из главных факторов, влияющих на здоровье людей. Нездоровое питание, выражающееся как в недостаточном, так и в чрезмерном потреблении некоторых пищевых веществ, может служить причиной различных заболеваний — сердечно-сосудистых, онкологических, эндокринной системы, крови и обмена веществ.

Цель исследования — оценить характер питания и его вклад в формирование факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у юношей и девушек в возрасте от 16 до 24 лет с учетом медицинских и социально-гигиенических аспектов.

Материал и методы. Использован комплекс медико-социологических (анкетирование), клинических, биохимических и инструментальных методов исследования.

Результаты. При изучении режима питания учащихся обнаружилось, что среди обследуемых 16,5% юношей и 14,2% девушек принимают пищу 3 раза в день, 4 раза в день — 6,4 и 4,2%, 2 раза — 21,4 и 30,2% и 1 раз — 4,2 и 5,1% соответственно. Опрос показал, что многие учащиеся, особенно юноши, принимают пищу беспорядочно, преимущественно с массивной пищевой нагрузкой в вечернее или ночное время. Фактическое питание учащейся молодежи характеризуется недостаточным уровнем потребления рыбы, рыбопродуктов (59,1%), молока, молочных продуктов (74,7%), овощей и бахчевых (70,7%), мяса, мясопродуктов (96,0%), фруктов, ягод (69,0%) и приводит к недостатку белка, витаминов С, группы В, микроэлементов, энергии. Преобладание в рационе питания хлебных продуктов (35,2%), картофеля (41,0%), сахара (78,5%) свидетельствует об углеводистой направленности рационов питания. Избыточная масса тела чаще выявлялась у юношей (27,8%), чем у девушек (9,85%). У 11,8% девушек выявлен дефицит массы тела, у 2,89% юношей масса тела и индекс массы тела (ИМТ) были достоверно ниже по сравнению с возрастными и половыми нормативами. Корреляционный анализ показал тесную связь между уровнем ИМТ и артериальным давлением, процентным содержанием абдоминального жира ( $r=0,29$ ,  $p<0,001$ ), уровнем глюкозы и частотой пульса ( $r=0,23$ ,  $p<0,01$ ). Даже небольшие физические нагрузки в быту приводят к нарушению адаптационных механизмов и функций организма, а затем и к заболеваниям: 38% студентов отметили боли в спине и суставах; 33% — усталость и утомляемость; 22% — головные боли; 15% — кожные заболевания и аллергию; 14% — заболевания желудочно-кишечного тракта; 3% — сердечно-сосудистые заболевания; 2% — болезни обмена веществ; 1% — травмы; 1% — заболевания зубов.

Заключение. Сделан вывод о необходимости дальнейшей разработки этого вопроса. Что касается мотиваций и ценностных ориентаций, определяющих отношение студентов к своему здоровью посредством оптимального питания, то, несмотря на наличие у них определенных знаний, большинство студентов на практике не реализуют их в силу воздействия традиций, обычаев, социальных условий, вкусовых пристрастий, образа жизни, материальных возможностей и других социально-психологических факторов.

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ**

Ботаева Н.О., Халмухамедова С.М.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

[Miss.dodila@list.ru](mailto:Miss.dodila@list.ru)

Одной из основных причин высокой распространенности сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) является несвоевременная диагностика и коррекция факторов риска (ФР). Успех первичной и вторичной профилактики ССЗ среди молодежи во многом зависит от успешного устранения максимального числа известных ФР, что в первую очередь требует проведения масштабных популяционных исследований по изучению распространенности ФР, а также их гендерных особенностей.

Цель исследования — изучение распространенности традиционных и дополнительных ФР, оценка структуры и распространенности ССЗ среди юношей и девушек.

Материал и методы. В ходе исследования мы проводили профилактический медицинский осмотр и оценку факторов риска ССЗ среди студентов в сентябре-октябре 2014 г.

Результаты. Среди осмотренных нами 382 студентов ССЗ встречались у 82 (21,6%) студентов. Распространенность ССЗ распределилась следующим образом: пролапс митрального клапана наблюдался у 24 студентов (6,3% всех осмотренных, 29,2% с ССЗ),

гипертоническая болезнь — у 4 студентов (1% всех осмотренных, 4,9% с ССЗ), вегетососудистая дисфункция — у 53 студентов (14% всех осмотренных, 64,6% студентов с ССЗ), пороки сердца — у 5 студентов (1,3% всех осмотренных, 6,1% с ССЗ), нарушение ритма и метаболический синдром — по 1 студенту (0,3% всех осмотренных, 1,2% с ССЗ). У 5 студентов имелись 2 ССЗ, у 1 — 3 ССЗ. Наследственную предрасположенность имели 108 (28,5%) студентов. 81 (21,4%) осмотренный студент курит или курил в прошлом, 48 (12,7%) употребляют более 50 г этанола в неделю, 92 (24,3%) ведут малоподвижный образ жизни. Хроническому стрессу подвержены 80 (21,1%) студентов, 37 (9,8%) предпочитают соленую пищу. Тахикардия наблюдалась у 32 (8,4%) студентов, избыточная масса тела и ожирение — у 78 (20,6%). Артериальная гипертензия обнаружена у 15 (3,5%) студентов.

Заключение. В случайной выборке студентов III курса у 21,6% имеются ССЗ. Наиболее значимое влияние на повышение риска ССЗ оказывает наследственная предрасположенность (28,5% студентов). Среди модифицируемых факторов риска чаще встречаются гиподинамия (22,8%), курение (21,4%), хронический стресс (21,1%) и избыточная масса тела (20,6%). Предупреждая и влияя на доказанные нами самые распространенные модифицируемые ФР ССЗ, мы можем снизить распространенность ССЗ среди молодежи.

## **ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ПОМОЩЬЮ СПЕЦИАЛЬНО РАЗРАБОТАННОГО ОПРОСНИКА**

Ботирова Н.Б., Шоалимова З.М.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан.

[nigina@emerald.uz](mailto:nigina@emerald.uz)

Цель исследования: Выявление факторов риска у больных с артериальной гипертензией, состоящие на Д учете в семейной поликлинике города Ташкента.

Материал и методы: Было обследовано 53 больных, средний возраст которых составляло  $52.6 \pm 2.3$  лет, состоящие на диспансерном учете. Из них 49% женщины и 51% мужчины. Длительность артериальной гипертензии составляло от 2 до 6 лет. Всем больным проводилось анкетирование по специально разработанному опроснику.

Анализировались следующие факторы риска: Наследственность, курение, избыточный вес, гиподинамия, употребление поваренной соли более 7гр, наличие сахарного диабета у самого больного, употребление жирной пищи.

Результаты исследования: Среди пациентов первичная АГ диагностировано у 40 больных, то есть 75.5%, вторичная симптоматическая АГ у 13 больных, что составило 24.5%. Из 53 пациентов 9 больных соблюдали диету, но 44 больных не соблюдали диету. Результаты исследование показали, что курение наблюдалось в 59.8 % случаев, то есть у 32 больных. Избыточным весом страдали 29 больных, который соответствовало на 54.8 % случаев. Употребление жирной пищи в 41.3%, т. е. у 22 больных, отягощенная наследственность 49.7% (26 больные). Основная масса больных предъявляли жалобы на сниженную физическую активность (гиподинамия) - у 38 больных, то есть в 71% случаев. Повышенное употребление поваренной соли наблюдалось у 41 больных - 65.6%, а сахарным диабетом страдали 5 больные, который соответствует на 9.4% случаев.

Заключение: Результаты исследования указывают на практическую значимость выявления факторов риска методом анкетирования. В условиях первичного звена важна своевременное выявление факторов риска артериальной гипертензии. Врач общей практики должен обратит внимание на такие факторы риска как гиподинамия (71%), повышенное употребление поваренной соли (65.6%), курение (59.8%), избыточный вес

(54.8%) и повысить уровень медицинской осведомленности населения путем участия в школах гипертоников.

### **СТРЕСС НА РАБОТЕ И 16-ЛЕТНИЙ РИСК ИНСУЛЬТА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН 25-64 ЛЕТ В РОССИИ/СИБИРИ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ – ПРОГРАММА ВОЗ «МОНИКА-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  
1-ФГБНУ НИИ терапии и профилактической медицины, Новосибирск;  
2-Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний, Новосибирск  
[valery.gafarov@gmail.com](mailto:valery.gafarov@gmail.com)

Цель: Изучить влияние стресса на работе на риск возникновения инсульта в женской популяции 25-64 лет в течение длительного периода времени - 16 лет в Сибири.

Материал и методы: В рамках третьего скрининга программы ВОЗ «MONICA-психосоциальная» в 1994 г была обследована случайная репрезентативная выборка женщин в возрасте 25-64 лет (n=870) одного из районов г. Новосибирска. Стресс на работе был изучен с помощью анкеты Карасека. В исследование были включены лица, не имеющие инсульта в анамнезе, за которыми в течение 16-летнего периода (1995-2010гг) велось наблюдение: были зарегистрированы все впервые возникшие случаи инсульта (обследование, анализ медицинской документации, свидетельства о смерти). Для оценки относительного риска (HR) возникновения инсульта использовалась Кокс регрессионная модель. Для проверки статистической значимости различий между группами использовался критерий  $\chi^2$ .

Результаты: Распространенность высоких уровней стресса на работе в открытой популяции женщин 25-64 лет составила 31,6%. Доля женщин с высоким уровнем стресса на работе была одинакова во всех возрастных группах.

HR развития инсульта у женщин со стрессом на работе в течение 16 лет был в 1,96 раз выше, в сравнении с лицами без стресса (95,0%ДИ 1,01- 3,79;  $p < 0.05$ ).

Наблюдались тенденции в увеличении частоты развития инсульта в группе замужних женщин со стрессом в семье в сравнении с незамужними, разведенными и вдовами. Отмечены тенденции в уменьшении частоты инсульта среди женщин с высшим образованием, испытывающих стресс на работе. В отношении профессиональных групп просматривалась тенденция в увеличении частоты развития инсульта среди работниц физического труда и стрессом на работе.

Заключение: В открытой популяции среди женщин 25-64 лет высокая распространённость стресс на работе – 31,6%. В течение 16-летнего периода наблюдения женщины со стрессом на работе имеют более высокий риск инсульта, чем без него. Частота развития инсульта выше среди замужних женщин с профессиональным и ниже уровнем образования, испытывающих стресс на работе, занятых в профессиональной категории «физический труд».

### **СТРЕСС НА РАБОТЕ И РИСК ИНФАРКТА МИОКАРДА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ ЖЕНЩИН 25-64 ЛЕТ Г.НОВОСИБИРСКА (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ – ПРОГРАММА ВОЗ «МОНИКА-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  
1-ФГБНУ НИИ терапии и профилактической медицины, Новосибирск;

2-Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний,  
Новосибирск  
valery.gafarov@gmail.com

Цель: Изучить влияние стресса на работе на риск возникновения инфаркта миокарда (ИМ) в женской популяции 25-64 лет в течение 16 лет в Сибири.

Материал и методы: В рамках третьего скрининга программы ВОЗ «MONICA-психосоциальная» в 1994 г была обследована случайная репрезентативная выборка женщин в возрасте 25-64 лет (n=870) одного из районов г. Новосибирска. Стресс на работе был изучен с помощью анкеты Карасека. В исследование были включены лица, не имеющие ИБС в анамнезе. При помощи программы ВОЗ «Регистр Острого Инфаркта Миокарда» в течение 16-летнего периода (1995-2010гг) были зарегистрированы все впервые возникшие случаи ИМ. Для оценки относительного риска (HR) возникновения ИМ использовалась Кокс регрессионная модель. Для проверки статистической значимости различий между группами использовался критерий  $\chi^2$ .

Результаты: Распространенность высоких уровней стресса на работе в открытой популяции женщин 25-64 лет составила 31.6%. Доля женщин с высоким уровнем стресса на работе была одинакова во всех возрастных группах.

HR развития ИМ у женщин со стрессом на работе в течение 16 лет был в 3.22 раз выше, в сравнении с лицами с без стресса (95.0%ДИ 1.15- 9.04; p <0.05).

Наблюдались тенденции в увеличении частоты развития ИМ в группе замужних женщин со стрессом на работе в сравнении с незамужними, разведенными и вдовами. В отношении профессиональных групп просматривалась тенденция в увеличении частоты развития ИМ в категории «ИТР», пенсионеров и стрессом на работе.

Заключение: В открытой популяции среди женщин 25-64 лет высокая распространённость стресса на работе – 31,6%. В течение 16-летнего периода наблюдения женщины со стрессом на работе имеют более высокий риск ИМ, чем без него. Частота развития ИМ выше среди замужних женщин, испытывающих стресс на работе, занятых в профессиональной категории «ИТР».

## **АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ МЛАДШИХ И СТАРШИХ КУРСОВ**

Дехарь В.В.1, Осипов А.Г.1, Сопотова И.В.2, Денисова Д.В.3, Осипова И.В.1  
1-ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

2- КГБУЗ «Городская больница № 4, г. Барнаул», Россия

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

[barnaul4@gmail.com](mailto:barnaul4@gmail.com)

Введение. Основные изменения образа жизни молодежи приходятся на студенческие годы. В большинстве случаев вопрос здоровья для молодого человека не является приоритетным, вследствие чего имеющиеся поведенческие и психосоциальные факторы риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) остаются без должного внимания и требуют своевременной коррекции со стороны медицинских работников.

Цель – провести сравнение распространенности ФР ССЗ среди учащихся в возрасте от 18 до 24 лет, в зависимости от курса обучения.

Материалы и методы. В период с 2011 по 2013 годы проведен ретроспективный анализ 1071 «Медицинских карт Центра здоровья» специализированной студенческой



поликлиники студентов, получающих высшее и среднее образование, в возрасте от 18 до 24 лет. Из них юношей - 44,7% (n=895) и девушек - 55,3% (n=1105). Для сравнения ФР учащиеся были поделены на возрастные группы: первокурсники (18 лет) - 29,8% (n=597) и старшекурсники (>22 лет) - 44,3% (n=474). Согласно методическим рекомендациям по оказанию медицинской помощи взрослому населению в Центре здоровья 2012г. анализировались следующие ФР: курение, физическая активность (ФА), психоэмоциональное напряжение (ПН). Проведен анализ параметров офисного артериального давления (АД), показателей индекса массы тела, общего холестерина (ОХ) и глюкозы.

Результаты. Распространенность ФР (n=1071): низкая физическая активность - 48%, психоэмоциональное напряжение - 43,7%; избыточный вес тела - 10,6% (27±1,3 кг/м<sup>2</sup>), повышенный общий холестерин - 7,7% (5,4±0,4 ммоль/л), курение - 7,5%, повышенное офисное АД - 5% (142±9,0/85±8,0 мм.рт.), ожирение - 3,5% (34,±3,4 кг/м<sup>2</sup>), гипергликемия - 0,8% (7,4±1,5 ммоль/л). К концу обучения количество учащихся с низкой физической активностью и психоэмоциональным напряжением среди старшекурсников выросло в 1,2 и 1,8 раза (p=0,001). Среди юношей старших курсов по сравнению с юношами первого курса отмечается увеличение низкой физической активности в 1,5 раза (62 vs 40,3%; p=0,001) и увеличение количество лиц с повышенным общим холестерином в 3 раза (12,7 vs 4,2%; p=0,001). Среди девушек, обучающихся на старших и младших курсах, установлено, что количество старшекурсниц с ПН выше в 2,2 раза (74 vs 32,7%; p<0,001). С переходом на обучение на старшие курсы количество курящих девушек в сравнении с первокурсницами снижается в 2,5 раза (2,4 vs 6,1% соответственно; p=0,03).

Выводы: Наиболее распространенными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний среди всех студентов являются: низкая физическая активность - 48% и психоэмоциональное напряжение - 43,7%. Студенты старших курсов, в сравнении с первокурсниками имели гиподинамию и психоэмоциональное напряжение в 1,2 и 1,8 раза чаще (p<0,001). Количество юношей с повышенным общим холестерином в 3 раза больше среди обучающихся на старших курсах по сравнению с первокурсниками (p<0,001). Число курящих девушек на старших курсах в 2,5 раза ниже по сравнению с первокурсницами (p=0,03).

## **ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

Жумамуратова Н.С.

Ташкентская Медицинская Академия, г.Ташкент, Узбекистан

[mailikrom@mail.ru](mailto:mailikrom@mail.ru)

Больным после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) в поликлинических условиях необходимо проведение комплекса реабилитационных мероприятий, которые будут способствовать постепенному восстановлению функций сердечно-сосудистой системы и повышению толерантности к физическим нагрузкам. Согласно данным литературы, методами реабилитационных мероприятий среди больных с ИМ являются: медикаментозное лечение, лечебная физкультура, психотерапия, диетотерапия.

Целью этого исследования была оценка проводимой реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда, в семейной поликлинике № 9.

Материалы и методы. Программа реабилитации была проведена 36 больным, перенесшим острый инфаркт миокарда, при этом средний возраст пациентов составил 54 года. Программа восстановительного лечения проводимого в течение 6 месяцев в поликлинике включала беседы по улучшению психо-эмоционального состояния больных медикаментозную терапию, лечебную физкультуру, диетотерапию, образовательные

лекции для больных и членов семьи. Во внедрении программы участвовали 6 врачей общей практики (ВОП), средний стаж которых составил 12,6 лет.

Результаты и обсуждение. При изучении 36 амбулаторных карт (АК) в 33 из них (91,7%) был записан план реабилитационных мероприятий. Этот план включал следующие мероприятия: взятие больных с ИМ на диспансерный учет с проведением осмотра 4 раза в год и лабораторно-инструментального обследования 2 раза в год; назначение амбулаторного или стационарного лечения 2 раза в год; консультацию узких специалистов по показаниям; патронаж на дому врачом и медсестрой; проведение врачебно-трудовой экспертизы; физическую реабилитацию под контролем врача кабинета ЛФК. Из 36 изученных амбулаторных карт в 31 (81,6%) была запись диспансерного наблюдения 4 раза в год. Почти во всех картах были данные общего анализа крови, общего анализа мочи, протромбинового индекса, холестерина и сахара крови. В амбулаторных картах 28 (77, 8%) пациентов были ЭКГ и запись АД при каждом визите. Амбулаторное или стационарное лечение в течение года получили 32 (88,9%) пациента. Патронажное наблюдение врачом общей практики было зафиксировано в 22 (61,1%) АК. В санаторных условиях 10-дневную реабилитацию прошли только 4 (11,1%) пациента. При проведении диспансеризации больной осматривался кардиологом, и по показаниям, - невропатологом, офтальмологом, эндокринологом.

Согласно требованиям стандарта лечения больных после ИМ является назначение аспирина, бета-блокаторов и ингибитора АПФ, а статинов - при выявлении гиперхолестеринемии. В 31 (81,1%) амбулаторных картах были рекомендации по приему аспирина, бета-блокаторов, ингибиторов АПФ, и только в 2 (5,6%) амбулаторных картах были назначены статины. По заключению ВТЭК 22 (61,1%) пациента получили 2 группу инвалидности, 7 (19,4%) - 3 группу. Ни в одной амбулаторной карте не было записи о проведении физической и психологической реабилитации. Также отсутствовали рекомендации по рациональному питанию и здоровому образу жизни.

Заключение. Таким образом, в амбулаторных условиях не уделяется должного внимания физической реабилитации, которая является стержнем реабилитационной программы. Не проводится психосоциальная поддержка, включающая в себя индивидуальное или групповое консультирование для преодоления страха, беспокойства, депрессии, социальной изоляции. Врачи общей практики городской поликлиники мало внимания уделяют записи рекомендаций по изменению образа жизни. Зачастую сами пациенты не информированы о необходимости его изменения, не заинтересованы к возвращению к профессиональной деятельности и повышению качества жизни.

## **РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

Жумамуратова Н.С.

Ташкентская Медицинская Академия г.Ташкент. Узбекистан

[mailikrom@mail.ru](mailto:mailikrom@mail.ru)

Для проведения первичной профилактики ишемической болезни сердца (ИБС) врачам общей практики (ВОП) необходимо выявлять факторов приводящие к возникновению сердечнососудистых заболеваний (ССЗ). У ВОП есть преимущества раннего выявления различных факторов риска ИБС так как, они знают семью, наличие сахарного диабета (СД), ожирения и артериальной гипертензии (АГ) у родителей. Таким образом, они должны создавать группы риска среди пациентов старше 40 лет для динамичного их наблюдения.

Цель исследование: провести оценку раннего выявления факторов риска (курения, гиперхолестеринемия, СД 2-типа, избыточная масса тела и ожирение) вовремя профилактического осмотра населения старше 40 лет в СВП.

Материалы и методы: Профилактический осмотр был проведен в №9 семейной поликлиники. В котором участвовали 3 врача ВОП и 6 медицинских сестер. Были определены стандарты по раннему выявлению пациентов с факторами риска. В течении 6 месяцев каждому пациенту старше 40 лет обратившемуся за медицинской помощью в СВП, измеряли рост, вес, вычисляли ИМТ, определяли общий холестерин и сахар крови натощак и спрашивали о количестве выкуренных сигарет в день и стаж курения. Было всего обследовано 326 пациентов, из них оказалось 211 (64,7%) женщин, 115 (35,3%) мужчин.

Результаты и обсуждение: в ходе исследования 62 (19%) пациентов была выявлена избыточная масса тела – ИМТ более 25 кг/м<sup>2</sup>. Ожирение выявлена 31 (9,5%) пациентов. Гиперхолестеринемия (общий холестерин более 6,2 ммоль/л) была выявлена у 97 (29,7%) человек. Уровень глюкозы более 6,1 ммоль/л был выявлен у 17 (5,2%) пациентов. Среди опрошенных курили только 27 (8,2%), причем все курящие были мужчины. С ними были проведены неоднократные беседы о вреде курения. В результате профилактического осмотра ВОП создали группы пациентов с факторами риска ИБС. ВОП проводили обучающие занятия в группах по рациональному питанию и рекомендации по физической нагрузке для снижения веса. Пациентам с гиперхолестеринемией были назначены статины и гиполипидемическая диета. 17 пациентов которых обнаружили повышенный уровень глюкозы натощак был проведен глюкоза толерантный тест на основании результатов которого у 3 (0,9%) пациентов был диагностирован сахарный диабет. Совместно с эндокринологом были назначены диета и лечение.

Выводы: ВОП в условиях первичного звена как можно раньше должен выявлять факторы риска ИБС среди населения, особенно у пациентов старше 40 лет. Для этого медицинские работники амбулаторного звена должны систематически проводит профилактические осмотры. Своевременно формировать группы риска ИБС среди населения и наблюдать их в динамике и тем самым предупреждать развитие и прогрессировании ССЗ.

## **СКРИНИНГОВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

Жумамуратова Н.С.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

mailikrom@mail.ru

Раннее выявление факторов риска заболеваний сердечно-сосудистой системы у лиц молодого возраста, таких как, отягощенная наследственность, избыточная масса тела, артериальная гипертония, гиперлипидемия, нарушения углеводного обмена, психоэмоциональные и поведенческие факторы (физическое перенапряжение, гиподинамия, курение, нарушения в режиме и характере питания) имеет важное значение для поиска возможных путей коррекции с целью их первичной профилактики.

Цель исследование: провести оценку раннего выявления факторов риска (курения, гиподинамии, нерегулярного питания, избыточной массы тела и ожирения гиперхолестеринемии, повышения артериального давления, высоких показателей сахара в крови) у лиц молодого возраста от 18 до 25 лет обратившихся за медицинской помощью в 9 – семейную поликлинику.

Материалы и методы. Проведен скрининг 370 человек в возрасте от 18 до 25 лет из которых у 91 человек выявлены факторы риска хронических неинфекционных заболеваний. Использовались специально разработанные и апробированные тесты по раннему выявлению факторов риска. В течении 6 месяцев каждому молодому человеку от 18 до 25 лет обратившемуся за медицинской помощью в 9 – семейную поликлинику, измеряли рост, вес, вычисляли ИМТ, измеряли артериальное давление, определяли общий



холестерин и сахар крови натошак, провели анкетирование о стаже курения и о количестве выкуриваемых сигарет в день.

Результаты исследования. При оценке факторов риска выявлено, что из 91 молодых людей определены 27 % (25) курящих, 29% (27) с избыточной массой тела с низкой физической активностью и нерегулярным питанием, у 36% (33) определено повышение артериального давления, при лабораторной диагностике у 6,5% (6) были определены высокие показатели общего холестерина и глюкозы в крови.

Заключение. Основными факторами риска раннего развития болезней сердечно-сосудистой системы среди лиц молодого возраста являются курение, низкая физическая активность, нерациональное питание, что в совокупности приводит к избыточной массе тела и ожирению. Данное исследование показало, что при полном внедрении в работу врача общей практики скрининга факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний с 18 лет дает возможность своевременно выявлять группу риска и проводить с ними профилактику заболеваний.

## **ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Жумамуратова Н.С., Бабаджанова Н.Э.

*Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан*

[nadira.babadjanova78@mail.ru](mailto:nadira.babadjanova78@mail.ru)

Актуальность. Известно, что ранняя диагностика - залог успешной терапии заболеваний, в том числе и ИБС, особенно у мужчин, которая дебютирует до 59,3% случаев в острой и фатальной форме, причём внезапная смерть в 74% случаев –является итогом коронарного тромбоза. Несмотря на значительное число исследований, представления о причинах возникновения и значении классических (основных) и ряда дополнительных факторов риска(ФР)ИБС остаются противоречивыми. Выявление факторов риска ИБС — обязательный этап обследования больных стенокардией или лиц с подозрением на нее. В диагностически сомнительных случаях выявление факторов риска ИБС помогает более целенаправленно обследовать больных. При установленном диагнозе ИБС знание факторов риска помогает более точно определить индивидуальные патогенетические механизмы заболевания и прогноз, выработать конкретные лечебные и профилактические рекомендации.

Цель исследования. Изучить распространенность основных факторов риска ИБС среди лиц трудоспособного возраста (20-59 лет) и оценить степень риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), в частности ИБС на уровне первичного звена здравоохранения (ПЗЗ).

Материалы и методы исследования. Обследовано 109 человек в возрасте 20-59 лет с отсутствием в анамнезе ИБС. Всем больным проводилось анкетирование и, после тщательного клинического осмотра, 2-кратное ЭКГ исследование (до и после физической нагрузки в виде 20 приседаний), а также стандартное клинико-лабораторное исследование.

Результаты исследования. По результатам анкетирования (в анкете отмечались пол, возраст, жалобы, данные клинического осмотра, антропометрические показатели (рост, вес), курение, алкоголь, результаты стандартного измерения АД, гиперхолестеринемия) и ЭКГ с физической нагрузкой 2 пациентам в возрасте 20-39 лет (3%) и 9 пациентам в возрасте 40-59 лет (21,4%), ранее не предъявлявшим каких-либо жалоб, был установлен клинический диагноз: «ИБС. Стабильная стенокардия напряжения. ФК I и II». При этом у всех пациентов с выявленной ИБС отмечалось сочетание 2 и более факторов риска, такие как курение, гиподинамия, мужской пол и ожирение.

Выводы. Таким образом, в результате нашего исследования установлено, что у 82% пациентов выявляются традиционные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, причем распространенность и сочетание двух и более факторов риска достоверно чаще отмечается в возрасте преимущественно старше 40 лет, что соответствует литературным данным. А также, развитие ИБС чаще сопряжено со средним и высоким уровнем сердечно-сосудистого риска. Это требует проведения активной первичной профилактики в первичном звене здравоохранения у лиц молодого возраста, особенно с сочетанием двух и более ФР.

## **КУРЕНИЕ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ДВАДЦАТИПЯТИЛЕТНИЕ ТРЕНДЫ И АССОЦИИ С ДРУГИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА ИБС (ПОПУЛЯЦИОННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В НОВОСИБИРСКЕ, 1989-2014)**

Козик В.А., Денисова Д.В.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины»,

Новосибирск, Россия

[valiyta90@mail.ru](mailto:valiyta90@mail.ru)

Введение: Патоморфологическими исследованиями показано, что начальные латентные проявления атеросклероза формируются уже во второй декаде жизни, т.е. в подростковый период. В этом же возрасте нередко регистрируются основные факторы риска атеросклероза и ИБС. Эпидемиологические исследования показали высокие возможности профилактики и коррекции факторов риска ИБС с подросткового возраста с благоприятным долгосрочным прогнозом.

Цель: Выявить распространенность, тренды курения и его ассоциации с другими факторами риска ИБС среди подростков на примере города Новосибирска.

Материалы и методы: В период с 1989 по 2014 годы проведено 6 популяционных скринингов подростков 14-18 лет - учащихся средних общеобразовательных школ одного из районов г.Новосибирска. Всего обследовано 3958 человек обоего пола (46% мальчиков). Отклик составил 87%. Программа обследования была единой для всех скринингов и включала опрос по стандартной анкете с вопросами об отношении к курению, 2-кратное измерение артериального давления сфигмоманометром, антропометрию (рост, масса тела, расчет индекса массы тела), биохимическое исследование крови (липидный профиль, котинин), сбор семейного анамнеза методом почтового опроса родителей. Курильщиком считался подросток, выкуривавший не менее 1 сигареты в неделю. Исследованы ассоциации курения и других факторов риска ИБС (артериальная гипертензия, избыточная масса тела, гиперхолестеринемия, гипоальфахолестеринемия).

Результаты: Распространенность курения среди подростков в 2014 году в целом составила 10%, среди мальчиков 12,8%, среди девочек 7,7%. В группе курильщиков средний возраст начала курения составил 14 лет без гендерных различий, количество выкуриваемых сигарет в неделю составило в среднем 45,7 сигарет у мальчиков и 34,7 сигарет у девочек. Анализ котинина крови как маркера курения выявил 7,5% лиц, скрывающих свое курение. Достоверных различий в распространенности факторов риска ИБС между курящими и некурящими подростками не обнаружено за исключением гипоальфахолестеринемии, которая в 2 раза чаще встречалась среди курящих мальчиков (7,7% против 4,0%,  $P < 0,05$ ). Обнаружены семейные ассоциации курения: в семьях, где родители курят, вдвое чаще регистрировалось подростковое курение по сравнению с некурящими семьями (65% против 35%,  $P < 0,05$ ). За изученный период распространенность курения среди мальчиков значительно снизилась: с 45% в 1989 году до 13% в 2014 году ( $P < 0,05$ ), т.е. в 3,5 раза.

Среди девочек в период с 1989 по 2003 гг. отмечался рост частоты курения (с 19% до 27%,  $P < 0,005$ ), но затем в последние 10 лет произошло снижение до 8% ( $P < 0,01$  относительно 2003 года,  $P < 0,05$  относительно 1989 года).

Заключение: Полученные данные свидетельствуют о снижении частоты курения среди подростков 14-18 лет в Новосибирске за последние 25 лет. По-видимому, это связано с увеличивающейся эффективностью профилактических программ, проводимых на различных уровнях, включая меры государственного антитабачного регулирования. Вместе с тем, нельзя исключать заместительный эффект, обусловленный бурным развитием компьютерных технологий, интернета, видеоигр, социальных сетей.

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

Овсянникова В.В., Черных Т.М.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Воронежский государственный медицинский университет им.Н.Н.Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации,

Воронеж, Россия

[ovsiannikovavera@yandex.ru](mailto:ovsiannikovavera@yandex.ru)

Общемировая тенденция по возрастным особенностям ведет к «омоложению» сердечно-сосудистых заболеваний, что приобретает важнейшую социальную значимость и заставляет разрабатывать соответствующие профилактические методы по борьбе с сердечно-сосудистой патологией. Достижение эффективности мероприятий, направленных на снижение кардиоваскулярных заболеваний, обращено на устранение распространенных факторов риска: табакокурения, нездорового питания, низкой физической активности. Существенное влияние на частоту возникновения сердечно-сосудистых осложнений оказывает диагностированная в молодом возрасте артериальная гипертония.

Цель. Изучить распространенность факторов риска развития артериальной гипертонии – семейного анамнеза, табакокурения, избыточной массы тела, артериального давления среди студентов медицинского университета.

Материалы и методы. Всего было обследовано 60 учащихся 5 курса в возрасте от 22 до 25 лет. Студентам предлагалось заполнить анкету для регистрации семейного анамнеза по сердечно-сосудистым заболеваниям, статуса табакокурения, антропометрических показателей, индекса массы тела по Кетле. Всем студентам проводилось трехкратное измерение артериального давления в положении сидя после обязательного 10-минутного отдыха с интервалом 2 минуты с помощью аппаратно-программного комплекса АПКО-8-РИЦ-м, в основу работы которого положен метод объемной компрессионной осциллометрии.

Результаты. После анализа проведенного обследования была обнаружена следующая последовательность в порядке убывания распространенности факторов риска развития артериальной гипертонии среди студентов медицинского вуза: наличие отягощенного семейного анамнеза по артериальной гипертонии встречалось в 43,3% случаев, избыточная масса тела – в 18,3% случаев, курящие составили 8,3% от всех обследованных. С помощью метода объемной компрессионной осциллометрии оптимальное артериальное давление (в пересчете на аускультативный метод) выявлено у 41 учащегося (68,3%), нормальное артериальное давление (менее 130/85 мм рт. ст.) – у 12 учащихся (20%), высокое нормальное (130-139/85-89 мм рт. ст.) – у 7 учащихся (11,7%). Важно отметить, что высокое нормальное давление было выявлено у курящих и имеющих избыточную массу тела студентов.

Заключение. Среди обследованных студентов выявлена высокая частота встречаемости отягощенного наследственного анамнеза по артериальной гипертензии. У обследованных имелась прямая связь наличия факторов риска и предгипертонией, диагностированной методом объемной компрессионной осциллометрии. Среди категории студентов с предгипертонией необходимо проведение профилактических мероприятий по коррекции модифицируемых факторов риска развития артериальной гипертензии.

## **ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ В СЛУЧАЙНОЙ ВЫБОРКЕ ЖИТЕЛЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**

Орлов А.В\*., Ротарь О.П\*., Фигл М\*\*., Конради А.О\*., Боинг Х\*\*.

\*ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр им В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

\*\*Немецкий институт питания человека, Потсдам, Германия

[alexorlov1987@mail.ru](mailto:alexorlov1987@mail.ru)

Введение Эксперты Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) относят физическую инертность к ведущим факторам риска развития неинфекционных заболеваний. Исследования последних лет показывают, что лишь инструментальная оценка двигательной активности может предоставить объективные данные.

Целью данного исследования явилась оценка семидневного профиля двигательной активности в случайной выборке жителей Санкт-Петербурга с использованием трехосевых акселерометров.

Материалы и методы. В рамках эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ была сформирована случайная выборка 1600 жителей Санкт-Петербурга в возрасте 25-65 лет, стратифицированная по полу и возрасту. Из данной выборки случайным образом с сохранением половозрастных характеристик была сформирована подвыборка из 100 человек. Всеми участникам были заполнены опросники касательно поведенческих факторов риска, выполнена антропометрия - измерен рост и вес с расчетом индекса массы тела (ИМТ), объем талии (ОТ). Для оценки физической активности использовались дневники физической активности (ФА) и семидневное мониторирование физической активности с помощью акселерометра Actigraph GT3X+ (Actigraph, США). Уровень ФА оценивался по количеству шагов в день и длительности ФА средней или выраженной интенсивности - адекватным считалось достижение уровня 10 000 шагов в день, 150 минут в неделю ФА средней или выраженной интенсивности, достигнутой в непрерывных 10-минутных эпизодах или 300 минут в неделю ФА средней или выраженной интенсивности (независимо от длительности непрерывной нагрузки). Сбалансированным считалось распределения ФА между выходными и рабочими днями в соотношении 1/5-2/5.

Результаты. Половина обследованных имели достаточный уровень ФА по критерию числа шагов, треть – согласно 150-минутному критерию, 70% - согласно 300-минутному критерию. При сравнении физически активных и неактивных участников, гендерных и антропометрических различий не отмечалось, также не имел значения род занятий. Около половины активных участников имело сбалансированное распределения ФА между выходными и рабочими днями, для неактивных участников это было отмечено лишь в 13% случаев. В обеих группах отмечались пики ФА в период с 8 до 9 часов и с 18 до 19 часов, но в активной группе они были значимо выше.

Согласно дневникам ФА, в большинстве случаев данные пики соответствовали времени перемещения на работу и с работы. Физическая инертность в данные временные периоды была ассоциирована с использованием общественного или частного транспорта.

Заключение. Объективная оценка ФА демонстрирует, что 40-60% участников не достигают достаточного уровня двигательной активности. В то же время, согласно актиграфии, рекомендованный ВОЗ уровень ФА может быть достигнут независимо от рода занятий или пола путем увеличения длительности ходьбы при перемещении на работу и с работы.

## **ОЦЕНКА РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (РЕКВАЗА)**

Переверзева К.Г., Мосейчук К.А.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Рязань, Российская Федерация

[jucunde@mail.ru](mailto:jucunde@mail.ru)

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) продолжают оставаться основной причиной смертности населения во всех странах мира, несмотря на достижения последних лет в их профилактике и лечении. При этом наиболее часто неблагоприятные исходы наблюдаются среди лиц с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Цель. Оценить выживаемость и риск смерти от всех причин и от сердечно-сосудистых причин в течение двухлетнего наблюдения у пациентов с ИБС по данным регистра ССЗ.

Материалы и методы. В регистр РЕКВАЗА включено 2548 пациентов с зарегистрированным в амбулаторной карте диагнозом ИБС, обратившихся за медицинской помощью по поводу ССЗ в три случайно отобранные поликлиники Рязанской области в 2012-2013 годах. В анализируемой нами поликлинике в исследование было включено 1165 пациентов с ИБС.

При статистической обработке данных для оценки отношения рисков и расчета 95% доверительного интервала применялась модель Кокса в рамках многофакторного регрессионного анализа.

Результаты. Были получены данные об исходах у 1135 (97,4 %) больных. В течение 24 месяцев от даты включения умерло 107 пациентов. Двухлетняя выживаемость составила 90,6 %. Анализ причин смерти показал, что у большей части умерших - 75,7% (81) причиной смерти были ССЗ, среди них 34,6% (37) случаев смерти от острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), 5,6% (6) случаев острой коронарной смерти, 3,7% (4) – смерти от инфаркта миокарда и 31,8% (34) случаев смерти от других заболеваний сердца; 12,1% (13) пациентов умерли от онкологических заболеваний, 3,7% (4) – от острой хирургической патологии и 8,5% (9) – от других причин.

Риск смерти от всех причин у включенных в Регистр пациентов с ИБС с каждым годом жизни пациента увеличивался на 9% ( $p=0,0001$ ), при наличии в анамнезе ОНМК - в 2,6 раза ( $p=0,0001$ ), сахарного диабета (СД) - в 1,5 раза ( $p=0,0002$ ) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) - в 2,3 раза ( $p=0,0002$ ). Риск смерти от всех причин

уменьшался в 2,0 раза ( $p=0,038$ ) и в 1,6 раза ( $p=0,016$ ) при назначении статинов и ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), соответственно.

Риск смерти от сердечно-сосудистых причин также увеличивался с каждым годом жизни пациента на 10% ( $p=0,0001$ ), а при наличии в анамнезе ОНМК - в 3,1 раза ( $p=0,0001$ ), СД - в 1,7 раза ( $p=0,0001$ ), при назначении ИАПФ и статинов уменьшался в 2,1 раза ( $p=0,049$ ) и в 1,7 раза ( $p=0,004$ ), соответственно.

Выводы. Значимое негативное влияние на прогноз у пациентов с ИБС имеют факторы возраста, ОНМК в анамнезе, СД и ХОБЛ, позитивное – назначение статинов и ИАПФ. Выявленные факты, полученные в рамках регистра больных ССЗ, подтверждают особую важность проведения вторичной профилактики у больных ИБС прогноз-модифицирующими лекарственными препаратами.

## **ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА И НАЛИЧИЯ В АНАМНЕЗЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ К ПОСЕЩЕНИЮ АМБУЛАТОРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

Семенова Ю.В., Кутишенко Н.П., Гинзбург М.Л., Загребельный А.В., Марцевич С.Ю.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

YSemanova@gnicpm.ru

Введение: низкая приверженность пациентов к посещению амбулаторных учреждений является одной из причин низкого качества догоспитальной терапии острого коронарного синдрома и зависит от ряда факторов.

Цель: у пациентов с ОКС оценить приверженность к посещению амбулаторных учреждений до развития у них референсного события (РС).

Материалы и методы: исследование проведено в рамках госпитального регистра больных с ОКС (регистр ЛИС-3). Включено 320 пациентов (188 (58,75%) - мужчины, 132 (41,25%) - женщины, средний возраст –  $64,5 \pm 12,9$  года), проживающих в Москве и Московской области, госпитализированных в МУЗ ЛРБ №2 с 01.11.2013 по 31.07.2015 г., которым в стационаре был поставлен диагноз острый инфаркт миокарда (ОИМ) с подъемом ST/ОИМ без подъема ST/нестабильная стенокардия. Стандартизированный опрос, проведенный при выписке из стационара, включал данные о посещаемости пациентами амбулаторных учреждений до развития ОКС (или РС).

В зависимости от частоты посещения амбулаторных учреждений и давности последнего визита перед РС выделено 3 группы: группа А – пациенты, приверженные к посещению – регулярно наблюдающиеся у кардиолога/терапевта (1 раза в год и чаще), последний раз обратившиеся к врачу менее 2 лет назад ( $n = 150$ ); группа В – пациенты, не приверженные к посещению и не обращавшиеся к врачу по поводу сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) ( $n = 67$ ), группа Б – пациенты, частично приверженные к посещению амбулаторных учреждений ( $n = 103$ ).

Оценена связь между возрастом больных, наличием ССЗ (артериальная гипертензия (АГ), 1 ССЗ – ишемическая болезнь сердца (ИБС)/нарушение ритма/другое ССЗ, сочетание 2 ССЗ, сочетание 3 ССЗ) и приверженностью к посещению амбулаторных учреждений.

Результаты обрабатывались с помощью стандартных методов вариационной статистики в программе SPSS.

Результаты: Пациенты 3-х групп различались по гендерному признаку (в группе А мужчины составили 42,7%, в группе Б – 67%, в группе В – 82,1%) и по возрасту (в группе



А преобладали пациенты возрастной группы 70-80 лет, в группах Б и В – пациенты 60-70 лет). Средний возраст больных в группе А –  $69,4 \pm 11,9$  лет, в группе Б –  $62,3 \pm 11,6$  года, в группе В –  $56,8 \pm 12,7$  лет. Установлено увеличение приверженности к посещению амбулаторных учреждений с увеличением возраста ( $p < 0,0001$ ). Незнание пациента о наличии у него ССЗ снижает приверженность ( $p < 0,0001$ ), а сочетание 2 ССЗ ассоциировано с хорошей приверженностью ( $p < 0,0001$ ), при этом наличие изолированной АГ не оказывает на приверженность к посещению амбулаторных учреждений влияния, как и наличие 1 ССЗ (в том числе ИБС), что может быть связано с появлением жалоб незадолго до возникновения РС (1 месяц - полгода) и с малым количеством больных в данной выборке (6,5%).

Заключение: более низкая приверженность к посещению амбулаторных учреждений у пациентов с ОКС до развития РС отмечалась у мужчин, пациентов более молодого возраста и пациентов, не знающих о наличии у них ССЗ. Женщины, пожилые люди и пациенты с сочетанием двух ССЗ отличались более высокой приверженностью.

### **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ТИПА**

Соипова М.Н., Махмудова М.С.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Email: khodnn@yandex.ru

Ведение. Сахарный диабет встречается у 8% взрослого населения. Наиболее частая форма СД – это СД 2-типа, составляющая 90-98% всех случаев диабета. Согласно данным ВОЗ, заболеваемость СД 2-типа удваивается в среднем каждые 15-20 лет. Этот тип диабета развивается преимущественно после 35 лет, увеличивается с возрастом, пожилые пациенты составляют почти 50% от общего числа больных диабетом. Сахарный диабет является одним из основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. У больных сахарным диабетом в 2 раза повышается риск развития ишемической болезни сердца (ИБС), которая протекает тяжелее и чаще дает осложнения, в 2-4 раза увеличивается риск развития инсульта.

Цель. Проведенного исследования изучить распространенность сердечно-сосудистых заболеваний у лиц с СД 2-типа в семейной поликлинике №16 «Алмазарского» района г. Ташкента.

Материалы и методы. Были изучены 212 амбулаторных карт больных с СД 2-типа. Возраст пациентов варьировал от 36 до 81 года, при этом средний возраст составил 54,4 лет. Из них количество мужчин 58 (27,4%), количество женщин 154 (72,6%).

Результаты. Среди 212 изученных амбулаторных карт больных с СД 2-типа 123 (58%) пациента имели сердечно-сосудистые заболевания. Из них больных с сопутствующей артериальной гипертонией (АГ) оказалось 24 (19,5%), ИБС – 18 (14,6%), сочетанные случаи АГ и ИБС – 81 (65,9%). У мужчин с сахарным диабетом 2-типа встречаемость сердечно-сосудистых заболеваний составила 38 (65,5%). Из них пациентов с АГ 6 (15,8%) человек, ИБС – 5 (13,2%), АГ+ ИБС 27 (71%). Частота встречаемости сердечно-сосудистых заболеваний у женщин с сахарным диабетом 2-типа составила 85 (55,2%). Из них число больных АГ 18 (21,2%), ИБС – 13 (15,3%), АГ + ИБС – 54 (63,5%). Распределение больных с СД-2 типа с сердечно-сосудистыми заболеваниями изучили в зависимости от возраста. Оказалось, что в возрастной группе 71-80 лет имеется 27 пациентов с сахарным диабетом 2-типа, среди которых 21 (77,8%) с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В возрастной группе 61-70 лет с сахарным диабетом 2-типа 72 человека, 52 (72,2%) из которых с сердечно-сосудистой патологией. В возрастной группе 51-60 лет всего 63 человека с сахарным диабетом 2-типа, 39 (61,9%) из которых с сердечно-сосудистой патологией. В возрастной группе 41-50 лет всего 36 человек с сахарным диабетом 2-типа, у 9 (25%) из которых имеется сердечно-сосудистая патология.

Пациенты 40 лет и моложе составили 14 человек с сахарным диабетом 2-типа, из которых 2 (14,2%) человека были с сердечно-сосудистой патологией.

Заключение. По нашим данным, заболеваемость сахарным диабетом у женщин в 3 раза выше, чем у мужчин. Распространенность сопутствующих АГ или ИБС примерно одинаковая как у мужчин, так и у женщин. Но сочетание АГ и ИБС у больных с сахарным диабетом 2-типа выявляется у мужчин на 10,3% чаще, чем у женщин. Анализ распространенности по возрастной категории показал, что с возрастом увеличивается заболеваемость сердечно-сосудистой патологией. Таким образом необходимо уделить внимание раннему выявлению сахарного диабета, чтобы предупредить развитие сердечно-сосудистых заболеваний и связанных с ними осложнений.

## **НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ И ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ПРИЧИН СМЕРТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В 2006 И 2014 ГОДАХ**

Старинская М.А., Самородская И.В., Бойцов С.А.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России», Москва, Россия

[maryvatolina@yandex.ru](mailto:maryvatolina@yandex.ru)

По данным Росстата начиная с 2006г. в РФ отмечается постепенное уменьшение общей смертности от болезней системы кровообращения (БСК), при этом не проводилось анализа, за счет какой нозологии происходит снижение числа смертей от данной группы заболеваний.

Цель исследования: сравнить нозологическую структуру причин смерти в России от БСК в 2006 и 2014 гг., в том числе в 5-летних возрастных группах.

Материалы и методы: в исследовании использованы представленные по запросу данные Росстата о числе умерших по причинам смерти на основе Краткой номенклатуры причин смерти Росстата. Изучена нозологическая структура причин смерти класса БСК в 2006г. и 2014г., определена доля каждой из причин смерти в общем числе умерших и числе умерших от БСК; сопоставлены наименования групп Краткой номенклатуры причин смерти в 2006г. и 2014г.

Результаты: смертность от БСК в общей структуре смертности населения продолжает занимать первое место, доля смертей от данной группы заболеваний в 2014г. по сравнению с 2006г. уменьшилась с 56,9% до 50,1%. Максимальное число умерших от БСК и в 2006г. и в 2014г. регистрируются в старших возрастных группах; причем начиная с возраста 75 лет доля смертей от БСК в структуре смертности непропорционально высока и составляет около 70% всех смертей; до возраста 55 лет доля смертей от БСК от общего числа умерших не превышает 38%. Уменьшение числа случаев смерти от БСК в период с 2006 по 2014гг. отмечается во всех возрастных группах; наиболее выраженное снижение зарегистрировано в группе от 85 лет (на -5950,1%), наименьшее - в возрасте от 1 до 4 лет (-1,1%), количество смертей от БСК в возрастах от 5 до 14 лет осталось на прежнем уровне. Согласно Краткой номенклатуре причин смерти класс БСК в 2014г. был представлен 35 нозологическими группами и/или отдельными диагнозами МКБ-10, в 2006г. – 23. Количество нозологических групп и отдельных диагнозов, которые представлены аналогичными кодами МКБ-10 в 2006г. и в 2014г. составило 18. Число случаев смерти, входящее в состав этих 18 групп, в 2006г. составило 59,8% от всех случаев смертей по классу БСК, в 2014 г. – 54,9%. Увеличилось число случаев смерти от «гипертонической болезни с преимущественным поражением сердца и почек», а также от «других болезни артерий, артериол и капилляров», «флебита и тромбофлебита, тромбозов



и эмболий» и «других болезней вен и лимфатических сосудов». По остальным позициям отмечается снижение числа случаев смерти. В 2006г. на ишемическую болезнь сердца (ИБС) - шифр по Краткой номенклатуре причин смерти 121-129 - приходится 28,1% от числа умерших от всех причин и 49,3% от всех случаев смерти от БСК; в 2014 г. (шифры 127-133) - 26,2% и 52,4% соответственно. Подавляющее число случаев смертей от ИБС – это случаи смерти, не связанные с острыми коронарными событиями (острый коронарный синдром и инфаркт миокарда). Доля смертей от нечетко определенных нозологических причин смерти (шифры 129-130, 132, 136, 140, 145, 147-150, 151-152, 155) составила в 2014г. – 58,8% от всех БСК и 29,4% от случаев смерти от всех причин.

Заключение: в связи с изменениями, произошедшими с 2006 по 2014 гг., в Краткой номенклатуре причин смерти, используемой Росстатом для кодирования и учета причин смерти, корректное сравнение показателей по ряду групп заболеваний не возможно. Одной из причин высокой смертности от БСК может служить не только высокая распространенность данной группы заболеваний, но и неудовлетворительное качество кодирования причин смерти, приводящее к искажению данных медицинской статистики.

## **ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**

Страхова Н.В., Москалёва К.А.

Государственное бюджетное учреждение высшего профессионального образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Минздрава России, г. Воронеж, Россия

[nvstrahova@gmail.com](mailto:nvstrahova@gmail.com)

Введение. Анализ эпидемиологической ситуации и распространенности факторов риска является важной задачей врача в поликлинике. Подчас этой задачей уделяется недостаточно времени и внимания в работе врача. Однако, без знания эпидемиологии факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний данной конкретной территории невозможно грамотно планировать и проводить мероприятия научно обоснованной профилактики.

Цель исследования: изучить распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди взрослого населения, прикрепленного к одному территориальному врачебному участку города Воронеж.

Материалы и методы исследования. Методом сплошной случайной выборки была сформирована репрезентативная группа из 195 больных, проживающих на территориальном терапевтическом участке №26 городской поликлиники №3 города Воронеж и состоящих на диспансерном учете по поводу сердечно-сосудистых заболеваний. Обследование включало проведение анкетирования, измерение артериального давления по методу Короткова, антропометрию, общий анализ крови и мочи, определение глюкозы плазмы натощак, липидного профиля, пероральный тест толерантности к глюкозе.

Результаты исследования. Более половины больных сердечно-сосудистыми заболеваниями оказались в возрасте повышенного риска: мужчины в возрасте старше 55 лет и женщины старше 65 лет составили 52,5% обследованных. Курили 42,3% больных, включённых в исследование. Частое употребление алкоголя отметили у себя 39,4% опрошенных. По данным анкетирования повышенное потребление соли в рационе было выявлено у 17,9% пациентов. Малоактивный образ жизни вели 14,8% обследованных лиц. Затруднительное социально-экономическое положение отметили у себя 79,1% респондентов. Постоянные стрессы разного характера испытывали 91,3% пациентов.

Такая высокая частота встречаемости стрессового фактора риска, вероятно, обусловлена урбанистической средой крупного областного центра с быстрым ритмом жизни, а также неустроенностью на работе и в семье обследованных. Кроме того, большинство пациентов в исследовании были предпенсионного и пенсионного возраста, а выход на пенсию, как правило, является дополнительным стрессовым фактором у большинства людей.

По данным офисного измерения артериального давления у большинства пациентов (59,7%) была выявлена артериальная гипертензия различной степени. У 19,9% больных было определено наличие сахарного диабета 1 или 2 типа. Антропометрия позволила определить у 85,7% больных избыточную массу тела или ожирение (индекс массы тела более 25 кг/м<sup>2</sup>). По результатам лабораторного обследования дислипидемия была выявлена у 84,2% пациентов, включенных в исследование. Высокая распространенность ожирения и дислипидемии на терапевтическом участке, возможно, обусловлена гиподинамией и нерациональным питанием пациентов в условиях жизни в большом городе.

**Заключение.** При планировании и проведении профилактических мероприятий у кардиологических больных в практике участкового терапевта необходимо учитывать сведения о распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний на данном территориальном врачебном участке. На изучаемом участке города Воронеж первостепенное значение имеют борьба со стрессом, снижение веса, коррекция дислипидемии, достижение целевых цифр артериального давления и отказ от курения в связи с высокой частотой встречаемости именно этих факторов риска.

## **ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА В СЕЛЬСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ С УЧЕТОМ ПРЕОБЛАДАЮЩИХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Тимофеева Ю.К.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Адыгея «Красногвардейская ЦРБ», с.Красногвардейское, Россия.

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, г.Москва, Россия.

[julia-wonderfullife@yandex.ru](mailto:julia-wonderfullife@yandex.ru)

**Введение:** Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний является неотъемлемой частью системы здравоохранения. Благодаря своевременному выявлению факторов риска, поддающихся коррекции и разработке профилактических программ с учетом особенностей сельской местности возможно снижение заболеваемости и смертности населения.

**Цель исследования:** Изучить распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди сельского населения Красногвардейского района, по результатам 1-го этапа диспансеризации в соответствии с приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации № 36ан от 03 февраля 2015г. и акцентировать внимание на особенности профилактической помощи жителям села.

**Материалы и методы:** Исследование выполнено на базе терапевтического участка аула Хатукай Красногвардейского района Республики Адыгея. В данное пилотное исследование методом простого случайного отбора включено 111 человек, прошедших 1-ый этап диспансеризации в соответствии с приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации № 36ан от 03 февраля 2015г «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». Анализ проведен на основании выкопировки данных из амбулаторных карт пациентов, данные внесены в

таблицу Excel с последующим импортом в программу SPSS 20.0. При выполнении статистического анализа оценивались средние значения количественных показателей (M), стандартная ошибка (m); частота распространенности признаков.

Результаты: Большой удельный вес всех факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний занимают модифицируемые, такие как: нерациональное питание (82%), низкая физическая активность (74,8%) и вследствие этого- избыточная масса тела и ожирение (75,7%). У 51 человека (45,9%) из 111 обследованных выявлена артериальная гипертензия. Наличие пагубных привычек, таких, как курение и употребление алкоголя, зафиксированы в 3,6% и 1,8% случаев соответственно.

Заключение: Учитывая высокую распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний; социокультурные особенности сельских жителей: низкий образовательный и культурный уровень, потребность в «открытых, публичных» отношениях; этапность оказания медицинской помощи, очень важно уделять большое внимание профилактике болезней системы кровообращения, начиная с фельдшерско-акушерских пунктов, куда в первую очередь обращается житель села.

С целью информирования населения необходимо отдавать предпочтение групповым, открытым формам работы, проводя коллективные беседы-лекции с использованием наглядного материала.

Таким образом, построение профилактических программ с учетом особенностей конкретной территории приведет к улучшению показателей здоровья населения.

## **ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В РИСКЕ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У НАСЕЛЕНИЯ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ В РОССИИ/СИБИРИ: ПРОГРАММА ВОЗ «MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ»**

Тимощенко О.В. 1,2, Гафаров В.В.1,2, Громова Е.А.1,2, Гагулин И.В.1,2,

Гафарова А.В.1,2, Панов Д.О.1,2

1-ФГБНУ НИИ терапии и профилактической медицины, Новосибирск;

2-Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний, Новосибирск

lentis@ya.ru

Цель исследования: Определить гендерные различия распространённости личностной тревожности (ЛТ) в открытой популяции 25-64 лет и риск развития АГ у населения с высоким уровнем тревожности (ВУТ) России/Сибири (г.Новосибирск).

Материалы и методы: В рамках III скрининга программы ВОЗ “MONICA-psychosocial” обследована случайная репрезентативная выборка населения обоего пола 25-64 лет г. Новосибирска в 1994 г. (мужчины n=657, 44,3±0,4 года, респонс – 82,1%; женщины n=870, 45,4±0,4 года, респонс- 72,5%). Проведена: регистрация социально - демографических данных, определение ЛТ. В течение 16- летнего периода (1994-2010 гг.) были определены все впервые возникшие случаи артериальной гипертензии (АГ) в когорте. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ SPSS версия 11,5. Использовали: критерий «хи-квадрат, регрессионную модель Кокса. Достоверность во всех видах анализа была принята при уровне значимости  $p \leq 0,05$ .

Результаты. В открытой популяции среди населения 25-64 лет у 59,9% женщин и 50,9% мужчин была ВУТ ( $\chi^2=15,937$   $v=2$   $P=0,0001$ ). В однофакторной модели Кокса через 5 лет риск АГ в возрасте 25-64 лет был выше у мужчин (HR= 5), чем у женщин (HR=2,3) при наличии ВУТ. В течение 10-летнего периода женщины 55-64 лет с ВУТ имели более высокий риск развития АГ – в 10 раз, чем мужчины - в 7,9 раз. Многофакторный анализ Кокса выявил у женщин влияние ВУТ на риск АГ в 55-64 лет (HR=7,9); у мужчин влияние

ВУТ на риск АГ было выше у разведённых (HR=4,3) и овдовевших мужчин (HR=4,8) и в 55-64 лет (HR=5,5).

Заключение: Высокий уровень тревожности является фактором риска развития АГ среди обеих половых групп, причем он выше у женщин. В тоже время риск АГ выше у мужчин в течение первых 5 лет, а у женщин в течение первых 10 лет в старшей возрастной группе.

## **СКРИНИНГОВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАННИХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

Турсунова М.У.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

[Boburtma@mail.ru](mailto:Boburtma@mail.ru)

Цель: Раннее выявление возможных «факторов риска» заболеваний, таких, как, гиперлиппротеинемия, отягощенная наследственность, артериальная гипертензия, нарушения углеводного обмена, избыточная масса тела, психоэмоциональные и поведенческие факторы риска (физическое перенапряжение, гипокинезия, курение, нарушения в режиме и характере питания), имеет важное значение для поиска возможных путей коррекции с целью их первичной профилактики.

Материалы и методы: Проведено скрининговое обследование 840 человек в возрасте от 18 до 25 лет и у 192 человек выявлены факторы риска хронических неинфекционных заболеваний.

Использовалась экспресс-оценка состояния сердечно-сосудистой системы с использованием классических специально разработанных и апробированных тестов.

Результаты исследования: При оценке факторов риска с помощью прибора смокелайзер, выявлено, что 27% людей курящих, относятся к группе умеренных курильщиков (что соответствует концентрации монооксида углерода в выдыхаемом воздухе CO 11–20 ppm). Также отмечается низкая физическая активность и нерегулярное питание. Комплексная оценка антропометрических показателей и анализ внутренних сред организма при исследовании на биоимпедансметре показала, что у 28% людей их масса тела и ИМТ были достоверно выше по сравнению с возрастными и половыми нормативами. Сопоставляя результаты исследования между жировой массой, активной клеточной массой, безжировой массой и количеством общей воды, преобладающим фактором явилась жировая масса с повышенным содержанием жира в организме.

При использовании компьютеризированной системы «поли-спектр» в ходе скрининга сердечно-сосудистой системы выявлено 66,7% патологии сердца. Артериальная гипертензия в целом установлена у 33% обследованных. При использовании экспресс-анализатора для определения общего холестерина и глюкозы в крови выявлено 6,8% обследованных с повышенными значениями.

Заключение: Основными факторами риска развития болезней системы кровообращения среди лиц молодого возраста являются курение, гиподинамия, низкая физическая активность, нерациональное питание, что в совокупности приводит к избыточной массе тела и ожирению.

Отсутствие сведений и разработок по профилактике соответствующих факторов риска, обуславливают к разработке специфического скринингового подхода.

## **ФАКТОРЫ РИСКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

Турсунова М.У.

Цель: Выявить и оценить контроль факторов риска у больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК).

Материалы и методы: Проведено клиническое обследование и анкетирование 65 пациентов (69% женщин и 31% мужчин), находящихся на лечении в отделении для больных с ОНМК. Выяснялись анамнез заболевания, фоновые и сопутствующие заболевания, длительность артериальной гипертензии, средние и максимальные значения артериального давления до госпитализации и на момент курации. Оценивались липидный спектр, наличие фибрилляции предсердий по данным ЭКГ и холтеровского мониторирования, определялись риски тромбоэмболических осложнений при фибрилляции предсердий по шкале CHA2DS2-VASc и риск кровотечений по шкале HAS-BLED. После выявления факторов риска ОНМК оценивалось наличие и регулярность приема гипотензивных, антитромбоцитарных и гиполипидемических препаратов. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ «Microsoft Excel 2007» с использованием непараметрических методов.

Результаты: Клинический материал исследования составили 65 больных, средний возраст которых составил 65 [59;74] лет, из них 97% – с ишемическим ОНМК и 3% – с геморрагическим инсультом. При этом среди больных с ишемическим инсультом 29% имели уже повторное ОНМК. Фоновыми заболеваниями были: гипертоническая болезнь 100%, атеросклероз – 69%, ИБС – 48%, сахарный диабет – 15%, ХРБС – 1,5%. В стационаре у 100% больных выявлено повышение артериального давления (АД). Артериальная гипертензия (АГ) на догоспитальном этапе была диагностирована у 80%, цифры АД соответствовали 2 и 3 степени АГ с максимальными подъемами АД до 220–240/100–120 мм рт. ст. – у 9,6%. Постоянно гипотензивные препараты принимали только 54% пациентов. Целевой уровень АД на догоспитальном этапе достигнут только у 23% больных. Дислипидемия имела место у 86% пациентов, при этом гиполипидемические препараты постоянно получали 22%. У 29% больных выявлена фибрилляция предсердий: постоянная форма – 84%, пароксизмальная форма – 16%. При наличии фибрилляции предсердий у 42% диагностирован повторный ишемический инсульт. У данных больных средний балл по шкале CHA2DS2-VASc составил 6 [4,5;6,5;], по шкале HAS-BLED 3 [2;3], что говорит о высоком риске тромбоэмболических осложнений и умеренном риске кровотечения. При этом антикоагулянтная терапия амбулаторно не применялась ни в одном случае. Следует отметить, что сочетание фибрилляции предсердий, дислипидемии, артериальной гипертензии наблюдалось у 17 больных, что составляет 89% больных с ФП и 26% всех проанкетированных больных. Несмотря на высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, дезагрегантную терапию (ацетилсалициловая кислота 75–100 мг в сутки) на амбулаторном этапе получали 46% пациентов, в стационаре – 97%.

Заключение: У пациентов с ОНМК выявлена высокая частота встречаемости АГ (100%), дислипидемии (86%), фибрилляции предсердий (29%), и имеет место низкий медикаментозный контроль данных факторов риска на амбулаторном этапе, что приводит к развитию сердечно-сосудистых катастроф.

## **АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Узденова С.А., Горбунова С.И., Синюкова А.С., Джанибекова А.Р.  
Ставропольский Государственный Медицинский Университет, Ставрополь, Россия  
[asia.janibekova@mail.ru](mailto:asia.janibekova@mail.ru)

Гипертензивные расстройства в период беременности характеризуются высокой частотой встречаемости, имеют важные особенности течения. В настоящее время гестационную артериальную гипертензию (ГАГ) рассматривают в качестве прогностически неблагоприятного фактора в отношении развития сердечно-сосудистых заболеваний. Беременные женщины с ГАГ составляют особую группу, требующую тщательного обследования и динамического наблюдения, что в целом окажет влияние на исходы беременности и родов.

Цель: оценка частоты и значимости некоторых факторов сердечно-сосудистого риска (ФССР) у беременных с ГАГ.

Материалы и методы. Были изучены различные ФССР у 53 беременных с гестационной артериальной гипертензией (основная группа) и 22 здоровых беременных женщин в эти же сроки гестации (контрольная группа). Средний возраст пациенток составил  $29,1 \pm 3,2$  года. У обследуемых оценивалось наличие или отсутствие следующих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний: отягощенная наследственность по ССЗ (ОН), курение, а также проводилось исследование липидного состава крови с использованием акустического анализатора биосред «БОИМ – 01».

Статобработку данных проводили с помощью пакета анализа STATISTICA, версия 6,0.

Результаты. В ходе исследования было установлено, что отягощенная наследственность по ССЗ в основной группе встречалась у 67,9 %, в контрольной у 18,2% беременных. Распространенность курения в обследуемых группах составляла 13,2 % и 4,5 % соответственно. Примечательно, что у обследуемых из контрольной группы отклонений в показателях липидограммы выявлено не было. Однако, в основной группе у 7,5 % женщин с гестационной гипертензией обнаружены повышенные значения показателей липидограммы, а именно атерогенных фракции.

Большая часть обследуемых женщин с гестационной артериальной гипертензией имели один ФР - 50,9 %, два ФР - 13,2 %. Только у 32,1 % не было обнаружено ни одного ФР. Три ФР было выявлено у 3,8% беременных с ГАГ.

Заключение. Активный подход к выявлению факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и своевременное проведение лечебно-профилактических мероприятий у беременных женщин с гестационной артериальной гипертензией способно предотвратить не только ряд серьезных акушерских и перинатальных рисков, но и внести своего рода «вклад» в будущее благополучие матери и ребенка.

## **ОЦЕНКА РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У РАБОТНИКОВ УМСТВЕННОГО ТРУДА**

Халмухамедова С.М.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

[suraye\\_mar@mail.ru](mailto:suraye_mar@mail.ru)

Основной целью снижения заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых осложнений является своевременное выявление и коррекция факторов риска. Особый интерес представляет изучение распространенности факторов риска среди работников различных профессий, в частности среди работников умственного труда - преподавателей. Цель исследования было выявление распространенности факторов риска (ФР) и оценка сердечно-сосудистого риска (ССР) среди работников умственного труда.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 243 преподавателя технических колледжей в возрасте от 40 до 55 лет. Стаж работы преподавателем до 10 лет был у 22,5%, более 20 лет у 48,9% респондентов. Обследование и выявление факторов риска проводилось на основании клинических рекомендаций. Всем обследованным проводилось анкетирование с целью выяснения паспортных данных, семейного анамнеза,



наличия вредных привычек, объективный осмотр (определение антропометрических данных, окружности талии - ОТ, индекса массы тела- ИМТ, измерение АД), также проводились общеклинические анализы, глюкоза крови, общий холестерин (ОХС). Оценка ФР сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) осуществлялась в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК (2007). Сердечно-сосудистый риск оценивали по системе SCORE в версии для стран с высоким риском.

Результаты. В обследуемом контингенте характер работы связан с высокой умственной нагрузкой и выраженным психоэмоциональным напряжением. Среди обследованных 127 преподавателей женского пола и 117 преподавателей мужского пола. Увеличение ОТ и ИМТ зарегистрировано у 45,3% преподавателей, при этом чаще наблюдалось у работников со стажем работы более 15 лет, достоверных различий между мужчинами и женщинами по данному показателю не выявлено. Отягощенный семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний отмечался у 39,3%, нарушение толерантности к глюкозе у 14,8% преподавателей. Повышенный уровень ОХС наблюдался чаще в группе обследованных со стажем более 20 лет, при этом уровень общего холестерина более 5,2 ммоль выявлен у 65,3% работников колледжей. Наиболее часто гиперхолестеринемия регистрировалась у преподавателей-мужчин старше 40 лет (88,7%). Анализ полученных данных указывает на широкую распространенность курения (76%), при этом курящих мужчин достоверно больше чем женщин – 82,4% против 6,1% ( $p < 0,05$ ). Артериальная гипертензия (АГ) регистрировалась чаще у мужчин, чем у женщин (54,2% и 38,6% соответственно). Низкая физическая активность (НФА) наблюдалась с одинаковой частотой как среди мужчин (52,8%), так и среди женщин (49,7%). Сочетание несколько факторов риска наиболее часто встречается у преподавателей старше 45 лет. Согласно данным оценки ССР оказалось, что суммарный сердечно-сосудистый риск по системе SCORE в среднем характеризовался как умеренный. При этом уровень риска сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений  $< 10\%$  наблюдался у 27,2% обследованных, риск 10- $<20\%$  - у 20,3% обследованных, риск 20- $<30\%$  - у 30,8%, 30- $<40\%$  - 7,4% обследованных, 30- $<40\%$  - у 6,8%,  $>40\%$  - у 7,5% обследованных.

Заключение: У работников умственного труда распространены такие ФР как избыточный вес, НФА, АГ, гиперхолестеринемия, курение, последний фактор при этом чаще наблюдался среди мужчин. В обследуемом контингенте преподаватели с нарушением липидного обмена при наличии курения и ожирения являются группой высокого риска развития осложнений. В связи с вышесказанным необходимо формирование среди работников умственного труда групп риска для целенаправленного проведения комплексных превентивных мероприятий, независимо от уровня сердечно-сосудистого риска.

## **МОДИФИЦИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ**

Халмухамедова С.М., Ботаева Н.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

[suraye\\_mar@mail.ru](mailto:suraye_mar@mail.ru)

Лидирующие позиции среди основных причин смертности трудоспособного населения всего мира занимают сердечно-сосудистые заболевания. Своевременное выявление и коррекция факторов риска данных заболеваний в молодом возрасте, в том числе и артериальной гипертонии способствует снижению заболеваемости и смертности.

Материал и методы. Обследованы 186 юношей (Ю) и девушек (Д) (97 юношей и 89 девушек), средний возраст  $21,8 \pm 2,5$  лет. Программа обследования включала использование анкет для выявления основных факторов риска (ФР) ССЗ, измерение АД по

стандартной методике, измерение роста и массы тела, оценка показателей липидного спектра крови и глюкозы крови. Критерием верификации артериальной гипертензии (АГ) при АД  $\geq 135/85$  мм рт.ст. днем и АД  $\geq 120/70$  мм рт.ст. ночью по рекомендациям ESC/ESH (2007), ВНОК (2008, 2010). Измерение АД непрямым методом Н.С. Короткова (офисное измерение) производили на обеих руках трижды с 5-минутным интервалом в положении сидя в удобной позе. Среднее из 2 последних измерений принимали в качестве уровня систолического (САД) и диастолического (ДАД) давления. Результаты обработаны с помощью пакета программ Statistica 6,0.

Результаты и их обсуждение. АГ среди обследованных установлена в целом в 12,3% случаев (до 16,4% у мальчиков, до 8,3% у девочек). Подтверждена связь частоты АГ с возрастом учащихся: среди 20-25 летних повышенные уровни АД регистрируются в 1,43 раза чаще, чем среди 15-19 летних независимо от пола. Средние величины САД и диастолического артериального давления ДАД у 15-19 летних Ю и Д составили соответственно  $113,2 \pm 0,56$  и  $59,2 \pm 1,13$  у М и  $107,1 \pm 0,49$  и  $56,9 \pm 0,78$  у Д. Низкая физическая активность наблюдалась у 40,9% М и 77,4% Д (всего 58,2%), нарушения питания у 86,5 и 89,0% соответственно, избыточная масса тела у 3,7% и 7,4%, дислиппротеидемии у 11,9% и 46,5% соответственно. Гипергликемия наблюдалась у 28,8% Ю и 10,4% Д.

Среди обследованных сочетание 2 факторов риска (ФР) имели 16,7% и 11,1% Д, а 3 соответственно 6,9 и 3,2%; без ФР всего оказалось 27,1%.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование выявило высокую распространенность ФР ИБС среди молодых лиц, что указывает на необходимость проведения активных профилактических мероприятий на данном этапе.

## **ФАКТОРЫ РИСКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ**

Черепанова Н.А.1, Муллова И.С.1, Гниломедова Д.А.2, Лексина А.А.2, Куракина Е.А.1, Павлова Т.В.2, Дупляков Д.В.,1,2, Хохлунов С.М.1,2

1- ГБУЗ СО «Самарский областной клинический кардиологический диспансер»

2-Самарский государственный медицинский университет

63cherepanova@mail.ru

Введение. Актуальность проблемы тромбоза легочной артерии (ТЭЛА) обусловлена не только тяжестью течения заболевания и высокой летальностью, но и высокой частотой рецидивов. При жизни диагноз ТЭЛА устанавливается менее чем в 70% случаев. Летальность среди пациентов без патогенетической терапии, по данным различных авторов, составляет 40% и более, а при своевременно начатой терапии 2 - 8%. Рецидив ТЭЛА высоко вероятен при неустраняемых факторах риска и наименее – при наличии временных факторов риска.

Цель исследования. - изучить факторы риска ТЭЛА по данным анализа истории болезней пациентов за период с 2003 по 2014 годы.

Материалы и методы. Ретроспективно изучены истории болезни 408 пациентов с диагнозом ТЭЛА, находившихся на стационарном лечении в кардиологических отделениях ГБУЗ СОККД в период с 2003 по 2014 гг, из них 212 женщин и 196 мужчин, средний возраст  $64,3 \pm 14,4$  лет, медиана времени от начала симптоматики до госпитализации – 8,44 (от нескольких часов до 64 дней). Анализировались следующие данные: паспортные сведения о пациенте, диагноз при поступлении, клинический и патологоанатомический диагноз, факторы риска. В исследование были включены пациенты только с ТЭЛА, верифицированной посредством компьютерной ангиографии легочной артерии или ангиопульмонографии.



Результаты. Всего за период с 2003 по 2014 гг. летальность от ТЭЛА составила 13,7%. Основными факторами риска, способствующими развитию острого эпизода ТЭЛА явились тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВ) (53,94%), пожилой возраст больных (47,79%) у женщин 70 и старше, у мужчин 60 и старше; варикозная болезнь вен нижних конечностей (35,78%); хроническая сердечная недостаточность (ХСН) (35,07%), ожирение (33,13%). При анализе источников тромбоэмбола, наряду с общеизвестным – глубокие вены нижних конечностей (21,59%), выявлено большое количество случаев (18,63%), при которых источником тромбообразования явились правые камеры сердца. Преимущественно наблюдалась субмассивная локализация тромбоэмболии (59,61%), имеющая исход в инфаркт-пневмонию в 32,76% случаев, второй по частоте была массивная ТЭЛА (35,77%), а наименьшую частоту по локализации имеют мелкие ветви (17,69%), при которой преобладает исход инфаркт-пневмонии (36,96%). Частота рецидивов составила 14,95% (61 из 408 пациентов). Пациенты в этой группе были моложе ( $56,7 \pm 14,6$  лет). В отличие от первого эпизода ТЭЛА в структуре факторов риска в этой группе преобладают длительно текущие хронические заболевания такие, как варикозная болезнь вен нижних конечностей (52,05%,  $p > 0,05$ ), ХСН 3-4 функционального класса, (46,58%,  $p > 0,05$ ); несколько меньшую долю в структуре занимают ТГВ (49,31%,  $p > 0,05$ ), пожилой возраст (41,09%,  $p > 0,05$ ), ожирение (31,51%,  $p > 0,05$ ).

Заключение. Основными факторами риска развития острого эпизода ТЭЛА явились ТГВ, пожилой возраст, ХСН, ожирение, варикозная болезнь вен нижних конечностей; при рецидивах ТЭЛА - ХСН высокого функционального класса, варикозная болезнь вен нижних конечностей, ТГВ.

## **РАННЯЯ КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОТРУДНИКОВ РАЗЛИЧНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ КОЛЛЕКТИВОВ РФЯЦ-ВНИИТФ В СИСТЕМЕ АТОМНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ**

Чеснокова Юлия Анатольевна (ФГБУЗ ЦМСЧ № 15 ФМБА России)  
г. Снежинск

### **Введение**

В общей структуре смертности населения РФ сердечно-сосудистые заболевания составляют 56%, среди которых около 85% связаны с ишемической болезнью сердца (ИБС) и цереброваскулярными заболеваниями.

В последние десятилетия смертность от ССЗ в РФ снижается (на 23%), а ожидаемая продолжительность жизни увеличивается, составляя у мужчин – 64 года, у женщин – 75,6 лет. Это приводит к старению населения и, естественно, к увеличению частоты нескольких заболеваний у одного человека (коморбидность).

Кроме того эффективность лечения острых ситуаций заметно улучшилась, что сопровождается увеличением числа хронических больных, часто одновременно страдающих несколькими ССЗ. В то же время клиническая медицина развивается по пути все большей специализации, что создает дополнительные трудности в лечении больных с коморбидностью. Сегодня все больше говорят о командном подходе, но для эффективной работы команды ее члены должны хорошо понимать друг друга и знать общие подходы к лечению таких больных.

Основные причины сердечно-сосудистых катастроф две: атеротромбоз и артериальная гипертония. Однако последовательность сердечно-сосудистых осложнений из-за этих причин несколько различаются. Так, если наиболее частыми осложнениями АГ являются нарушение кровообращения, затем острый коронарный синдром и заболевания периферических артерий, то атеротромбоз в первую очередь чаще проявляется в виде

ОКС. В то же время не следует забывать, что атеросклероз и АГ являются системными заболеваниями и наличие клинически выраженного заболевания в одном месте увеличивает вероятность поражения другой локализации.

Основная цель работы – усовершенствовать раннюю комплексную диагностику сердечно-сосудистых заболеваний, профилактику и прогнозирование с учетом влияния различных факторов риска этих заболеваний.

Задачи:

1. Исследовать исходную клиническую ситуацию распространенности заболевания ССЗ в подразделениях РФЯЦ-ВНИИТФ по одномоментной случайной выборке. Изучить распространенность основных факторов риска среди сотрудников предприятия.
2. Разработать системный подход обследования и наблюдения с целью первичного выявления сердечно-сосудистых заболеваний.
3. Разработать алгоритмы формирования групп риска ССЗ, обосновать необходимость применения современных лечебных и профилактических технологий.

Актуальность состоит в немногочисленности работ по производственной кардиологии в атомной промышленности.

Материалы и методы

В основу работы положены данные исследования 1007 человек при стационарном обследовании сотрудников РФЯЦ-ВНИИТФ в ЦМСЧ №15 ФМБА РФ в 2014 году. РФЯЦ-ВНИИТФ – Российский федеральный ядерный центр- Всероссийский научно-исследовательский институт технической физики имени академика Е. И. Забабахина, федеральное государственное унитарное предприятие Государственной корпорации по атомной энергии «Росатом». Основным направлением деятельности ВНИИТФ является разработка ядерных боезарядов. На предприятии работает 9,5 тыс. человек, стационарное лечение и обследование получили 1007 человек.

Отбор пациентов для включения в протокол исследования проводился так, чтобы образовались сопоставимые по полу, среднему возрасту, частоте представленности патологии группы. Для анализа все пациенты были разделены на 3 группы. В группу 1 включены больные с гипертонической болезнью в анамнезе. 2 группа составлена из пациентов с сочетанной патологией ИБС и ГБ. 3 группа контрольная - пациенты, не являющиеся сотрудниками ВНИИТФ с сочетанной патологией гипертоническая болезнь + ИБС (представленная различными формами). Критериями исключения были клинически значимые заболевания органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, нервной системы, заболевания почек и системы кроветворения, злокачественные или аутоиммунные заболевания, тяжелая эндокринная патология, требующие медикаментозного лечения или способные значительно повлиять на оценку исследуемых параметров и являющиеся главной причиной госпитализации в стационар.

При включении в исследование регистрировались следующие демографические и клинические показатели: пол, возраст, индекс массы тела, длительность течения АГ, систолическое АД (САД), диастолическое АД (ДАД), среднее артериальное давление (АД), потребность в антигипертензивной терапии, наличие сахарного диабета, подтвержденной ишемической болезни сердца (ИБС), перенесенного острого инфаркта миокарда, предшествующей реваскуляризации миокарда, цереброваскулярная болезнь (ЦВБ) в виде перенесенного инсульта или транзиторного нарушения мозгового кровообращения. Клиническое исследование включало комплексное обследование: общий осмотр, изучение объективных данных, антропометрические измерения, функциональные методы исследования сердечно-сосудистой системы (измерение АД по стандартной методике, электрокардиографию, эхокардиографию). Проведен анализ медицинской документации (амбулаторная карта).

Обследовано 116 человек, мужчин 65 (56%), женщин 51 (44%). Все пациенты получали стандартную терапию, включающую ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, антагонисты кальция, ацетилсалициловую кислоту, статины, диуретики.

Помимо осмотра и измерения АД, всем пациентам проводилось лабораторное исследование, которое в обязательном порядке включало определение липидов (общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды), мочевины, креатинина, скорости клубочковой фильтрации (по формуле Кокрофта-Голта), глюкозы крови. Проведена ЭКГ у всех больных, эхокардиоскопия у 51 человека (44%), УЗДГ БЦА у 20 человек (17%), велоэргометрия у 33 человек (28%), суточное мониторирование у 7 человек (6%). По показаниям проводилось определение гликемического профиля, гликозилированного гемоглобина, гормонов щитовидной железы; проведение ультразвукового исследования брюшной полости, щитовидной железы, почек; компьютерной томографии головного мозга, брюшной полости, органов средостения. При прохождении обследования в группах 1 и 2 (трудоспособные пациенты – работники ВНИИТФ) у 12% обследуемых (8 человек) был впервые выявлен сахарный диабет, у 9% впервые возникшая стенокардия (6 человек), у 6% (4 человека) перенесенное нарушение мозгового кровообращения.

Анализ частоты выявления различных ЭКГ изменений показал, что у 65% обследуемых не было выявлено патологических признаков на ЭКГ, распространенность рубцовых изменений по ЭКГ (зQ – QS) среди обследуемого контингента составило 1%.

Распространенность ГЛЖ установлена в пределах 10%, отмечается значительная распространенность изменений конечной части ЭКГ, оцениваемая как возможная ИБС.

В процессе исследования, помимо выявления ИБС и установления ее форм проводилось изучение частоты некоторых ФР ИБС, влияние на которые должны стать основной частью профилактики этого заболевания.

К таким ФР отнесены: артериальная гипертензия, курение, употребление алкоголя. В таблице представлена распространенность ФР с целью выявления наиболее характерных закономерностей.

Условно выделено 4 группы: А1 – практически здоровые люди, без факторов риска (34%); А2 – имеющие один поведенческий ФР (курение, употребление алкоголя, низкая физ. активность) (47%); А3 – имеются симптомы заболевания, высокое АД, два фактора риска (16,7%); А4 – симптомы заболевания, высокое АД, три фактора риска (5,3%). Выявлено отчетливое накопление ФР с возрастом.

Артериальная гипертензия встречается в возрасте 30-39 лет в 6,5%; значительный прирост распространенности ГБ отмечается с 40-летнего возраста и составляет в возрастной группе 40-49 лет 18,1%. Значительная распространенность ГБ выявлена в старших возрастных группах 50-59 лет и группе >60 лет, составляя соответственно 37,1% и 46,1%.

Анализ результатов исследования показал при высокой распространенности артериальной гипертензии преобладание умеренной АГ (60%), более тяжелая форма АГ нарастает по мере увеличения возраста.

Обращает на себя внимание, что наибольшая частота АГ отмечена у лиц с безболевым формой ИБС, что в значительной степени указывает направление профилактических мероприятий в этой группе больных.

Пациенты заполняли стандартную анкету-опросник ВОЗ. Распространенность курения среди мужчин 30-70 лет колебалась от 45 до 49%, наиболее высокая частота курения наблюдалась среди мужчин 20-39 лет, затем распространенность курения несколько уменьшается. При анализе возраста начала курения выявлено, что оно начинается в возрасте от 11 до 14 лет. Стаж курения колеблется от 10 до 40 лет.

Распространенность употребления алкоголя среди мужчин 30-70 лет составляет от 14,5 до 31,9%. Алкоголь является универсальным фактором риска для сердечно-сосудистых и других заболеваний. Постоянное употребление алкоголя даже в малых дозах нарушает психомоторные реакции, способность принимать оптимальные решения, усваивать и перерабатывать информацию.

Установлено, что частота АГ, курение, употребление алкоголя соответствует частоте этих ФР в региональных популяциях.

При проведении исследования в группах ВНИИТФ относительная распространенность ФР составила: употребление алкоголя – 18%; курение – 44%; артериальная гипертензия – 26%, гиперхолестеринемия – 50%. Не имели ФР – 34%. У 46% отмечается какой-либо один из указанных ФР; у 16% - два ФР; у 3% - три ФР, всего с факторами риска 65%. Выявлено отчетливое накопление частоты ФР с возрастом. Широкое распространение ФР у лиц выявленной ИБС свидетельствует о необходимости включения в комплекс профилактических мероприятий методов, направленных на уменьшение факторов риска.

Выводы:

1. Внедрение комплексного подхода к диагностике сердечно-сосудистых заболеваний позволяет предположительно установить распространенность сердечно-сосудистых заболеваний среди сотрудников РФЯЦ-ВНИИТФ, а также впервые диагностировать эту патологию.
2. Данный проект можно считать пилотным вариантом, по завершении которого данная методика может быть распространена на все предприятия Росатома.
3. Для изучения состояния сердечно-сосудистого здоровья на предприятии атомной промышленности целесообразно проводить скриннирующие методы исследования с проведением функциональных и лабораторных методов (ЭКГ, эхокардиоскопии, дуплексного сканирования магистральных артерий, определения липидного статуса).

## **ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА У ЛИЦ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Юлдашева Х.Ю., Бендингер М.Н.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

odil\_a@mail.ru

Изучение распространенности модифицируемых факторов риска (ФР) гипертонической болезни актуально в целях разработки мер по вторичной и третичной профилактике заболевания у лиц среднего возраста, которые составляют значимую часть работоспособного населения.

Цель исследования: Оценка частоты встречаемости таких модифицируемых ФР гипертонической болезни, как избыточная масса тела, курение, адинамия, гиперхолестеринемия, дислипидемия, нарушение толерантности к глюкозе у мужчин и женщин среднего возраста.

Материалы и методы: Обследованы 59 больных среднего возраста, из них 36-мужчин и 23-женщин. Исследованы индекс массы тела, статус курения, физической активности, уровень общего холестерина, фракций липопротеидов, триглицеридов, нарушение толерантности к глюкозе.

Результаты исследования: У 20 (55,5%) из обследованных мужчин выявлена избыточная масса тела, у 2(5,5%) мужчин- ожирение I степени. Среди женщин избыточная масса тела выявлена у 13(56,5%), ожирение I- II степени - у 5(21,7%). Курение как ФР гипертонической болезни был выявлен только у 21(58,3%) мужчин, из них у 7-анамнестически. Уровень физической активности был заметно снижен у 23(63,8%) мужчин и у 15(65,2%) женщин.

Гиперхолестеринемия выявлена у 21(58,5%) мужчин и у 13(56,5%)женщин, дислипидемия (в основном за счёт повышения ЛПНП)- у 23(63,9%) мужчин и у 14(60,8%). Гипертриглицеридемия значительно реже регистрировалась у мужчин - у 2(5,5%)по сравнению с женщинами- у 5(21,7%). Гликемия или нарушение толерантности к глюкозе выявлены у 6 (16,6%) мужчин и у 4(17,3%)женщин.

Заключение: В результате исследования выявлено, что по таким общепризнанным модифицируемым факторам риска гипертонической болезни, как гиперхолестеринемия, повышенная масса тела, гиподинамия, гипергликемия или нарушение толерантности к глюкозе по частоте встречаемости не обнаружено гендерных различий. В то время как гипертриглицеридемия, ожирение I- II степени достоверно чаще выявлялись у женщин среднего возраста с гипертонической болезнью, а курение - у мужчин этого возраста с гипертонической болезнью.

## **РАЗДЕЛ III. ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ**

### **ОДНОКРАТНЫЙ БОЛЮС 15 МГ НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО ТРОМБОЛИТИКА ФОРТЕЛИЗИНА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА**

Алексеева Я.В.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт кардиологии», г. Томск, Россия

[Marckova.Yanochka@yandex.ru](mailto:Marckova.Yanochka@yandex.ru)

Введение. Одной из наиболее актуальных проблем отечественного здравоохранения остается лечение пациентов с инфарктом миокарда. Установлено, что ранняя реперфузия при острой окклюзии коронарной артерии, достоверно улучшает выживаемость больных. В 2012г Минздрав РФ зарегистрировал новый отечественный тромболитический препарат Фортелизин, который является генномодифицированной неиммуногенной стафилокиназой. Согласно инструкции этот препарат вводится в общей дозе 15 мг в виде 2-х болюсов через 30 минут: 10 и 5 мг. Однако для догоспитального этапа оказания помощи предпочтительным является введение препарата в виде однократного болюса.

Цель работы. Оценка эффективности и безопасности Фортелизина при однократном болюсном введении 15 мг по сравнению с Тенектеплазой (Метализе), используемой в стандартной дозе согласно инструкции по применению, у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМ).

Материалы и методы. В исследование включались больные с ОИМ, поступившие в НИИ кардиологии в первые 6 часов от начала заболевания в 2014-2015гг. с показаниями к тромболитической терапии (ТЛТ). В исследование было включено 78 больных, которые были разделены на 2 группы: больным 1-й группы (n=26) вводился Фортелизин однократно болюсом 15 мг, больным 2-й группы (n=52) вводилась Тенектеплаза в дозе согласно инструкции. Пациентам обеих групп после ТЛТ выполнялась коронароангиография (КАГ) с чрескожным коронарным вмешательством (ЧКВ): при отсутствии косвенных признаков реперфузии миокарда через 90 минут - спасительное ЧКВ, при появлении признаков реперфузии миокарда – через 3-24 часа после ТЛТ. Анализировались основные клинико-anamnestические показатели на момент поступления, время от начала болевого синдрома до введения тромболитика, частота реперфузии коронарной артерии по данным ЭКГ в виде снижения подъема сегмента ST

на  $\geq 50\%$  через 90 минут после ТЛТ, степень восстановления коронарного кровотока по данным КАГ в соответствии с классификацией TIMI-1, частота геморрагических осложнений в соответствии с классификациями групп TIMI и GUSTO.

Результаты. По основным клинико-anamnestическим показателям группы статистически не различались. Среднее время ишемии миокарда между группами было сопоставимо и составило в группе Фортелизина -  $192,4 \pm 71$  мин, а в группе Тенектеплазы -  $167,7 \pm 98,5$  мин ( $p=0,059$ ). По результатам КАГ частота реперфузии коронарных артерий (TIMI 2+3) в группе Фортелизина наблюдалась у 18 пациентов (69,2%), а в группе Тенектеплазы – у 38 пациентов (73%). Летальных исходов, геморрагических инсультов и аллергических реакций в группах не наблюдалось. Геморрагические осложнения были представлены только минимальными (TIMI) и легкими (GUSTO) кровотечениями и их частота между группами не различалась: 30,7% (8 пациентов) и 32,6% (17 пациентов) в 1-й и 2-й группах соответственно.

Заключение. Однократное болюсное введение 15 мг Фортелизина является эффективным и безопасным способом тромболитической терапии у пациентов с острым инфарктом миокарда. Согласно представленным результатам болюсное введение 15 мг Фортелизина является не менее эффективным и безопасным, чем использование стандартного тромболитика Тенектеплазы.

## **ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ОБЩЕГО КАЛЬЦИЯ И РИСКА ПО ШКАЛЕ GRACE ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ**

Климкин П.Ф., Шаленкова М.А., Михайлова З.Д., Манюкова Э.Т., Погребецкая В.А.  
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Городская клиническая больница № 38», г. Нижний Новгород, Россия  
[climckin2009@yandex.ru](mailto:climckin2009@yandex.ru)

Введение: в клинической практике для оценки риска неблагоприятных исходов при остром коронарном синдроме (ОКС) одной из наиболее информативных считается шкала GRACE. Кальций (Ca) играет важную роль при ОКС, в том числе в процессах кальцификации атеросклеротических бляшек.

Цель: оценить возможность совместного использования уровня общего Ca и шкалы GRACE при ОКС.

Материалы и методы: обследованы 107 больных (76 мужчин и 31 женщина, средний возраст  $59,5 \pm 9,6$  лет), поступивших экстренно с диагнозом ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСпST) у 58 и без подъема сегмента ST (ОКСбпST) - у 49 больных. Группа сравнения включала 10 пациентов со стабильной стенокардией (СтСт) II-III клинико-функциональных классов. Риск смерти и/или развития инфаркта миокарда (далее - риск) у больных ОКС в период пребывания в стационаре определяли по шкале GRACE. В госпитальном периоде оценивали частоту развития различных кардиоваскулярных осложнений (КВО). У всех больных в 1-3 день госпитализации в сыворотке крови определяли уровень общего Ca (ммоль/л) колориметрическим фотометрическим методом на анализаторе AU400 фирмы «Beckman Coulter» (США). Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием параметрических методов (t-критерий Стьюдента, процедура Тьюки). Для сравнения качественных данных использовали критерий  $\chi^2$ . Оценку силы связи между признаками проводили с помощью рангового коэффициента корреляции (r) Пирсона и гамма ( $\gamma$ )-корреляции. Для выявления факторов, связанных с развитием неблагоприятных событий, выполняли логистический регрессионный анализ. Результаты представлены в виде среднего арифметического (M) и стандартного отклонения (+SD), в %. Различия считали значимыми при  $p < 0,05$ .

Результаты: при ОКС уровень Са составил  $2,13 \pm 0,12$  и был достоверно ниже, чем у больных СтСт ( $2,38 \pm 0,1$ ;  $p=0,02$ ). У больных ОКСпСТ ( $2,29 \pm 0,15$ ) и ОКСбпСТ ( $2,31 \pm 0,1$ ) значения Са были сопоставимы ( $p=0,3$ ).

У 50 (46,7%) пациентов ОКС в госпитальном периоде развились различные КВО. При этом уровень Са у больных с ( $2,29 \pm 0,13$ ) и без развития КВО ( $2,31 \pm 0,12$ ) значимо не различался ( $p=0,3$ ).

Количество баллов по шкале GRACE было достоверно больше у больных ОКСпСТ ( $128,0 \pm 31,7$ ) по сравнению с ОКСбпСТ ( $109,3 \pm 24,8$ ;  $p=0,001$ ); у лиц с осложненным течением ОКС ( $126,1 \pm 33,5$ ), чем при неосложненном ( $112,8 \pm 25,2$ ;  $p=0,03$ ). У 51 (47,7%) пациента риск по шкале GRACE был оценен как низкий, у 38 (35,5%) – средний, у 18 (16,8%) – высокий. При этом уровень Са в зависимости от величины риска по шкале GRACE составил  $2,31 \pm 0,12$ ,  $2,29 \pm 0,12$  и  $2,28 \pm 0,16$  соответственно ( $p=0,2$ ). Выявлена положительная связь уровня общего Са менее  $2,2$  ммоль/л с количеством баллов по шкале GRACE ( $\gamma=0,27$ ;  $p=0,03$ ).

По данным регрессионного анализа совместное использование баллов по шкале GRACE (ОШ 1,03 95% ДИ 1,01 – 1,05) и уровня Са (ОШ 0,22) вносили значимый вклад ( $p=0,013$ ) в прогнозирование развития различных КВО в госпитальном периоде ОКС.

Заключение: выявлена тенденция к снижению уровня общего Са с увеличением риска по шкале GRACE. Больные ОКС с уровнем общего Са менее  $2,2$  ммоль/л характеризуются более высоким риском по шкале GRACE. Использование баллов по шкале GRACE и уровня общего Са может быть дополнительно использовано в прогнозировании течения госпитального периода ОКС.

## **АССОЦИИИ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА С ТЯЖЕСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА**

Кожокарь К.Г., Урванцева И.А., Николаев К.Ю.

БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»,

БУ ХМАО-Югры «ОКД «ЦД и ССХ», Сургут, Россия

krisamber8@gmail.com

Введение. С конца XX века широко распространяется концепция факторов риска, ставшая основой профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Традиционно различают конвенционные и неконвенционные, или психосоциальные, факторы риска. Вопрос о вкладе неконвенционных факторов риска в развитие заболеваний сердечно-сосудистой системы, является наиболее актуальным в связи с высокой частотой летальности от болезней системы кровообращения.

Цель. Оценить связи неконвенционных (психосоциальных) факторов риска в развитие и тяжесть течения острого коронарного синдрома у пациентов, проживающих в условиях Севера.

Материалы и методы. Проведено исследование 108 пациентов (женщины – 22,2%, мужчины – 77,8%) с острым коронарным синдромом в возрасте от 45 до 64 лет ( $55,6 \pm 5,9$ ), находившихся на лечении в БУ ХМАО-Югры «ОКД «ЦД и ССХ» в 2015г. Исследование включало в себя анализ тяжести поражения коронарного русла по шкале SYNTAX, оценку вероятной госпитальной летальности по шкалам TIMI и Grace; проводилось анкетирование пациентов по специально разработанному опроснику, состоящему из общих вопросов (возраст, пол, длительность проживания в условиях Севера, семейное положение, образование, характер занятости, уровень доходов), теста «Audit». Статистическая обработка проведена с использованием параметрических и непараметрических методов статистики в программах Microsoft Excel и SPSS версии 13.

Результаты. В общей группе пациентов отличались показатели при оценке по шкалам TIMI (низкий риск у 90,74%, средний у 8,33% и высокий – у 0,93% пациентов) и Grace (низкий риск был выявлен у 37,94%, средний у 37,04% и высокий – у 25,00% пациентов), достоверных различий в группах мужчин и женщин по данным показателю не было выявлено. Обнаружено более выраженное поражение коронарного русла по шкале SYNTAX у мужчин по сравнению с женщинами ( $p < 0,05$ ). Выявлены прямые ассоциации стажа проживания в условиях Севера и возраста с вероятной госпитальной летальностью по шкале Grace ( $r = 0,32$ ,  $p = 0,02$ ,  $r = 0,28$ ,  $p = 0,003$  соответственно). При оценке комбинации факторов обнаружена зависимость повышения показателей по опроснику «Audit» от тяжести поражения по шкале достоверная прямая зависимость SYNTAX у лиц без высшего образования ( $r = 0,25$ ,  $p = 0,02$ ). При определении влияния психосоциальных факторов риска на показатели шкалы Grace у женщин определены прямые связи с ситуативной тревожностью ( $r = 0,41$ ,  $p < 0,05$ ), характером занятости ( $r = 0,4$ ,  $p < 0,05$ ), возрастом ( $r = 0,42$ ,  $p < 0,05$ ), а также обратная связь с уровнем доходов ( $r = -0,49$ ,  $p < 0,05$ ). Выявлена зависимость уровня образования и риска развития осложнений по шкале TIMI у женщин ( $r = 0,41$ ,  $p < 0,05$ ).

Заключение. В общей группе пациентов с острым коронарным синдромом обнаружено прямое влияние стажа проживания на показатели вероятной госпитальной летальности по шкале Grace, у лиц без высшего образования определена положительная ассоциация уровня потребления алкоголя по анкете «Audit» со степенью поражения коронарного русла по шкале SYNTAX. Выявлены прямые зависимости между повышенным риском развития возможных осложнений у пациенток с высоким уровнем ситуативной тревожности, наличием постоянной занятости, низким уровнем образования, возрастом. Кроме этого, в данной категории больных определена обратная связь между уровнем доходов и риском развития госпитальной летальности.

## **АССОЦИАЦИИ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ С ТЯЖЕСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА**

Кожокарь К.Г., Урванцева И.А., Николаев К.Ю.

БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»,

БУ ХМАО-Югры «ОКД «ЦД и ССХ», Сургут, Россия

krisamber8@gmail.com

Введение. Под социальной поддержкой понимается удовлетворение специфических социальных потребностей: в близости, защите, информации, практической помощи, разрядке и успокоении и т.п. Согласно многофакторной модели низкий уровень социальной поддержки связан с недостаточным умением ценить и получать эту поддержку, а также с недостаточной способностью к осознанию и выражению своих чувств у части больных с расстройствами аффективного спектра. Признаки личностной автономии в противовес социальной направленности личности являются важными предикторами депрессии у больных ИБС. Многие западные исследователи в своих работах отмечают четкую связь между социальной поддержкой и прогнозом ССЗ. Установлено, что больных ИБС по сравнению со здоровыми лицами характеризуют повышенный уровень активности и агрессивности, эмоциональная неустойчивость, а также ипохондричность, сниженное настроение, переживание дискомфорта.

Цель. Оценить связи уровня социальной поддержки с тяжестью течения острого коронарного синдрома.

Материалы и методы. Было проведено исследование пациентов, перенесший острый коронарный синдром с подъемом и без подъема сегмента ST, поступивших в БУ ХМАО-



Югры «ОКД «ЦД и ССХ» г. Сургута в 2015г. В группу пациентов было включено 108 пациентов (24 женщины – 22,2%, 84 мужчины – 77,8%) в возрасте от 45 до 64 лет (55,6±5,9). Исследование включало в себя анализ тяжести поражения коронарного русла по шкале SYNTAX, оценку вероятной госпитальной летальности по шкалам TIMI и Grace. Во время исследования проводилось анкетирование пациентов, оценка психологического состояния личности (применялся валидизированный опросник социальной поддержки F-SOZU-22, включающий оценку уровня эмоциональной и инструментальной поддержки, социальной интеграции, удовлетворенность социальной поддержкой и общий уровень социальной поддержки; уровни личностной и ситуативной тревожности шкала тревожности Спилбергера-Ханина, тест инверсии эмоционального отражения). Статистическая обработка проведена с использованием параметрических и непараметрических методов статистики в программах Microsoft Excel и SPSS версии 13.

Результаты. В общей группе пациентов уровень эмоциональной поддержки составил 35,9±6,9, показатель инструментальной поддержки 15,9±2,9, социальной интеграции 24,4±6,05, удовлетворенность социальной поддержкой 5,82±2,38, общий показатель социальной поддержки - 81,8±14,1. В целом у пациентов с острым коронарным синдромом снижены уровни социальной интеграции и удовлетворенности социальной поддержкой, остальные показатели в исследуемой группе достоверно не отличались от таковых у здоровых лиц. Достоверных различий в группах мужчин и женщин не было получено. Выявлена прямая связь увеличения показателей по шкале TIMI от уровня эмоциональной и инструментальной поддержки ( $r=0,21$ ,  $p=0,03$ ;  $r=0,30$ ,  $p=0,004$  соответственно); обнаружена обратная связь уровней инструментальной поддержки и социальной интеграции с выраженностью алекситимии ( $r=0,28$ ,  $p=0,01$ ;  $r=0,24$ ,  $p=0,03$ ).

Заключение. В общей группе пациентов выявлено влияние показателей социальной поддержки на уровень вероятной госпитальной летальности по шкале TIMI. Обнаружена обратная зависимость уровней показателей социальной поддержки и проявления алекситимии. У пациентов с острым коронарным синдромом выявлено снижение общих показателей уровней социальной интеграции и удовлетворенности социальной поддержкой.

## **ПРОФИЛАКТИКА ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST**

Кочергина А.М. 1,2, Леонова В.О. 2, Кашталап В.В. 1,2, Барбараш О.Л. 1,2

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

2Государственное бюджетное учреждение высшего профессионального образования «Кемеровская государственная медицинская академия», г.Кемерово, Россия

[noony88@mail.ru](mailto:noony88@mail.ru)

Введение: Кровотечения являются одними из осложнений острого коронарного синдрома и, зачастую, ограничивают применение чрескожных коронарных вмешательств. Прогнозирование возможного риска геморрагических осложнений позволит предпринять меры по профилактике кровотечений. К сожалению, в рутинной практике шкалы для оценки риска кровотечений не нашли широкого применения. Вышесказанное делает актуальным поиск наиболее валидной шкалы для прогнозирования геморрагических осложнений у пациентов с ОКСПТ.

Цель: Оценить прогностические возможности шкал оценки риска геморрагических осложнений и выбор места доступа для инвазивной тактики при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST.

**Материалы и методы:** В ретроспективное исследование включены 407 пациентов, госпитализированных в 2012 году с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. Сформированы две группы в зависимости от факта зарегистрированного геморрагического осложнения. Пациенты с геморрагическими осложнениями отличались от пациентов без таковых более старшим возрастом ( $67,62 \pm 9,20$  против  $60,7 \pm 11,67$  лет,  $p=0,0003$ ), более частым представительством женского пола (60% против 26,71%,  $p=0,0000$ ), более частым выявлением в анамнезе перенесенного ранее инфаркта миокарда (27,5% против 14,98%,  $p=0,0420$ ), более продолжительными сроками госпитализации ( $16,47 \pm 10,82$  против  $14,17 \pm 5,43$  дней,  $p=0,0254$ ) и более высокой госпитальной летальностью (17,5% против 8,17%,  $p=0,05$ ). В отношении остальных клинических параметров достоверных различий получено не было. Медикаментозная терапия не отличалась в обеих группах. Всем пациентам был оценен возможный риск кровотечения по шкалам CRUSADE, ACTION, REACH, а также проанализирован выбор места доступа при чрескожном коронарном вмешательстве.

**Результаты:** При оценке риска по шкале ACTION получены достоверные различия ( $40,2 \pm 3,39$  против  $44,02 \pm 5,8$  балла,  $p=0,000$ ). По двум другим шкалам достоверных различий не было получено. Ретроспективный анализ также показал, что в группе лиц с осложнениями трансрадиальный доступ для проведения коронароангиографии использовался достоверно реже (25,71% против 45,79%,  $p=0,001$ ).

**Заключение:** Предпочтительно использовать шкалу ACTION для определения риска геморрагических осложнений, а при инвазивном ведении пациента использовать трансрадиальный доступ.

## **ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА**

Селиверстова Д.В., Алеевская А.М.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения РФ, Рязань, Россия

[Seliverstova.daria@yandex.ru](mailto:Seliverstova.daria@yandex.ru)

На протяжении длительного времени ишемическая болезнь сердца (ИБС) и, в частности, инфаркт миокарда (ИМ) поражал преимущественно мужчин среднего возраста, женщины же в основном болели уже после наступления менопаузы. В настоящее время можно нередко встретить женщину с сохраненным менструальным циклом и резвившемся ИМ, но достаточно крупных работ по этой теме не проводилось, в основном клинические случаи или работы по женщинам всех возрастных категорий.

**Цель исследования:** Изучить факторы риска, особенности клинического течения, качество жизни инфаркта миокарда у женщин с регулярным менструальным циклом.

**Материал и методы исследования:** проанализировано 47 историй болезни женщин с нормальным менструальным циклом ( $48,2 \pm 6,4$  г) (39 ретроспективно, 8 проспективно) (группа 1) и 39 историй болезни женщин с нарушенным менструальным циклом/в постменопаузе ( $51,8 \pm 4$  г.) (28 ретроспективно, 11 проспективно) (группа 2) возраста пациентов с диагнозом инфаркт миокарда (ИМ), находящихся на стационарном лечении 2010-2015 г. в г. Рязани. Всем пациентам проводились общеклинические методы обследования и стандартная терапия.

**Результаты исследования.** Выявлено, что в 1 и 2 группах наиболее распространенными факторами риска были: артериальная гипертензия (в 1- 85,1%, во 2-82%), избыточная

масса тела и ожирение (1-61,8%, 2-63,5%), курение (1-27,7%, 2-20,5%). 51% женщин 1 группы имели отягощенную наследственность.

У женщин с нормальным менструальным циклом стенокардия напряжения в анамнезе была в 42,6%, у женщин в менопаузе (64,1%,  $p=0,05$ ), также в 1 группе было меньше нарушений ритма по типу экстрасистолии (2,1%), чем во 2 группе (12,8%,  $p=0,05$ ), постинфарктный кардиосклероз наблюдался в 14,9% 1 группе и 20,5% во 2. Принципиальных различий по глубине поражения и локализации ИМ среди групп не было: преобладал крупноочаговый инфаркт и передняя локализация поражения. Среди осложнений ИМ преобладали нарушения ритма в 1 и 2 группе 53,2% - 1 группе, 28,2% - 2 группе, реже встречались – нарушения проводимости 19,1 % и 7,7% соответственно, аневризма ЛЖ (10,6% и 7,7% соответственно), во 2-й группе 2 пациентам выполняли электроимпульсную терапию, в 1 группе 1 пациент умер из-за тромбоза передней нисходящей артерии сердца. При анализе УЗИ сердца выявлено различие по регургитации на митральном клапане 1 степени (23,4% 1 группа, 46% - 2 группа,  $p=0,03$ ) и 2 степени (1 – 59,6%, 2- 38,5%,  $p=0,05$ ), во 2 группе было 2 пациента с регургитацией 4 степени на митральном и 3 степени на трикуспидальном клапане.

Значительных отличий по тактике ведения пациентов не было выявлено, в обеих группах примерно одинаковое количество выполнено КАГ (42,6% и 53,8%), ЧТКА (38,2% и 48,7%), ТЛТ (23,4% и 20,5%). 10 женщинам из 1 группы и 2 из 2 группы было рекомендовано сделать ЧТКА, 2 женщинам из 2 группы рекомендовано сделать АКШ.

В проспективном анализе женщин выявлена более низкая физическая активность во 2 группе как на работе у 72,7% и 37,5%- в 1 группе, так и вне работы (1 гр ходьба вне работы – 73,1 мин, 2-52,5 мин.). Качество жизни во 2 группе также было хуже, чем в 1, хотя состояние здоровья по шкале 1-100% было примерно одинаковым (1-53,8%, 2 – 52,3%). По шкале HADS средний балл во 2 г по тревоге был 7,6, 1 гр – 4,8; по депрессии показатели не превышали нормальные значения.

**Выводы:**

У женщин с нормальным менструальным циклом чаще (57,4%), чем в группе женщин в постменопаузе (35,9%,  $p=0,05$ ) первым проявлением ИБС является ИМ;

Недостаточность митрального клапана с регургитацией 2 степени была более характерна для женщин с нормальным циклом( $p=0,05$ ).

Женщины в постменопаузе менее физически активны, чаще отмечают снижение качества жизни до наступления ИМ и более подвержены тревоге во время госпитализации по поводу этого заболевания.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МОЛОДЫХ**

Халмухамедов Б.Т.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

[bobir.khalmuhamedov@tma.uz](mailto:bobir.khalmuhamedov@tma.uz)

Актуальность. Все большее число пациентов в возрасте до 40 лет в настоящее время госпитализируются с диагнозом острый инфаркт миокарда (ИМ). Эти больные имеют отличные от пожилых факторы риска, осложнения и прогнозы.

Цель исследования: Оценить особенности факторов риска и течения ИМ у молодых.

Материалы и методы исследования: Расспрос больных, клинические и инструментальные обследования. ЭКГ, ЭХОКГ. Исследование проводилось в 1-ой клинике Ташкентской медицинской академии у 45 больных ИМ с зубцом Q, из них 22 больных в возрасте до 40 лет и 23 старше 40 лет мужского пола.

Результаты: Среди факторов риска у молодых (95%) пациентов превалировала наследственная отягощенность по сравнению с пожилыми пациентами (60%). Факторы

риска такие как курение (90%), злоупотребление алкоголем (60%), употребление наркотиков (6%), нервный стресс (85%) и ожирение (65%) чаще отмечались у молодых (у пожилых 15%, 10%, 0%, 30%, 20% соответственно). У пожилых факторами риска были гиподинамия (90%), артериальная гипертензия (85%), сахарный диабет (65%). У молодых эти факторы встречались соответственно 10%, 15%, 0%. Гипертриглицеридемия и повышения уровня ЛПНП и снижение уровня ЛПВП было одинаково часто в обеих группах (85%, 80%, 90%). На ЭКГ локализация инфаркта миокарда у молодых на передне-перегородочной области 45%, передне-распространенное 20%, передне-боковая 20%, задняя стенка 15%, а у пожилых соответственно 25%, 45%, 10%, 15%, циркулярный ИМ 5%. Эхокардиографические показатели у пожилых отличались снижением сократительной способности миокарда по показателю фракции выброса левого желудочка (средние показатели у пожилых  $45\% \pm 2,2\%$ , у молодых  $60\% \pm 1,2\%$ ). Из нарушения ритма желудочковая экстрасистолия одинаково часто встречалась в обеих группах (у молодых 55%, у пожилых 60%). Желудочковая тахикардия, мерцательная аритмия, фибрилляция желудочков, АВ блокады чаще регистрировались у пожилых (соответственно 55%, 40%, 25%, 20%, у молодых 20%, 25%, 5%, 10%). У 5 молодых пациентов из-за не соблюдения постельного режима развилась аневризма левого желудочка. Кардиогенный шок, острая лево-желудочковая недостаточность, отек легких встречались чаще у пожилых (50%, 55%, 30%).

Заключение. Наследственность, стрессы и вредные привычки являются основными факторами риска среди молодых пациентов. У пожилых основными факторами риска были гиподинамия, артериальная гипертензия и сахарный диабет. Нарушение липидного состава крови одинаково часто встречаются у молодых так и у пожилых. Сократительная способность миокарда ЛЖ у пожилых при инфаркте миокарда резко снижается в отличие с молодыми. Тяжелые осложнения чаще отмечается у пожилых в связи с поражением нескольких коронарных артерий. Обширный инфаркт миокарда часто регистрируется у пожилых. Частая локализация ИМ в обеих группах отмечается на передней стенке ЛЖ. Течение ИМ у пожилых тяжелая в связи с тяжелыми осложнениями и жизни угрожающими нарушениями ритма.

## РАЗДЕЛ IV. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СТАБИЛЬНОЙ ИБС

### ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА «РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ» У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Бородашкина С.Ю.<sup>1</sup>, Протасов К.В.<sup>2</sup>, Подкаменный В.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ Иркутская орден «Знак почета» областная клиническая больница, Иркутск, Россия

<sup>2</sup> ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, Иркутск, Россия

[chernigas@mail.ru](mailto:chernigas@mail.ru)

**Цель.** Изучить влияние различных режимов периоперационной сахароснижающей терапии на состояние углеводного обмена и ближайшие результаты операции коронарного шунтирования на «работающем сердце» у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа).

**Методы исследования.** В исследование включены 126 больных ИБС с СД 2, получающие пероральные сахароснижающие препараты (ПССП). Перед операцией больные были рандомизированы в группы продолжения ПССП (n=61) и перевода на инсулин (ИН) короткого действия (n=65). Анализировали показатели углеводного обмена: гликированный гемоглобин (HbA1c) при поступлении, уровень глюкозы в плазме крови в первый день госпитализации, в течение суток перед операцией, на вторые и седьмые сутки после операции, а также за 30 минут до, вовремя и сразу после ее окончания. Рассчитывали индивидуальный средний уровень глюкозы и ее вариабельность за вышеуказанные суточные периоды, а также процент измерений глюкозы, меньших рекомендуемого периоперационного диапазона (6,1-10,0 ммоль/л). Определяли частоту ранних послеоперационных сердечно-сосудистых осложнений (ССО): инфаркт миокарда (ИМ), инсульт, фибрилляция предсердий (ФП). Сравнивали показатели углеводного обмена в подгруппах больных с выявленными ССО и без осложнений.

**Результаты.** Исходно параметры углеводного обмена не отличались в обеих группах. На фоне введения ИН среднесуточные уровни глюкозы, ее вариабельность в течение суток, а также доля значений гликемии, меньших 6,1 ммоль/л, были больше, чем в группе ПССП. Общее количество ССО также преобладало в группе ИН (20,0 % против 8,2 %, p=0,049). В группе ПССП и ИН периоперационный ИМ имел место у 1 и 6 больных, соответственно (p=0,07), ФП – у 4 и 6 больных (p=0,41), ишемический инсульт – у 1 больного группы ИН (p=0,52). Подгруппы больных с ССО и без них статистически значимо (p<0,001) отличались по исходному уровню HbA1c, среднему уровню глюкозы и ее вариабельности в течение суток во всех изучаемых временных интервалах, а также по частоте отклонений глюкозы <6,1 ммоль/л за сутки перед операцией, до и сразу после нее.

**Выводы.** По сравнению с пациентами, продолжавшими в периоперационном периоде прием ПССП, у больных, переведенных на ИН короткого действия отмечено повышение среднего уровня гликемии, ее вариабельности и частоты отклонений от рекомендуемого диапазона, а также более частое развитие ССО после операции КШ на «работающем сердце». Таким образом, продолжение приема ПССП в периоперационном периоде не ухудшает ближайшие результаты КШ на «работающем сердце».

## **ВЫРАЖЕННОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

Горбунова М.Л.

Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород, Россия  
[gorm74@mail.ru](mailto:gorm74@mail.ru)

**Введение.** Известно, что большинство пациентов, перенесших чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) имеют различно выраженные депрессивные расстройства, что подтверждается использованием шкалы оценки депрессии. Наличие таких расстройств ухудшает качество жизни пациента и замедляет реабилитационный период.

**Материалы и методы.** Нами были исследованы 62 пациента, перенесшие ЧКВ давностью от 1 до 6 месяцев. Больным на приеме проводилась оценка депрессии с использованием шкалы Гамильтона (HDRS). Пункты шкалы отражают состояние пациента в течение последних нескольких дней или предыдущей недели. Результат оценивали по суммарному баллу и интерпретировался следующим образом: 0-7 – норма, 8-13 – легкое депрессивное расстройство, 14-18 – депрессивное расстройство средней степени тяжести, 19-22 – депрессивное расстройство тяжелой степени, более 23 – депрессивное расстройство крайне тяжелой степени тяжести.

**Результаты.** У 38 (61,3%) пациентов регистрировалось легкое депрессивное расстройство, у 17 (27,4%) – расстройство средней степени и у 7 (11,3%) пациентов – тяжелое депрессивное расстройство.

Все больные получали базовую терапию (антиагреганты, ингибиторы АПФ, В-блокаторы, статины). С учетом полученных данных к лечению был добавлен антидепрессант – селективный ингибитор обратного захвата серотонина – сертралин в дозе 50-100 мг в сутки на срок не менее 2 месяцев. Пациентам с легкой и умеренной депрессией назначалась доза 50 мг в сутки, пациенты с тяжелым депрессивным расстройством получали по 100 мг в сутки. В дальнейшем, у 6 пациентов с умеренным депрессивным расстройством потребовалось увеличение дозы с 50 мг/сут до 100 мг/сут. Доза была увеличена через 10 дней от начала терапии.

Повторный опрос проводился через 2 месяца. Исследователю не предоставлялись данные предыдущего опроса. Результаты повторного тестирования были следующие. У 28 (45%) пациентов депрессивное расстройство не было выявлено, у 30 (48,5%) – расстройство легкой степени и у 4 (6,5%) пациентов – расстройство средней степени.

Все пациенты отметили улучшение качества жизни. 4 пациентам терапия была продолжена в подобранной дозе.

Таким образом, ЧКВ снижают качество жизни и вызывают развитие депрессивных расстройств, требующих лечения. Назначение антидепрессантов вызывает регресс проявлений депрессии и способствует улучшению качества жизни.

## **БИЛИРУБИН КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Горбунова О.Е., Панова Т.Н., Шамова Т.А., Мажайская И.В., Попова Т.М.

ГБОУ ВПО "Астраханский ГМУ" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Астрахань, Россия



Цель. Изучить отдаленный прогноз жизни у мужчин с ИБС, имеющих низкий и нормальный уровень общего билирубина.

Материал и методы. В исследовании вошли 246 человек мужского пола, больных ИБС без заболеваний печени и негемолитической анемии на момент исследования или в анамнезе. Из них 146 человек с низким уровнем общего билирубина (ОБ)  $\leq 9$  мкмоль/л (основанная группа), и 100 человек (группа сравнения) с нормальным уровнем ОБ  $\geq 12$  мкмоль/л. В соответствии с дизайном исследования, методом наблюдения собрана информация о сердечно-сосудистых событиях в течение 3,5 лет после включения в исследование. Первичными комбинированными конечными точками считали смертность от всех причин, случаи фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых событий (смерть от ССЗ, нефатальный инфаркт миокарда, нефатальный инсульт/транзиторная ишемическая атака); вторичными – проведение больным по показаниям реваскуляризации любого сосудистого бассейна и впервые выявленные нарушения сердечного ритма.

Результаты. За период наблюдения всего умерли 19 больных: 15 – в основной группе и 4 – в группе сравнения. Судьбу 5 пациентов (3 пациента из основной группы и 2 пациента с группы сравнения) выяснить не удалось (потеряны для наблюдения). Таким образом, в основной группе оказалось 143 больных, в группе сравнения – 98 больных. Анализ полученных данных в отношении первичных конечных точек показал, что смертность от ССС в основной группе была значительно выше, чем в группе сравнения, но достоверные различия не получены (10,4% против 4,0%,  $p > 0,05$ ). Инфаркт миокарда достоверно чаще встречался у лиц основной группы, чем в группе сравнения (19,5 % против 12,2 % ,  $p < 0,05$ ), в основной группе, также чаще регистрировались новые ИМ, чем повторные. В отношении ОНМК достоверных различий по группам не получено. При сравнительном анализе вторичных конечных точек установлено, что в основной группе достоверно чаще проводились чрескожные вмешательства, чем в группе сравнения (17,4% против 9,1%,  $p < 0,05$ ). По вновь выявленным нарушениям ритма сердца достоверных различий между группами не получено. Больные, не достигшие той или иной конечной точки, были объединены в группу с благоприятным исходом: в основной группе таких оказалось 33 человек (23 %), в группе сравнения – 49 человек (49 %). Различия достоверны ( $p < 0,05$ ).

Заключение.

1. У мужчин с ИБС, имеющих уровень ОБ  $< 9$  мкмоль/л, на протяжении 3,5 лет наблюдения регистрировалось больше неблагоприятных сердечно-сосудистых событий, чем у аналогичных больных с уровнем ОБ  $> 12$  мкмоль/л.
2. Уровень билирубин может быть использован в клинической для прогнозирования неблагоприятных исходов ИБС.

## **ПРЕДИКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ IN-STENT РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

Майлян Д.Э.1, Гагарина Д.О.2

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

2-Белгородский государственный национальный исследовательский университет,

Белгород, Россия

[majlyan@narod.ru](mailto:majlyan@narod.ru)

Введение. В Российской Федерации сохраняются высокие показатели смертности от сердечно-сосудистой патологии. Летальность от ишемической болезни сердца (ИБС) превалирует среди всех других патологий в данной категории и по данным 2012 года достигала 393,1 на 100 тыс. населения. Чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) с имплантацией стента в окклюзированный или стенозированный сегмент коронарной артерии является эффективной лечебной тактикой при ИБС. Однако, данное

вмешательство вызывает травму сосудистой стенки, что обуславливает появление неинтимальной гиперплазии, как завершающего этапа возникновения рестеноза. Изучение причин возникновения повторного стеноза, патогенеза данного процесса, методов его прогнозирования и профилактики остается актуальным вопросом, так как возникновение данного осложнения приводит к повторной ишемии и снижению продолжительности и качества жизни пациентов.

Цель. Определить предикторы возникновения in-stent рестеноза из перечня общедоступных лабораторных исследований.

Материалы и методы. Исследуемую группу составили 25 пациента в возрасте от 47 до 63 лет, которым было проведено ЧКВ с имплантацией непокрытого стента. Этой группе пациентов была проведена коронароангиография (КАГ) до стентирования окклюзированного сосуда и через год после проведения ЧКВ. Также, у пациентов до вмешательства были измерены следующие биохимические показатели: общий холестерин (ХС), ХС липопротеидов высокой (ЛПВП), низкой (ЛПНП), очень низкой (ЛПОНП), средней плотности (ЛПСП), коэффициент атерогенности (КА) и С – реактивный белок (СРБ). Измерения вышеперечисленных показателей проводилось с помощью биохимического анализатора Cobas 6000 (Roche Diagnostics).

Результаты. Во время проведения ЧКВ у трех человек (13%) было выявлено изолированное повышение уровня СРБ до  $8,3 \pm 1,2$  мг/л. У этой группы пациентов при повторном проведении КАГ рестеноз был выявлен в 66% случаев.

У 14 человек во время проведения первичной КАГ были выявлены исключительно изменения в липидном профиле, а именно повышение общего ХС, ЛПНП, КА и снижение ЛПВП:  $7,3 \pm 1,2$  ммоль/л,  $5,9 \pm 0,7$  ммоль/л,  $11,9 \pm 1,5$ ,  $0,5 \pm 0,2$  ммоль/л соответственно. У этих пациентов во время вторичной КАГ рестеноз был обнаружен в 64% случаев. Следует отметить, что у 3 пациентов, которые не имели рестеноза, удалось достичь стойких нормальных показателей липидного профиля через 2 месяца после ЧКВ.

У одного человека было выявлено повышение СРБ, ХС, ХС ЛПНП, КА и снижение ЛПВП. Через 1 год при контрольной КАГ у данного пациента был выявлен рестеноз в месте имплантации стента более чем 80%.

У остальных 7 пациентов показатели СРБ и липидного профиля находились в референсных пределах. Через 1 год только у 2 из них (29%) отмечалось возникновение стенозирования стентированного участка более чем на 50% его диаметра.

Заключение. Таким образом, в качестве предикторов рестеноза, из общедоступных лабораторных исследований, можно выделить уровень СРБ и показатели липидного профиля (общий ХС, ХС ЛПНП, КА). Полученные результаты указывают на необходимость коррекции данных показателей у пациентов, которым планируется проведение планового ЧКВ и у тех, которым уже проведено неотложное вмешательство.

## **ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА СОСТОЯНИЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Малева О.В., Трубникова О.А., Куприянова Т.В., Барбараш О.Л.  
ФГБНУ НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний,  
г. Кемерово, Россия  
[maleva.o@mail.ru](mailto:maleva.o@mail.ru)

Введение: на сегодняшний день нет единого мнения о факторах, влияющих на развитие когнитивных нарушений у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС), в связи с чем важен поиск причин, приводящих к развитию когнитивных нарушений у этой категории пациентов.



Цель: определить факторы, влияющие на состояние нейропсихологического статуса у пациентов со стабильной формой ИБС.

Материалы и методы: проведен анализ клиничко-анамнестических и нейропсихологических показателей у 40 здоровых (средний возраст  $52,7 \pm 6,5$ ) и 272 мужчин с ИБС (средний возраст  $55,9 \pm 5,3$  лет). Исследование когнитивных показателей проводилось с помощью модифицированной автоматизированной методики «Status-PF». Для целостной оценки нейропсихологического статуса был применен комплексный способ. По соответствующим алгоритмам проведена перекодировка значений показателей нейродинамики (скорость сложной зрительно-моторной реакции (СЗМР), уровень функциональной подвижности нервных процессов (УФП), сила нервных процессов (РГМ), а также количества совершенных ошибок (КО)), внимания (корректирующая проба Бурдона (КП) количество переработанных символов, на 1-й минуте теста на 4-й минуте теста) и памяти (тесты: запоминание 10 чисел, запоминание 10 слов и запоминание 10 бессмысленных слогов) в новые, которые находились в диапазоне от 0 до 1, при этом, чем ближе новое значение было к 1, тем ближе оно соответствовало к значению здоровых лиц того же возраста и наоборот, чем ближе к 0 – тем дальше от нормы. Таким образом, значение интегрального показателя когнитивного статуса были распределены на диапазоны: низкий когнитивный статус пациента в диапазоне от 0 до 0,34, >0,34 до 0,51 - ниже среднего, >0,51 до 0,7 – средний и >0,7 до 1,0 – соответствующий статусу здоровых лиц того же возраста. В качестве факторов, которые потенциально могут влиять на состояние когнитивного статуса рассматривались: баллы по шкале MMSE (краткая шкала оценки психического статуса), возраст, индекс массы тела, курение, количество лет обучения, длительность анамнеза ИБС и артериальной гипертензии, функциональный класс стенокардии и хронической сердечной недостаточности, наличие стенозов экстракраниальных артерий, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), уровень личностной и ситуативной тревожности, показатели липидограммы. Для построения модели использовался статистический пакет SPSS 17, пошаговый метод Forward LR (метод пошагового включения).

Результаты: интегральный показатель когнитивного статуса здоровых лиц при расчете составил 0,8 [0,72; 0,87], у пациентов с ИБС был значимо ниже - 0,47 [0,35; 0,59] ( $p < 0,0001$ ). Методом регрессионного анализа пошагового включения выявлены значимые факторы для когнитивного статуса: возраст (X1), количество лет обучения (X2), значение фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) (X3) и концентрация триглицеридов (ТГ) в плазме (X4). В качестве факторов, определяющих развитие когнитивных нарушений у пациентов со стабильной формой ИБС, были идентифицированы: возраст ( $B = -0,008$ ;  $p = 0,002$ ), количество лет обучения ( $B = 0,015487$ ;  $p = 0,033$ ), ФВ ЛЖ ( $B = 0,003799$ ;  $p = 0,018$ ) и концентрация в плазме ТГ ( $B = -0,045564$ ;  $p = 0,003$ ).

Заключение: выявлено, что когнитивный статус у пациентов с ИБС хуже, чем у здоровых лиц того же возраста. Факторами, ухудшающими нейропсихологические показатели, являются: более старший возраст, меньшее количество лет обучения, сниженная ФВ ЛЖ и повышенная концентрация ТГ в плазме крови.

## **СТРУКТУРНЫЕ АНАЛОГИ ПЕПТИДА АПЕЛИНА: МЕХАНИЗМЫ ДЕЙСТВИЯ ПРИ ИШЕМИИ И РЕПЕРФУЗИИ СЕРДЦА**

Пелогейкина Ю.А., Шульженко В.С., Серебрякова Л.И., Тимошин А.А., Студнева И.М., Ланкин В.З., Коновалова Г.Г., Палькеева М.Е., Сидорова М.В., Павлович Е.Р., Писаренко О.И.

ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс»

Минздрава России, Москва, Россия

[NewEra@yandex.ru](mailto:NewEra@yandex.ru)

Рецептор адипокина апелина APJ является перспективной мишенью для фармакологического воздействия у пациентов с ишемической болезнью сердца и сердечной недостаточностью. Нами разработаны протеолитически стабильные и устойчивые при хранении синтетические лиганды APJ рецептора – структурные аналоги природного апелина-12 – (NaMe)Arg-Pro-Arg-Leu-Ser-His-Lys-Gly-Pro-Nle-Pro-Phe (AI) и NG-Arg(NGNO<sub>2</sub>)-Pro-Arg-Leu-Ser-His-Lys-Gly-Pro-Nle-Pro-Phe-NH<sub>2</sub> (AII), способные защищать сердце при экспериментальном ишемическом и реперфузионном (И/Р) повреждении *ex vivo* и *in vivo*.

Целями работы было: изучить влияние пептидов AI и AII на антиоксидантное состояние сердца, генерацию активных форм кислорода (АФК) и повреждения сарколеммы при реперфузии; выяснить пути внутриклеточной сигнализации, использующиеся пептидом AI; изучить перспективность использования пептидов AI и AII для защиты сердца, подвергнутого фармако-холодовой кардиоплегии.

Пептиды получены методом автоматического твердофазного синтеза. Их структура охарактеризована с помощью <sup>1</sup>H-ЯМР-спектроскопии и масс-спектрометрии. И/Р повреждение моделировали на изолированном перфузируемом работающем сердце крысы (глобальная ишемия и реперфузия) и у наркотизированных крыс *in vivo* (региональная ишемия и реперфузия). Для кардиоплегии использовали раствор госпиталя Св. Томаса (ГСТ). Содержание метаболитов и активность ферментов антиоксидантной защиты в сердце, активность маркеров некроза в плазме крови и в миокардиальном эффлюенте определяли спектрофотометрически. АФК регистрировали методом ЭПР. Для изучения путей передачи сигнала пептидом AI использовали селективные ингибиторы.

На обеих моделях И/Р повреждения пептид AI предотвращал снижение или увеличивал активности ключевых ферментов антиоксидантной защиты сердца Cu/Zn-супероксиддисмутазы, каталазы и глутатионпероксидазы, а также снижал повышенное образование продукта свободнорадикального окисления липидов малонового диальдегида и короткоживущих АФК при реперфузии. Введение пептидов AI или AII улучшало энергетическое состояние зоны риска левого желудочка и изолированного сердца в конце реперфузии и снижало активность лактатдегидрогеназы и MB-креатинкиназы в плазме крови и оттекающем от сердца перфузате. Было выяснено, что кардиозащита пептидом AI опосредована сигнализацией через фосфолипазу C, протеинкиназу C и компоненты киназных каскадов инициирующих закрытие митохондриальной поры P13K-Akt и MEK-ERK1/2, с последующей активацией нижних мишеней – NO синтазы и Na<sup>+</sup>/H<sup>+</sup> или Na<sup>+</sup>/Ca<sup>2+</sup> обменников в сарколемме. Включение пептида AI или AII в кардиоплегический раствор ГСТ значительно улучшало метаболическое и функциональное восстановление изолированного сердца после глобальной ишемии. Эти эффекты сочетались со снижением образование АФК на стадии ранней реперфузии и уменьшением повреждения ультраструктуры кардиомиоцитов.

Результаты свидетельствуют о том, что действие структурных аналогов апелина-12 AI и AII при И/Р повреждении сердца обусловлено их антиоксидантными свойствами и запуском реперфузионных «киназ выживания» кардиомиоцитов. Эти соединения могут найти применение при терапии заболеваний, связанных с сердечной патологией и в кардиохирургии.

## **ФАКТОРЫ ВОСПАЛЕНИЯ, АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ И МИОКАРДИАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ В РАЗВИТИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ КОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ**

Рубаненко О.А., Кириченко Н.А., Кузьмина Т.М.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения РФ, Самара, Россия

olesya.rubanenko@gmail.com

Цель. Определить роль факторов воспаления, антиоксидантной защиты и миокардиального повреждения в развитии фибрилляции предсердий у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), подвергающихся операции коронарного шунтирования (КШ) с использованием искусственного кровообращения (ИК) или на работающем сердце. Методы. Обследовано 96 пациентов, которые распределены на 2 группы: в 1 группе (84 пациента, 81% мужчин, средний возраст  $62,2 \pm 7,7$  лет) КШ проводилось в условиях ИК, во 2 группе - на работающем сердце без ИК (12 пациентов, 91,7% мужчин, средний возраст  $59,8 \pm 8,0$  лет). Исследовались интерлейкин-6 (ИЛ-6), интерлейкин-8 (ИЛ-8), интерлейкин-10 (ИЛ-10), тропонин, супероксиддисмутаза (СОД), С-реактивный белок (СРБ), фибриноген. Результаты. Распространенность послеоперационной ФП в 1 группе была значимо выше, чем во 2 группе (33,3% против 8,3%,  $p=0,04$ ). Уровень СРБ в предоперационном периоде у пациентов обеих групп был в пределах норм, однако среди пациентов, оперированных с использованием ИК его средний уровень оказался достоверно выше, по сравнению с пациентами без ИК ( $1,2 \pm 0,8$  г/л против  $0,4 \pm 0,3$  г/л,  $p=0,03$ ). В послеоперационном периоде уровень ИЛ-6 был значимо выше в 1 группе при сравнении со 2 группой ( $51,5 \pm 39,8$  пг/мл против  $18,7 \pm 16,4$  пг/мл). Концентрация ИЛ-8 после операции также в 1 группе была достоверно выше ( $9,0 \pm 6,3$  пг/мл против  $6,5 \pm 4,7$  пг/мл), однако его концентрация оставалась в пределах нормальных значений в обеих группах. Уровень СОД до КШ в обеих группах был выше нормы, при этом в 1 группе концентрация данного показателя была достоверно выше ( $3129,0 \pm 2255,4$  единиц/г против  $2442,8 \pm 2281,8$  единиц/г,  $p=0,04$ ). В ходе кардиохирургического вмешательства наблюдалось достоверное снижение уровня СОД, при этом концентрация этого показателя оставалась высокой среди больных, оперированных в условиях ИК ( $1968,8 \pm 1625,4$  единиц/г против  $1311,9 \pm 1261,3$  единиц/г,  $p=0,03$ ). Среди других лабораторных тестов достоверных различий между пациентами обеих групп выявлено не было. После выполнения многофакторного анализа отношение шансов развития ФП после прямой реваскуляризации миокарда для размера левого предсердия более 41 мм составило 3,6 (95% ДИ, 1,2-5,8,  $p=0,0002$ ), для послеоперационного уровня интерлейкина-6 более 68 пг/мл - 3,2 (95% ДИ, 1,8-4,7,  $p=0,009$ ), для послеоперационного уровня интерлейкина-8 более 9,5 пг/мл - 2,9 (95% ДИ, 1,4-6,7,  $p=0,009$ ), для супероксиддисмутаза более 2948 единиц/г - 1,4 (95% ДИ, 1,1-3,8,  $p=0,04$ ). Заключение. В ходе нашего исследования показано значимое увеличение уровня интерлейкина - 6, супероксиддисмутаза у пациентов с ИБС после операции КШ в условиях ИК, что подтверждает высокую активность факторов воспаления и антиоксидантной защиты при экстракорпоральной циркуляции. Концентрация тропонина в послеоперационном периоде реконструктивной операции повышается, но различия недостоверны при сравнении исследуемых групп. Вышеуказанные показатели определяют риск возникновения фибрилляции предсердий после коронарного шунтирования.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ИБС (МУЖЧИН И ЖЕНЩИН) ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ АКШ В СВЯЗИ С ЗАДАЧАМИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОКОРРЕКЦИИ**

Старунская Д.А., Великанов А.А.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им.акад.И.П.Павлова, Санкт-Петербург, Россия

[stardia@yandex.ru](mailto:stardia@yandex.ru)

**Введение:** За последние годы операция АКШ стала одним из наиболее распространенных и эффективных методов лечения ИБС. Лишь в нашей стране ежегодно выполняется около 40.000 в год. Открытые операции на сердце являются стрессогенными и оказывают дезадаптивное влияние на психо-эмоциональное состояние пациентов. Существует необходимость психологического сопровождения данной категории больных на протяжении всего периода лечения. В данной ситуации необходимы методы краткосрочной и эффективной терапии (учитывая краткие сроки госпитализации в кардиологическом стационаре). К числу таких следует отнести методы когнитивно-поведенческой терапии, которые направлены на формирование адекватных представлений о болезни и психологических установок на активное преодоление болезни, обучение приемам, способствующим психологической реадaptации.

**Цель:** Изучить психологические особенности пациентов с ИБС перед операцией АКШ в связи с задачами когнитивно-поведенческой психокоррекции.

**Материал:** всего было обследовано 35 пациентов (20 мужчин и 15 женщин) с ИБС, перед операцией АКШ (в стационаре)

**Методы:** клинико-психологический (наблюдение, беседа), экспериментально психологический: методики (опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL – 90- R; Интегративный тест тревожности (ИТТ); опросник «Способы совладающего поведения» (ССП); Тест опросник «Большая пятерка» (BIG V);

**Результаты:** Выявлены наиболее часто встречающиеся когнитивные искажения (произвольные умозаключения- 42,8 %, персонализация- 37,1 %, генерализация - 34,2%). При сравнении психоэмоциональных состояний у мужчин и женщин установлено, что среди группы женщин наблюдаются, в сравнении с группой мужчин, относительно повышенные показатели шкал: фобическая тревожность ( $M=1,01\pm 0,7$ ;  $M=1,9\pm 0,64$ ;  $p\leq 0,05$ ), тревожность ( $M=1\pm 0,34$ ;  $M=1,29\pm 0,76$ ;  $p\leq 0,05$ );  $p\leq 0,05$ ), межличностная сензитивность  $M=1,16\pm 0,53$ ;  $M=1,44\pm 0,69$ ;  $p\leq 0,05$ ), депрессивность ( $M=0,8\pm 0,5$ ;  $M=1,7\pm 0,8$ ;  $p\leq 0,05$ ). Также у женщин выявлены относительно более высокие значения по шкалам ситуативной и личностной тревожности (в сравнении с группой мужчин): общий показатель СТ ( $M=5,2\pm 1,54$ ,  $M=6,8\pm 1,68$ ;  $p<0,05$ ), общий показатель ЛТ ( $M=4,8\pm 2,14$ ,  $M=6,9\pm 1,6$ ;  $p<0,05$ ).

В целом по группе выявлена преобладающая копинг-стратегия – самоконтроль. Здесь же выявлены различия среди мужчин и женщин по наличию других копинг-стратегий.

При сравнительном анализе результатов исследования личностных особенностей у мужчин выявлены более высокие значения по шкалам: самосознание ( $M=33,3\pm 0,85$ ,  $M=27,7\pm 1,2$ ;  $p<0,05$ ), эмоциональная стабильность ( $M=25,1\pm 0,65$ ,  $M=23,4\pm 0,9$ ;  $p<0,05$ ), личностные ресурсы ( $M=24,7\pm 0,23$ ,  $M=23,7\pm 0,45$ ;  $p<0,05$ ). В группе обследуемых женщин более высокие показатели получены по шкалам: экстраверсии ( $M=27,1\pm 0,17$ ,  $M=29,4\pm 0,52$   $p<0,05$ ), готовность к сотрудничеству ( $M=29,3\pm 0,43$ ,  $M=33,9\pm 0,75$   $p<0,05$ ).

**Заключение:** В связи с полученными результатами акцент в когнитивно-поведенческой психокоррекции следует сделать на выявление когнитивных ошибок; выработку конструктивных стратегий поведения; воздействие на структуру психоэмоциональных

переживаний (тревожно – фобические проявления, межличностная чувствительность у женщин); обсуждение и анализ конструктивных копинг – стратегий.

## **СТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ НАПРЯЖЕНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ**

Турсунов Х.Х., Вахобов Б. М., Тожибоев Т. А.  
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Частота стабильной стенокардии напряжения (ССН) резко увеличивается с возрастом: у женщин с 0,1-1% в возрасте 45-54 лет до 10-15% в возрасте 65-74 лет и у мужчин с 2-5% в возрасте 45-54 лет до 10-20% в возрасте 65-74 лет. Смертность от болезней системы кровообращения в Узбекистане составила в 2010 году 56,7% смертности от всех причин. Ишемия при ССН приводит: к нарушению функционирования митохондрий, недостатку кислорода, нарушению синтеза АТФ аэробным путем и активации анаэробного гликолиза, что сопровождается увеличением продукции лактата и снижением внутриклеточного рН, приводящих к систолической и диастолической дисфункциям, сердечной недостаточности. Фармакотерапия ИБС должна устранять дисбаланс между потребностью в кислороде и его поступлением не только путем воздействия на гемодинамику, но и корректируя метаболические последствия ишемии. Препарат Предуктал MR (фирма Servier, Франция) переключает энергетический метаболизм миокарда с окисления жирных кислот на окисление глюкозы за счет ингибирования ацетил-КоА-ацилтрансферазы, ключевого фермента окисления жирных кислот в митохондриях. Предуктал MR эффективен при монотерапии и усиливает действие  $\beta$ -адреноблокаторов, антагонистов кальция, не влияя на АД и ЧСС при ССН. Цель исследования. Оценить эффективность и переносимость Предуктала MR при лечении ССН II функционального класса (ФК).

Материал и методы. Под наблюдением находились 40 больных, из них мужчин - 55% (22 чел.), женщин - 45% (18 чел.). Средний возраст - 56,8 лет. Средний индекс массы тела - 29,6. Артериальная гипертензия имела место у 72,3% больных, сахарный диабет 2 типа – у 7,2%. Пациенты получали стандартную терапию + Предуктал MR 35 мг 2 раза/сут.

Результаты. 8 недель терапии Предукталом MR привели к статистически достоверному ( $p < 0,05$ ) снижению частоты ангинозных приступов в неделю с  $22,8 \pm 3,5$  до  $11,4 \pm 1,9$  раз, т.е. на 50,5% или в 2 раза. Терапия Предукталом MR вызвала достоверное ( $p < 0,05$ ) уменьшение потребления короткодействующих нитратов в неделю с  $17,4 \pm 2,9$  до  $7,6 \pm 1,5$  таблеток, т.е. на 56,3% или в 2,3 раза. В 95% случаев врачи и 94% случаев пациенты оценили эффективность терапии Предукталом MR как отличную и хорошую. Переносимость препарата Предуктал MR оценили как отличную и хорошую в общей сложности 95% врачей (5 чел.) и 90% пациентов (36 чел.).

После 8 недельной терапии желание продолжить лечение Предукталом MR изъявили 90% больных. В ходе терапии у 5,0% пациентов (2 чел.) зафиксированы побочные эффекты. Один пациент (2,5%) отказался от лечения, один больной (2,5%) вынужден был отказаться от продолжения терапии из-за финансовых проблем. Более чем у половины пациентов (55,0%) изменений в антиангинальной терапии не было, у 12,5% больных дозы были уменьшены, у 10,0% - увеличены, у 4,5% пациентов имела место отмена препаратов, у 8,0% производилась замена препаратов в пределах одной фармакологической группы, 10,0% больных была назначена другая антиангинальная терапия.

Выводы. Предуктал MR может служить препаратом выбора при лечении стабильной стенокардии напряжения II функционального класса.

## **РОЛЬ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ В РАЗВИТИИ РАННИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ**

Шафранская К.С., Кузьмина О.К., Зыков М.В., Кашталап В.В., Барбараш О.Л.  
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» Кемерово, Россия  
[Kssh\\_83@mail.ru](mailto:Kssh_83@mail.ru)

Введение. Коронарное шунтирование (КШ) является признанным и широко распространенным методом реваскуляризации миокарда у больных ишемической болезнью сердца (ИБС). Несмотря на достигнутые успехи как в технике выполнения КШ, так и в послеоперационном ведении пациентов, такие грозные осложнения как инфаркт миокарда (ИМ), инсульт, острое повреждение почек (ОПП) с развитием почечной недостаточности, являются лидирующими в причинах госпитальной летальности после коронарного шунтирования

В настоящее время предикторами неблагоприятного исхода как в госпитальном, так и в отдаленном периодах после КШ является ряд клинико-anamnestических характеристик пациента – его возраст, наличие артериальной гипертензии (АГ), перенесенного ИМ, инсульта, сниженная сократительная способность левого желудочка, сахарный диабет (СД), почечная дисфункция (ПД), поражение периферических артерий. Однако пациенты, имеющие нарушение функции почек, часто исключаются из крупных исследований, посвященных сердечно-сосудистым заболеваниям. Целью настоящего исследования явилась сравнительная оценка частоты развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у пациентов, подвергшихся коронарному шунтированию (КШ) в госпитальном и отдаленном периоде с наличием исходной почечной дисфункции и без таковой. Материал и методы: в исследование включено 720 пациентов, прооперированных в 2011-2012 гг. по поводу клинически манифестирующего коронарного атеросклероза. Всем пациентам перед проведением КШ определяли концентрацию креатинина в сыворотке крови и рассчитывали скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD, а также определяли балл по аддитивной шкале риска EuroSCORE. Результаты: в проведенном исследовании в качестве порогового значения СКФ выбран уровень 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, который продемонстрировал значимое влияние на ближайшие исходы у больных, подвергшихся КШ. Выявлены различия в дооперационном клиническом статусе пациентов с наличием и отсутствием ПД. Пациенты со сниженной СКФ чаще имели хроническое заболевание почек в анамнезе, значимое поражение артерий нижних конечностей и экстракраниальных артерий, по сравнению с пациентами с нормальной СКФ. В госпитальном периоде выявлено, что среди пациентов с ПД чаще развиваются неблагоприятные сердечно-сосудистые и почечные осложнения. Через год после КШ у пациентов со сниженной СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> чаще возобновляются приступы стенокардии и прогрессирование хронической сердечной недостаточности. Оценивая вклад почечной дисфункции, определяемой по уровню СКФ, в развитие неблагоприятного исхода установлено, что только в группе пациентов среднего риска, комбинированный неблагоприятный исход развивается чаще среди пациентов ПД, по сравнению с пациентами без ПД через 1 год после КШ. Заключение: наличие почечной дисфункции оказывает неблагоприятное влияние на госпитальный исход КШ, на развитие отдаленного исхода наличие почечной дисфункции не обладает прогностической ценностью, однако повышает частоту развития стенокардии высокого ФК и хронической сердечной недостаточности.



## РАЗДЕЛ V. НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА

### ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ

Дадашова Э.Ф., Мелехов А.В., Гендлин Г.Е.  
ГБОУ ВПО РНИМУ им.Н.И.Пирогова, Москва, Россия  
[Doc-dadashova@mail.ru](mailto:Doc-dadashova@mail.ru)

**Введение:** Инсульт является одной из наиболее значимых медико-социальных проблем современности. Одним из наиболее действенных способов борьбы с ним является профилактика тромбоэмболических осложнений при фибрилляции предсердий (ФП).

**Цель:** Изучение реальной ситуации в профилактике инсульта у больных с ФП.

**Материалы и методы:** ретроспективный анализ историй болезни 400 пациентов, экстренно госпитализированных в ГКБ № 24 в связи с ФП с ноября 2014 по июль 2015 г.

**Результаты:** Причиной ФП чаще всего считалась ИБС (у 59,8 % больных), значительно реже - артериальная гипертензия (АГ) (24,5%) и клапанные пороки (6,3%). При этом у 89,5% пациентов амбулаторно целевые значения артериального давления не были достигнуты, что, возможно, говорит, о недооценке роли АГ в возникновении ФП. Симптомы, свидетельствующие о тяжести заболевания и необходимости госпитализации, наблюдались при поступлении менее чем у трети больных: боль ангинозного характера у 21% пациентов, одышка у 30,7% пациентов. У 9% больных были описаны оба симптома. В записях медицинской документации форма ФП у большинства больных считалась пароксизмальной, как на догоспитальном этапе (ДГЭ), так и при выписке из стационара (86,5% и 56,2% соответственно), хотя правильнее было бы назвать ее персистирующей, поскольку восстановление синусового ритма происходило не спонтанно, а под влиянием лечебных мероприятий (62,5% медикаментозная кардиоверсия, 22,5% - электрическая, только 9,25% больных кардиоверсия не проводилась). Надо отметить, что 83,7% кардиоверсий проводилось в условиях стационара и только лишь 16,3% - на ДГЭ. Такой сдвиг в пользу стационарной помощи пациентам без тяжелой симптоматики выглядит не вполне обоснованным. Средние значения суммы баллов по шкалам CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc и HAS-BLED составило 3,4 и 1,9 соответственно, т.е. подавляющее большинство пациентов нуждалось в проведении антикоагулянтной профилактики, имея при этом довольно низкий риск кровотечений. К сожалению, большинство пациентов при поступлении не получали профилактики антикоагулянтами (74%). Новые оральные антикоагулянты (НОАК) получали 11,8%, варфарин - 14,2%, из них целевые цифры МНО достигнуты только у 24,6% больных (т.е. адекватную тромбопрофилактику получали только 15,3% пациентов при том, что длительность существования ФП у 67% больных была более месяца). К моменту выписки НОАК получали 4%, варфарин - 78,8% больных, из них 25,4% находились на целевых значениях МНО (т.е. адекватная тромбопрофилактика у 24% пациентов). Средний день достижения целевого МНО в стационаре составил 5,2, средние значения МНО при выписке - 1,9. 54% больных было рекомендовано в амбулаторном периоде продолжить прием варфарина или НОАК (на выбор), 24,8% - варфарина, 4% - НОАК. К сожалению, большое количество пациентов после выписки из стационара прекращает прием антикоагулянтов по финансовым причинам или из-за трудностей с определением МНО.

**Заключение:** оптимизация помощи пациентам с ФП с целью профилактики инсульта должна быть направлена на улучшение информированности врачей поликлиник и врачей СМП о проблеме и способах ее решения, увеличение преемственности между врачами стационаров и поликлиник, упрощение контроля за терапией антикоагулянтами для больных, образовательные программы для пациентов, коррекцию факторов риска.

## МАРКЕРЫ ФИБРОЗА – НОВЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ионин В.А.1, Заславская Е.Л.1, Яцук Д.И.1, Соболева А.В.2, Полякова Е.А.1, Баженова Е.А.1, Беляева О.Д.1,2, Баранова Е.И.1,2, Шляхто Е.В.1,2

1-ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова» Минздрава России, кафедра терапии факультетской с курсом эндокринологии, кардиологии и функциональной диагностики имени Г.Ф.Ланга, Санкт-Петербург, Россия.

2-ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А.Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия.

[ionin.v.a@gmail.com](mailto:ionin.v.a@gmail.com)

**Введение.** Метаболический синдром (МС) увеличивает риск развития фибрилляции предсердий (ФП). Изучение предикторов развития данного нарушения ритма актуально для выявления группы риска среди пациентов с МС. Галектин 3 и альдостерон обладают профиброгенным действием, что может объяснять их потенциальную роль в развитии и прогрессировании ФП у пациентов с МС.

**Цель.** Определить уровни галектина 3 и альдостерона в сыворотке крови у пациентов с МС в сочетании с ФП. Оценить роль данных маркеров фиброза в развитии ремоделирования сердца и возникновении ФП.

**Материалы и методы.** Обследовано 100 пациентов с МС (IDF, 2005), из них 50 больных с впервые зарегистрированной ФП. Группу контроля составили 50 практически здоровых людей без сердечно-сосудистой патологии и метаболических нарушений. Уровни галектина 3 и альдостерона в сыворотке крови оценивались методом ИФА. Выполнена ЭхоКГ (GE Vivid 7). Статистический анализ выполнен с помощью SPSS 17.0.

**Результаты.** Уровень галектина 3 в сыворотке крови у больных с МС и ФП выше, чем у пациентов с МС без ФП и выше, чем у здоровых (0,72 [0,44;1,36], 0,44 [0,42;1,22] и 0,32 [0,28;0,42] нг/мл, соответственно;  $p < 0,01$ ). Уровень альдостерона в сыворотке крови у больных с МС и ФП выше, чем у пациентов с МС без ФП и выше, чем у здоровых ( $202,2 \pm 82,5$ ,  $150,3 \pm 72,2$  и  $98,4 \pm 51,8$  пг/мл;  $p < 0,001$ ). Корреляционный анализ установил положительную связь галектина 3 и показателей, характеризующих ремоделирование предсердий: объем и индекс объема левого предсердия ( $r=0,447$  и  $r=0,389$ , соответственно;  $p < 0,001$ ), объем и индекса объем правого предсердия ( $r=0,367$  и  $r=0,289$ , соответственно;  $p < 0,001$ ). Также установлена прямая корреляция между уровнем альдостерона в сыворотке крови, объемом и индексом объема левого предсердия ( $r=0,367$  и  $r=0,324$ , соответственно;  $p < 0,001$ ). Выявлена положительная связь уровня альдостерона и галектина 3, определенных в сыворотке крови у всех обследованных ( $r=0,509$ ,  $p < 0,001$ ). Регрессионный анализ подтвердил влияние альдостерона на уровень галектина 3 в сыворотке крови ( $\beta=0,321$ ,  $p < 0,001$ ). По данным многофакторного биномиального регрессионного анализа установлено, что вероятность возникновения ФП у пациентов с МС увеличивают не только традиционные предикторы возникновения данной аритмии: объем левого предсердия (ОШ=1,07, 95% ДИ 1,05-1,1,  $p < 0,001$ ), объем правого предсердия (ОШ=1,06, 95% ДИ 1,04-1,1,  $p < 0,001$ ), окружность талии (ОШ=1,05, 95% ДИ 1,03-1,08,  $p < 0,001$ ), но и изучаемые профиброгенные факторы – альдостерон (ОШ=1,11, 95% ДИ 1,08-1,22,  $p < 0,001$ ) и галектин 3 (ОШ=1,27, 95% ДИ 1,02-1,6,  $p=0,03$ ).

**Заключение.** Уровни галектина 3 и альдостерона в сыворотке крови у пациентов с метаболическим синдромом в сочетании с фибрилляцией предсердий выше, чем у пациентов с метаболическим синдромом без данного нарушения ритма. Данные маркеры фиброза ассоциированы с ремоделированием сердца и риском фибрилляции предсердий у больных с метаболическим синдромом. Галектин 3 и альдостерон, вероятно, являются предикторами возникновения и прогрессирования данной аритмии.



## **УРОВЕНЬ АЛЬДОСТЕРОНА КРОВИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ**

Кравченко И.Н.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака,

г. Донецк, Украина

[kafedra\\_vatutin@mail.ru](mailto:kafedra_vatutin@mail.ru)

**Введение.** Гиперактивация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы играет ключевую роль в развитии структурного и электрического ремоделирования миокарда, лежащего в основе фибрилляции предсердий (ФП). Исследования последних лет дают основания полагать, что большинство негативных эффектов, ранее объясняемых исключительно действием ангиотензина-2, отчасти могут быть обусловлены избыточной активностью альдостерона.

**Цель** – проанализировать уровень альдостерона крови у пациентов с различными формами ФП и больных с синусовым ритмом.

**Материал и методы.** В исследование были включены 130 пациентов (основная группа) с ФП неклапанной этиологии. Из них 40 (30,8%) пациентов имели постоянную, 50 (38,4%) – персистирующую и 40 (30,8%) – пароксизмальную форму аритмии. Контрольную группу составили 40 пациентов с кардиоваскулярной патологией, не имевших в анамнезе эпизодов ФП. Уровень альдостерона в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом. У пациентов с пароксизмальной и персистирующей ФП измерение проводили на фоне аритмии до восстановления синусового ритма. Референтными значениями считали уровень альдостерона 40-160 пг/мл.

**Результаты.** Уровень альдостерона крови был существенно выше у пациентов основной группы по сравнению с контрольной (в среднем  $141,5 \pm 41,8$  пг/мл против  $105,0 \pm 33,1$  пг/мл,  $p < 0,001$ ). При этом наиболее высоким он был у лиц с пароксизмальной и персистирующей формами ФП и несколько ниже – у больных с постоянной формой аритмии. Распространенность гиперальдостеронемии среди всех пациентов основной группы была существенно выше по сравнению с контролем и достигала 32,3% и 7,5% соответственно ( $\chi^2=8,44$ ,  $p=0,004$ ), однако при множественном сравнении достоверные различия были выявлены лишь между лицами с пароксизмальной формой аритмии (47,5%) и больными с синусовым ритмом.

**Заключение.** У пациентов, страдающих ФП, уровень альдостерона крови существенно выше по сравнению с больными с синусовым ритмом. При этом у лиц с пароксизмальной и персистирующей ФП концентрация этого гормона значимо превышает таковую у пациентов с постоянной формой аритмии.

## **СИНДРОМ БРУГАДА: ОТ ПЕРВИЧНОЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА К МОРФОЛОГИЧЕСКОМУ СУБСТРАТУ**

Павленко Т.А.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Первый Московский государственный медицинский университет имени

И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации

[pavlenko1307@mail.ru](mailto:pavlenko1307@mail.ru)

**Введение:** Рост интереса к каналопатиям и развитие их диагностики делают синдром Бругада все более актуальной проблемой для врачей. В связи с этим в 2012 году вышел новый консенсусный документ, регламентирующий критерии ЭКГ диагностики паттерна синдрома Бругада, однако он не решает всех проблем диагностики и лечения.

Цель: Проанализировать имеющуюся информацию по этиологии и патогенезу с.Бругада, его связям со структурными аномалиями сердца. Изучить проблему появления фенокопий с.Бругада; рассмотреть случаи сочетания миокардита и с.Бругада, изучить роль воспалительных изменений в возникновении или проявлении каналопатий. Провести анализ сочетания миокардита и с.Бругада на собственном клиническом наблюдении.

Материалы и методы: Были изучены материалы по этиологии с.Бругада, механизмам аритмогенеза, консенсусные документы по диагностике истинного с.Бругада и фенокопиям. Проанализированы исследования по моделированию синдрома *in vitro*, сопоставлены с существующими гипотезами изменения де- и реполяризации в ПЖ, возникновения ЖТ и ФЖ. Проанализированы механизмы фенокопий. Изучено сочетание миокардита с другими структурными болезнями сердца, его влияние на их клиническое течение. На собственном клиническом наблюдении рассмотрена концепция сочетания миокардита и с.Бругада и этиологическая роль воспалительных изменений миокарда в проявлении данного синдрома. Проведена оценка существующей концепции синдрома Бругада как «первичной электрической болезни сердца».

Результаты: Согласно животным моделям, помимо дисфункции Na<sup>+</sup> и активации K<sup>+</sup> каналов и потери свода ПД в эпикардальном слое, возникает значительная гетерогенность ПД (как укорочение, так и удлинение), дисперсия реполяризации, формирование транс- и интрамурального градиента напряжения, что приводит к появлению ЭС по типу Р на R, ЖТ (в том числе re-entry эпикард-эндокард) или ФЖ (при локальных замедлениях деполяризации, не связанных со структурными изменениями миокарда). Гетерогенность причин, вызывающих фенокопии с.Бругада, демонстрирует невозможность выявления у них единого патогенеза. Гистологические изменения в миокарде (дегенерация цитоплазмы и апоптоз кардиомиоцитов) у пациентов с мутацией гена SCN5A могут объяснить позднюю клиническую манифестацию синдрома, связанную с накоплением поврежденных клеток. Отмечено наличие миокардита у большинства симптомных пациентов с с.Бругада, корреляция симптомов с повышением уровня СРБ, гистологическим обнаружением парвовируса B19 в миокарде. На примере собственного клинического наблюдения продемонстрирована возможность сочетания миокардита, НЖЭС и с.Бругада. Гипотеза о едином происхождении НЖЭС и Бругада-паттерна данной пациентки представляется привлекательной, однако не до конца ясна этиологическая роль миокардита в возникновении нарушений ритма.

Заключение: Концепция первичной электрической болезни сердца применима к очень небольшому числу пациентов, имеющих данный клинический синдром. Значительная часть больных имеет какие-либо сопутствующие нарушения ритма, дегенеративные, воспалительные изменения миокарда, кардиомиопатии или вообще внесердечную патологию, не всегда очевидную лечащему врачу. Особые сложности вызывает сочетание синдрома Бругада и миокардита, и предстоит выяснить, является ли миокардит провокатором клинических проявления синдрома, усиливая апоптоз и «накапливая» повреждения, либо вызывает каналопатию *de novo*, действуя на K<sup>+</sup>, Ca<sup>2+</sup> и Na<sup>+</sup> каналы и запуская структурное и электрическое ремоделирование миокарда.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ**

Рубаненко А.О., Нелина О.А.

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

anatolii.rubanenko@gmail.com

Цель. Изучить некоторые клинические аспекты кардиоренального синдрома у больных с фибрилляцией предсердий (ФП) и хронической болезнью почек.

Материал и методы. В исследование включено 57 пациентов с ФП (средний возраст -  $71,1 \pm 10,5$  лет; 26 мужчин и 31 женщина). Все пациенты с ФП были разделены на группы в зависимости от степени снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ): 1 группа - 8 пациентов (14%) с нормальной СКФ ( $>90$  мл./мин.), 2 группа - 23 пациента (40,4%) с легким снижением СКФ (60-89 мл./мин.), 3 группа - 19 пациентов (33,3%) с умеренным снижением СКФ (45-59 мл./мин.), 4 группа - 7 пациентов (12,3%) с тяжелым снижением СКФ (15-29 мл./мин.).

Результаты. При анализе корреляционных взаимосвязей были выявлены достоверные ассоциации между степенью снижения СКФ и увеличением количества баллов по шкалам CHADS2 ( $R=0,32$ ;  $p=0,01$ ), CHA2DS2-VASc ( $R=0,33$ ;  $p=0,01$ ) и R2CHADS2 ( $R=0,77$ ;  $p<0,001$ ). По другим клинико-anamнестическим показателям достоверных корреляционных взаимосвязей выявлено не было.

Заключение. У пациентов с фибрилляцией предсердий по мере снижения скорости клубочковой фильтрации наблюдается увеличение риска развития инсульта по наиболее распространенным шкалам оценки риска его развития.

## **ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Рябая И.Н.

Государственное бюджетное учреждение высшего профессионального образования Северный государственный медицинский университет

г. Архангельск, Россия

[www.soldik24@yandex.ru](mailto:www.soldik24@yandex.ru)

Фибрилляция предсердий (ФП) – наиболее распространенное нарушение ритма сердца. Ее частота в общей популяции составляет 1-2%. В Европе ФП страдают более 6 млн. человек и на фоне старения населения ее распространенность в ближайшие 50 лет, по меньшей мере, удвоится.

Ряд исследований показали, что ФП является независимым фактором риска развития острого нарушения мозгового кровообращения.

Целью исследования являлось проанализировать частоту назначения антикоагулянтов у пациентов высокого и среднего риска развития тромбэмболических осложнений и оценить качество проводимой профилактики инсульта в реальной практике врача.

Материалы и методы: Проведен анализ 240 амбулаторных карт пациентов, наблюдаемых в амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Архангельска в период с октября 2012 года по октябрь 2015 года. Критерии включения: документированное наличие фибрилляции предсердий (ФП). Критерии исключения: ревматические пороки сердца, послеоперационная ФП, клинический тиреотоксикоз, синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW). Для проведения исследования были разработаны индивидуальные анкеты, в которые включались демографические данные пациента, риск развития инсульта и системных тромбэмболий у пациентов с ФП оценивали по шкале CHA2DS2VASc, риск развития кровотечения по шкале HAS-BLED, в каждом случае анализировалась проводимая антикоагулянтная терапия.

Результаты исследования: Из 240 пациентов, включенных в исследование 139 человека (58%) женщины, человека 101 (42%) мужчины, 149 человек (62%) с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, 91 человек (38%) - персистирующая форма ФП.

Высокий риск инсульта по шкале CHA2DS2-VASc диагностирован у 227 пациентов (94,6%), средний риск (1 балл) по шкале CHA2DS2-VASc имели 9 человек (3,7%), низкий риск инсульта (0 баллов) имели 4 пациента (1,7%).

Среди пациентов высокого и среднего риска по шкале CHA2DS2-VASc, получают антикоагулянтную терапию только 114 человека (48,3 %), из них принимают варфарин 79 человек (33,5%), новые пероральные антикоагулянты (НПАК) у 35 пациентов (14,8%).

Причины, по которым не назначалась антикоагулянтная терапия пациентам с высоким риском по шкале CHA2DS2-VASc: не назначение терапевтом 96 человек (78,7%), не желание пациента принимать любой из оральных антикоагулянтов-23 человека (18,9%), желудочно-кишечное кровотечение в анамнезе 3 человека (2,4%).

В нашем исследовании при оценке риска кровотечения по шкале HAS-BLED, высокий риск (3 и более баллов) был диагностирован у 92 пациентов (38,3%).

В ходе исследования проведена оценка адекватности антикоагулянтной терапии у пациентов, принимающих варфарин, доля времени нахождения международного нормализованного отношения (МНО) в целевом диапазоне составила 46,8%. Доля пациентов, имеющих показатели МНО ниже и выше целевого диапазона, составила 43% и 10,2% соответственно.

Заключение: Исследование показало, что частота назначения антикоагулянтов у пациентов высокого и среднего риска остается низкой и составляет 48,3%, при этом МНО в терапевтическом диапазоне не более, чем у 46,8%, принимающих варфарин. Частота назначения НПАК у пациентов высокого и среднего риска по шкале CHA2DS2-VASc остается низкой и составляет 14,8%.

## **ВЛИЯНИЕ КАТЕТЕРНОЙ ИЗОЛЯЦИИ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА**

Хамнагадаев И.А.2,3, Баймуканов А.М.1,2, Ильич И.Л.3, Термосесов С.А.2,  
Сторожаков Г.И.1, Коков Л.С.4

1- ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, кафедра Госпитальной терапии №2

2- Научно-исследовательский клинический институт педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ

3-ГБУЗ «Городская клиническая больница им. В.М. Буянова» ДЗ г. Москвы

4 - ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ

[baymukanov@gmail.com](mailto:baymukanov@gmail.com)

Введение: Фибрилляция предсердий (ФП) – одно из наиболее распространенных нарушений ритма сердца, диагностированное у 1-2% общей популяции. По данным различных исследований, наличие ФП ухудшает прогноз лечения больных с хронической сердечной недостаточностью, одним из ранних проявлений которой является диастолическая дисфункция левого желудочка (ДДЛЖ). Длительное удержание синусового ритма у ряда пациентов возможно после успешной катетерной изоляции легочных вен (КИЛВ). При этом, вопрос о нормализации диастолической функции левого желудочка после таких процедур остается нерешенным.

Цель: Оценить влияние катетерной антральной изоляции легочных вен на диастолическую функцию левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с пароксизмальной и персистирующей формой фибрилляции предсердий.

Материалы и методы: В исследование включено 19 пациентов (больных женского пола - 11), страдающих пароксизмальной и персистирующей формой ФП, в возрасте от 33 до 72 лет. Медиана (Ме) возраста – 56 лет, интерквартильный размах (IQR): 51-66 лет. Длительность заболевания – 4-180 месяцев (Ме=56(IQR: 39-84)). Пациентам выполнена катетерная антральная изоляция легочных вен различными методами: робот-ассистированная катетерная антральная изоляция легочных вен (n=11;58%), радиочастотная катетерная антральная изоляция легочных вен (n=4;21%), криобаллонная катетерная антральная изоляция легочных вен (n=4;21%). Контрольные точки

исследования: наличие ДДЛЖ до и после КИЛВ по данным эхокардиографии, наличие ФП после КИЛВ (по данным суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру). Период наблюдения составил 6 месяцев.

Результаты: У 15 (79%) пациентов за период наблюдения отмечено стойкое удержание синусового ритма, у 4 (21%) больных зарегистрированы пароксизмы ФП. До операции ДДЛЖ выявлена у 8 (42,11%) больных: 1 тип (n=3;37,5%), 2 тип (n=4;50%) и 3 тип (n=1;12,5%) нарушения расслабления миокарда ЛЖ. Через 6 месяцев после КИЛВ отмечена тенденция к улучшению диастолической функции ЛЖ. ДДЛЖ после процедуры диагностирована у 7 (36,84%) больных: 1 тип (n=4;57,1%), 2 тип (n=3;42,9%) нарушения расслабления миокарда ЛЖ. Отмечена взаимосвязь между успешной КИЛВ и нормализацией диастолической функции ЛЖ ( $r=-0,7$ ;  $p<0,05$ ). При проведении регрессионного анализа выявлено, что вероятность нормализации диастолической функции ЛЖ выше у больных с успешной КИЛВ по сравнению с пациентами, у которых диагностирован рецидив ФП ( $p=0,0015$ ).

Заключение: У пациентов с пароксизмальной и персистирующей формой фибрилляции предсердий отмечается нарушение диастолической функции ЛЖ в 42% случаев. Эффективная катетерная антральная изоляция легочных вен ассоциирована с нормализацией диастолической функции ЛЖ в течение 6 месяцев.

## **РАЗДЕЛ VI. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ**

### **ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ С БОЛЬНЫМИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Бендингер М.Н., Халмухамедов Б.Т., Мавлянов С.И.  
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан  
[margarita.bendinger@tma.uz](mailto:margarita.bendinger@tma.uz)

По данным ВОЗ, повышением артериального давления страдает 20% населения земного шара, около 40 человек на одного врача общей практики.

Цель исследования: провести профилактический осмотр и предложить оптимальный вариант наблюдения, лечения и ведения больных гипертонической болезнью (ГБ) врачом общей практики.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 48 больных, из них гипертоническая болезнь I ст. наблюдалась у 22 больных, II ст. - у 16 и III ст. - у 10 больных.

Всем больным проводились стандартные исследования и трехкратное измерение АД в течение дня. У большинства больных была избыточная масса тела (индекс массы тела составлял 30-35 кг/м<sup>2</sup>).

Больные были разбиты на три группы в зависимости от степени артериальной гипертонии. В первой группе АД составило 140-159/90-99 мм рт.ст. Во второй группе АД было 160-179/100-109 мм рт.ст. В третьей группе АД составило 180-200/110-120 мм.рт.ст.

Результаты. При анализе амбулаторных карт, выписок из историй болезни и личных бесед и осмотров больных было установлено, что отягощенный семейный анамнез по ГБ имели 28 пациентов. При анализе выявлены и другие факторы риска: повышенная масса тела, злоупотребление очень соленой пищей, несоблюдение принципов здорового образа жизни.

На фоне приема эналаприла (5-10мг/сут), бисопролола (5мг/сут) и индапамида (2,5 мг/сут) в I группе АД снизилось до 120-130/80 мм.рт.ст. Во второй и третьей группах снижение АД составило 120-130/80-85 и 130-135/80-88 мм.рт.ст. соответственно.

Более эффективные результаты лечения были достигнуты при работе с группами больных в специально организованных «школах гипертоника», что связано с пониманием больными необходимости четкого контроля и лечения АГ и приверженности к лечению.

Заключение. Таким образом, всем больным для улучшения состояния рекомендовано нормализовать массу тела, ограничить приём поваренной соли, заниматься лечебной физической культурой, что значительно снизит АД и улучшит качества жизни.

### **ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ**

Бендингер М.Н., Юлдашева Х.Ю.  
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан  
[margarita.bendinger@tma.uz](mailto:margarita.bendinger@tma.uz)

Женщины в климактерическом периоде, как правило, страдают артериальной гипертонией (АГ). АГ - ведущий фактор риска развития инфаркта миокарда, мозгового инсульта и застойной сердечной недостаточности. Патогенез данной АГ сложен (гиперволемиа, повышенная реабсорбция Na, повышение сердечного выброса, активация



симпатической нервной системы, спазм периферических сосудов, повышение общего периферического сопротивления) и диктует необходимость его учета в терапии.

Цель исследования. Изучение особенностей АГ у женщин в зависимости от фазы климактерического периода и степени дисгормональных нарушений.

Материал и методы. Нами обследованы две группы женщин с климактерическим синдромом (КС) -68 больных. 1 группа-32 женщины в периоде пременопаузы, 2 группа - 36 женщин в периоде постменопаузы. Возраст 1-й группы составлял  $48\pm 2,4$ , 2-й группы -  $52,9\pm 2,7$  лет. КС был верифицирован на основании характерных клинических синдромов. В 1-й группе АД колебалось от 140/90 до 154/100 мм рт. ст., подъемы АД были кратковременными, быстро купировались покоем, полноценным сном, транквилизаторами или монотерапией гипотензивным препаратом. Во 2-й группе- АД колебалось от 150/95 до 170/105 мм рт. ст., было стабильно высоким, для его коррекции требовалось применение нескольких гипотензивных препаратов, сопровождалось гипертрофией миокарда и дилатацией левого желудочка по данным ЭКГ и ЭХОКГ.

Результаты. Изучение гормонального профиля свидетельствует о снижении уровня эстрадиола и прогестерона, т.е. о нарастании эстрогенной недостаточности, которая является ведущим фактором в развитии АГ. Отмечено, что нарастание эстрогенного дефицита сопровождается учащением частоты АГ, ГЛЖ и увеличением КДО и КСО, особенно в период постменопаузы. Больным КС свойственны проявления метаболического синдрома, так у 45% женщин 1-й группы и у 60% 2-й группы выявлено андройдное, (висцеральное) ожирение, отмечено нарушение толерантности к глюкозе.

Таким образом, больные в постменопаузе относятся к группе высокого риска, так как им свойственно сочетание АГ и метаболических расстройств, усугубляющих друг друга и резко повышающих риск развития ожирения, сахарного диабета, ИБС.

Выводы. 1. Сдвиг в гормональном фоне у больных КС, особенно дефицит эстрогенов, является ведущим фактором в развитии метаболического синдрома.

2. Раннее выявление и своевременное лечение метаболического синдрома у женщин КС способствует значительному уменьшению сердечно-сосудистых осложнений, прежде всего, инфаркта миокарда и инсульта.

## **АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

Бокерия Л.А., Абдулгасанов Р.А., Иванов А.В., Абдулгасанова М.Р., Гасымов Э.Г.  
ФГБУ НЦССХ им. А. Н. Бакулева Минздрава РФ, Москва, Россия  
[ramizsurgeon@mail.ru](mailto:ramizsurgeon@mail.ru)

Цель исследования выявить первичный гиперальдостеронизм (синдром Конна) у больных с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) - гипертонической болезни (ГБ).

Материалы и методы. С 1986 по 2015 гг. обследованы 2050 больных в возрасте от 5 до 75 лет со стойкой артериальной гипертензией (АГ) и диагнозом ГБ. При всестороннем обследовании больных у 71,0 % больных диагноз "ГБ" (ЭАГ) не подтвердился и были выявлены различные формы вторичных артериальных гипертензий.

Результаты. Синдром Конна (первичный гиперальдостеронизм) с аденомой надпочечников (НП) был диагностирован у 9,8% больных. Небольшие аденомы и макро- и микронодулярная гиперплазия надпочечника (НП) при УЗИ, ангиографии не было диагностировано, и были установлены у 32,2% больных только при МРТ и КТ.

При ревизии забрюшинного пространства у 22 пациентов была выявлена микро- или макронодулярная гиперплазии НП, у 10 больных образования диаметром от 1 до 4 мм не были диагностированы при УЗИ и изучении гормонов до операции. После оперативных

вмешательств у больных с односторонним поражением НП у 98% наступил хороший гипотензивный эффект. При двусторонних поражениях НП нормотензия наступила только у 65%.

Длительный гипотензивный эффект наблюдается у больных, которым было выполнено удаление опухоли, НП с над-, поддиафрагмальной СГЭ, расширенной десимпатизацией. Хирургические методы лечения при надпочечниковых АГ позволяли у 65- 85% больных получить хороший и удовлетворительный эффект.

Заключение. Таким образом, широкое использование информативных диагностических методов (КТ, МРТ с контрастированием) позволяет своевременно установить диагноз и значительно снизить осложнений.

## **АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧЕК (ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ)**

Бокерия Л.А., Абдулгасанов Р.А., Иванов А.В., Абдулгасанова М.Р., Гасымов Э.Г.  
ФГБУ НЦССХ им. А. Н. Бакулева Минздрава РФ, Москва, Россия  
[ramizsurgeon@mail.ru](mailto:ramizsurgeon@mail.ru)

Целью исследования явилось выявить нефрогенные артериальные гипертензии (НАГ) с поражением паренхимы почек у больных с "гипертонической болезнью" (ГБ).

Материалы и методы. С 1986 по 2015 гг. обследованы 2050 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, уменьшение 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% пациентам 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.

## **АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ НАДПОЧЕЧНИКОВ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

Бокерия Л.А., Абдулгасанов Р.А., Иванов А.В., Абдулгасанова М.Р., Гасымов Э.Г.  
ФГБУ НЦССХ им. А. Н. Бакулева Минздрава РФ, Москва, Россия  
[ramizsurgeon@mail.ru](mailto:ramizsurgeon@mail.ru)



Цель исследования выявить феохромоцитомы (ФЦ) надпочечников (НП) у больных «гипертонической болезнью (ГБ)».

Материалы и методы. С 1986 по 2015 гг. обследовали 2050 больных артериальной гипертензией (АГ). ФЦ надпочечников была причиной АГ у 1,8% больных. Вненадпочечниковые формы ФЦ сердца, парааортального пространства со злокачественным течением АГ выявлена у 3,0% больных.

Результаты. У 97,9 % больных после операции наблюдался хороший и удовлетворительный гипотензивный эффект. У одного пациента через 5 лет произошел рецидив. После радикальной операции наступила нормотензия. У другого больного ФЦ сердца больших размеров оказалась неоперабельной. Злокачественная ФЦ с отдаленными метастазами была диагностирована у 4 больных только при КТ и МРТ. К сожалению, из-за несвоевременной диагностики из признаков злокачественного роста информативными оказались только метастазы. Небольшие ФЦ при УЗИ, ангиографии не было диагностировано, и были установлены у 32% больных только при МРТ и КТ. У 10 пациентов была выявлена вненадпочечниковые единичные или множественные ФЦ диаметром от 1 до 4 мм в парааортальной клетчатке, вокруг почечных артерий, которые не были диагностированы при УЗИ и изучении гормонов до операции. После оперативных вмешательств у больных с односторонним поражением НП у 97,9% наступил хороший гипотензивный эффект. Длительный гипотензивный эффект наблюдался у больных, которым было выполнено удаление опухоли со спланхниканглионэктомией (СГЭ), расширенной десимпатизацией.

Заключение. Таким образом, широкое использование КТ, МРТ позволяет своевременно установить диагноз ФЦ, и значительно снизить ее осложнений.

## **ВТОРИЧНЫЕ (СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ) АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

Бокерия Л.А., Абдулгасанов Р.А., Иванов А.В., Абдулгасанова М.Р., Гасымов Э.Г.  
ФГБУ НЦССХ им. А. Н. Бакулева Минздрава РФ, Москва, Россия  
[ramizsurgeon@mail.ru](mailto:ramizsurgeon@mail.ru)

Цель исследования выявления вторичных артериальных гипертензий (ВАГ) среди больных метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. В НЦССХ им. Бакулева РАМН с 2010 по 20154 гг. обследованы 599 больных в возрасте от 48 до 79 лет МС и артериальной гипертензией (АГ). Длительность АГ составила 9+15 лет.

Результаты. При обследовании больных были использованы медикаментозные пробы, динамическая сцинтиграфия почек, УЗИ аорты, магистральных артерий, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) с введением контрастирующих веществ органов брюшной полости и забрюшинного пространства. При всестороннем обследовании 599 больных у 25% больных диагноз МС не подтвердился и были выявлены различные виды ВАГ. Из 599 больных с МС паренхиматозная (нефрогенная) АГ была диагностирована у 17,4%, вазоренальная гипертензия с поражением артерий у 2,2% больных. У 0,4% больных выявлена окклюзия почечных артерий со сморщиванием почек. При МСКТ и МРТ с контрастированием у 5,4% пациентов были выявлены изменения со стороны надпочечников. Феохромоцитома надпочечника была диагностирована у 2,2% больных, синдром Конна у 3,3% больных. Консервативная терапия и хирургические методы лечения при ВАГ позволяли у 75-85% больных получить хороший и удовлетворительный эффект, минимизировать дозы гипотензивных препаратов, улучшить качество жизни.

Заключение. Таким образом, тщательное обследование больных с применением высокоинформативных диагностических методов (УЗИ, МСКТ, МРТ) позволяют своевременно диагностировать ВАГ, значительно снизить удельный вес МС.

## **СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ (РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ 2050 БОЛЬНЫХ)**

Бокерия Л.А., Абдулгасанов Р.А., Иванов А.В., Абдулгасанова М.Р., Гасымов Э.Г.  
ФГБУ НЦССХ им. А. Н. Бакулева Минздрава РФ, Москва, Россия  
[ramizsurgeon@mail.ru](mailto:ramizsurgeon@mail.ru)

Цель исследования диагностировать вторичных, симптоматических артериальных гипертензий (САГ) у больных с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ), "гипертонической болезнью (ГБ)".

Материалы и методы. С 1986 по 2015 гг. обследованы 2050 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 больных у 71,0 % больных диагноз "ГБ" (ЭАГ) не подтвердился.

Результаты. При 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. Феохромоцитомы 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 (УЗИ, КТ, МРТ) больных ЭАГ у 71,0% удается выяснить причину АГ. Широкое использование высокоинформативных диагностических методов позволяют значительно снизить удельный вес ЭАГ ("ГБ"). До 80% гормональноактивных опухолей небольших размеров традиционными методами не выявляется. Хирургические методы лечения позволяют у 80-85% больных получить хороший и удовлетворительный эффект, минимизировать дозы антигипертензивных препаратов, уменьшит церебральных и кардиальных осложнений, улучшить качество жизни. Пожизненная гипотензивная терапия при САГ показана только при противопоказаниях к хирургической, эндоваскулярной, эндоскопической коррекции или их неэффективности.

## **ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Бокерия Л.А., Абдулгасанов Р.А., Иванов А.В., Абдулгасанова М.Р., Гасымов Э.Г.  
ФГБУ НЦССХ им. А. Н. Бакулева Минздрава РФ, Москва, Россия  
[ramizsurgeon@mail.ru](mailto:ramizsurgeon@mail.ru)

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

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

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

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

## **ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ЧАСТОТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Зубайдуллаева М.Т., Каримова Г.А., Омаров Х.Б.  
Ташкентская медицинская академия. Узбекистан.  
Maksuda.zubaydullayeva@mail.ru

В настоящее время артериальная гипертония (АГ) является самым распространенным хроническим заболеванием в урбанизированных регионах мира. Изучение состояния вегетативной нервной системы (ВНС), а также причин возникновения и клинических проявлений вегетативных расстройств является одной из актуальных проблем современной медицины. За последнее время были выявлены тесные взаимосвязи между состоянием ВНС и различными нарушениями ритма сердца, а также смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), включая внезапную сердечную смерть.

Целью исследования было оценить показатели суточной вариабельности сердечного ритма и проанализировать взаимосвязи риска развития осложнений гипертонической болезни и нарушения сердечного ритма у больных с артериальной гипертонией.

Материал и методы исследования: Было обследовано 75 пациентов с диагнозом гипертоническая болезнь 3 стадии в возрасте от 45 до 70 лет (средний возраст которых составил  $61,1 \pm 8,9$  лет), из них 44 мужчины (58,7%) и 31 (41,3%) женщин и 18 практически здоровых лиц сопоставимых с больными основных групп по возрасту, полу, росту и весу (контрольная группа). Всем исследуемым проводили суточное мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ). По данным ХМЭКГ изучались наличие нарушений ритма и проводимости сердца, и вариабельности сердечного ритма (ВРС). При оценке показателей ВРС опирались на рекомендации Европейского общества кардиологов и Североамериканского общества кардиостимуляции и электрофизиологии. Спектральный анализ проводился по диапазонам очень низких (VLF – характеризует гуморальные влияния, активность ренин – ангиотензин - альдостероновой системы), низких (LF-характеризует симпатические влияния) и высоких (HF-характеризует парасимпатические влияния), Total – общая

мощность спектра. Результаты исследования обрабатывались статистическими методами с помощью пакета программного обеспечения Excel 2000.

Результаты и обсуждение. У больных контрольной группы ЖЭ регистрировались крайне редко (лишь у 2 больных – 14%) и были представлены одиночными мономорфными ЖЭ не более 10 в сутки, которые регистрировались в дневные часы. В то же время у больных с ГБ -3ст. желудочковые нарушения ритма встречались значительно чаще и были представлены различными вариантами. НЖЭС -35%, ЖЭС 13%, НЖЭ=ЖЭС -45%, без нарушений ритма -7%. Зарегистрированные ЖЭ оценивались по классификации В.Lowp, М.Wolf и М.Ryan: I класс –48%, II класс — 36%, III класс —7%, IV класс - 9%.

Анализ спектральных показателей ВСР у пациентов с АГ при наличии у них нарушений ритма сердца в отличие от таковых с отсутствием аритмий показал, что у данной группы обследуемых выявлено более выраженное снижение ВСР. При анализе спектральных параметров выявлено снижение общей мощности спектра (TP на 45%) и его высокочастотной (HF на 23,4%). Установлено, что более низкие показатели TP и HF наблюдались у тех пациентов с АГ, у которых вовремя мониторинга ЭКГ зарегистрированы групповые ЖЭС. Мощность низкочастотного (LF) спектра у больных с тяжелыми желудочковыми экстрасистолами была значимо выше, чем при отсутствии ЖЭС. Отмечено повышение симпато- вагального индекса LF\HF у больных с ассоциацией наджелудочных аритмий и жизнеугрожающих ЖЭС, был достоверно выше, чем при изолированных наджелудочковых экстрасистолиях.

Таким образом, у пациентов с гипертонической болезнью в сравнении со здоровыми, выявлено более выраженное снижение вариабельности сердечного ритма, что является прогностическим значимым, в плане развития жизненно опасных аритмий.

## **ПАЦИЕНТЫ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА**

Орехова И.В., Анисимова Е.Н., Давыдова С.С., Рязанцев Н.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет им А.И. Евдокимова. Москва, Россия

[Irina-stomdent@mail.ru](mailto:Irina-stomdent@mail.ru)

Введение. Роль современных стоматологов в профилактике и диагностике общесоматических осложнений у пациентов на амбулаторном приеме возрастает с каждым годом. Число людей, обращающихся за стоматологической помощью, непрерывно увеличивается, меняется возрастной состав пациентов. Так, в городских поликлиниках большинство пациентов, нуждающихся в стоматологической помощи, старше 65 лет, а распространённость артериальной гипертензии в этой возрастной группе достигает 50-65%. Стоматолог нередко является первым врачом, который может заподозрить гипертоническую болезнь у пациента и направить его на консультацию к специалисту. Пациенты с артериальной гипертензией относятся к группе риска, что требует особенно тщательного подхода к выбору препарата для местного обезболивания. Целью работы явилось обоснование выбора эффективного и безопасного местного обезболивания у пациентов с сердечно-сосудистой патологией.

Материалы и методы: Для определения частоты измерения артериального давления перед стоматологическим вмешательством у пациентов нами было проведено социологическое исследование, в котором приняли участие более 2500 врачей-стоматологов.

Было обследовано 50 пациентов с артериальной гипертензией на амбулаторном стоматологическом приеме, находящиеся на фармакологической коррекции по поводу основного заболевания (28 женщин, 22 мужчины, в возрасте от 35 до 70 лет).

Сбор анамнеза проводился по стандартному опроснику с дополнительно разработанными нами уточняющими вопросам.

После определения функционального состояния этим пациентам была проведено стоматологическое лечение (препарирование, депульпирование, удаление зубов) при мониторинговании гемодинамических показателей.

Результаты: итогом социологического исследования стало выявление частоты определения показателей артериального давления перед стоматологическим вмешательством у пациентов на амбулаторном приеме. Измерение артериального давления у пациентов перед стоматологическим вмешательством осуществляется в обязательном порядке перед приемом – 1,3%, перед хирургическими вмешательствами при наличии в анамнезе сопутствующей патологии – 14%, при наличии жалоб пациентов и по их просьбе – 65%, в случае неотложных состояний – 19,7%.

Нами были разработаны дополнительные уточняющие вопросы к анкете для сбора анамнеза у пациентов с АГ.

Был проведен анализ фармакологического взаимодействия препаратов, которые принимают пациенты с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, с местно-обезболивающими растворами. После проведенного анализа мы обоснованно выбирали препараты для местного обезболивания, которое должно быть эффективным и безопасным.

Заключение. Таким образом, обоснованный выбор местного обезболивания позволит избежать неотложных состояний в условиях амбулаторного стоматологического приема.

## **РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА В БИОЛОГИЧЕСКИХ ОБРАЗЦАХ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Осипова О.А.1, Шепель Р.Н.2, Комисов А.А.1, Драпкина О.М.3, Осипов П.Г.1,

Плаксина К.Г.1, Малай Н.В.1

1 ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет».

2 ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Минздрава России.

3ФГБУ "Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины" Минздрава России.

[osipova@bsu.edu.ru](mailto:osipova@bsu.edu.ru)

Цель. Изучить количественный макроэлементный состав ткани почки у больных с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Методом прижизненной нефробиопсии у больных гипертонической болезнью (n=12, длительность артериальной гипертензии 6,3±1,5 года) подвергнутых хирургическому лечению верхних мочевых путей, производили забор проб биологической ткани почки. Для контроля исследовали содержание химических элементов почки здоровых людей, погибших в автокатастрофах (n=18). Средний возраст больных составил 48,3±1,6 года. Методом атомно-эмиссионной спектрометрии с использованием методов нанотехнологий: сканирующей (СЭМ; FEI Quanta 200, FEI Quanta 600) и сканирующей трансмиссионной микроскопии (СТЭМ; FEI Nova NanoSEM) определяли содержание макроэлементов и микроэлементов.

Результаты. Установлено, что концентрация атомарного макроэлемента С у больных артериальной гипертензией по сравнению с контрольной группой имела тенденцию к увеличению, превышая показатели контрольной группы на 9%. При этом у пациентов с

гипертонической болезнью в ткани почки имеет место значимое достоверное снижение атомарной массы всех основных химических элементов (N, O, Na, Mg, P, S, Cl, K, Zn).  
Заключение. Дальнейшее исследование механизмов развития артериальной гипертензии с оценкой концентраций химических элементов непосредственно в тканях различных органов, где и протекают биохимические реакции, является важным для выявления степени вовлеченности в эти процессы конкретных органов. Создание базы данных общего элементного состава биологических тканей является новым перспективным направлением кардиологии. Полученные результаты оценки элементного состава ткани почки при заболеваниях сердечно-сосудистой системы откроют новые возможности терапевтического влияния на ранние механизмы поражения органов мишеней.

## **ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Рубаненко А.О., Орехова А.С.  
ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия  
[anatolii.rubanenko@gmail.com](mailto:anatolii.rubanenko@gmail.com)

Цель. Изучить возрастные особенности артериальной ригидности у пациентов с артериальной гипертензией.

Материал и методы. В исследование включено 130 пациентов с артериальной гипертензией, проходивших стационарное лечение в клиниках ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России (средний возраст -  $61,7 \pm 14,3$  лет). У всех пациентов проводилось суточное мониторирование артериального давления на приборе VpLab (компания ООО «Петр Телегин», Новосибирск, Россия), модель МнСДП-3, с помощью Vasotens Office. Все пациенты были разделены на четыре группы: 1 группа - пациенты молодого возраста (17 человек), 2 группа - пациенты среднего возраста (36 человек), 3 группа - пациенты пожилого возраста (52 человека), 4 группа - пациенты старческого возраста (25 человек).

Результаты. Средний суточный индекс ASI (индекс ригидности артерий) был наиболее высоким в группе пациентов пожилого и старческого возраста, при этом различия по сравнению с группами пациентов молодого и среднего возраста достигли статистической достоверности ( $p < 0,05$ ). Средний суточный индекс AIx (индекс аугментации) у пациентов 4 группы был наиболее высоким и превышал нормальные значения, при этом различия по сравнению с 1, 2 и 3 группами пациентов были статистически достоверными ( $p < 0,05$ ). По другим показателям ригидности артерий достоверных различий среди пациентов всех групп не было выявлено. Средний суточный уровень индекса аугментации в аорте (AIXao), приведенный к ЧСС=75 ударов в минуту был наиболее высоким в группах пациентов пожилого и старческого возраста, при этом отличия от пациентов других групп были статистически значимыми ( $p < 0,05$ ). Достоверные корреляционные взаимосвязи с возрастом пациентов были выявлены для суточных индексов ASI ( $R=0,57$ ;  $p < 0,05$ ), ASI (стандарт.) ( $R=0,38$ ;  $p < 0,05$ ), AIX ( $R=0,4$ ;  $p < 0,05$ ), AIXao (стандарт.) ( $R=0,34$ ;  $p < 0,05$ ).

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



## ИЗУЧЕНИЕ ПАТОГЕНЕЗА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Тураева

Д.М.,

Алимова

Г.У.

Ташкентская Медицинская Академия, город Ташкент, Узбекистан

[dilnoza.turaeva@tma.uz](mailto:dilnoza.turaeva@tma.uz)

Артериальная гипертензия (АГ) остается важнейшей медико-социальной проблемой. АГ в женской популяции характеризуется рядом гендерных особенностей, что играет немаловажную роль в развитии ишемической болезни сердца (ИБС). У женщин с АГ развитие ИБС в 3,5 раза выше, чем у женщин с нормальным артериальным давлением (АД). Риск развития ИБС в течение последующих 10 лет их жизни у женщин с АГ, даже получавших удовлетворительную гипотензивную терапию был в 8 раз выше, чем для женщин с нормальным АД. Для женщин с неадекватной терапией риск был почти в 19 раз выше. Конечно, среди молодых женщин распространенность АГ невелика. Хорошо известно, что она существенно возрастает после менопаузы. В последнее время отмечается рост АГ среди молодых женщин, в т.ч. среди беременных. АГ у беременных вызывает серьезные осложнения не только в период беременности и родов, но и оказывает неблагоприятное влияние на отдаленный прогноз у матери.

Цель: изучить основные причины, приводящие к АГ у женщин молодого и среднего возраста), проходивших амбулаторное лечение в семейной поликлинике (СП) № 9 города Ташкента.

Материалы и методы: проведено комплексное клиническое обследование, включающее в том числе гормональную, ультразвуковую, рентген-контрастную диагностику и консультации специалистов, ста женщин с АГ 1-3 степени в возрасте от 17 до 39 лет (средний возраст  $27,8 \pm 1,1$  года).

Результаты: выявлены следующие состояния, рассматриваемые в настоящее время как самостоятельные причины повышения АД: ожирение – 73%, заболевания желез внутренней секреции (гипо-, гипертиреоз, нарушения углеводного обмена) – 23%, хронические болезни почек (лекарственного, воспалительного, обменного происхождения) – 39%, поликистоз яичников – 6%, регулярный прием гормональных контрацептивов – 41%, при этом сочетание 2 отмечено у 57%, сочетание 3 – у 21% женщин. Также отмечен высокий уровень наследственной отягощенности по АГ – 82%. Повышение АД является интегральным показателем дезадаптации сердечно-сосудистой системы, и оценить вклад каждого из имеющихся факторов сложно. Однако одна из ведущих ролей в развитии АГ у женщин репродуктивного возраста принадлежит нейроэндокринным нарушениям, диагностированным у 48%. Основными их признаками являются ожирение, мастопатия, гормонально-зависимые заболевания репродуктивной сферы, нарушения менструального цикла. Показатели АД у женщин с нейроэндокринной дисфункцией были достоверно выше, чем у женщин с АГ другой этиологии. Также выявлено, что нейроэндокринная патология и ожирение предрасполагают к развитию хронического пиелонефрита.

Заключение.

1. Для гипертензии у женщин репродуктивного возраста характерна полиэтиологичность патогенеза, что в ряде случаев может затруднять ее интерпретацию в качестве как эссенциальной АГ, так и моноэтиологичной вторичной.
2. Большую роль в развитии АГ у женщин играет нейроэндокринная дисфункция, отмеченная у 48% обследованных.
3. Подробное изучение всех заболеваний и факторов повышения АД, имеющихся в каждом конкретном случае, дает возможность более эффективно воздействовать на причины АГ и управлять ею.



## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Халмухамедова С.М., Шоалимова З.М.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

[suraye\\_mar@mail.ru](mailto:suraye_mar@mail.ru)

Своевременно проводимые мероприятия по ранней диагностике и лечению артериальной гипертензии в условиях первичного звена имеют большое значение для предупреждения развития ее тяжелых осложнений. Важную роль в этом процессе имеют «Школы здоровья» создаваемые на базе семейных поликлиник и сельских врачебных пунктов, основной целью которой является обучение пациентов .

Цель исследования – изучить эффективность обучения пациентов с АГ в течение 6 месяцев после обучения в «Школе здоровья».

Материал и методы: в условиях семейной поликлиники обучено 128 пациентов (средний возраст  $47,9 \pm 2,3$  лет) с установленным диагнозом АГ I и II стадии, находящихся на амбулаторном лечении в семейной поликлинике №16 г. Ташкента с подбором адекватной современной гипотензивной терапии. После обучения в «Школе здоровья» всем пациентам были проведены диспансерные осмотры через 3 и 6 месяцев, при этом 65,3% пациентов подкрепляли полученные навыки и знания в данных сроках наблюдения и составили группу пролонгированного обучения – 1 группу (65 пациентов), 37,3% пациентов не обучались повторно и составили группу пациентов без наблюдения – 2 группу (63 пациента).

Результаты исследования: После обучения в «Школе здоровья» через 6 месяцев достижение целевого давления достоверно больше наблюдалось среди пациентов 1 группы, что составило 78,5% пациентов 1 группы и 36,4% пациентов 2 группы ( $p < 0,05$ ). В обеих группах достоверно увеличилась доля больных, ежедневно контролирующих уровень АД, с 30,2% до 61,8% пациентов в 1 группе ( $p < 0,05$ ) и с 25,6% до 42,3% пациентов 2 группы. В ходе наблюдения отмечалось повышение приверженности пациентов к терапии, при этом увеличилось число пациентов, регулярно принимающих гипотензивные препараты как в 1, так и во 2 группах - с 31,8% до 70,5% больных ( $p < 0,001$ ) и с 26,8% до 59,3% ( $p < 0,05$ ) соответственно. Анализ модификации образа жизни пациентов, показал, что достоверно возросло число пациентов соблюдающих гипополипидемическую диету и ограничивающих соль в пище в 1 группе с 33,6% до 68,2% ( $p < 0,05$ ), во 2 группе - с 36,2% до 49,8% ( $p > 0,05$ ). Были зафиксированы различия в снижении уровня холестерина между группами: так, у пациентов 1 группы отмечалось достоверное снижение уровня общего холестерина в крови с  $6,6 \pm 1,1$  ммоль/л до  $5,4 \pm 1,4$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ), в то время как у больных 2 группы аналогичных изменений не произошло. В обеих группах исследования удалось повысить физическую активность и ограничить число выкуриваемых сигарет в день – в 1 группе с 37,2% до 46,8% и 32,1% до 39,7%, а во 2 группе – с 35,4% до 41,7% и 35,3% до 39,1% соответственно ( $p > 0,05$ ).

Вывод: Таким образом, обучение пациентов с АГ в «Школе здоровья» в условиях семейной поликлиники позволяет повысить их приверженность к медикаментозному и немедикаментозному лечению. В то же время, пролонгированное обучение больных АГ в течение 6 месяцев является более эффективным методом лечения и приводит к значительному увеличению числа пациентов, достигших целевого уровня АД, а также способствует профилактике сердечно-сосудистых осложнений. Полученные результаты позволяют рекомендовать к широкому использованию пролонгированное обучение больных в условиях семейной поликлиники.

## ИЗУЧЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Шоалимова З.М.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

[TTAzamat@mail.ru](mailto:TTAzamat@mail.ru)

Целью исследование является изучение эффективности лечения больных в зависимости от приверженности к терапии.

Материалы и методы: Были обследованы Мужчины и женщины с ГБ 2 стадия, АГ I и II степени, первичный осмотр проводился отделение кардиологии 2 клиники ТМА, с последующим амбулаторным наблюдением в консультативной поликлинике. 28 больных средний возраст которых  $48,3 \pm 3$  анализировали лечения. Затем проводился сравнительный анализ медикаментозного и немедикаментозного лечения с учетом приверженности к терапии. Использован социологический метод с применением разработанных опросников. Изучены основные факторы приверженности к лечению у больных с артериальной гипертензией.

Результаты исследования: постоянное лечения проводилось только у 16% больных с ГБ. Больным выставленным диагнозом АГ назначено лечение и из них от 18 до 60% больных в течение года прекращали прием гипотензивных препаратов, а среди тех кто продолжал лечится, большая часть нередко пропускали прием очередной дозы препаратов. Женщины были более привержены к терапии чем мужчины. Также приверженность к терапии улучшалось с возрастом. Более молодые принимали лекарства от случая к случаю. Больные с первые выявленной АГ с большей вероятностью прекращали лечение, по сравнению с больными у которых этот диагноз поставлен давно. Большая частота прекращения лечения на ранних стадиях заболевания объяснялось хорошим самочувствием больных и не достаточно разъяснением врачом риска развития сердечно-сосудистых и церебро-васкулярных осложнений. Не всем больным было объяснено контроль уровня АД.

Выводы: на приверженность к лечению АГ оказывает влияние многочисленные факторы-социальные, поведенческие, когнитивные. Успешное лечение заболевания предполагает тесное сотрудничество врача и пациента. Регулярное измерение АД самим пациентом или родственниками в домашних условиях также повышает приверженности к лечению.

## РАЗДЕЛ VII. ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

### ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА И ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Анкудинов А.С., Абдусаматова К.А., Ющенко А.В.

Государственное бюджетное учреждение высшего профессионального образования «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, Иркутск, Россия

[andrugin-box@yandex.ru](mailto:andrugin-box@yandex.ru)

**Введение:** Пациенты, имеющие заболевания сердца, ассоциированные с ожирением, имеют повышенный риск развития сердечно-сосудистых катастроф. Однако имеются неоднозначные данные в отношении необходимости снижения массы тела пациентам с ХСН при ИМТ 25-29,9 ввиду возможного энергетического дисбаланса миокарда, что может негативно сказаться на клиническом течении ХСН.

**Цель:** оценка уровня ОХ и параметров качества жизни в зависимости от ИМТ.

**Материалы и методы:** В исследовании приняли 34 пациента - женщины, страдающие хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с ФК II по NYHA в результате ишемической болезни (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ). Диагноз ХСН подтвержден на основе критериев Национальных рекомендаций (четвертый пересмотр, 2013). Пациенты получали стандартную терапию согласно стандартам лечения. В зависимости от индекса массы тела (ИМТ) были разделены на 3 группы: 1-ая 8 пациентов, имеющих ИМТ в диапазоне 25-29,9; группа из 10 пациентов, 2-ая, имеющих ожирение первой степени (ИМТ 30-35). В качестве контроля - группа-3 из 14 пациентов, имеющих нормальную массу тела (ИМТ = 19-25). Возраст (в годах): 1-ая группа 56±3,4 2-ая группа 58±1, группа контроля 60±5 лет (p=0,1). Проводилось одномоментное измерение уровня ОХ и оценка качества жизни пациентов с помощью анкеты "SF-36 Health Status Survey". Данные представлялись в виде среднего (M) и стандартного отклонения (SD). Для оценки статистической значимости различий использовался однофакторный дисперсионный анализ. Вид взаимосвязи признаков оценивался с помощью критерия Спирмена (r). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез p<0,05.

**Результаты:** При анализе уровней ОХ (ммоль/л): 1-ая группа: 4,8±0,7; 2-ая группа 6,3±1,2 ммоль/л; 3-ая группа 4,2±0,6 ммоль/л соответственно (p=0,002). Однако не было получено статистически значимой разницы между группой 1 и 3 (p=0,13). При исследовании качества жизни были получены значимые различия в шкале Body pain (баллы) в виде приступов ангинозных болей за грудиной. Так между группой 2 и 3 47,6±4,77 и 65,25±9,4 баллов (p=0,003); Однако между группами с избыточной массы тела и контролем разницы получено не было: 61,29±12,67 и 65,25±9,4 баллов соответственно (p=0,5). Учитывая полученные данные, предпринята попытка оценить наличие связи между уровнем ОХ и выраженностью ангинозных болей (BP). Во всех трех группах получена умеренная отрицательная корреляция; r=-0,7 (p=0,1) в группе 1; r=-0,58 в группе 2 (p=0,2) и r=-0,59 (p=0,1) в группе контроля. Однако данная связь статистически не значима.

**Выводы:** Пациентам, страдающим ожирением, необходимо снижение массы тела, что может привести к уменьшению уровня холестерина и уменьшению приступов загрудинных болей. Однако вопрос о целесообразности снижения массы тела пациентам с ИМТ в диапазоне 25-29,9 остается не однозначным, что требует проведения дополнительных проспективных исследований.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИДЕПРЕССАНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Бабаджанова Н.Э., Жумамуратова Н.С.

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан

[nadira.babadjanova78@mail.ru](mailto:nadira.babadjanova78@mail.ru)

Тревога и депрессия встречается в два раза чаще у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), чем в обычной популяции. Депрессия у пациентов с ХСН связана с тяжестью основного заболевания, физическими и социальными ограничениями, снижением качества жизни, частыми госпитализациями.

Цель исследования. Определить влияние тревоги и депрессии на течение хронической сердечной недостаточности и эффективности антидепрессантов (амитриптилин).

Материал и методы. Обследовано 95 пациентов с ХСН ФК II, III по NYHA на фоне постинфарктного кардиосклероза, средний возраст  $61,9 \pm 7,67$  лет. Признаки ХСН ФК II имели 50 (52,6%) пациентов, ФК III – 45 (47,4%) пациентов. Всем пациентам проводилось общеклинические исследования. Медикаментозное лечение представлено стандартной терапией. Тревожные и депрессивные состояния оценивались шкалами HADS. Качество жизни по данным Миннесотского опросника. Анализ качества жизни и клинического состояния проводился раздельно в группах больных в зависимости от наличия и выраженности аффективных расстройств. Исследуемые больные в индивидуальных дозах получали амитриптилин (от 10 до 50 мг в сутки).

Результаты исследования. По данным шкалы HADS, тревожные и депрессивные состояния выявлены у 36,5% пациентов из 95 обследованных. Признаки изолированной депрессии определялись в 17,5% случаев, тревоги – 21,7% случаев. Выраженность тревоги и депрессии у пациентов с ХСН ФК II превышает нормальные значения по шкале HADS в 1,5 и 1,4 раза, а у пациентов с ХСН ФК III в 1,7 и 1,8 раза, соответственно. Показатели качества жизни у пациентов с сопутствующими расстройствами в 1,5 раза хуже, чем у пациентов с нормальным психоэмоциональным статусом ( $p < 0,005$ ). Исследуемые больные кратковременно (до 10 дней) и длительно (до 40 дней) принимали антидепрессанты.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что частота выявления тревожно-депрессивных состояний у пациентов с ХСН достигает 36,5%. Качество жизни пациентов с ХСН значительно ухудшается при наличии тревоги и/или депрессии, причем их сочетание приводит к наибольшему ухудшению качества жизни. У больных, получавших антидепрессанты кратковременно, наблюдалась эффективность лечения - 30 %, при длительном приеме в 30-40 дней, эффективность лечения - 60 %.

## **ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Мухитдинова Р.Ф., Алимова Г.У.

Ташкентская Медицинская Академия, город Ташкент, Узбекистан

[rano.muxitdinova@tma.uz](mailto:rano.muxitdinova@tma.uz)

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) - это синдром, развивающийся в результате различных заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС). Внимание врачей общей практики (ВОП) всего мира к данной проблеме связано с неуклонным ростом числа случаев ХСН. Среди лиц 65 лет частота встречаемости ХСН возрастает до 6-10%. После появления первых её симптомов менее половины больных живут больше 5 лет, риск внезапной смерти у больных ХСН в 5 раз больше, чем в популяции. Лечение ХСН является одной из актуальных задач в практике ВОП.

Цель: оценка стандартного лечения больных с патологией ССС и недостаточности кровообращения (НК) при длительном наблюдении в условиях семейной поликлиники (СП).

Материалы и методы: исследование проводилось на базе СП № 9 г. Ташкента. Ретроспективно изучали 25 амбулаторных карт больных с заболеваниями ССС и НК II стадии. Больные были в возрасте от 30 до 80 лет, из них 17 мужчин и 8 женщин

Результаты. Было выявлено у мужчин преобладание факторов риска (ФР), как стресс, гиподинамия, наследственная отягощенность, вредные привычки (курение, употребление алкоголя), гиперхолестеринемия. У женщин соответственно - избыточный вес, нарушение толерантности к глюкозе, стресс, гиподинамия и артериальная гипертензия. Больных с дилатационной кардиомиопатией было 2, с ревматизмом - 2, с ИБС ПИКС - 8, ИБС в сочетании с гипертонической болезнью (ГБ) - 12, 1 больная с врожденным пороком сердца. В СП у 9 больных была выявлена ХСН, в стационаре - у 16 больных. После выписке из стационара с рекомендациями принимать длительно препараты из группы ингибиторов АПФ или АРА II, диуретиков и  $\beta$ -адреноблокаторов больные наблюдались в СП № 9 г. Ташкента. Только в 19 (76%) амбулаторных картах есть указания на приём ингибиторов АПФ. Из группы диуретиков использовались: гипотиазид у 8 больных, фуросемид применяли у 8 больных, сочетание этих препаратов у 8, триампур у 1 больного. Сердечные гликозиды применялись у 2 больных с диагнозом дилатационная кардиомиопатия, 1 больному с диагнозом ИБС с нарушением ритма по типу мерцательной аритмии (МА) и у 1 больному с диагнозом ревматизм с МА. Но 5 (20%) больным с ИБС стенокардией напряжения ФК II, ХСН назначение дигоксина не обосновано. 9 (36%) больным назначали  $\beta$ -адреноблокатор бисопролол (конкор). В изученных амбулаторных картах 19(76%) нет указаний на длительность приёма препаратов и на немедикаментозное лечение.

Заключение. В условиях СП лечение ХСН II ФК проводится в соответствии со стандартами комплексного лечения группами лекарственных средств (ингибиторы АПФ, при непереносимости – АРА II, диуретики и сердечные гликозиды,  $\beta$ -адреноблокаторы), но не во всех случаях при лечении ХСН использовали ингибиторы АПФ. При назначении диуретиков не всегда придерживался принцип начинать терапию с малых доз препаратов, мало использовались калий сберегающие диуретики. ВОП необходимо доводить до сведения больного, что терапия должна проводиться на протяжении всей жизни и успех лечения зависит от его отношения к своему здоровью, необходимости выполнять все рекомендации ВОП и регулярно принимать лекарственные средства. ВОП рекомендуется разъяснять больному изменение образа жизни: отказ от вредных привычек, нормализацию веса тела, ограничение употребления соли и животных жиров в пище, что является необходимым компонентом немедикаментозного лечения и успехом в лечении данных больных.

## **ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Шоалимова З.М.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

[TTAzamat@mail.ru](mailto:TTAzamat@mail.ru)

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из основных проблем современной кардиологии. В патогенезе ХСН наряду с нарушениями нейроэндокринной регуляции-активацией симпатико-адреналовой системы и ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, важная роль отводится дисфункции эндотелия, которая характеризуется уменьшением дилатации сосудов и нарастанием вазоконстрикции за счет



уменьшения выработки NO, активации системы цитокинов и нарушения тромборезистентности сосудистой стенки.

Целью настоящего исследования явилось оценка функционального состояния эндотелия у больных хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы исследования. Обследованы 43 больных с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), мужчины в возрасте от 35 до 55 лет. В обследование включались больные с давностью перенесенного инфаркта миокарда от 6 месяцев до 3 лет. Все больные были рандомизированы на 2 группы по функциональному классу ХСН согласно Нью-Йоркской классификации кардиологов по результатам теста 6 минутной ходьбы и клинической оценки признаков ХСН: 1 группу составили 24 больных с II ФК, 2 группу - 19 больных с III ФК ХСН. По возрасту и сопутствующим заболеваниям больные были сопоставимы. Исследование вазорегулирующей функции эндотелия проводилось с использованием проб с реактивной гиперемией (РГ) и нитроглицерином (НТГ).

Результаты собственных исследований. У больных 1 группы в покое диаметр ПА составил  $4,47 \pm 0,06$  мм. В фазу реактивной гиперемии (сразу после декомпрессии) отмечалось увеличение диаметра ПА на 7,4%, составляя  $5,17 \pm 0,89$  мм ( $P > 0,05$ ). При проведении НТГ теста через 1 минуту после пробы наблюдалось увеличение диаметра ПА на 16,8% составляя  $5,2 \pm 0,93$  мм ( $P < 0,01$ ), а через 2 минуты этот показатель составлял  $5,52 \pm 0,90$  мм ( $P < 0,05$ ). У больных соответствующая динамика наблюдалась и по параметру скорости кровотока в ПА, которая исходно составляла  $63,84 \pm 22,1$  мм/сек. Сразу после проведения манжеточной пробы отмечалось усиление скорости кровотока в ПА на 19,8% ( $P < 0,001$ ) и на 18,6% на 60 секунде пробы.

У больных ХСН III ФК исходный диаметр составил  $3,30 \pm 0,48$  мм, что на 25,9% ниже данного показателя больных ХСН II ФК, что свидетельствует о более выраженных нарушениях функции эндотелия у этой группы больных. Измерение данного параметра сразу после пробы с РГ показал, что он увеличился 7,4% от исходного уровня, составляя  $3,97 \pm 1,054$  мм ( $P > 0,05$ ) соответственно. Изучение эндотелийнезависимой вазодилатации ПА у больных 2 группы с применением НТГ теста выявил, что на 1 минуте пробы диаметр ПА увеличился на 9,8%, составляя  $4,12 \pm 1,05$  мм, а через 2 минуты на 14,6%, составляя  $4,45 \pm 1,05$  мм соответственно ( $P < 0,01$ ). Анализ показателей скорости кровотока в ПА также показал, что у больных 2 группы данный показатель был ниже на 14,3% по сравнению с показателем 1 группы и составил  $54,69 \pm 14,2$  мм/сек.

Таким образом, у больных ПИКС, осложненной II-III ФК ХСН, отмечается нарушение как эндотелийзависимой, так и эндотелийнезависимой функции эндотелия, характеризующиеся уменьшением диаметра ПА и снижением скорости кровотока, которые наиболее выражены у больных III ФК, что требует коррекции подбором медикаментозных лекарственных средств, способствующие улучшению функций эндотелия.

## **ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА**

Шукурджанова С.М., Нуритдинова Н.Б.

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан.

[shukurjonova.surayyo@yandex.ru](mailto:shukurjonova.surayyo@yandex.ru)

Цель: изучить особенности изменения уровня МНУП в крови у больных ПИКС, в зависимости от локализации перенесенного инфаркта миокарда.

Материалы и методы: Обследованы 48 больных, мужчины с ПИКС, осложненным ХСН в возрасте от 40 до 60 лет (средний возраст  $53,3 \pm 4,9$  лет). В обследование были включены больные с давностью перенесенного инфаркта миокарда от 6 месяцев до 3 лет. Больные были рандомизированы на группы по функциональным классам ХСН согласно классификации NYHA, по данным теста 6-минутной ходьбы (ТШХ) и по шкале оценки клинического состояния (ШОКС) больных. 1 группу составили 30 больных ХСН ФК II, с давностью перенесенного ИМ  $2,0 \pm 1,0$  лет, 2 группу – 18 больных ХСН ФК III, давностью перенесенного ИМ  $2,4 \pm 0,9$  лет. В исследование не включались больные с ОНМК, ХОБЛ, сахарным диабетом, аритмиями. Контрольную группу составили 14 здоровых. Определение МНУП проводилось на иммуноферментном анализаторе ELISA.

Результаты изучения содержания МНУП в плазме крови у больных ПИКС, осложненным ХСН ФК II, перенесших в анамнезе передний и задний ИМ, показали, что по данным ЭКГ и анамнеза у 54,3% больных был зарегистрирован перенесенный передний ИМ, а у 45,7% - задний ИМ. У больных ХСН ФК III у 51,5% выявлен перенесенный передний ИМ, а у 48,5% задний ИМ. Содержание МНУП в плазме крови у больных 1 группы являлось значительно высоким при перенесенном переднем ИМ и составляло  $738,3 \pm 151,96$  фмоль/мл, что превышало уровни контрольных значений ( $225,1 \pm 20,95$  фмоль/мл) в 3,3 раза, а по сравнению с перенесенным задним ИМ ( $515,4 \pm 103,9$  фмоль/мл) – в 1,4 раза. У больных 2 группы наблюдали аналогичную закономерность изменения МНУП. Значительно высокое содержание МНУП наблюдали у больных с перенесенным передним ИМ. В частности, содержание МНУП превышало значения контрольной группы в 4,9 раза при перенесенном переднем ИМ и в 3,4 раза при задней локализации.

Вывод: Уровень увеличения МНУП в крови у больных ПИКС, осложненным ХСН зависит от локализации перенесенного ИМ, высокий уровень МНУП наблюдается преимущественно при перенесенном переднем ИМ.

## **ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Шукурджанова С.М., Нуритдинова Н.Б.

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан.

[shukurjonova.surayyo@yandex.ru](mailto:shukurjonova.surayyo@yandex.ru)

Цель: изучить особенности изменения уровня МНУП в крови у больных ПИКС, в зависимости от тяжести ХСН.

Материалы и методы: Обследованы 48 больных, мужчины с ПИКС, осложненным ХСН в возрасте от 40 до 60 лет. В обследование были включены больные с давностью перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) от 6 мес до 3 лет. Больные были рандомизированы на группы по ФК ХСН согласно классификации NYHA, по шкале оценки клинического состояния (ШОКС) больных. 1 группу составили 30 больных ХСН ФК II, 2 группу – 18 больных ХСН ФК III. Контрольную группу составили 14 здоровых добровольцев. Нейрогуморальный статус больных изучался по плазменной концентрации МНУП определение которого проводилось на иммуноферментном анализаторе ELISA.

Анализ исходных показателей содержания МНУП у больных ПИКС, осложненным ХСН II и III ФК показал, что у больных 1 группы уровень МНУП составлял  $634,4 \pm 169,55$  фмоль/мл (в контрольной группе  $225,1 \pm 20,95$  фмоль/мл), во 2 группе больных уровень МНУП составил  $943,9 \pm 233,1$  фмоль/мл. Как видно из представленных данных, при увеличении ФК ХСН достоверно увеличивается содержание МНУП в плазме крови и эти изменения прямо коррелируют с тяжестью течения СН. Отмечалось увеличение уровня



МНУП у больных ХСН ФК II в 2,8 раза, а у больных ХСН ФК III в 4,1 раза по сравнению с контрольной группой больных.

Вывод: У больных с ПИКС, осложненным ХСН в крови увеличивается содержание МНУП и его уровень коррелирует с тяжестью СН.

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

Эшниязова У.Н.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Email: khodnn@yandex.ru

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

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

Материалы и методы. Были обследованы 34 пациента с ДДЛЖ при ХСН в возрасте от 46 до 72 лет, средний возраст  $54 \pm 5,6$  лет. У 70,6% больных ХСН развилась в результате артериальной гипертонии (АГ) и хронической ишемической болезни (ИБС) при постинфарктном кардиосклерозе (ПИКС) и у 29,4% больных причиной ХСН стала АГ. Для определения функционального класса (ФК) ХСН по классификации NYHA использовали тест 6-ти минутной ходьбы (ТШХ). У обследованных пациентов определили ХСН I, II и III ФК. Диастолическая функция левого желудочка (ЛЖ) оценивалась по отношению Е/А, полученным при доплер ЭхоКГ на аппарате «Aloka-SSD-350».

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

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

## **СОЗДАНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ГОСПИТАЛЬНОГО РЕГИСТРА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Юрченко А.В.1, Ситникова М.Ю.1, Лясникова Е.А.1, Трукшина М.А.1, Дупляков Д.В.2, Либис Р.А.3

1-Северо-западный Федеральный медицинский исследовательский центр, Санкт-Петербург;

2-Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара;

3-Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург.

[aleksmatroskin@gmail.com](mailto:aleksmatroskin@gmail.com)

**ЦЕЛЬ:** Анализ реальной клинической практики лечения госпитализированных больных ХСН в РФ по результатам 1,5-летнего наблюдения в регистре RUS-HFR.

**МЕТОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ:** Российский госпитальный регистр сердечной недостаточности (RUS-HFR) - проспективное, наблюдательное, многоцентровое исследование, выполняемое в 3 кардиологических клиниках различных субъектов РФ. Критерии включения в исследование: ХСН I-IV ФК, ФВлж  $\leq 40\%$  (в среднем  $28,5 \pm 7,2\%$ ), возраст 18-75 лет. Рутинное определение NT-proBNP не применялось. С октября 2012 по январь 2014 включено 524 пациента возрастом  $60 \pm 9,6$  лет, мужчин - 80,5%. ИБС диагностирована у 63,3-74,8% больных, АГ у 69,5-88,9%, ДКМП у 4,6-5,2%. Фибрилляция предсердий на момент поступления в стационар имела место у 43,2-47,4%, ХОБЛ у 11,5-26,6%, сахарный диабет у 20,0-22,8% больных. У части госпитализированных в СЗФМИЦ ранее имплантированы СРТ (4,5%) и ИКД (5,2%). Лечение препаратами иАПФ/АРА,  $\beta$ -АБ, АМКР в стационаре назначалось в 82,3-87,3%, 76,3-95,8%, 65,9-81,1% случаев, соответственно. Догоспитально же препараты данных групп применялись существенно реже: иАПФ/АРА в 12,6-58,7%,  $\beta$ -АБ в 11,1-70,7%, АМКР в 4,4-53,3% случаев. Диуретики амбулаторно не получали 55% больных с II ФК, 23% - с III ФК и 24% с IV ФК ХСН. К выписке из стационара мочегонные средства были назначены 80,7-94,6% пациентов. Средняя продолжительность госпитализации в связи с декомпенсацией ХСН составила 18 дней. В 4,6-21,2% случаев определены показания к имплантации ИКД или СРТ. Трансплантация сердца рекомендована 17 пациентам СЗФМИЦ. К выписке у многих больных достигнуто снижение ФК ХСН, с лучшими результатами по компенсации в СЗФМИЦ (имеет специализированное отделение для лечения пациентов данной группы). Период полуторалетнего периода наблюдения после выписки из стационара позволил оценить долю больных, получающих рекомендованную терапию и частоту отмен или снижения доз назначенных ранее препаратов. После выписки из стационара у кардиолога наблюдались 43-72% больных, у терапевта 15-42%, не посещали врача 7-17,7% больных. Смертность от всех причин за это время составила 11,6-26,2%, а частота регоспитализаций в связи с декомпенсацией ХСН 16,1-47,3%, с меньшей частотой в СЗФМИЦ.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** Результаты регистра RUS-HFR показали, что доля больных получающих с стационаре иАПФ/АРА,  $\beta$ -АБ и АМКР сравнима с данными европейских регистров. Амбулаторно препараты данных групп назначаются недостаточно, при этом зачастую у пациентов с II ФК ХСН терапия не соответствует общепринятым рекомендациям. От трети до половины больных не получают диуретики при имеющихся явных симптомах ХСН. Недостаточно часто рекомендуются высокотехнологичные методы лечения ХСН при наличии показаний. Смертность и частота регоспитализаций остаются высокими. Лечение ХСН в РФ остается проблемной областью по множеству причин, одним из способов решения которых является создание сети консультирующих кардиологов - специалистов по ХСН и отделений для лечения больных с данной патологией.

## РАЗДЕЛ VIII. КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ССЗ

### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КАРДИО – ГАСТРАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Бендингер М.Н., Мавлянов С.И., Халмухамедов Б.Т.  
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан  
[margarita.bendinger@tma.uz](mailto:margarita.bendinger@tma.uz)

Язвенная болезнь (ЯБ) нередко сочетается с другими заболеваниями, осложняя их течение. К таким патологическим состояниям можно отнести сочетание ЯБ или язвенно-эрозивного поражения гастродуоденальной зоны (ЯЭПГДЗ) с гипертонической болезнью (ГБ). Специфика данного сочетания недостаточно изучена.

Цель исследования - изучение кардио - гастральных взаимоотношений при ЯЭПГДЗ.

Материалы и методы исследования. Обследовано 37 больных в возрасте  $57 \pm 1,2$  года, у которых ЯЭПГДЗ сочеталось с ГБ I и II степени, риск 2. Из них мужчин - 32, женщин - 5. Всем больным были проведены клинические методы исследования, включавшие ЭКГ, ЭхоКГ, эндоскопию верхних отделов пищеварительного тракта, подтверждающую наличие ЯЭПГДЗ. Контрольную группу составили 10 больных ЯЭПГДЗ без ГБ.

Результаты исследования. У больных ЯЭПГДЗ в сочетании с ГБ отмечено удлинение интервала Q - T до 55%, то есть наблюдались нарушения процессов сократимости и реполяризации левого желудочка. Выявлены нормо- и брадикардия, что, видимо, связано с вагусным влиянием на сердечную деятельность. Другие изменения на ЭКГ были незначительными. На ЭхоКГ определили снижение фракций выброса на 20% у пациентов основной группы по сравнению с группой больных без ГБ. Нами были отмечены появление и усугубление болевых симптомов, локализованных в эпигастральной и прекардиальной областях. Клиническим проявлением кардио - гастральных отношений явились ранние признаки хронической сердечно - сосудистой недостаточности.

Выводы. Отмеченное нами удлинение интервала Q - T и снижение фракции выброса у больных ЯЭПГДЗ и ГБ являются характерными для сочетания данных патологий и обуславливают необходимость терапевтической коррекции данных состояний.

### КОМОРБИДНЫЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА

Ботаева Н.О., Абдумаликова Ф.Б.  
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан  
[Miss.dodila@list.ru](mailto:Miss.dodila@list.ru)

Цель исследования. Оценка уровня выраженности тревожно-депрессивных расстройств у больных со стабильной стенокардией напряжения, без нарушения сердечного ритма и осложненной желудочковыми экстрасистолиями или постоянной формой фибрилляцией предсердий.

Материалы и методы. В исследование вошли 62 мужчин в возрасте от 48 до 67 лет (средний возраст  $57,6 \pm 10,5$  лет), с установленным диагнозом стабильной стенокардии напряжения II-III ФК. Все пациенты в зависимости от отсутствия или наличия ЖЭС II класса по Лауну или постоянной формы ФП, были разделены на три группы. В 1-ую группу вошли 22 больных ССН без нарушения ритма, 2-ю группу составили 21 пациент, у которых верифицировалась ЖЭС II класса по Лауну (более 30

ЖЭС за 1 час) и 3-я группа включала 19 больных с постоянной формой ФП. Артериальная гипертензия была отмечена у 65,4% больных, а ХСН у всех пациентов ССН. Лечение ССН включало назначение стандартных и антиаритмических препаратов у пациентов с пароксизмальной и постоянной формами ФП. Определения уровня психоэмоционального статуса проводилось с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии - HADS (A.S. Zigmond)

Результаты. Проявления тревожной симптоматики выявлены у 14 пациентов 1-ой группы (63,6%), у 15 пациента 2-ой группы (71,4%) и у 17 больных (89,4%) 3-ей группы. Депрессивные расстройства отмечались чаще в группах, имеющих ЖЭС II класса по Лауну или постоянной формы ФП: у 17 пациентов (80,9%) 2-ой группы и 17 (88,4%) 3-ей группы ( $p < 0,01$ ), тогда как такие же были выявлены у 15 больных в 1-ой группе, что составило 68,1%. Отсутствие тревожного и/или депрессивного состояний отмечено у 4 больных 1-ой группы (18,1%), у 2 (9,5%) во 2-ой и у 1 пациента (5,2%) в 3-ей группе, то есть в меньшей степени у пациентов с постоянной формой ФП.

Клинический уровень тревоги был выявлен у 8 (38,1%) пациентов ССН с ЖЭС II класса по Лауну (средний балл составил  $13,2 \pm 1,33$ ), у 12 (63,1%) больных с постоянной формой ФП, со средним баллом  $12,9 \pm 1,24$ , что было достоверно выше, чем у 7 пациентов 1-ой группы ( $32,3\%$ ), не имеющих нарушений сердечного ритма ( $12,4 \pm 1,23$  баллов) ( $p < 0,01$ ). Субклинический вариант тревоги имел место у 13 (61,9%) пациентов 2-ой группы (средний  $9,1 \pm 1,15$ ), у 7 (36,8%) больных 3-ей группы (средний балл  $9,21 \pm 1,13$ ), что также было достоверно выше ( $p < 0,001$ ), чем у 9 больных (40,9%) 1-ой группы (средний балл  $8,5 \pm 1,12$ ).

Уровень клинической депрессии наблюдался у 6 (37,5%) из 16 пациентов ССН без нарушения ритма (в среднем  $12,5 \pm 1,24$  баллов), субклинической депрессии у 10 (62,5%) больных (в среднем  $8,1 \pm 1,15$  баллов), тогда как во 2-ой группе симптомы клинической депрессии отмечены у 7 (38,8%) из 18 больных (в среднем  $13,7 \pm 1,31$  баллов), субклинической депрессии у 11 (61,1%) (в среднем  $9,0 \pm 1,15$  баллов). В 3-ей группе клиническая депрессия выявлена у 11 (64,7%) из 17 пациентов (в среднем  $13,9 \pm 1,32$  баллов), субклиническая - у 6 (35,3%) пациентов (средний балл  $9,5 \pm 1,13$ ), что было достоверно выше, чем у больных, не имеющих нарушений сердечного ритма ( $p < 0,01$ ).

Заключение. Определение уровня выраженности коморбидных психогенных реакций в ответ на нарушения сердечного ритма и их влияния на течения и прогноз ИБС дает возможность учитывать данные результаты при разработке программ реабилитации больных, в частности для адекватной коррекции психоэмоциональных нарушений при сердечно-сосудистых заболеваний.

## **ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ УСКОРЯЕТ ВОЗНИКНОВЕНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ В ПОВТОРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

Зафираки ВК, Намитоков АМ, Скалецкий КВ, Космачева ЕД.

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар, Россия

[Vzaphir@mail.ru](mailto:Vzaphir@mail.ru)

Введение. К настоящему времени накоплено достаточно данных, чтобы рассматривать хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ), как один из значимых факторов неблагоприятного прогноза у больных ишемической болезнью сердца (ИБС). Чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) прочно заняли ведущую позицию среди методов реваскуляризации миокарда. Однако основной проблемой при выборе данной стратегии

лечения является достаточно скорый рецидив стенокардии, реализующийся путем прогрессирования коронарного атеросклероза.

Цель. Оценить частоту развития рестенозов и стенозов, связанных с прогрессированием коронарного атеросклероза, а также время до их развития, в отдаленный период после ЧКВ у больных ИБС в сочетании с ХОБЛ.

Методы. Проспективное когортное исследование. Включали пациентов, подвергнутых ЧКВ с установкой стентов в 2012-2013 гг. в Центре грудной хирургии г.Краснодара. Критерии включения: возраст  $\geq 40$  лет; курение на момент поступления, либо прекращение курения за  $\leq 1$  год до госпитализации; анамнез курения  $\geq 10$  пачка/лет; наличие острых или хронических форм ИБС; имплантация  $\geq 1$  коронарных стентов; ХОБЛ, диагностированная в соответствии с критериями GOLD 2011. Контрольная группа формировалась по тем же критериям, но не имела ХОБЛ на основании данных спирографии. Регистрировали частоту повторной реваскуляризации миокарда (ЧКВ, либо аортокоронарное шунтирование (АКШ)), а также определяли время до наступления исхода в месяцах. За рестеноз принимали сужение стентированного участка или 5-мм прилежащих участков артерии на 50% или более. Прогрессирование коронарного атеросклероза определяли как появление нового 50% или более выраженного стеноза или увеличение степени исходного стеноза величиной не менее 20% до величины 50% и более. Статистический анализ: критерий Манна – Уитни, точный критерий Фишера, построение кривых Каплана – Майера (критерий Гехана). Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

Результаты. Основная группа ( $n=103$ ) и контрольная ( $n=243$ ) были сопоставимы по тяжести сопутствующей патологии и не различались по количеству установленных стентов. Медиана длительности наблюдения 18 мес. У 14% (АКШ у 4%) в основной группе и у 9% (АКШ у 3%) в контрольной была проведена повторная реваскуляризация миокарда ( $p > 0,05$ ). Сравнение кривых Каплана-Майера обнаружило тенденцию к более ранней повторной реваскуляризации при наличии ХОБЛ ( $p < 0,05$ ), что было связано, в основном, с прогрессированием коронарного атеросклероза, и существенно реже - с развитием рестеноза стента.

Заключение. ХОБЛ является фактором, ускоряющим прогрессирование атеросклеротического поражения коронарных артерий после ЧКВ за счет появления новых стенозов и, в меньшей степени, за счет рестеноза стентов, что приводит к более раннему возникновению необходимости в повторной реваскуляризации.

## **ФАКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ОТДАЛЕННОГО ПРОГНОЗА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

Зафираки ВК, Скалецкий КВ, Намитокоев АМ, Космачева ЕД

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар, Россия  
[Vzaphir@mail.ru](mailto:Vzaphir@mail.ru)

Введение: основным недостатком эндоваскулярного лечения хронических форм ишемической болезни сердца (ИБС) является высокая частота рецидива заболевания, что проявляется морфологически в виде прогрессирования коронарного атеросклероза. В связи с этим продолжается поиск предикторов, связанных с негативными отдаленными результатами успешно проведенных чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ). Помимо таких общеизвестных факторов, как сахарный диабет, систолическая дисфункция левого желудочка, малый диаметр и большая протяженность стента, имеется ряд состояний, влияние которых на отдаленные исходы ЧКВ пока остается преимущественно гипотетическим в силу недостаточной изученности.

Цель: определить факторы, ассоциированные с наступлением сердечно-сосудистых событий в отдаленном периоде после ЧКВ у больных с сочетанием ИБС и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Методы: проспективное когортное исследование. Включали пациентов, подвергнутых ЧКВ с установкой стентов в 2012-2013 гг. в Центре грудной хирургии г.Краснодара. Критерии включения: возраст  $\geq 40$  лет; курение на момент поступления, либо прекращение курения за  $\leq 1$  год до госпитализации; анамнез курения  $\geq 10$  пачка/лет; наличие острых или хронических форм ИБС; имплантация  $\geq 1$  коронарных стентов; ХОБЛ, диагностированная в соответствии с критериями GOLD 2011. Контрольная группа формировалась по тем же критериям, но не имела ХОБЛ на основании данных спирографии. Регистрировали следующие исходы: инфаркт миокарда, инсульт, смерть вследствие сердечно-сосудистых причин, реваскуляризация миокарда (ЧКВ, либо аортокоронарное шунтирование (АКШ)), рассматриваемые как комбинированная конечная точка. Статистический анализ: критерий Манна – Уитни, точный критерий Фишера и критерий хи-квадрат. Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

Результаты: основная группа ( $n=103$ ) и контрольная ( $n=243$ ) были сопоставимы по тяжести сопутствующей патологии и не различались по количеству установленных стентов. Медиана длительности наблюдения 18 мес. Частота наступления комбинированной конечной точки в основной группе 24%, в контрольной - 17% ( $p > 0,05$ ). При анализе клинико-функциональных особенностей больных, у которых наступили неблагоприятные сердечно-сосудистые исходы, обнаружены следующие особенности. В числе факторов, ассоциированных с неблагоприятным прогнозом, оказались возраст ( $p=0,02$ ), сахарный диабет ( $p=0,04$ ), дистанция 6-минутной ходьбы ( $p < 0,001$ ), скорость клубочковой фильтрации по формуле СКД-ЕРІ ( $p=0,003$ ). Анамнез инфаркта миокарда, липидные фракции крови, объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) не были связаны с наступлением конечной точки. В группе больных ХОБЛ, рассматриваемой отдельно, несмотря на ее сравнительно небольшую численность, ОФВ1 среди больных с сердечно-сосудистыми событиями был существенно меньше, чем у пациентов с благоприятным прогнозом (связь на уровне тенденции,  $62 \pm 23\%$  против  $73 \pm 25\%$ ,  $p=0,07$ ).

Заключение: тяжесть бронхиальной обструкции при ХОБЛ, отражаемая величиной ОФВ1, связана с наступлением неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в отдаленном периоде после ЧКВ у больных с сочетанием ХОБЛ и ИБС.

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДКА**

Леушина Е.А.

ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России, Киров, Россия

lenalexandrovna@yandex.ru

Введение. В настоящее время особое внимание привлекает проблема коморбидности, под которой понимают сочетание у одного пациента нескольких хронических заболеваний. Коморбидность широко распространена у пациентов терапевтического профиля. По данным М. Fortin (2005) распространенность сочетанной патологии составляет от 69% молодого возраста и до 98% старшая возрастная группа. Влияние коморбидной патологии на клинические проявления многогранно и индивидуально.

Цель исследования. Изучение клинических особенностей течения артериальной гипертензии (АГ) у пациентов с патологией желудка, находившихся на стационарном лечении в терапевтической клинике.



Материалы и методы. Были исследованы 50 пациентов с АГ и патологией желудка, находившихся на лечении в терапевтическом стационаре. Для изучения клиники и течения коморбидной патологии использовались данные амбулаторных карт, историй болезни и анамнестические сведения.

Результаты. По возрастной категории средний возраст составил  $46,9 \pm 2,2$  года, из них мужчин — 77,5%, женщин — 22,5%. Пациентов молодого возраста было 37,5% (классификация ВОЗ), среднего — 45%, пожилого — 17,5%. Средний возраст женщин составил  $40,5 \pm 1,2$  года, средний возраст мужчин  $49,9 \pm 1,9$  года. Отягощенный наследственный анамнез по сердечно-сосудистой системе регистрировался у 70%, по желудочно-кишечному тракту у 50% пациентов из всех опрошенных. Возраст начала заболевания варьировался от 7 до 30 лет. В среднем начало заболевания приходилось на средний возраст от 20 до 45 лет. Стаж заболевания колебался от 1 года до 30 лет. При анализе субъективных симптомов у всех пациентов в клинике присутствовали тяжесть в голове на фоне повышения артериального давления (100%). Лишь 50% из всех опрошенных отмечали наличие головных болей при повышении артериального давления. Появление головокружения наблюдалось у 40% пациентов. Сочетание выраженных симптомов по сердечно-сосудистой системе и желудочно-кишечному тракту наблюдалось у 70% опрошенных. Эти же 70% отмечают усиление вышеперечисленных симптомов по артериальной гипертензии в осенне-весенние месяцы.

Выводы. В среднем дебют коморбидных заболеваний приходится на относительно молодой возраст от 20 до 45 лет. При анализе клинической картины течения артериальной гипертензии у пациентов с патологией желудка, выявлено более скрытое течение симптомов АГ. При обострении патологии желудка наблюдалось ухудшение симптоматики по сердечно-сосудистой системе. Таким образом, врачам-клиницистам нужно учитывать, что компенсация каждой из патологий способствует длительной ремиссии обоих заболеваний.

## **ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ**

Мартиросян С.М., Космачева Е.Д., Порханов В.А.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница им. Проф. С.В. Очаповского» Министерства Здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Россия

[MD.Martirosyan.Krd@mail.ru](mailto:MD.Martirosyan.Krd@mail.ru)

Лидирующие позиции в структуре летальности даже у пациентов с функционирующим ренальным аллотрансплантатом (РАТ) составляют сердечно-сосудистые заболевания. Пациенты после пересадки почки имеют меньший риск сердечно-сосудистых осложнений, чем кандидаты из листа ожидания, однако он выше чем в популяции в целом. Реципиенты почек помимо общепопуляционных факторов риска имеют специфические факторы риска, связанные, с диализным анамнезом, иммуносупрессией, особенностями работы аллотрансплантата. В настоящее время не до конца изучены основополагающие механизмы высокого кардиоваскулярного риска заболеваемости, и смертности и современные способы уменьшения сердечно-сосудистых осложнений у пациентов после трансплантации почки. Стратегии для уменьшения кардиоваскулярного риска основаны на фармакологических аспектах, включающих гиполипидемические препараты, адекватные антигипертензивные схемы, оптимизацию функции трансплантата, коррекции образа жизни, персонализации иммуносупрессии в зависимости от профиля риска у каждого пациента.



Цель исследования – создать алгоритм по оптимальному лечению посттрансплантационных кардиоваскулярных осложнений.

Материалы и методы: нами было обследовано 123 пациента после трансплантации почек, был проведен как ретроспективный анализ, так и проспективное наблюдение.

Результаты и обсуждение: из анализируемых пациентов мужчин – 57,7% (71), женщин 42,3% (52) в возрасте от 18 до 65 лет. Практически все пациенты 113 (91,8%) на момент трансплантации почки имели артериальную гипертензию, а многие и кризовое течение 45,5% (56). Ишемическая болезнь сердца была диагностирована у 9,7% (12) пациентов, 3 из которых в последствии было выполнено чрескожное коронарное вмешательство. Большинство пациентов еще в дотрансплантационном периоде имело систолическую дисфункцию левого желудочка, хроническую сердечную недостаточность 56,1% (69). В раннем посттрансплантационном периоде у 83% (102) пациентов отмечена дислипидемия. Практически всем пациентам в короткие сроки после трансплантации назначались низкие дозы бета-адреноблокаторов и ингибиторов АПФ, однако в 65% (80) случаев приходилось увеличивать дозировки, назначать комбинированные препараты. Среди реципиентов почек с неконтролируемой артериальной гипертензией был отмечен хороший гипотензивный эффект с достижением целевых уровней артериального давления среди препаратов группы антагонистов кальция, однако в этом случае необходим тщательный контроль концентрации ингибиторов кальциневрина. Отмечен также благоприятный эффект терапии ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) и блокаторами ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (БРА) на снижение прогрессирования протеинурии. Диуретики могут быть эффективны в лечении артериальной гипертензии, в особенности у пациентов, принимающих циклоспорин, в связи с вероятности Na-зависимой гипертонии. В качестве антиангинальных препаратов отдается предпочтение кардиоселективным бета-адреноблокаторам, также отмечен положительный эффект при терапии нитратами, ранолазином. С целью лечения дислипидемии 86% (106) пациентов назначались статины с эффективным достижением целевых уровней липидов, при этом проводился тщательный мониторинг концентрации ингибиторов кальциневрина.

Выводы: анализ полученного материала может быть использован для научно обоснованного поиска и рационального подбора оптимальных схем ангиогипертензивных, гиполипидемических, антиаритмических средств с целью совершенствования фармакологических методов коррекции сердечно-сосудистых осложнений.

## **ФЕНОТИП ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ С ЧАСТЫМИ ОБОСТРЕНИЯМИ СВЯЗАН С УВЕЛИЧЕНИЕМ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА**

Намитокон АМ, Зафираки ВК, Космачева ЕД.

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар, Россия  
[apakella@mail.ru](mailto:apakella@mail.ru)

Введение. Частота обострений хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) является важным фактором, резко ускоряющим темпы снижения объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) и приближающим наступление тяжелой и крайне тяжелой степени ХОБЛ. В последние годы выделена особая популяция больных, которые характеризуются склонностью к частым обострениям ( $\geq 2$  в течение 1 года).

Цель. Оценить влияние ХОБЛ в зависимости от частоты обострений на время до наступления сердечно-сосудистых событий (ССС) в отдаленный период после

чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у больных, перенесших острый коронарный синдром (ОКС).

Методы. Проспективное когортное исследование. Включали пациентов, подвергнутых ЧКВ с установкой стентов в 2012-2014 гг. в Центре грудной хирургии г.Краснодара. Критерии включения: возраст  $\geq 40$  лет; курение на момент поступления, либо прекращение курения за  $\leq 1$  год до госпитализации; анамнез курения  $\geq 10$  пачка/лет; наличие острого коронарного синдрома; имплантация  $\geq 1$  коронарных стентов;  $\geq 2$  обострений ХОБЛ в течение 1 года, диагностированной в соответствии с критериями GOLD 2011. Контрольная группа формировалась по тем же критериям, но имела  $< 2$  обострений ХОБЛ в течение 1 года. Регистрировали время до наступления комбинированной конечной точки (повторная реваскуляризация миокарда, инфаркт миокарда, инсульт, кардиальная смерть) в месяцах. Статистический анализ: критерий Манна – Уитни, точный критерий Фишера, метод Каплана – Майера. Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

Результаты. Основная группа ( $n=24$ ) и контрольная ( $n=86$ ) были сопоставимы по тяжести сопутствующей патологии и не различались по количеству установленных стентов. Медиана длительности наблюдения 18 месяцев. Частота наступления таких событий, как кардиальная смерть, инфаркт миокарда, инсульт, АКШ по отдельности достоверно не отличалась ввиду недостаточного количества наблюдений. Однако по частоте наступления повторной ЧКВ (33,3% против 10,5%,  $p=0,011$ ), повторной реваскуляризации (АКШ + ЧКВ) (37,5% против 15,1%,  $p=0,022$ , относительный риск 2,8; 95%-ный ДИ 1,2-5,1), а также комбинированной конечной точки, включавшей в себя все названные события, различия были статистически значимыми (62,5% против 26,7%,  $p=0,003$ ). Суммарный относительный риск наступления ССС для пациентов с частыми обострениями ХОБЛ составил 2,34 (95%-ный ДИ 1,47-3,73). Сравнение кривых Каплана-Майера обнаружило, что первое ССС раньше наступало в группе с частыми обострениями ХОБЛ ( $p < 0,001$ ).

Заключение. Фенотип ХОБЛ с частыми обострениями связан с более чем двукратным увеличением относительного риска неблагоприятных ССС - в основном, за счет более высокой частоты повторной реваскуляризации, а также с более ранним их наступлением.

## **ВОЗРАСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ С КАРДИАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ**

Нуриддинова Ф.М.

Ташкентская Медицинская Академия

[feruzaxodjieva@gmail.com](mailto:feruzaxodjieva@gmail.com)

Общие аспекты здоровья детей за последние годы сопряжены с возрастанием частоты и распространенности различных пограничных соматических или вегето-висцеральных дисфункций. Проявления пограничных состояний особенно значительно реализуются в критические возрастные периоды при переходе метаболических функций с количественных аспектов на качественно новый уровень

Цель исследования - характеризовать пограничные состояния в зависимости от возрастных периодов у детей

Материалы и методы исследования. На базе ДДУ и школ семейной поликлиники - 44 Шайхонтохурского района г. Ташкента были обследованы 120 детей в возрасте от 5 до 15 лет с кардиальной формой вегето-сосудистой дистонии (ВСД), у которых диагноз устанавливался после подробного изучения анамнестических сведений, среди которых особое внимание уделялось течению беременности, родов, постнатальному периоду и, конечно же, фоновой заболеваемости.

Результаты исследования и их обсуждения.

Обобщая клинические проявления кардиальной формы ВСД у детей, отмечается присутствие симптомов указывающие на церебральные дисфункции, т.е. чисто неврологическую симптоматику, кардиальных симптомов. А также, соматогенные проявления, связанные с параллельным внедрением в основной процесс дисфункции других морфофункциональных систем на уровне органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочевого выделения. Состояние церебральных, кардиальных и соматогенных симптомов в общей клинической характеристике наблюдаемых детей составила 39,1%, 48,7% и 12,2%. При этом можно констатировать, что целый ряд детей имели сочетание, прежде всего кардиальных и церебральных симптомов, а также в комплексе соматогенными дисфункциями. Обобщая в целом клинические проявления у детей с кардиальной формой можно предполагать, что наиболее значимым синдромом в общей семиотике проявлений данных пограничных состояний является кардиологический синдром, который включает в себе следующие положения:

- Боль различного характера (колющая, давящая, сжимающая, пронизывающая, ноющая), локализуемая под соском, у левого края грудины, под левой ключицей доминирует у детей школьного возраста.
- Боль обычно не носит характера пароксизмов, длится от десятков минут до нескольких дней и даже недель, периодически нарастая и ослабевающая.
- Факторы, провоцирующие боль: ненастная погода, нервные потрясения, перенесенные инфекционные заболевания, физические перегрузки.
- На фоне постоянных болей или без них могут появиться приступообразные боли, которые в отличие от стенокардических значительно варьируют по длительности и оставляют после себя чувство дискомфорта (тяжесть, давление, ноющая боль).
- Нередко боль сопровождается признаками возбуждения симпатoadреналовой системы: повышение артериального давления, дрожь, тахикардия, возбуждение, страх, который доминирует у детей школьного возраста.
- присутствует «Т»- кардиопатия – наличие отрицательного Т зубца в сочетании с кардиологическим синдромом при исключении органических поражений коронарных сосудов, эндокарда, миокарда и перикарда.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КАРДИТОВ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Нуриддинова Ф.М.

Ташкентская Медицинская Академия

[feruzaxodjieva@gmail.com](mailto:feruzaxodjieva@gmail.com)

При пневмонии в патологический процесс вовлекается не только легочная ткань, но также наблюдаются изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. Прогресс в области изучения пневмоний налицо, однако, многие проблемы этой патологии все еще остаются нерешенными. Возросшая частота и тяжесть заболевания, прогрессирующий характер течения с тенденцией к хронизации, возможность летального исхода привели к необходимости более ранней и точной диагностики и оптимизации лечения этого заболевания.

Цель исследования - изучить особенности течения кардитов при острой пневмонии у детей раннего возраста.

Методы исследований. Под нашим наблюдением в отделении детской пульмонологии 4-КДБ Шайхонтохурского района г. Ташкента находились 68 детей с острой пневмонией. Всем детям проводили клиническое исследование, ЭКГ, рентгенографию. Дети были разделены на 2 группы: I группа – 38 детей с диагнозом: острая пневмония, кардит; II группа- 30 детей, с диагнозом: острая пневмония.

Результаты и их обсуждение. По результатам проведенных исследований было выявлено, что из 67,4% больных детей I группы наблюдались признаки интоксикации (во II группе 13%). Дети были осмотрены в ранней фазе пневмонии так как, выявления синдрома интоксикации могло быть связано, как сопутствующей (предшествующей) вирусной инфекцией, так и с воздействием микробного возбудителя. Среди обследованных детей (60% во II группе 40%) были выявлены одышка, стрidor, бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, раздувания крыльев носа. У 72% больных из I группы (во II группе 3%) выраженная тахикардия, несоответствующая температуре тела, приглушение тонов сердца, систолический шум мягкого тембра.

На электрокардиограмме были отмечены изменения ST и T ( $8 \pm 4,5$  во II группе  $13 \pm 4,01$ ), что свидетельствует о нарушении восстановительных процессов, то есть метаболизма в миокарде. У 7 детей из I группы высокие, заостренные симметричные зубцы T, смещение интервала S-T от изолинии, что характерно для коронарной недостаточности. Кроме того у 3-х детей из этой же группы увеличивалось амплитуда зубцов P и R в отведениях III, aVF, aVR и V1, отражающая перегрузку правых отделов сердца. Экстрасистолия ( $12 \pm 3$  во II группе  $2 \pm 1,6$ ), АВ блокада и блокада ножек Гиса ( $14 \pm 0,5$  во II группе  $2 \pm 5,3$ ). У 52 детей находящихся в первой группе на электрокардиограмме клинические проявления кардита были сохранены и в ранней фазе, и после исчезновения признаков пневмонии. При анализе рентгено-кардиометрических показателей представленных групп было обнаружено, картина пневмонии и расширение границ сердца в первой группе –56,6% (II степень расширения сердца), во второй группы 51,7% (I степень) соответственно.

Вывод. При острой пневмонии у детей раннего возраста имеется длинная цепь реакции системы кровообращения на разных ее уровнях - системном, органном и тканевом, где каждое звено может быть следствием предыдущего и причиной для последующего. Клиническое проявление кардита при острой пневмонии имеет адаптационно-компенсаторный характер, оно является проявлением «срыва» механизма адаптации и компенсации, требующим внимания и коррекции.

## **НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

Нуриддинова Ф.М.

Ташкентская Медицинская Академия

[feruzaxodjieva@gmail.com](mailto:feruzaxodjieva@gmail.com)

Цель. Изучить особенности клинико-неврологических и нейропсихологических нарушений у подростков с артериальной гипертонией.

Материалы и методы. Исследованы 60 подростков в возрасте 15-18 лет, из них 30 с неврологической симптоматикой в сочетании с артериальной гипертензией (основная группа) и 30 с диагнозом артериальная гипертония (АГ) без неврологических нарушений (контрольная для сравнения). Проводился общий клинический осмотр, исследование неврологического статуса, выполнялись общеклинические лабораторные методы исследования (общий анализ крови, мочи, тест толерантности к глюкозе, биохимический анализ крови: общий белок, мочевины, креатинин, показатели липидного спектра: общий холестерин, триглицериды, холестерин липопротеидов высокой плотности). Инструментальные методы диагностики включали электрокардиограмму, ЭХО-кардиографию, ультразвуковое исследование почек и надпочечников.

Результаты. При анализе результатов исследования выяснилось: вегетативная дисфункция выявлена у 82% лиц с АГ и неврологическими нарушениями, у больных АГ без неврологических нарушений в 33% и у практически здоровых пациентов (2,7%). Отмечалась достаточно тесная связь этих патологических состояний с неблагоприятным

психоземциональным фоном. Наиболее распространенным симптомокомплексом жалоб у больных в обеих группах были головная боль, быстрая утомляемость, головокружение, снижение памяти, раздражительность или вялость, шум в голове, которые ухудшали работоспособность и качество жизни. Цефалгии встречались в 91,3% случаев, что в 1,1 раза чаще, чем в группе сравнения (у 51,9% больных). Периодические приступы головокружения отмечались у 68,2% больных с основной группы, что 1,2 раза чаще, чем у пациентов группы сравнения.

Выводы. Неврологические синдромы сочетанные с артериальной гипертензией проявляются в виде цефалгии давящего и распирающего характера, преимущественно в затылочной области, также вегетативными кризами, диссомнией. Цефалгии более трех раз в неделю, приступообразные, а также повышение диастолического артериального давления в дневные и ночные часы до 95 мм.рт.ст. и выше и скорости его утреннего подъема выше 6 мм рт.ст./час. Выраженную венозную недостаточность помогает диагностировать наличие астенического синдрома и цефалгий, спровоцированных подъемом артериального давления.

## **ВЛИЯНИЕ СИМПТОМОВ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ НА СОСТОЯНИЕ КОАГУЛЯЦИОННОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА**

Орехова Ю.Н., Иванченко Д.Н.

ГБОУ ВПО Ростовский Государственный Медицинский Университет Минздрава РФ, г. Ростов-на-Дону, Россия

[orehowa.yulia@yandex.ru](mailto:orehowa.yulia@yandex.ru)

Введение: Негативное влияние тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) на прогноз пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) является доказанным фактом, однако его механизмы являются не до конца изученными. Показано, что у пациентов с острым коронарным синдромом ТДР являются фактором, повышающим свертывающую активность крови. Влияние ТДР на гемостаз у пациентов со стабильной ИБС требует дальнейшего изучения.

Цель: изучить взаимосвязь симптомов тревоги и депрессии с состоянием коагуляционного звена гемостаза у пациентов со стабильной ИБС.

Материалы и методы: в исследование были включены 34 пациента в возрасте от 44 до 82 лет (средний возраст  $67,1 \pm 4,8$  лет), проходящие стационарное лечение по поводу стабильной ИБС (стенокардия напряжения 2-3 ФК), подписавшие информированное согласие. В исследование не включались пациенты с фибрилляцией предсердий и другими заболеваниями, требующими приема антикоагулянтов. Скрининг симптомов ТДР производился с использованием Госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS, разработанной для использования в условиях общей медицинской практики. Лабораторно определялись уровень фибриногена, протромбиновое время (ПТВ), тромбиновое время (ТВ), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).

Результаты: Согласно результатам заполнения опросника HADS субклиническая и клинически выраженная депрессия была обнаружена у 26,7% и 11,77% пациентов, субклиническая и клинически выраженная тревога - у 20,5% и 17,74%, соответственно.

Средний уровень фибриногена у пациентов без депрессии составил  $4,0 \pm 0,7$  г/л, ПТВ  $13,0 \pm 3,8$  с, ТВ  $19,7 \pm 2,7$  с, АЧТВ  $27,1 \pm 3,2$  с. У пациентов с субклинической и клинически выраженной депрессией средний уровень фибриногена составил  $4,7 \pm 1,8$  г/л, ПТВ  $12,1 \pm 3,4$ , ТВ  $20,0 \pm 1,9$  с, АЧТВ  $28,2 \pm 5,5$ с. При проведении корреляционного анализа обнаружена умеренная положительная связь между уровнем фибриногена и выраженностью симптомов депрессии по шкале HADS ( $r = 0,3$ ). Средний уровень фибриногена у пациентов без признаков наличия тревожных расстройств, то есть набравших 0-7 баллов



по шкале тревоги HADS, составил  $4,2 \pm 1,3$  г/л, ПТВ -  $12,1 \pm 2,8$ с, ТВ -  $20 \pm 2,6$  с, АЧТВ -  $27,8 \pm 4,6$  с. У пациентов с выявленными признаками субклинической и клинически выраженной тревоги уровень фибриногена составил  $4,5 \pm 1,1$  г/л, ПТВ -  $13,8 \pm 4,7$ , ТВ -  $19,4 \pm 2,3$ , АЧТВ -  $26,9 \pm 3,4$  с. При анализе зависимости показателей активности коагуляционного звена от выраженности симптомов тревоги по HADS была выявлена слабая положительная связь с уровнем фибриногена ( $r = 0,2$ ).

Заключение: у пациентов со стабильной ИБС выявлена взаимосвязь выраженности симптомов депрессии по шкале HADS и уровнем фибриногена.

Выводы: в рамках проведенной работы симптомы депрессии ассоциированы с повышением уровня фибриногена, что может негативно влиять на течение и прогноз ИБС.

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

Смирнова А.С. 1,2, Гасендич Е.С. 1

1-Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
г. Донецк, Украина

2-Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака,  
г. Донецк, Украина

[a.smyrnova@mail.ru](mailto:a.smyrnova@mail.ru)

Введение. Патология сердечно-сосудистой и дыхательной системы доминирует в структуре заболеваемости и смертности населения во всем мире. В развитых странах летальность от кардиоваскулярных заболеваний в течение многих десятилетий занимает 1-е место, а хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), по прогнозам ВОЗ, к 2030 г. выйдет на 4-е место среди причин смерти. Особую актуальность в условиях продолжающегося старения населения приобретает коморбидность указанных состояний, что обусловлено наличием феномена взаимного отягощения и значительным ухудшением прогноза, а также качества жизни таких пациентов.

Цель – оценить качество жизни больных, страдающих хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза в сочетании с ХОБЛ.

Материал и методы. В исследование были включены 154 больных возрастом от 47 до 68 лет, страдающих ХСН ишемического генеза. Основную группу составили 22 (14,3%) пациента с ХСН II, III ФК и сопутствующей ХОБЛ. Контрольная группа была представлена 132 (85,7%) больными с ХСН II, III ФК без нарушения функции дыхания. С целью оценки качества жизни были использованы Миннесотский и опросник SF-36. В Миннесотском опроснике пациент отвечал на 21 вопрос, для ответа на который предлагалось использовать 6-пунктовую шкалу Ликерта, соответствующую выраженности нарушений в возрастающем порядке. Максимальная сумма баллов – 105. Анализ качества жизни согласно опроснику SF-36 проводился по следующим шкалам: общее состояние здоровья, физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, ролевое эмоциональное функционирование, шкала социального функционирования, шкала боли, шкала жизнеспособности и психологическое здоровье. Для всех шкал при полном отсутствии ограничений или нарушений здоровья максимальное значение равно 100.

Результаты. Результаты исследования показали снижение качества жизни у всех обследуемых больных по результатам Миннесотского опросника. При этом у пациентов с коморбидной патологией этот показатель был достоверно ( $p < 0,05$ ) ниже ( $52,7 \pm 4,6$  и  $43,8 \pm 4,2$ , соответственно). Показатели качества жизни согласно данным опросника SF-36 были также снижены у всех пациентов по всем шкалам, но в большей степени у пациентов

с ХСН в сочетании с ХОБЛ по шкалам «ролевое физическое функционирование», «физическая боль», «общее состояние здоровья», «жизнеспособность» и «ролевое эмоциональное функционирование».

Заключение. У пациентов с сочетанной патологией ХСН и ХОБЛ наблюдается более низкое качество жизни, чем при изолированном течении ХСН, особенно по шкалам «ролевое физическое функционирование», «физическая боль», «общее состояние здоровья», «жизнеспособность» и «ролевое эмоциональное функционирование».

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНЫМ СИНДРОМОМ**

Тураева Д.М., Алимова Г.У.

Ташкентская Медицинская Академия, город Ташкент, Узбекистан

[dilnoza.turaeva@tma.uz](mailto:dilnoza.turaeva@tma.uz)

Артериальная гипертония (АГ) остается одной из главных неинфекционных пандемий, определяющей структуру сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. В настоящее время доказано влияние психоэмоционального фактора на развитие тревожного синдрома и его вклад в усугубление течения АГ.

Цель: в течение 6 месяцев проводилось исследование в семейной поликлинике (СП) № 9 города Ташкента с целью выявления пациентов, страдающих тревожным синдромом на фоне АГ, и оптимизацией терапии у данных лиц.

Материалы и методы: в исследовании было интервьюировано 35 человек с АГ, из них выделена группа с преобладанием тревожной симптоматики. Все пациенты выделенной группы были опрошены психологом, некоторые (при согласии), проконсультированы психиатром. Тестирование показало достоверно завышенный уровень тревоги по стандартным шкалам ZARS, ShARS. Все пациенты данной группы длительно получали стандартную гипотензивную терапию в амбулаторных условиях. Эти больные среди возможных причин тревоги указывали отсутствие ожидаемого эффекта от проводимого гипотензивного лечения. При опросе у данных больных отмечалось более 30 баллов по оценочной шкале тревоги Шихана (ShARS) и (или) более 50 баллов по Шкале Цунга (ZARS) для самооценки тревоги. Дополнительно проводилась психофармакологическая и психотерапевтическая коррекция тревоги. Группа составила 9 человек из них 8 женщин и 1 мужчина, средний возраст исследуемых 52 года. Максимальные цифры артериального давления (АД) аръировали от 180/100 ммртст до 240/120ммртст. В некоторых случаях (при наличии согласия пациента) проводилось консультирование психиатром и установлен диагноз психического расстройства с ведущим тревожным синдромом. Все больные находились на лечении в СП в последние 2-3 недели, где велся подбор гипотензивных препаратов, 77% получали двухкомпонентную гипотензивную терапию, а остальные 22 % трехкомпонентную гипотензивную терапию. Однако у данных больных отсутствовал эффект от проводимой терапии. В течение первых дней пациенты получали терапию гипотензивными препаратами по прежней схеме без коррекции, однако, дополнительно, после тестирования, им были назначены 1-2 препарата в среднетерапевтических дозировках из групп нейролептиков с седативным компонентом (Хлорпротиксен, Аминазин), антидепрессантов (Ципрамил и Коаксил), и анксиолитиков (Атаракс). Так же ряду пациентов этой группы проводилось суггестивное психотерапевтическое лечение, релаксирующее физиотерапевтическое лечение, направленное на лечение тревожного компонента.

Результаты: В результате, за 15 дней был достигнут выраженный, устойчивый эффект: АД снижено до оптимального уровня, что в ряде случаев подтверждено данными профиля АД.



Заключение: Таким образом, наличие коморбидной тревоги может быть одной из причин резистентности к лечению гипотензивными препаратами, традиционно назначаемыми на амбулаторном этапе. При этом, тревога зачастую обусловлена не только социальными причинами, но и реакцией на резистентность к проводимому гипотензивному лечению. Предложено углубленное обследование пациентов с резистентной АГ, при отсутствии других морфологических причин, с участием психиатра, психотерапевта до коррекции основной гипотензивной схемы.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

Турсунов Х.Х., Тожибоев Т. А., Вахобов Б. М.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

**Введение.** Медико-биологические и социальные проблемы бронхиальной астмы (БА) с легочной гипертензией у лиц пожилого возраста требуют изыскания нового подхода к лечению заболевания, включения в клиническую практику препаратов, обладающих лечебно-превентивными механизмами действия. БА у пожилых редко протекает изолированно, чаще встречается совместно с ИБС и артериальной гипертензией (АГ). Развитие легочной гипертензии у лиц пожилого возраста, страдающих БА, наблюдается в 40% случаев.

**Цель.** Изучить влияние небиволола (биволол) на гемодинамические показатели у больных бронхиальной астмой с сопутствующей артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца у больных пожилого возраста.

**Материал и методы.** В основную группу вошли больные БА с сопутствующей АГ и ИБС в возрасте 60-70 лет (n=20), у 16 из них БА была средней степени тяжести и у 4 – тяжелой степени тяжести. Основным скрининговым методом исследования была ЭхоКГ на аппарате HD-3 (Philips). Исследование проводилось в динамике на фоне применения небиволола (биволол, Asklepiy) в дозе 5 мг в течение 24 недель. Контрольную группу составили больные (n=10) БА с сопутствующей АГ и ИБС в возрасте 60-68 лет, принимающие энарил (Фармед Саноат) в дозе 5-10 мг в сутки в течение 24 недель.

**Результаты.** За период 6-ти месячного наблюдения гемодинамические показатели ЭхоКГ улучшились на фоне приема биволола, особенно выражено это было у больных с явлениями легочной артериальной гипертензии легкой и средней степени тяжести. В контрольной группе больных, принимавших энарил, прослеживалась обратная динамика, особенно увеличились такие показатели как систолическое и диастолическое артериальное давление, а также давление в легочной артерии.

**Выводы.** У больных БА с сопутствующими АГ и ИБС на фоне применения биволола происходило улучшение гемодинамических и функциональных показателей, что подтверждалось данными ЭхоКГ. На основании полученных данных можно рекомендовать включение биволола в основную схему лечения больных БА с сопутствующими АГ и ИБС.

## **РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ТИПА У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Турсунова М.У.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

[Boburtma@mail.ru](mailto:Boburtma@mail.ru)

Введение: Сахарный диабет встречается у 8% взрослого населения. Наиболее частая форма СД – это СД 2-типа, составляющая 90-98% всех случаев диабета. Согласно данным ВОЗ, заболеваемость СД 2-типа увеличивается в среднем каждые 15-20 лет. Этот тип диабета развивается преимущественно после 35 лет, увеличивается с возрастом, пожилые пациенты составляют почти 50% от общего числа больных диабетом. Сахарный диабет является одним из основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. У больных сахарным диабетом в 2 раза повышается риск развития ишемической болезни сердца (ИБС), которая протекает тяжелее и чаще дает осложнения, в 2-4 раза увеличивается риск развития инсульта.

Цель: изучить распространенность сердечно-сосудистых заболеваний у лиц с СД 2-типа в семейной поликлинике №37 «Чиланзарского» района г. Ташкента.

Материалы и методы: Были изучены 300 амбулаторных карт больных с СД 2-типа. Возраст пациентов варьировал от 36 до 81 года, при этом средний возраст составил 54,4 лет. Из них количество мужчин 76 (25,3%), количество женщин 224 (74,6%).

Результаты: Среди 300 изученных амбулаторных карт больных с СД 2-типа 180 (60%) пациента имели сердечно-сосудистые заболевания. Из них больных с сопутствующей артериальной гипертонией (АГ) оказалось 50 (27,7%), ИБС –34 (18,8%), сочетанные случаи АГ и ИБС –96 (53,3%). У мужчин с сахарным диабетом 2-типа встречаемость сердечно-сосудистых заболеваний составила 49,7 (65,5%). Из них пациентов с АГ 12 (15,8%) человек, ИБС –10(13,2%), АГ+ ИБС 54 (71%). Частота встречаемости сердечно-сосудистых заболеваний у женщин с сахарным диабетом 2-типа составила 123 (55,2%). Из них число больных АГ 48 (21,2%), ИБС –34(15,3%), АГ + ИБС –142 (63,5%). Распределение больных с СД-2 типа с сердечно-сосудистыми заболеваниями изучили в зависимости от возраста. Оказалось, что в возрастной группе 71-80 лет имеется 38 пациентов с сахарным диабетом 2-типа, среди которых 32 (77,8%) с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В возрастной группе 61-70 лет с сахарным диабетом 2-типа 102 человека, 82 (72,2%) из которых с сердечно-сосудистой патологией. В возрастной группе 51-60 лет всего 89 человека с сахарным диабетом 2-типа 55 (61,9%) из которых с сердечно-сосудистой патологией. В возрастной группе 41-50 лет всего 51 человек с сахарным диабетом 2-типа, у 12,75 (25%) из которых имеется сердечно-сосудистая патология. Пациенты 40 лет и моложе составили 20 человек с сахарным диабетом 2-типа, из которых 3 (14,2%) человека были с сердечно-сосудистой патологией.

Заключение: По нашим данным, заболеваемость сахарным диабетом у женщин в 3 раза выше, чем у мужчин. Распространенность сопутствующих АГ и ИБС примерно одинаковая как у мужчин, так и у женщин. Но сочетание АГ и ИБС у больных с сахарным диабетом 2-типа выявляется у мужчин на 7,5% чаще, чем у женщин. Анализ распространенности по возрастной категории показал, что с возрастом увеличивается заболеваемость сердечно-сосудистой патологией. Таким образом нужно раньше выявлять сахарный диабет, чтобы предупредить развитие сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений.

## **ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Турсунова М.У.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

[Boburtma@mail.ru](mailto:Boburtma@mail.ru)

Цель: оценить распространенность метаболического синдрома среди пациентов с ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы: 1500 больных артериальной гипертензией находящихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении Городской больницы №3 г. Липецка в 2013 г. Диагноз метаболического синдрома формулировался на основании критериев международной федерации диабета 2005г. У больных определяли показатели липидного спектра крови: общий холестерин, липопротеиды высокой и низкой плотности, триглицериды, уровень гликемии, антропометрические данные: окружность талии, вес, рост, индекс массы тела, производили измерение АД.

Результаты: Среди обследуемых больных превышение уровня общего холестерина обнаружено у 1410 больных (94%), уровень липопротеидов низкой плотности превышен у 1380 пациентов (92%), липопротеиды высокой плотности понижены у 1290 пациентов (86%), уровень триглицеридов повышен в 1275 случаях (85%), уровень гликемии натощак повышен у 690 пациентов (46%), пороговые значения окружности талии превышены в 1230 случаях (82%), ИМТ увеличен в 1200 случаях (80%), повышение АД регистрировалось у 1395 больных (93%). Таким образом среди пациентов с ишемической болезнью сердца метаболический синдром был выявлен у 1170 пациентов (78%).

Заключение: распространенность метаболического синдрома в популяции больных ишемической болезнью велика и достигает 78%, что диктует необходимость подбора комплексного лечения данной категории больных.

## **ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА В АНАМНЕЗЕ**

Холматова К.К., Дворяшина И.В.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Архангельск, Россия

[kkholmatova@mail.ru](mailto:kkholmatova@mail.ru)

Введение. Выявление модифицируемых факторов неблагоприятного прогноза при инфаркте миокарда (ИМ) является приоритетной задачей для улучшения исходов и качества жизни больных. Отдаленный прогноз и влияющие на него факторы у когорты пациентов с ИМ без ранее выявленного сахарного диабета (СД) 2 типа изучены недостаточно.

Цель. Изучение отдаленного прогноза и выявление определяющих его факторов у пациентов с ИМ без СД 2 типа в анамнезе.

Материалы и методы. Проведено сплошное обследование 360 пациентов не старше 80 лет, госпитализированных в первые пять суток ИМ. Из них 292 пациента ранее не имели в анамнезе СД 2 типа, при этом у 93 (31,8%) больных выявлен предиабет (нарушенная гликемия натощак и/или нарушенная толерантность к глюкозе), у 32 (11,0%) - зарегистрирован впервые выявленный СД 2 типа при проведении перорального глюкозотолерантного теста. Отдаленный прогноз в течение двух лет после ИМ был оценен у 228 человек. Регистрировались неблагоприятные сердечно-сосудистые события: смерть, повторный ИМ, а также комбинированная конечная точка (ККТ), включавшая сердечно-сосудистую смерть, нестабильную стенокардию, ИМ, инсульт, госпитализацию по поводу ИБС или реваскуляризацию коронарных артерий. Факторы риска неблагоприятного прогноза определены с использованием простого, а затем множественного регрессионного анализа Кокса.

Результаты. В течение двух лет после ИМ было зарегистрировано 17 (7,5%) случаев смерти, в том числе 15 (6,6%) от сердечно-сосудистых причин, 14 (6,1%) случаев повторного ИМ и 81 (35,5%) случай ККТ. При проведении простой регрессии Кокса острая сердечная недостаточность (ОСН Killip IV) была связана с летальным исходом в

отдаленном периоде ИМ (OR 5,208, 95% CI 1,471-18,518,  $p=0,011$ ), уровень С-реактивного белка (СРБ) при поступлении - с развитием повторного ИМ (OR 1,014, 95% CI 1,002-1,026,  $p=0,025$ ), уровень лептина и максимальная концентрация МВ-фракции креатинфосфокиназы (выявлена тенденция связи) - с развитием ККТ (OR 1,013, 95% CI 1,004-1,021,  $p=0,003$  и OR 1,001, 95% CI 1,000-1,003,  $p=0,057$ , соответственно). Не было выявлено значимых ассоциаций с другими традиционными и метаболическими факторами, однако при проведении множественного регрессионного анализа была проведена коррекция на пол, возраст и ревазуляризацию коронарных артерий в остром периоде ИМ. Подтверждено независимое влияние ОЧН Killip IV (OR 5,435, 95% CI 1,536-19,231,  $p=0,009$ ) на развитие смертельного исхода, уровня СРБ при поступлении (OR 1,015, 95% CI 1,003-1,027,  $p=0,016$ ) на развитие повторного ИМ, концентраций МВ-фракции креатинфосфокиназы (OR 1,004, 95% CI 1,001-1,006,  $p=0,006$ ) и лептина (OR 1,012, 95% CI 1,002-1,022,  $p=0,014$ ) на развитие ККТ в течение двухлетнего периода наблюдения.

**Заключение.** У трети пациентов без ранее диагностированного СД 2 типа в течение двух лет после ИМ развивались различные неблагоприятные сердечно-сосудистые события. Показатели Killip IV ОЧН, уровни СРБ при поступлении, МВ-фракции креатинфосфокиназы и лептина были независимыми предикторами неблагоприятного отдаленного прогноза при ИМ у пациентов без СД 2 типа в анамнезе и могут быть использованы при проведении вторичной профилактики сердечно-сосудистых событий.

## **EFFECT OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE ON THE COURSE OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN ELDERLY PATIENTS**

Gorbunova S.I., Dzhanibekova A.R.

Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia

[gorbunova\\_si69@mail.ru](mailto:gorbunova_si69@mail.ru)

**Purpose of the study.** Examine the characteristics and the incidence of cardiovascular disease in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

**Materials and methods.** 37 COPD patients over the age of 63 years (range 63 to 78 years), revealed as a result of selective screening, treated in the geriatric ward of the Stavropol city clinical hospital №3, surveyed: respiratory function, ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) electrocardiography (ECG), Holter ECG monitoring, echocardiography (echocardiography), as well as the estimated chastota cardiovascular disease.

**Results.** Varying degrees of hypertension was observed in all the examined patients. Among women, hypertension 1-th degree was revealed in 2 (16.7%) cases of hypertension 2nd degree - in 7 (58.3%) cases of hypertension and grade 3 - in 3 (25.0%) cases. Among men, hypertension 1-th degree - in 3 (12.0%), hypertension 2nd degree - in 11 (44.0%) and hypertension grade 3 in 12 (48.0%) cases, respectively.

In the study of echocardiography in the majority of patients with bronchopulmonary diseases revealed signs of regional myocardial contractility. A history of myocardial infarction (MI) was noted in 8 (32.0%) men and 2 (16.7%) women. In 4 of them (10.8%) of the main clinic they were short of breath. In 7 (58.3%) women and 19 (76.0%) of the men identified diastolic left ventricular dysfunction; at 5 (41.7%) women and 13 (52.0%) men - signs of myocardial hypertrophy. Symptoms of chronic pulmonary heart disease were detected in 7 (18.9%) patients with COPD: 2 (16.7%) women and 6 (32.0%) men.

In 18 (48.6%) patients in the analysis of ECG studies revealed violations of repolarization, at 7 (18.9%) of patients on the initial ECG marked scarring. Angina pectoris was diagnosed in 9 (75.0%) women and 18 (72.0%) men with COPD. Angina FC 1 was observed in group 1

(11.1%) patients with COPD female. Angina 2 FC men were found in 14 (77.8%), women's 5 (55.6%) cases. Angina FC diagnostirovana 3 in 4 (22.2%) male and 3 (33.3%) women.

When analyzing the results of Holter monitoring electrocardiogram recorded sinus rhythm at the base of the 27 COPD patients (73.0%), with a predominance of tachycardia during wakefulness: the average heart rate was 86.1 beats per minute; In 6 (16.2%) - registrirovalos rhythm disturbance in the form of atrial fibrillation: 2 (8.0%) male and 3 (25.0%) women. Rhythm disorders in patients with COPD elderly reported in 22 (59.5%): 7 - (58.3%) women and 15 (60.2%) men. Arrhythmias were presented atrial and ventricular premature beats.

Conclusions: It was found that among patients with middle and old age, COPD, hypertension in men is more severe than in women. Clinic bronchopulmonary diseases often masks the symptoms of coronary disease, which requires extensions to the standard survey of bolnyh with carrying out Holter ECG monitoring to diagnose coronary artery disease and life-threatening arrhythmias, as well as of adequate therapy.

## **РАЗДЕЛ IX. ФАРМАКОТЕРАПИЯ В КАРДИОЛОГИИ**

### **КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕРКАНИДИПИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

Абдумаликова Ф.Б., Н.Б.Нуритдинова  
Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан  
[Abdumalikova.feruza@gmail.com](mailto:Abdumalikova.feruza@gmail.com)

Проблема фармакотерапии артериальной гипертонии имеет особое значение потому что повышение уровня артериального давления приводит к росту заболеваемости и смертности от инсульта и инфаркта миокарда, увеличению числа больных сердечной и почечной недостаточностью.

Цель: настоящего исследования явилось изучение клинической эффективности лерканидипина (леркамен) у больных гипертонической болезнью.

Материалы и методы исследования: Нами были обследованы 45 больных гипертонической болезнью в возрасте от 42 до 67 лет. У всех больных была диагностирована артериальная гипертония II степени. Суточное мониторирование АД проводили на аппарате «Meditech Cardio Tens». Средняя доза лерканидипина (леркамен) составила 10 мг.

Результаты исследования: Через 2 месяцев лечения леркаменом по данным суточного мониторирования АД отмечалось снижение артериального давления систолическое – на 14,8%, диастолическое – на 12,2%. У 12 больных потребовалось увеличение дозы до 20 мг/сутки, после чего отмечалось снижение АД до целевых уровней.

Заключение: Таким образом, исследование продемонстрировало эффективность леркамена как гипотензивный препарат при артериальной гипертонии, который влияет на все типы повышения артериального давления.

### **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭКЗОГЕННОГО ФОСФОКРЕАТИНА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Ажми И., Кумбатова А.В., Черных Т.М., Иваненков А.В., Иваненкова Е.Ю.  
БУЗ ВО ВОКБ №1, ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, Воронеж, Россия  
[Issameddine2@gmail.com](mailto:Issameddine2@gmail.com)

Цель: изучить эффективность экзогенного фосфокреатина при лечении пациентов со стабильной стенокардией напряжения и гемодинамически незначимым поражением коронарного русла.

Материалы и методы: в исследование включено 44 пациента со стабильной стенокардией напряжения. Средний возраст пациентов составил 63,4 года. У всех пациентов ангиографические изменения гемодинамически незначимые. Исследуемая группа на момент манифестации симптомов получала 2 и более антиангинальных препаратов. На фоне оптимальной медикаментозной терапии ИБС все пациенты имели коронарную недостаточность II функционального класса ФК по классификации канадского общества кардиологов. Для коррекции стенокардии дополнительно к оптимальной медикаментозной терапии вводился экзогенный фосфокреатин (Неотон) в суточной дозе 2-4 грамма (в среднем 3гр) в течение 14 дней по 4 курса в год. Эффективность лечения оценивалась с помощью определения частоты приступов стенокардии и ФК стенокардии до и после терапии.



Результаты: при анализе полученных результатов повышение ФК стенокардии выявлено у 50-53% пациентов, включенных в исследование. Урежение ангинальных приступов наблюдалось у 62% пациентов. У 30% больных повышение переносимости физической нагрузки наблюдалось после 1 курса терапии, у 70 % - после 2 -4 курса лечения Неотон. Побочные эффекты наблюдались у 7% пациентов и проявлялись в виде развития умеренной гипотонии, которая корректировалась снижением скорости инфузии препарата.

Выводы: Курсовое лечение экзогенным фосфокреатином (Неотон) пациентов со стабильной стенокардией напряжения и гемодинамически незначимым поражением коронарного русла более чем в 50% позволяем уменьшить коронарную недостаточность, уредить частоту ангинальных приступов и повысить толерантность к физическим нагрузкам. Рекомендуется включение препарата в комплексную терапию ИБС.

## **ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА S(-) АМЛОДИПИН В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ**

Алимова Г.У., Тураева Д.М.  
Ташкентская Медицинская Академия, город Ташкент, Узбекистан  
[gulmira.alimova@tma.uz](mailto:gulmira.alimova@tma.uz)

Артериальная гипертония (АГ) остается важнейшей медико-социальной проблемой, что обусловлено широкой распространенностью и высоким риском развития жизнеопасных осложнений. Основными задачами лечения АГ является достижение целевых уровней артериального давления (АД), коррекция факторов риска, защита органов-мишеней; в конечном итоге - снижение общего сердечно-сосудистого риска и смертности. Одним из базисной терапии АГ является класс антагонистов кальция (АК). АК снижают систолическое и диастолическое АД, обладают антиатерогенными, кардиопротективными свойствами и метаболической нейтральностью. Улучшая перфузию миокарда и сократимость миокарда, АК приводят к регрессу гипертрофии миокарда. АК дигидропиридиновой подгруппы имеют часто нежелательный эффект, как развитие периферических отеков, что приводит к снижению приверженности к терапии. Нежелательные эффекты амлодипина удалось нивелировать после внедрения в практику препарата левовращающего S (-) изомера амлодипина (ЭсКордиКор). Применение этого препарата имеет преимущества: нет побочного действия, как отеки ног, необходимая доза и системная токсичность уменьшена.

Цель: оценка антигипертензивного эффекта и переносимости S(-) изомера амлодипина (Эс КордиКор) у больных артериальной гипертонией (АГ), проходивших амбулаторное лечение семейной поликлиники (СП) № 9 города Ташкента

Материалы и методы: Обследовано 34 пациента с АГ 2-ой и 3-й степени, из них 26 женщин, 8 мужчин в возрасте от 35 до 68 лет (средний  $51,2 \pm 1,6$  лет). Проведено общеклиническое обследование, глюкоза крови, липидный спектр, ЭКГ. Проводился регулярный мониторинг АД; у части пациентов СМАД. (8 человек). Больные были разделены на 3 группы: 1-ая группа- 4 пациента с АГ – 2-ой степени без значимых поражений органов-мишеней. Назначен Эс Корди Кор в дозе 2,5-5 мг в сутки в зависимости от уровня АД. 2-ая группа- 18 пациентов с АГ 2-ой и 3-й степенью (с поражениями органов-мишеней). К получаемому антигипертензивному препарату (ИАПФ, индапамид,  $\beta$ -блокатор, амлодипин) добавлен ЭсКордиКор в дозе 2,5 – 5 мг в сутки; либо амлодипин заменен на S(-) изомер- ЭсКордиКор. 3-ая группа- 12 пациентов с АГ 3-й степени, наличием стенокардии напряжения II и III функционального класса; у 7 больных- сахарный диабет II типа средней тяжести. ЭсКордиКор добавлен к двум ранее назначенным антигипертензивным препаратам (ИАПФ + индапамид – 6 больных;  $\beta$ -



блокатор + индапамид – 6 больных). Проводилась «сопутствующая терапия»: ацетилсалициловая кислота, статины, пероральные противодиабетические препараты.

Результаты. В течение 3-х месяцев наблюдения регулярно контролировались цифры АД, оценивалась динамика клинических и лабораторно-инструментальных показателей. У всех больных удалось довести АД до целевых уровней (<140/90 мм рт.ст.). Десяти больным амлодипин был заменен на ЭсКордиКор, что привело к исчезновению периферических отеков. Не зафиксировано отказов больных от приема препарата. В процессе наблюдения не было выявлено отрицательных метаболических эффектов: содержание холестерина, глюкозы, мочевой кислоты не изменилось. Дозы препарата ЭсКордиКор, контролируемые АД, были в среднем в 2 раза меньше, чем требуемые для этого дозы амлодипина.

Заключение. Показано, что S(-) амлодипин (ЭсКордиКор) в дозе 2,5 и 5 мг обладает выраженным и стабильным антигипертензивным действием, хорошей переносимостью, высокой приверженностью пациентов к приему препарата. антигипертензивной терапии.

## **ЧАСТОТА НАЗНАЧЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

Бахрамаева Б.В., Пляшешников М.А.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Алтайский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, Барнаул, Россия

[plya.mark@yandex.ru](mailto:plya.mark@yandex.ru)

Введение. В соответствии с Национальными рекомендациями при проведении гипотензивной терапии у больных хронической болезнью почек (ХБП) рекомендуется отдавать предпочтение препаратам, блокирующим ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (РААС) – ингибиторам ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) и блокаторам рецепторов ангиотензина II (БРА). Однако, эти группы лекарственных средств (ЛС) имеют ряд противопоказаний, поэтому, они не могут быть назначены абсолютно у всех больных ХБП с артериальной гипертонией (АГ).

Цель. Определение частоты назначения блокаторов РААС у больных ХБП с АГ в реальной клинической практике.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 133 пациентов с ХБП 3-5 стадий и АГ, находившихся на лечении в отделении нефрологии КГБУЗ «Краевая клиническая больница» г. Барнаула в 2013 году. В изученной группе больных преобладали женщины (57,14%). Возраст пациентов варьировал от 23 до 79 лет (средний возраст 55,28±1,02 года). Время пребывания в отделении колебалось от 8 до 24 дней (в среднем - 13,51±0,22 суток). 51,88% больных имели АГ 3 степени, 33,83% больных - АГ 2 степени, 14,29% больных - АГ 1 степени. ХБП IIIa стадии установлена у 30,83% пациентов, ХБП IIIб стадии - у 31,58%, ХБП 4 стадии – у 32,33%, ХБП 5 стадии - у 5,26%. 39,10% пациентов имели очень высокую протеинурию А3 (>500 мг/сут), 22,56% - высокую протеинурию А2 (150-500 мг/сут). Оптимальная или незначительно повышенная протеинурия А1 (<150 мг/сут) была обнаружена у 38,35% больных.

Результаты. Среднее число одновременно назначаемых антигипертензивных препаратов составило 2,98±0,10. Монотерапия проводилась только у 9,77% больных. Наиболее часто назначались бета-адреноблокаторы - у 64,66% больных. Вторую позицию заняли ингибиторы АПФ - 57,89%, третью – антагонисты кальция (57,14%). Далее по снижению частоты назначения следовали тиазидные и тиазидоподобные диуретики - 54,88%, петлевые диуретики – 29,32%, БРА – 25,56%, агонисты центральных

имидазолиновых рецепторов – 21,80%, альфа-адреноблокаторы – 6,77%, калийсберегающие диуретики – 2,26%.

Среди ингибиторов АПФ чаще всего назначался фозиноприл - препарат с двумя равноценными путями элиминации (в 76,62% случаев). Эналаприл применялся реже – у 16,88% больных. Еще реже назначались рамиприл и лизиноприл – в 2,60% случаев, каптоприл, квинаприл, периндоприл – в 1,30% случаев. У 42,86% пациентов, не получавших ингибиторов АПФ, были назначены БРА (лозартан - в 93,55%, эпросартан – в 12,90%, телмисартан – в 3,23% случаев).

У больных, не получавших ни ингибиторов АПФ ни БРА, как правило, были противопоказания для назначения блокаторов РААС. В частности, в 41,38% случаев была выявлена гиперкалиемия при поступлении или в процессе лечения, у 1 больного (3,13%) – гемодинамически значимые стенозы обеих почечных артерий.

Заключение. 1. Общее число больных ХБП с АГ, получавших блокаторы РААС, составило 76%. Таким образом, большая часть пациентов получали препараты с нефропротективным действием, что соответствует современным рекомендациям.

2. Отказ от назначения блокаторов РААС в 44,51% случаях был обусловлен наличием противопоказаний (гиперкалиемия, стенозы почечных артерий).

## **ЛЕЧЕНИЕ ИЗОЛИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

Бендингер М.Н., Юлдашева Х.Ю., Мавлянов С.И.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

[margarita.bendinger@tma.uz](mailto:margarita.bendinger@tma.uz)

В настоящее время увеличивается контингент трудоспособных пожилых людей, что диктует необходимость внимания к их состоянию здоровья и качеству жизни. Большинство лиц пожилого возраста страдает артериальной гипертензией, 15 - 20% которой составляет изолированная систолическая артериальная гипертензия (ИСАГ). Имеются данные, что риск мозгового инсульта и инфаркта миокарда тесно связан с уровнем систолического АД.

Цель исследования - подбор рациональной терапии для пожилых больных, страдающих ИСАГ.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 54 больных ИСАГ в возрасте 66-75 лет. Из них 30 женщин, 23 мужчины. Больные находились на стационарном лечении в отделении 1 общей терапии с дальнейшим амбулаторным контролем. Всем больным проводились клинические и функциональные методы исследования при поступлении стационар и через 3 месяца лечения. Осуществлялся мониторинг АД, позволивший выявить ИСАГ. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от степени артериальной гипертензии и наличия осложнений (перенесенный мозговой инсульт и инфаркт миокарда). В первую группу включены 32 пациента со средним АД 168/81 мм рт.ст., во вторую - входили 22 пациента со средним АД 196/83 мм.рт.ст. Нами были использованы немедикаментозные и медикаментозные методы лечения. В качестве базисной терапии применяли индапамид 2,5 мг и амлодипин 5мг в сутки. Больные, перенесшие острый инфаркт миокарда получали дополнительно ингибиторы АПФ и  $\beta$ -адреноблокаторы.

Результаты исследования. Отмечалась положительная динамика показателей АД во всех группах больных. В первой группе в результате 3-месячной терапии среднее АД составило 135/74 мм рт.ст., а у больных второй группы - 139/78 мм рт.ст. В подгруппах пациентов с осложнениями отмечались клинически значимые изменения общего

состояния: уменьшились симптомы сердечной недостаточности и дисциркуляторной энцефалопатии.

Выводы. Полученные нами данные позволяют сделать выводы, что лечение ИСАГ требует значительно большего внимания при выборе препаратов и рационального их сочетания. На наш взгляд, удачной была комбинация индапамида и амлодипина. Немаловажное значение имеет мониторинг АД для коррекции лечения.

## **ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «КСАРЕЛТО» (РИВАРОКСАБАН) В ДОЗЕ 2,5 МГ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ**

Иванова А.Ю., Аксентьев С.Б., Филимонов В.Б.  
ГБУ РО Областная клиническая больница  
Региональный сосудистый центр, Рязань, Россия  
[Nastyadoc@list.ru](mailto:Nastyadoc@list.ru)

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности и безопасности перорального антикоагулянта «ксарелто» (ривароксабан) в дозе 2,5 мг 2 раза в сутки, применяемого совместно с двойной антиагрегантной терапией (клопидогрель + ацетилсалициловая кислота) у больных с острым коронарным синдромом с повышенными ферментами некроза миокарда.

Нами проведено лечение и комплексное обследование 26 пациентов с установленным диагнозом острый или повторный инфаркт миокарда левого желудочка, у которых отмечалось повышение уровня ферментов некроза миокарда (тропонин, МВ КФК), которые находились на лечении в ГБУ РО Областная клиническая больница в период с октября по декабрь 2015 г. Мужчин было 18, женщин – 8. Возраст больных колебался от 48- 82 лет (медиана 64,6). Средняя длительность лечения в стационаре составила 12-14 +\_ 2 дня. У 10 пациентов диагностирован инфаркт миокарда с зубцом Q нижней стенки ЛЖ, 10 пациентов были с инфарктом миокарда с зубцом Q передней стенки ЛЖ, 6 пациентов с повторными инфарктами миокарда

Критериями включения были: наличие ОКС с повышенными ферментами некроза миокарда, с нормальным уровнем креатинина в анализе крови, отсутствием кровотечения, острого нарушения мозгового кровообращения, язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки в стадии обострения, кризового течения гипертонической болезни.

При поступлении всем пациентам выполнялись рутинные клинические лабораторные анализы, изучались показатели коагулограммы, динамика ферментов некроза миокарда, динамика ЭКГ, Эхо КГ, рентгенография легких, ХМ ЭКГ. По показаниям выполнялась тромболитическая терапия (ТЛТ выполнена 11 пациентам из этой группы). Также по показаниям выполнялась КАГ, ЧТКА и эндопротезирование коронарных артерий. Коронароангиография с эндопротезированием проведены 4 пациентам, стенты поставлены в инфаркзависимые артерии.

При поступлении в БРИТ все пациенты получали стандартную медикаментозную терапию при ОКС: двойная антиагрегантная (клопидогрель+ацетилсалициловая кислота), НФГ в/в через инфузомат 2 сут, в-блокаторы, статины и АПФ.

Перевод пациентов с НФГ на ривароксабан пероральный прием осуществлялся на 3-5 сутки заболевания.

Также следует отметить, что у 4 пациентов из этой группы в анамнезе были ОНМК и нарушение ритма по типу персистирующей, либо пароксизмальной формы фибрилляции предсердий, которым не был назначен ранее прием антикоагулянтной терапии с учетом шкалы CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc<sub>2</sub>. Среди осложнений инфаркта миокарда встречались: аневризма ЛЖ, тромб ЛЖ, что также требует назначения антикоагулянтной терапии.

Как отмечалось, ранее на этой схеме лечения проводилось ЧКВ со стентированием коронарных артерий. Кровотечений, тромбозов стентов в момент проведения процедуры и после не было. За время нахождения в стационаре рецидивов инфаркта миокарда также не было

На фоне приема трехкомпонентной терапии (ривороксабан, ацетилсалициловая кислота, клопидогрель) в двух случаях наблюдалось на 7-9 сутки малое кровотечение (1 – маточное и 1 – геморроидальное), не угрожающее жизни, не сопровождавшееся снижением исходного уровня гемоглобина и не требующее переливания компонентов крови (терапия ривороксабаном была прекращена).

Таким образом, применение ривороксабана совместно с клопидогрелем и ацетилсалициловой кислотой снижает риски тромбоза коронарных артерий, может использоваться для вторичной профилактики острого коронарного синдрома и характеризуется малым риском кровотечений

Предложенная комбинация препаратов является безопасной и адекватной терапией для пациентов с инфарктом миокарда, которым было проведено ЧКВ, осложненным нарушением ритма по типу фибрилляции предсердия для снижения риска тромбэмболических осложнений, также пациентам, имеющим ОНМК в анамнезе с перспективой на переход после года на более высокие дозы ривороксабана.

## **ПОСТРОЕНИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ МАТЕМАТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ, ОСНОВАННОЙ НА ПАРАМЕТРАХ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ИВАБРАДИНА**

Кочеткова И.В., Черных Т.М.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко,

г. Воронеж, Россия

[iri4217@yandex.ru](mailto:iri4217@yandex.ru)

Введение. Нами долгое время изучается вопрос назначения ивабрадина у больных ИБС, при этом получено следующее: данный препарат усиливает антиангинальный эффект базисного лечения, снижает количество экстрасистол и число приступов стенокардии по данным ЭКГ, суточного мониторирования ЭКГ, улучшает качество жизни пациентов, по шкалам GH, SF, BP, снижает суммарное количество и время ишемической депрессии, расширяет диапазон variability ритма сердца, способствует увеличению SDNN и CVBP. Не оказывает отрицательного воздействия на гемодинамические и электрофизиологические показатели. Однако прогностическое влияние препарата на ВРС мало изучено. Многие авторы уже рассматривают возможность применения с диагностической целью математической модели для расчета индекса класса тяжести стенокардии, у пациентов страдающих ишемической болезнью сердца, с использованием показателей variability сердечного ритма в разных ситуациях. Цель: оценить влияние ивабрадина на параметры ВРС у пациентов со стенокардией напряжения в сочетании с ХОБЛ. Материалы и методы. Под наблюдением находилось 120 пациентов с ИБС, стабильной стенокардией напряжения II-III ФК.; в сочетании с ХОБЛ 1-2 ст.(60 пациентов). ХСН I-II А стадии. У 60 больных была проведена операция аортокоронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения в рамках Воронежской областной клинической больницы №1 с давностью около 3 лет. При амбулаторном обследовании всем пациентам проводились клиничко-лабораторные исследования – общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимия крови, электрокардиография в 12 отведениях, ЭХО-КГ. Оценка качества жизни осуществлялась с использованием опросника SF-36 (шкала BP). На аппарате «ЭТОН» проводилась оценка ФВД (функция

внешнего дыхания)- оценка индекса состояния. Осуществлялась суточная запись ЭКГ на аппарате «Холтер-ДМС» и оценка параметров ВРС: SDNN - суммарный эффект вегетативной регуляции кровообращения, CVBP – средняя взвешенная вариация ритмограммы. Длительность заболевания ИБС составила  $6\pm 2$  года, ХОБЛ  $4\pm 1$  г. Указанные методы использовались до начала исследования и ежемесячно в течение 3 месяцев (4 визита). Эффективность лечения пациентов групп АКШ+ББ и ИБС+ББ была оценена нами как неудовлетворительная, в связи с сохраняющимися болями в сердце на фоне приема максимальной суточной дозировки ББ. Поэтому было принято решение о назначении кораксана (5 визит). Результаты. Полученная математическая модель для прогнозирования суммарного эффекта вегетативной регуляции кровообращения в процессе включает: SDNN4 - суммарный эффект вегетативной регуляции кровообращения на 4 визите; SDNN1 - суммарный эффект вегетативной регуляции кровообращения на 1 визите, CVBP1 – средневзвешенная вариабельность ритма на 1 визите, ИС1 – индекс состояния на 1 визите, «кораксан» - при использовании кораксана в лечении в формулу подставляется «1», а в случае его отсутствия – «-1». Заключение: Таким образом, нами построена модель, позволяющая оценить воздействие кораксана при его использовании в лечении больных ИБС после АКШ и условиях консервативной терапии. Практическое значение этой модели в том, что она помогает предсказать будущее значение SDNN при наличии известных значений SDNN, CVBP, ИС и отсутствия или наличия кораксана.

## **ВЛИЯНИЕ ДИУРЕТИКОВ НА ОБМЕН ЭЛЕКТРОЛИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Майлян Д.Э.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина  
[majlyan@narod.ru](mailto:majlyan@narod.ru)

Введение. Кальций и магний выполняют ключевую функцию в сокращении и расслаблении всех видов мышц, включая мышцу сердца и гладкие мышцы сосудов, где комплекс кальция с тропонином С или кальмодулином активирует киназу, которая фосфорилирует легкие цепочки миозина, образующие перекрестные связи с сократительными белками актином и миозином, что вызывает сокращение миоцита. Ионы кальция и магния, кроме того, опосредуют симпатические нервные влияния на миокард и гладкие мышцы сосудов, что имеет важное патогенетическое значение в прогрессировании эссенциальной гипертензии (ЭГ) и хронической сердечной недостаточности (ХСН). Известно, что петлевые диуретики изменяют экскрецию кальция и магния, что не учитывается при их применении.

Цель. Определить влияние петлевых диуретиков на обмен кальция и магния у пациентов с эссенциальной гипертензией и хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы. Были обследованы 60 пациентов с ЭГ I и II степени и ХСН I и II функционального класса согласно классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации. Все обследуемые были разделены на две группы по 30 человек. Первая группа в течение 3 месяцев получала тиазидоподобный диуретик индапамида в суточной дозе 2.5 мг, вторая – петлевой диуретик торасемид в суточной субдиуретической дозе 5 мг. Кальцийуретическую и магнийуретическую функцию почек оценивали до и через 3 месяца после начала терапии путем определения экскреции кальция (ЭСa) и магния (ЭMg), экскретированной фракции кальция (ЭФСa) и магния (ЭФMg), их фильтрационных зарядов (ФЗCa и ФЗMg). В крови и моче определяли концентрацию кальция с помощью набора реактивов НПП „Филисит-Диагностика”, и магния с помощью набора реактивов „OLVEKS” колориметрическим методом на



спектрофотометре «Specord 200 PC». Статистический анализ полученных результатов проводили при помощи программы «Statistica 10».

Результаты. В условиях стандартного и привычного потребления кальция и магния у пациентов обеих групп различия между показателями ЭСа, ФЗСа, ЭФСa, ЭMg, ФЗMg были статистически незначимыми ( $p > 0,05$ ). Если сумму ЭСа и ЭФMg принять за 100%, то видно, что вклад кальция и магния в катионный баланс плазмы крови у больных ЭГ составил 57.8% и 42.2% соответственно.

После приема индапамида ЭСа уменьшилась ( $p < 0.05$ ) – с  $5.4 \pm 0.6$  до  $3.3 \pm 0.5$  ммоль/24 г за счет уменьшения его экскретируемой фракции с  $4.0 \pm 0.3$  до  $3.1 \pm 0.2\%$  ( $p < 0.05$ ). ЭMg возросла ( $p < 0.05$ ) с  $3.7 \pm 0,6$  до  $8.1 \pm 1.2$  ммоль/24 ч за счет увеличения ЭФMg – с  $3.7 \pm 0.4$  до  $6.2 \pm 0.7\%$  ( $p < 0.05$ ). Величины ФЗСа и ФЗMg не изменялись. Соотношение почечной ЭСа и ЭMg у больных, получавших индапамид, изменилось с 57.8%/42.2% до лечения до 35.7%/64.3% ( $p < 0.05$ ) после терапии. Таким образом, терапия индапамидом сопровождалась увеличением почечной ЭMg почти в 2.5 раза.

Изменения соотношения почечной ЭСа и ЭMg на фоне курсового приема торасемида не было индуцировано (57.3%/42.7% и 55.2%/44.8% соответственно до и после лечения;  $p > 0.6$ ). Прием торасемида ЭMg практически не изменил ( $3.8 \pm 0.5$  и  $4.9 \pm 0.7$  ммоль/24 ч) так же, как и ЭФMg ( $3.9 \pm 0.4$  и  $4.2 \pm 0.5\%$ ). ЭСа несколько уменьшилась ( $p < 0.05$ ) – с  $5.1 \pm 0.5$  до  $3.6 \pm 0.4$  ммоль/24 ч за счет уменьшения ЭФСa с  $3.9 \pm 0.3$  до  $3.0 \pm 0.2\%$  ( $p < 0.05$ )

Заключение. Торасемид оказывает кальций и магнийсберегающий эффект, в отличие от индапамида, уменьшающего экскрецию кальция, но увеличивающего экскрецию магния.

## **ОПРАВДАНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА С НИЗКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ**

Молотягин Д.Г., Кудрик Е.А., Сова А.А.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина  
dmitry.molotiagin@gmail.com

Атеросклероз является ведущим фактором развития ишемической болезни сердца. Многочисленные исследования доказали существование связи между развитием атеросклероза и наличием нарушений липидного спектра. Одним из важнейших направлений профилактики сердечно-сосудистых заболеваний является современная медикаментозная терапия статинами. Эффективность липидснижающей терапии при использовании статинов доказана для пациентов высокого кардиоваскулярного риска.

Цель исследования — рассмотреть оправданность применения статинов в профилактике и лечении больных старше 65 лет с низким риском сердечно-сосудистых заболеваний на основании обзора специализированной литературы.

Данные многочисленных исследований показали значительное снижение риска сердечно-сосудистых осложнений, в частности, у пациентов с инсулинорезистентностью на фоне применения статинов. Однако, длительный приём статинов ведёт к повышению риска развития сахарного диабета, причём наибольшему риску подвержены пациенты старше 65 лет. Это было подтверждено результатами нескольких мета-анализов рандомизированных плацебо-контролируемых исследований по оценке эффективности статинов, включавших более 140 тысяч пациентов.

Данный эффект был отмечен при применении различных статинов (правастатин, симвастатин, аторвастатин, розувастатин), в независимости от дозы, компартиментализации, периода полувыведения и путей элиминации препарата. Следовательно, можно говорить о класс-эффекте статинов.

Таким образом, назначение статинов лицам старше 65 лет, не имеющим дислипидемии, или выраженной дислипидемии, с низким сердечно-сосудистым риском, должно быть взвешенным, с учетом возможного риска развития сахарного диабета.

## **РОЛЬ ФИТОТЕРАПИИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

Мухиддинова Р.Ф., Нуриддинова Ф.М.  
Ташкентская Медицинская Академия  
[feruzaxodjieva@gmail.com](mailto:feruzaxodjieva@gmail.com)

Артериальная гипертензия (АГ) - это повышение давления крови в артериях большого круга кровообращения, ее также называют «тихой убийцей», потому что она протекает обычно бессимптомно много лет, пока не поражаются жизненно важные органы: сердце, мозг, почки. АГ страдают 20-30% взрослого населения. С возрастом распространенность увеличивается и достигает 50-65% у лиц старше 65 лет. По своему происхождению выделяют две формы данного заболевания: 1. эссенциальную или первичную, то есть самостоятельную гипертензию. 2. симптоматическую или вторичную, то есть гипертензию, возникшую на фоне какого-либо заболевания, чаще всего эндокринного или почечного. В настоящее время достигнут консенсус о включении, по меньшей мере, четырех критериев для оценки этого явления - психологическое, социальное здоровье и физическое здоровье, самообслуживание и уровень физической активности. При средней и тяжелой степени АГ назначается медикаментозная терапия. При этом используется несколько основных классов препаратов: бета-блокаторы, диуретики, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, блокаторы альфа-1-адренэргических рецепторов и блокаторы рецепторов ангиотензина II. При АГ легкой степени назначают немедикаментозное лечение, которое включает в себя психотерапию, акупунктуру, физиотерапевтические методы (электросон, диадинамические токи), водные процедуры и фитотерапию. На сегодняшний день актуальность народной медицины при лечении АГ стала значимой. Фитотерапия имеет немаловажное значение в комплексе средств лечения АГ. Она является не только "препаратом природного происхождения", но и удобным для больных с АГ как по способу применения, так и доступностью и дешевой ценой. В состав сборов для лечения АГ в основном входят трава мяты перечной, донника лекарственного, сушеницы топяной, пустырника сердечного, Melissa лекарственной, буквицы лекарственной, хвоща полевого, листья березы белой, подорожника большого, мати-мачехи обыкновенной, смородины черной, цветки и плоды боярышника колючего, цветки ноготков лекарственных, боярышника кроваво-красного, корни одуванчика лекарственного, пырея ползучего. Эти же растения лечат и предупреждают развитие атеросклероза и тромбоза. Обычно при фитотерапии улучшение наступает через 2-3 нед. лечения, но стойкого эффекта удается достичь лишь после длительного и регулярного применения трав, - не менее полугода. Каждые 2-3 мес. на фоне хорошего самочувствия и приемлемого артериального давления надо делать перерывы на 7-10 дней, после которых сборы желательно менять. Таким образом, фитотерапия при АГ является лишь частью комплексного лечения, в которую еще входит строгая диета и медикаментозное лечение. В результате применения фитотерапии побочные эффекты минимальны, а больным все больше импонируют средства народной медицины.

## **ИЗМЕНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**



Нуритдинова Н.Б.  
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан  
[nuritdinova.nigora@tma.uz](mailto:nuritdinova.nigora@tma.uz)

Качество жизни это многократное понятие, охватывающее физическое, психологическое и социальное благополучие так, как его воспринимает сам пациент. Известно, что при хронической сердечной недостаточности часто отмечается снижение качества жизни пациентов. Для определения качества жизни разработано много опросников, одним из которых является Миннесотский опросник для больных с сердечной недостаточностью. Цель: изучить влияние небиволола на качество жизни больных с хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы исследования: Обследованы 50 больных в возрасте 38-62 лет ( $49,4 \pm 5,7$ ), из них мужчин-36 и женщин – 14 страдающих гипертонической болезнью, ИБС, ДКМП осложненными ХСН. Больные были рандомизированы на группы по функциональным классам ХСН согласно классификации NYHA, по данным теста 6-минутной ходьбы (ТШХ) и по шкале оценки клинического состояния (ШОКС) больных. 1 группу составили 34 больных ХСН ФК II, 2 группу – 16 больных ХСН ФК III. Для определения качества жизни использовали Миннесотский опросник для больных с сердечной недостаточностью. Отдельному анализу подвергались показатели, отражающие качество повседневной жизни (КПовсЖ) и психологический статус больного.

Результаты исследования показали, что при II ФК ХСН средний балл качества жизни больных составил  $21,2 \pm 1,15$  при III ФК  $26,5 \pm 2,3$ . Через 6 месяцев терапии небивололом у больных со ПФК средний балл КЖ составил  $13,2 \pm 1,7$ , а у больных с III ФК -  $18,7 \pm 2,1$  т.е. отмечалось повышение качества активной жизни больных в обеих группах.

Вывод: Небиволол благоприятно влияет на показатели, характеризующие качество жизни. При анализе симптомов сердечной недостаточности с учетом балльной оценки можно говорить о преимущественном переходе больных II ФК в I ФК на фоне длительной терапии.

## **ВЛИЯНИЕ НЕБИВОЛОЛА НА ПРОЦЕССЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Нуритдинова Н.Б., Шукурджанова С.М.  
Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан  
[nigora.nuritdinova@yandex.ru](mailto:nigora.nuritdinova@yandex.ru)

Цель исследования: изучение влияния небиволола на процессы ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) у больных с хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы исследования. Нами были обследованы 50 больных, в возрасте от 43 до 67 лет. У 35 больных был диагностирован II ФК хронической сердечной недостаточности (ХСН) по NYHA и у 15 III ФК ХСН. Больные принимали в течение 6 месяцев – небиволол в дозе 5-10 мг на фоне базисной терапии; группу сравнения составили – 35 больных, принимавшие на фоне базисной терапии – бисопролол в дозе 2,5-5мг. Геометрические, структурные и гемодинамические характеристики миокарда ЛЖ оценивали по данным эхокардиографии (ЭхоКГ). ЭхоКГ проводили на аппарате ToshibaSSH-YO(60)A (Япония) трансторакальным методом в положении лежа и на левом боку методом ЭхоКГ в М- и В- режимах в соответствии с рекомендациями Американской Ассоциации Эхокардиографии (ASE).

Результаты исследования. По данным ЭхоКГ у больных со II и III ФК ХСН отмечалась выраженная структурная перестройка ЛЖ с достоверным увеличением поперечных размеров и объемов ЛЖ, размера левого предсердия (ЛП), увеличением систолического миокардиального стресса (МС), снижение ФВ. В первой группе исследования показатели ФВ у больных с ХСН II и III ФК составили – 45,1±1,32 и 38,24±1,35% соответственно, после 6 месячного лечения ФВ составила – 50,3±1,92 и 42,52±2,75% соответственно. В группе сравнения показатели ФВ у больных с ХСН II и III ФК составили – 45,8±1,43 и 37,51±1,64% соответственно, после 6 месячного лечения – 50,2±1,59 и 42,91±2,63% соответственно, что говорит о достоверном увеличении ФВ в первой и второй группе при длительной терапии ХСН. КДО и КСО уменьшились на 20,5 и 31,9% соответственно в 1 группе, на 21,2 и 32,4% в группе сравнения. ТМЖП, ТЗСЛЖ, ИММЛЖ в динамике лечения в обеих группах достоверно уменьшились. Улучшение объемных показателей ЛЖ сопровождалось достоверным уменьшением размеров толщины стенок ЛЖ, ИММЛЖ, систолического МС. Индекс диастолической сферичности в обеих группах уменьшился почти одинаково на 10,4%. Таким образом, длительное лечение больных с ХСН небивололом способствует достоверному улучшению структурно-геометрических параметров сердца.

## **ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ЕЁ КОРРЕКЦИЯ НЕБИВОЛОЛОМ**

Нуритдинова Н.Б., Шукурджанова С.М.

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан.

[nigora.nuritdinova@yandex.ru](mailto:nigora.nuritdinova@yandex.ru)

Цель: Оценка влияния кардиоселективного бета-адреноблокатора небиволола на диастолическую дисфункцию у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы: Обследовано 50 больных в возрасте от 43 до 67 лет с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС). Все больные были разделены на две группы по функциональному классу (ФК) ХСН согласно Нью-йоркской классификации кардиологов (NYHA) по данным проведения теста 6-минутной ходьбы (ТШХ) и клинической оценки признаков сердечной недостаточности (СН): 1-ую группу составили 30 больных ХСН II ФК и 2-ую группу - 20 больных ХСН III ФК по классификации NYHA. Геометрические, структурные и гемодинамические характеристики миокарда ЛЖ оценивали по данным эхокардиографии (ЭхоКГ). Определяли максимальную скорость раннего пика диастолического наполнения ( $V_{maxPeakE}$ ), максимальную скорость трансмитрального кровотока во время систолы левого предсердия ( $V_{maxPeakA}$ ), отношение максимальных скоростей раннего и позднего наполнения E/A, время изоволюмического расслабления левого желудочка - IVRT. Больные были разделены по типам диастолической дисфункции. Больные принимали небиволол на фоне базисной терапии. Контрольную группу составили 10 здоровых добровольцев. После шестимесячной терапии небивололом у больных с диастолической дисфункцией типа «патологического расслабления» определено, что амплитуда пика E увеличилась на 15,6%, амплитуда пика A снизилась на 13,2% соотношение E/A увеличилось на 31,7%. Время изоволюмического расслабления на 12,5%, время замедления раннего диастолического наполнения укоротилось на 4,5%. В группе больных с диастолической дисфункцией типа «раннего рестриктивного типа диастолического наполнения» через 6 месяцев терапии, амплитуда пика E уменьшилось на 10,2%, амплитуда пика A возросла на 8,4%, с уменьшением соотношения E/A на 17,6%. Время изоволюмического расслабления

ЛЖ возросло на 11%, время замедления раннего диастолического наполнения удлинилось на 15%.

Таким образом, Небиволол улучшает диастолическое расслабление и снижает время изоволюмического расслабления левого желудочка.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРЕАТИН ФОСФАТА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Рахматуллаева Г.К

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

[gulnoza-1980@mail.ru](mailto:gulnoza-1980@mail.ru)

Цель исследования: Изучить влияние креатин фосфата на некоторые клинико-лабораторные показатели и течение ишемической болезни сердца (ИБС).

Материалы и методы: Под наблюдением были больные ИБС со стабильной стенокардией напряжения II- III ФК, которые были разделены на 2 группы. Больные I (28) группы получали стандартную терапию, а II (28) группы-стандартную терапию +креатин фосфат(Лайботен) в дозе 1 г на 0,9%-100 мл физ. растворы в/в капельно медленно,через день №7. В крови у больных изучали липиды, активности ферментов, билирубин, креатинин, глюкозу, цитокины (интерлейкин (ИЛ)- 1 бета, ИЛ-6). Проводили электрокардиографию (ЭКГ), вэлэргометрию (ВЭМ).

Результаты исследования: в динамике наблюдения выявлено, что у больных,принимавших только стандартное лечение, максимальное уменьшение число приступов стенокардии и количества принятых таблеток нитроглицерина отмечено на 2-й неделе лечения и эффект несколько ослабел на 3-й неделе.У больных, принимавших стандартную терапию+Лайботен, количество приступов прирванных таблеток продолжали прогрессивно уменьшаться, начиная с 1-й недели, достигая максимума в крнце исследования. У этих же больных уменьшение количества приступов стенокардии за неделю было статистически значимо большим по сравнению с таковым, у принимавших только стандартную терапию, на 3-й недели наблюдения. При этом под влиянием препарата Лайботен достигнуто более выраженное увеличение продолжительности выполнения физической нагрузки при проведении ВЭМ на 2,5 мин по сравнению.Кконцу наблюдения треть больных, принимавших Лайботен, в 2 раза меньше употребили таблетки нитроглицерина по сравнению с больными, получавшими только стандартное лечение. До лечения отмечена тенденция к увеличению частоты выявления и повышения абсолютных значений ИЛ-1-бета, ИЛ-6 в крови больных обеих групп. Под влиянием Лайботен выявлено заметное уменьшение содержания ИЛ-1-бета,ИЛ-6 в крови больных обеих групп, тогда как только стандартная терапия уменьшала концентрации этих показателей незначительно. В группе с Лайботеном выявили уменьшение общего количества эпизодов ишемии за сутки (на 68%) и суммарной продолжительности по времени эпизодов ишемии (на 21%).В группе сравнения отмечена позитивная динамика, но она уступила таковой с препаратом Лайботен. Метаболическая протекция ишемизированного миокарда кретин фосфатом значительно уменьшила выраженность неблагоприятных эффектов уменьшила выраженность неблагоприятных эффектов ишемии и реперфузии, что указывает на дополнительные клинические преимущества этого терапевтического подхода у больных с ИБС .

Заключение: Таким образом, исследования показали положительную клиническую эффективность препарата Лайботен и позволяет рекомендовать его в лечении больных ИБС в составе базисной терапии.

## **ОЦЕНКА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ С ФРУКТОЗА-1,6 ДИФОСФАТОМ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ**

Рахматуллаева Г.К  
Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан  
[gulnoza-1980@mail.ru](mailto:gulnoza-1980@mail.ru)

Цель исследования: Оценить клинико-функциональную эффективность и действие комбинированного лечения с фруктозо-1,6 дифосфатом на эхокардиографические показатели у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на фоне ишемической болезни сердца.

Материалы и методы: Было обследовано 48 больных, в том числе 27 (56,25%) мужчин и 21 (43,7%) женщин в возрасте от 38 до 75 лет с ХСН на фон ишемической болезни сердца, артериальной гипертонии. Из них 30 больных-основная группа, средний возраст составил  $58,7 \pm 1,59$ , которым проводились базисное лечение в комплексе с фруктоза 1,6-дифосфатом (FDP). В качестве контрольной группы обследовано 18 больных, средний возраст  $61,56 \pm 1,87$ , у которых базисное лечение ХСН проводилось без FDP.

Результаты исследования: Комбинированное лечение фруктоза 1,6- дифосфатом достоверно улучшало клинико-функциональное состояние больных. В I группе показатели шкалы оценки клинического состояния повысились на 3,2 балл, а в II группе на 2,0 балла. А также повышалась толерантность к физической нагрузке- увеличивалась дистанция 6- минутной ходьбы. До лечения в обеих группах за 6 мин. Больные проходили в среднем 330 м, после лечения фруктоза 1,6- дифосфатом за это же время больные прошли на 82 м, а в контрольной группе на 54 м больше.

При анализе полученных эхокардиографических данных установлено, что у больных обеих групп после лечения улучшилась как систолическая, так и диастолическая функция ЛЖ. Отмечано уменьшение средних значений КДО, КСО и ЛП, что в свою очередь, привело к улучшению систолической функции ЛЖ, подтвержденному достоверным увеличением сердечного выброса. Последнее проявилось существенным приростом средних значений УО ЛЖ в обеих группах больных и достоверным улучшением сократительной функции ЛЖ в виде достоверного прироста средних значений ФВ ЛЖ. Обращает на себя внимание то, что у больных I группы положительная динамика показателей эхокардиографии после комбинированного лечения фруктоза 1,6- дифосфатом были более выраженным, чем во II группе.

Заключение: Включение кардиопротектора фруктоза 1,6- дифосфатом в стандартную терапию при ХСН ишемической этиологии. Фруктоза 1,6- дифосфат приводит к достоверному улучшению сократительной функции миокарда и повышает толерантность к физической нагрузке при сердечной недостаточности.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА ПЕРИНДОПРИЛ/АМЛОДИПИН В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ**

Рахматуллаева Г.К  
Ташкентская Медицинская Академия, , Ташкент, Узбекистан  
[gulnoza-1980@mail.ru](mailto:gulnoza-1980@mail.ru)

Цель исследования: Целью исследования явилось сравнительное изучение эффективности комбинированного препарата Периндоприл 4мг+Амлодипин 5 мг в сравнительном

аспекте у больных гипертонической болезнью (ГБ) на фоне стабильной стенокардии напряжения (ССН).

Материалы и методы: Обследованы 40 больных с ГБ и ССН, которые ранее не принимали антигипертензивную терапию, с уровнем АД >160/100 мм рт.ст., но <200/120 мм рт.ст., или которое ранее принимали монотерапию (кроме периндоприла) с уровнем АД >140 /90 мм рт.ст., но <200/120 мм рт.ст., или которые принимали два антигипертензивных препарата (исключая периндоприл) и могли безопасно быть переведены на комбинацию Периндоприл 4 мг + Амлодипин 5 мг, с уровнем АД >140 /90 мм рт.ст., но <200/120 мм рт.ст. Всем больным проводили общеклинические, лабораторные и инструментальные методы исследования. Больные получали стандартную терапию и комбинированный препарат периндоприл/амлодипин .

Результаты исследования: Согласно полученным данным, уже на 7-й день приема комбинированного препарата периндоприл/амлодипин наблюдалось достоверное снижение САД и ДАД, и к этому и к этому сроку целевой уровень АД уже был достигнут у 15% больных. В дальнейшем наблюдалось последующее достоверное как по сравнению с исходным, так и по сравнению с предыдущим этапом лечения снижение уровня АД.

К концу наблюдения среднее снижение уровня САД составило  $38,8 \pm 0,6$  мм рт.ст., ДАД-  $20,5 \pm 0,34$  мм рт.ст. Целевой уровень АД был достигнут у 37,5%; 57,5% и 72,5% больных, соответственно на этапах 15, 30 и 60-го дня лечения. Доля больных, у которых САД снизилось более чем на 10 мм рт.ст., составила 92,5%, а тех, у кого снизилось ДАД более 5 мм рт.ст. - 95%. Доля больных, которые к концу наблюдения ответили снижением САД на 20 мм рт.ст. и ДАД на 10 мм рт.ст., составила 87,5%, что дополнительно свидетельствует высокой эффективности применяемой комбинации у широкого круга больных с впервые диагностированной или неконтролируемой ранее АГ. На 30 день лечения больше половины всех больных, включенных в исследование, уже достигли целевого уровня АД, при этом САД снизилось на 10 мм рт.ст. и у 97,8%, что позволяет предполагать снижение частоты развития осложнений у этих больных при дальнейшем сохранении такого уровня АД.

Заключение: Таким образом, лечение комбинированным препаратом периндоприл/амлодипин приводило к достоверному снижению уровня офисного САД/ДАД на  $38,8/20,5$  мм рт.ст., достижению целевого уровня АД у 72,5% больных, включенных в исследование, и у 57,5% больных, которые имели уровень АД более 180/110 мм рт. ст.

## **КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ЭФФЕКТЫ ИНДАКАТЕРОЛА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ**

Сафина Ю.Ф., Загидуллин Н.Ш.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г.Уфа, Россия

[Y.F.Safina@mail.ru](mailto:Y.F.Safina@mail.ru)

Частота респираторной и сердечно-сосудистой коморбидности является весьма высокой и, например, хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) ведёт к прогрессированию «кардиоваскулярных симптомов» и лёгочному сердцу. Например, неизвестны эффекты нового бета2-агониста длительного действия индакатерола на состояние сердечно-сосудистой системы изучены недостаточно. Цель. Исследовать влияние 3-месячной терапии ингаляционного бета2-агониста длительного действия (Онбрес) 150 мг via с помощью эхокардиографические параметры сердца, вариабельность ритма сердца (ВРС), скорость пульсовой волны (СПВ) и артериальную жесткость (АЖ) сосудистой стенки у



пациентов с ХОБЛ. Материалы. Дизайн исследования проспективный, неконтролируемый, открытый. Было обследовано 25 пациентов ( $63,2 \pm 2,6$  лет, 22 мужчины, 3 женщины) с диагнозом ХОБЛ средне-тяжелой степени тяжести (GOLD 2013) с объемом форсированного выброса (ОФВ1) 30-70% и индексом Тиффно  $> 0,7$ , курением  $\geq 10$  пачко-лет и имеющих синусовый ритм. На базовом визите определяли витальный статус, проводили спирометрию, определяли СПВ и АЖ ("Sphygmacor", Australia), ВРС (10 мин в положении лёжа), сатурацию кислорода, и некоторые эхокардиографические параметры (фракция выброса, TAPSE, размеры камер сердца, СДЛА). Пациенты получали индакатерол в течение 3-х мес 150 мг 1 раз в день и через 90 дней эти процедуры повторяли и оценивали безопасность и побочные эффекты. Результаты. Был показано положительное влияние индакатерола на большинство показателей: тенденция к увеличению ОФВ1 и ФЖЕЛ; снизилось СДЛА и увеличилось TAPSE ( $p < 0,003$ ); уменьшились размеры правого и левого предсердий ( $p = 0,067$  и  $p = 0,039$ ); снизилось аортальное давление с  $138,19 \pm 1,55$  до  $127,25 \pm 1,32$  мм рт.ст. ( $p = 0,03$ ), индекс аугментации - от  $23,21 \pm 1,39$  до  $18,9 \pm 1,1\%$  ( $p = 0,04$ ); так же, как и большинство параметров ВРС: высокочастотный спектр имел тенденцию к увеличению ( $p = 0,048$ ), низкочастотный – у уменьшению ( $p = 0,067$ ), а соотношение LF/HF достоверно уменьшилось с  $2,49 \pm 0,12$  до  $1,41 \pm 0,2$  ( $p = 0,024$ ). Отмечался тренд к уменьшению СПВ с  $9,01 \pm 0,84$  до  $8,26 \pm 0,7$  м/с ( $p = 0,057$ ). У комплаентных пациентов эффект был более выражен. Выводы. Ингаляционная терапия больных ХОБЛ бета2-агонистом индакатеролом 150 мг в течение 3 мес не изменила бронхиальную проводимость, однако позитивно повлияла на размеры полостей сердца, давление в лёгочной артерии, жесткость сосудистой стенки и вариабельность ритма сердца.

## **АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ**

Средина О.С.

Государственное бюджетное учреждение республики Марий Эл Республиканская клиническая больница, Йошкар-Ола, Россия

[doc-sredina@mail.ru](mailto:doc-sredina@mail.ru)

Введение. Фибрилляция и трепетание предсердий, объединяемые «мерцательная аритмия (МА)», являются наиболее частым нарушением ритма сердца, особенно у пациентов старшей возрастной группы. Неблагоприятное влияние данной аритмии на прогноз сопряжено прежде всего с развитием на ее фоне тромбоэмболических (ТЭ) осложнений, и в первую очередь – кардиоэмболического ишемического инсульта. Проблема профилактики НМК при различных формах МА чрезвычайно актуальна. Именно адекватно назначенная антитромботическая терапия позволяет существенно улучшить прогноз пациентов, снизить инвалидизацию и смертность. Основными препаратами, используемыми для этих целей, являются варфарин и так называемые новые пероральные антикоагулянты (НПОАК): апиксабан, ривароксабан, дабигатран. Частота их назначения в России остается неоправданно низкой.

Цель работы. Определить частоту назначения дезагрегантов и антикоагулянтов пациентам пожилого и старческого возраста (старше 60 лет) с фибрилляцией предсердий, находившихся на лечении в кардиологическом отделении РКБ в 2014 году, проанализировать особенности назначения антитромботической терапии пожилым пациентам.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 1094 историй болезни пациентов, проходивших лечение в кардиологическом отделении ГБУ РМЭ Республиканская клиническая больница в 2014 году. Мерцательная аритмия выявлена у

326 (29,8%) человек. Среди них в возрасте 61-70 лет - 143 пациента (43,8 %), 71-80 лет – 42 (12,8 %), 81-90 лет - 8 пациентов (2,5%). Обработаны имеющиеся данные о наличии у данных пациентов факторов риска ТЭ осложнений по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc и факторов риска кровотечения по шкале HAS-BLED.

Результаты. По полученным данным, 193 (59,1 %) пациентов, госпитализированных в РКБ с данными видом аритмии в 2014 году, являются лицами пожилого и старческого возраста (60 лет и старше). Среди них 127 человек были старше 65 лет, то есть имели минимум 1 балл по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc. При этом подавляющее большинство пожилых пациентов (119, или 93,7%) имели 2 и более баллов по CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc: АГ выявлена у 178 пациентов (92,2%), СД - у 33 человек (17,2%), инфаркт миокарда в анамнезе - у 32 человек (16,9%), инсульт - у 12 пациентов (6,1%). Точный подсчет риска кровотечений по шкале HAS-BLED в ретроспективном анализе затруднен, но пожилой возраст сам по себе является 1 баллом по данной шкале.

При поступлении в кардиологию РКБ 50,7 % пожилых пациентов с ФП (98 человек) получали терапию различными формами аспирина и только 35,7 % (69 человек) - терапию антикоагулянтами. Из них 62 человека получали варфарин и 7 – новые пероральные антикоагулянты. Анти тромботические препараты до поступления в стационар не получали 26 пациентов старшего возраста (13,6%). Несмотря на стопроцентную потребность в антикоагулянтной терапии, при выписке из РКБ 70 (36,3%) пациентам пожилого возраста была рекомендована дезагрегантная терапия аспирином, варфарин был рекомендован лишь 113 пациентам (58,5 %), а новые пероральные антикоагулянты – 10 пациентам (5,2 %). Это связано с рядом факторов (наличием когнитивных нарушений, ограниченной способности к самостоятельному передвижению, проживанием в отдаленных районах республики), которые затрудняют адекватный контроль лабораторных показателей, что в свою очередь снижает эффективность терапии и существенно повышает риск геморрагических осложнений.

Выводы: фибрилляция и трепетание предсердий часто встречаются среди госпитализированных в кардиологическое отделение больных (у 29,8% в 2014 году). Чаще это лица пожилого и старческого возраста (59,1%). Подавляющее число больных нуждаются в назначении антикоагулянтов. При этом варфарин и НПОАК на амбулаторном этапе назначаются недостаточно часто (35,7%), после выписки доля рекомендованных антикоагулянтов значительно возрастает (63,7%), хотя и все равно остается достаточно низкой из-за трудностей лабораторного контроля. Оптимальным выбором для пожилых могут быть препараты группы новых пероральных антикоагулянтов (дабигатран, апиксабан, ривароксабан). Создание кабинета контроля антикоагулянтной терапии также может повысить эффективность и безопасность профилактики кардиоэмболических инсультов у пожилых больных с фибрилляцией и трепетанием предсердий.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БЕРЕМЕННЫХ**

Тожибоев Т. А., Вахобов Б. М., Тожибоева М. И.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Введение. Артериальная гипертония (АГ) у беременных – актуальная медицинская проблема, поскольку она не только определяет прогноз течения беременности и родов, но и является фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у женщин в будущем (А.Л.Аляви, У.К.Камилова, 2010). В связи с учащением случаев АГ у беременных, характеризующихся прогрессирующим течением и неблагоприятным медико-социальным прогнозом, весьма актуальна оптимизация патогенетической фармакотерапии и лечения этой категории больных. Поэтому чрезвычайно важным



является проведение эффективной гипотензивной терапии безопасными антигипертензивными препаратами (АГП), имеющими доказательную базу.

Цель: оценить эффективность различных антигипертензивных препаратов при артериальной гипертензии у беременных.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 30 беременных с АГ различного генеза (хроническая АГ 1-2 степени – у 12 женщин, гестационная АГ 1-2 степени – у 18). Назначение АГП проводилось с учетом типа центральной гемодинамики и данных суточного мониторирования артериального давления (СМАД) с помощью портативного аппарата Shiller BR-102 (Швейцария). Шесть беременных с гиперкинетическим типом кровообращения и тахикардией получали бета-адреноблокаторы (БАБ), 4 беременных с гипокINETическим типом и повышением диастолического артериального давления (АД) – антагонисты кальция (АК) группы дигидропиридина; 4 беременных с аналогичным вариантом гемодинамики получали АК группы фенилалкиламина. При эукинетическом типе кровообращения и повышении систолического и диастолического АД 6 беременных получали метилдопу, 5 беременных получали метилдопу в сочетании с АК группы дигидропиридина. Пять пациенток получали БАБ в сочетании с АК группы дигидропиридина. Эффективность лечения считали положительной при снижении среднесуточного систолического АД на 5-10% и диастолического АД на 2-6% от исходного уровня (по данным СМАД) через 7-14 дней после начала терапии.

Результаты. Применение БАБ было эффективным у 80% беременных, АГП группы дигидропиридина – у 55,2%, АГП группы фенилалкиламина у всех пациенток были неэффективны. Метилдопа был эффективен у 33,3% беременных, АК (группа дигидропиридина) в сочетании с метилдолой – у 35,5%, АК (группы дигидропиридина) в сочетании с БАБ – у 61,3%.

Выводы. Полученные нами данные свидетельствуют о наиболее высокой эффективности БАБ. Широко используемые у беременных и рекомендуемые как препарат группы первого выбора метилдопа обладает довольно низкой эффективностью (33,3-35,5%). Применение АК группы фенилалкиламинов у беременных с гипотензивной целью, по-видимому, является нецелесообразным и могут быть использованы в редких случаях, когда другие эффективные препараты беременной не переносятся. Относительно невысокий эффект (55%) применения АК группы дигидропиридина в наших наблюдениях можно объяснить тем, что они применялись при гипокINETическом типе кровообращения, который обладает высокой резистентностью к АГП.

## **КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

Тожибоев Т. А., Турсунов Х. Х., Вахобов Б. М.  
Андижанский медицинский институт

Цель исследования. Оценить влияния 3-месячной комбинированной терапии антагонистом рецепторов АТ II телмисартаном (Мирел) в сочетании с агонистом имидазолиновых рецепторов (Физиотенз) на уровень артериального давления (АД) у больных с артериальной гипертензией (АГ) на фоне метаболического синдрома (МС).

Материал и методы. В исследование включено 30 больных с АГ 2-3 степени в возрасте от 40 до 65 лет (средний возраст -  $58,3 \pm 7,6$  лет), из них мужчин было 10 (30%), женщин - 20 (70%). В зависимости от наличия или отсутствия МС были выделены две группы: 1-я группа состояла из 15 пациентов с АГ на фоне МС, 2-я (контрольная) - из 15 больных АГ без МС. Сформированные группы больных принципиально не различались по полу, возрасту и давности АГ. Всем пациентам в обеих группах назначалась комбинированная

антигипертензивная терапия из антагониста рецепторов АТ II телмисартана (Мирел) фирмы NICA PHARM (Узбекистан) в дозе 80-160 мг/сут и агонист имидазолиновых рецепторов (Физиотенз) фирмы ABBOTT Laboratories SA в дозе 0,2-0,4 мг/сут. Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета статистических прикладных программ «Statistika for Windows» версия 6.1. Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

Результаты исследования. Уже к концу 2-месячного контролируемого лечения в обеих группах больных произошло статистически значимое снижение АД. В группе пациентов с АГ и МС, по сравнению с исходными показателями, систолическое АД (САД) снизилось на 32%, диастолическое АД (ДАД) – на 25,5% ( $p < 0,001$ ); в группе больных АГ без МС эти показатели снизились, соответственно, на 31,6% и 27,9% ( $p < 0,001$ ). В целом в 1-й группе больных к концу 3-месячного лечения САД в среднем снизилось с  $184,4 \pm 4,8$  до  $125,9 \pm 5,7$  мм рт.ст. (на 31,4% от исходного,  $p < 0,001$ ), ДАД - с  $106,1 \pm 3,8$  до  $78,8 \pm 3,4$  мм рт.ст. (на 26,4%,  $p < 0,001$ ). Во 2-й группе больных за этот период САД снизилось в среднем с  $183,8 \pm 5,7$  до  $125,0$  мм рт.ст. (на 31,3%,  $p < 0,001$ ), ДАД - с  $105,3 \pm 4,6$  до  $77,7 \pm 3,2$  мм рт.ст. (на 27,5%,  $p < 0,001$ ). Таким образом, к концу контролируемого лечения целевой уровень АД был достигнут у всех пациентов обеих групп.

Из побочных действий у 2 (6,6%) из 30 больных в начале комбинированной терапии наблюдались слабость и головокружение, не требовавшие изменения дозы Мирела и прошедшие самостоятельно. Ещё у 1 (3,3%) пациента 2-й группы отмечался умеренный кашель, потребовавший уменьшение дозы Мирела с 160 до 80 мг/сут. У остальных 27 (90,0%) больных обеих групп побочные эффекты не наблюдались. Не регистрировались и патологические изменения параметров общего и биохимических анализов крови и мочи.

Выводы. Комбинированная антигипертензивная терапия антагонистом рецепторов АТ II телмисартаном (Мирел) в сочетании с агонистом имидазолиновых рецепторов (Физиотенз) в течение 3-месячной терапии оказалась высокоэффективной, безопасной и хорошо переносилась пациентами, в связи с чем, ее можно рекомендовать для длительного приема больным АГ с МС.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ КАРВЕДИЛОЛОМ И ВЛИЯНИЕ НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ДИСФУНКЦИЮ И ГИПЕРТРОФИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

Туробов Б.Т., Абдурахмонов А.Ш.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

[Boburtma@mail.ru](mailto:Boburtma@mail.ru)

Введение: Артериальная гипертензия на сегодняшний день является одним из основных факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Важное значение в профилактике последних имеет адекватная терапия, способствующая снижению прогрессирования заболевания.

Цель: Изучить возможность регрессии гипертрофии левого желудочка, коррекции диастолической дисфункции у больных артериальной гипертонией (АГ) на фоне длительной терапии карведилолом.

Материалы и методы: Обследовано 86 пациентов с АГ I-II степени (ВОЗ /МОГ, 1999). Средний возраст  $48,7 \pm 1,4$  лет, средняя продолжительность АГ составила  $7,9 \pm 1,3$  лет. Больным АГ назначался карведилол в суточной дозе 25 мг на протяжении 6 месяцев. Всем пациентам проводилась эхокардиография. Масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) рассчитывали по формуле R. Devereux и N.Reichek и ее индексированной к площади поверхности тела величины - индекса ММЛЖ (ИММЛЖ). Расчет показателей трансмитрального кровотока (ТМК) производили по стандартной методике с

определением основных скоростных и временных показателей, отношений линейных скоростей раннего и позднего диастолического наполнения менее 1. Результаты исследований подвергались статистической обработке, за достоверные различия принимались значения  $p < 0,05$ .

Результаты: Исходно ГЛЖ выявлялась у 32 больных. Нарушение диастолической дисфункции отмечено у 53 больных. К концу периода наблюдения отмечено достоверное снижение ММЛЖ (с  $245,4 \pm 7,9$  до  $228,5 \pm 8,2$  г,  $p < 0,001$ ), и ИММЛЖ (с  $127,1 \pm 4,4$  до  $116,9 + 3,9$  г/м<sup>2</sup>  $p < 0,05$ ). Достоверно улучшилась диастолическая дисфункция (с  $0,82 \pm 0,03$  до  $1,09 \pm 0,03$ ,  $p < 0,01$ ). Гемодинамической особенностью карведилола, показанной в нашем исследовании, было достоверное увеличение ФВ (с  $66,3 \pm 0,7$  до  $70,4 \pm 0,79$ ,  $p < 0,01$ ).

Заключение: Полученные результаты свидетельствуют о позитивном влиянии длительной монотерапии карведилолом на процессы регрессии ГЛЖ и коррекции диастолической дисфункции, что указывает на выраженность кардио- и вазопротекторной активности карведилола.

## **ОБУЧЕНИЕ В «ШКОЛЕ ПАЦИЕНТОВ, ПРИНИМАЮЩИХ АНТИКОАГУЛЯНТЫ» – ПЕРСПЕКТИВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОТИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ**

Турсунова М.У.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

[Boburtma@mail.ru](mailto:Boburtma@mail.ru)

Цель: повышение качества оказания медицин-ской помощи при внедрении образовательной программы для пациентов с высокими рисками тромботических событий, получающих антикоагулянтную терапию.

Материалы и методы: в Клинике ТМА была организована и функционирует «Коагулошкола» для пациентов, получающих терапию антикоагулянтами (АК). Образовательная программа построена по принципам терапевтического обучения пациентов. Прошло 84 образовательных циклов: обучено 229 стационарных и 127 амбулаторных пациентов в возрасте от 16 до 63 лет, трудоспособного возраста – 61,6%. Все пациенты относились к группе риска и нуждались в назначении антитромботической терапии. 69,9% пациентов получали варфарин, остальным планировалось его назначение. Этиологические факторы: фибрилляция предсердий в 44,5% случаев (постоянная – 66, пароксизмальная – 89), протезы клапанов в 41,9% случаев, из них фибрилляция предсердий у 34,2%, системные эмболии в анамнезе – 7,9%, тромбофилии, манифестировавшие артериальными или венозными тромбозами в 13,6%.

Обучение состояло из занятия продолжительностью от 60 до 90 минут в зависимости от контингента обучающихся. Содержание занятий включало информацию о причинах развития заболеваний, клинической симптоматике заболеваний, относящихся к группам риска развития тромботических осложнений, о целях лечения и его необходимости. Особое внимание уделялось контролю лечения, методах первой помощи при развитии возможных осложнений, факторам, способным повлиять на действие варфарина, режиме приема препарата и ситуациям, в которых следует обязательно связаться с лечащим врачом. Анализ эффективности обучения проводился всем пациентам. Уровень информированности о заболевании оценивался по результатам тестирования в баллах (до 10). Приверженность к терапии изучалась по анкетам и расценивалась как высокая, средняя, низкая.

Результаты: Уровень информированности пациентов до обучения у госпитальных больных составил в среднем  $3,5 \pm 0,5$  баллов, амбулаторные больные показали уровень в среднем  $4,3 \pm 0,5$ . До обучения высокая приверженность лечению наблюдалась у 34,6%, средняя у 58,7%, низкая у 6,7% амбулаторных пациентов, у госпитальных высокая приверженность отмечена у 95%. Тестирование пациентов после обучения в «Коагулошколе» определило рост уровня знаний у амбулаторных пациентов до  $8,3 \pm 0,5$  баллов, у госпитальных до  $5,6 \pm 0,5$ . По завершению обучения выразили готовность выполнять рекомендации врача с соответствующим лабораторным контролем 93,5% пациентов.

Заключение: 1. Пациенты с рисками тромботических осложнений имеют низкий уровень информированности о своем заболевании.

2. Обучение пациентов, получающих антагонисты витамина К, эффективно повышает информированность пациентов о заболевании, приверженность к терапии.

3. Внедрение обучающих программ – оптимальный путь в профилактике тромботических эпизодов и безопасности антикоагулянтной терапии.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ СПОНТАННОЙ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ**

Усачева Е.В.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Омск, Россия

[ElenaV.Usacheva@yandex.ru](mailto:ElenaV.Usacheva@yandex.ru)

Введение. Существующие на сегодняшний день медикаментозные, эндоваскулярные и хирургические методы лечения сердечно-сосудистых заболеваний и в первую очередь ишемической болезни сердца (ИБС) не приводят к излечению, поэтому важным условием снижения смертности у этой категории пациентов является проведение адекватной пожизненной антитромбоцитарной терапии. В связи с этим встает вопрос об использовании методов оценки эффективности проводимой антитромбоцитарной терапии не только в ранние сроки после сосудистого события, но и на протяжении последующих месяцев и лет. Цель исследования: оценить состояние спонтанной агрегации тромбоцитов (САТ) у пациентов с ИБС при использовании ацетилсалициловой кислоты (АСК), клопидогреля, тикагрелора. Материал и методы. В исследование включено 112 пациентов с ИБС в возрасте от 31 года до 73 лет из них 83,9% мужчин и 16,1% женщины, перенесших инфаркт миокарда и/или стентирование коронарных артерий. Статистическая обработка данных осуществлялась с применением непараметрических методов статистического анализа. Пациенты получали медикаментозную терапию согласно рекомендациям ВНОК по диагностике и лечению стабильной стенокардии. Агрегационная активность тромбоцитов изучалась с помощью лазерного анализатора 230-LA НПФ «Биола». Результаты исследования. В группе здоровых пациентов радиус тромбоцитарных агрегатов САТ был статистически значимо ниже (1,44 усл. ед.), чем в группе пациентов с ИБС (1,94 усл. ед.,  $p=0,00001$ ). Статистически значимых различий по скорости образования тромбоцитарных агрегатов тромбоцитов между здоровыми лицами и пациентами с ИБС не выявлено (0,7 и 0,77 ед., соответственно,  $p=0,08$ ). Наибольший радиус тромбоцитарных агрегатов САТ зарегистрирован у пациентов, получающих АСК (2,13 усл. ед.), наименьший - имели пациенты, получающие комбинированную антитромбоцитарную терапию «АСК+Тикагрелор» (1,33 усл. ед.). В зависимости от

степени подавления САТ пациенты с ИБС были распределены на две категории: 1) пациенты с нормальной агрегационной активностью тромбоцитов (радиус тромбоцитарных агрегатов САТ не более 1,8 усл. ед.); 2) пациенты с гиперагрегацией тромбоцитов (радиус тромбоцитарных агрегатов САТ более 1,8 усл. ед.). В целом в группе пациентов с ИБС 58,4% пациентов были отнесены в группу «пациенты с гиперагрегацией». Наименьшее количество пациентов с гиперагрегацией тромбоцитов было в группе пациентов, получающих клопидогрель (20%). При использовании комбинированной терапии «АСК+тикагрелор» (42,9%) или «АСК+клопидогрель» (28,6%) количество пациентов, имеющих гиперагрегацию по показателям САТ, было статистически значимо меньше, чем при применении только АСК (76,2%,  $p=0,001$ ). Данный факт требует дальнейшего изучения, поскольку это может быть обусловлено: 1) недостаточным антиагрегационным эффектом АСК; 2) тем, что АСК не влияет на САТ, и поэтому использование показателей САТ как критерия оценки эффективности антиагрегационной терапии АСК нецелесообразно. Заключение. Поскольку среди пациентов с ИБС, получающих АСК, 76,2% пациентов имеют признаки гиперагрегации при САТ, использование показателей САТ как критерия эффективности лечения АСК нецелесообразно. Гиперагрегация тромбоцитов при САТ у пациентов с ИБС, получающих АСК, может лежать в основе развития повторных сосудистых событий, что требует дальнейшего изучения данного вопроса с сопоставлением полученных результатов с клиническими данными и показателями индуцированной агрегации тромбоцитов.

## **АГРЕГАЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ И УРОВЕНЬ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АТЕНОЛОЛОМ И КАРВЕДИЛОЛОМ У ПАЦИЕНТОВ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ**

Халмухамедова С.М.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

[suraye\\_mar@mail.ru](mailto:suraye_mar@mail.ru)

Нестабильная стенокардия, характеризующаяся высоким риском развития инфаркта миокарда, представляет собой серьезную проблему современной кардиологии. Основным механизмом, приводящим к развитию нестабильной стенокардии (НС), является повреждение коронарной бляшки и её разрыв с последующей агрегацией тромбоцитов и тромбозом. В последние годы синтезированы новые БАБ, наряду с конкурентным и специфическим антагонизмом, наделенные дополнительными свойствами. В частности, уникальная комбинация  $\beta_1$ -,  $\beta_2$ - и  $\alpha_1$ -адреноблокады в сочетании с антиоксидантными свойствами отличает карведилол от других БАБ.

Цель: изучить сравнительное влияние бета-блокаторов атенолола и карведилола на динамику показателей агрегационной активности тромбоцитов и уровня С-реактивного белка (С-РБ) в комплексе терапии больных нестабильной стенокардией.

Материал и методы: обследованы 85 больных НС в возрасте от 45 до 67 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении кардиологии ТМА. Все больные были рандомизированы в 2 группы: 1-я группа (41 человек) – больные, получавшие на фоне комплексной терапии (аспирин, гепарин, нитраты) бета-блокатор атенолол в дозе 25-100 мг/сут; 2-я группа (44 человека) – бета-блокатор карведилол в дозе 12,5-50 мг/сут в течение 2-х недель. До и после лечения проводили регистрацию ЭКГ, определяли агрегационную активность тромбоцитов (ААТ) по методу Born G.V.R. на 2-х канальном оптическом агрегометре “Chronolong-140” (США), уровень С-реактивного белка определяли иммуноферментным методом.

Результаты: исходные значения показателей ААТ и С-РБ у больных 1-й и 2-й групп существенно не различались. В процессе терапии у пациентов 1-й и 2-й групп отмечалось снижение скорости агрегации на  $24,8 \pm 1,5\%$  и  $28,9 \pm 1,7\%$ ; амплитуды агрегации на  $31,6 \pm 1,4\%$  и  $36,8 \pm 1,1\%$ , а также нарастание ААТ по снижению потребления АДФ на  $35,5 \pm 1,2\%$  и  $40,3 \pm 2,1\%$  соответственно ( $p < 0,05$ ). На 14-е сутки уровень С-РБ на фоне терапии карведилолом уменьшился на  $28,3 \pm 9,6\%$  ( $p < 0,05$ ), в то время как терапия атенололом не привела к существенным его изменениям.

Заключение: Включение карведилола в комплекс терапии больных ИС в сравнении с атенололом оказывает более выраженное положительное влияние на агрегационную активность тромбоцитов и уровень С-реактивного белка, воздействуя таким образом на функциональную активность эндотелия.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОРИГИНАЛЬНОГО И ГЕНЕРИЧЕСКОГО БИСОПРОЛОЛА**

Чудиновских ТИ1, Тарловская ЕИ2

1 Кировская государственная медицинская академия, г. Киров.

2 Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород  
[tanuha\\_07@mail.ru](mailto:tanuha_07@mail.ru)

Цель. Сравнить эффективность двух препаратов бисопролола - оригинально и генерика - по воздействию на частоту сердечных сокращений (ЧСС) и провести клинико-экономический анализ с использованием метода «затраты-эффективность».

Материалы и методы. В исследование включено 60 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС). Пациенты группы А получали оригинальный бисопролол (Конкор, Мерк КГаА, Германия) пациенты группы Б - генерик (Нипертен, КРКА-Рус ООО, Россия). Все пациенты были сопоставимы по исходным данным ( $p > 0,05$ ). Исходно и через 6 недель оценивали ЧСС (по электрокардиограмме). Целевой ЧСС считали 60 уд/мин и менее. В случае недостижения целевой ЧСС и отсутствия возможности увеличить дозу бета-адреноблокатора (БАБ) к терапии был добавлен ивабрадин (кораксан, Servier, Франция). Дозу БАБ подбирали индивидуально, ориентируясь на ЧСС, уровень АД, переносимость и эффективность. Соотношение затраты/эффективность рассчитывались по формуле:  $CER = DC/Ef$ , где: CER – соотношение затрат и эффективности; DC – прямые затраты; Ef – эффективность лечения.

Результаты. К 6-й неделе лечения в обеих группах было зафиксировано достоверное урежение ЧСС ( $p < 0,05$ ). Однако по степени снижения ЧСС ( $\Delta\%$  ЧСС) было выявлено, что оригинальный бисопролол урежает ЧСС более значимо в сравнении с генерическим: в группе А  $\Delta\%$  ЧСС составила  $16,55 \pm 7,55\%$ , в группе Б  $12,5 \pm 7,5\%$  ( $p < 0,05$ ). Стоимость терапии для урежения ЧСС на 1 удар за 6 недель лечения в группе А составляет 48,46 руб., в группе В 69,40 руб.

Заключение. У пациентов с ИБС для урежения ЧСС более выгоден с экономической точки зрения оригинальный бисопролол.

## **ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ ПОД ВЛИЯНИЕМ КАРВЕДИЛОЛА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Шоалимова З.М. Даминов Д.Ш.

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан

[Done-1993@inbox.ru](mailto:Done-1993@inbox.ru)



Введение: Социальная значимость инфаркта миокарда (ИМ) определена частым развитием в позднем постинфарктном периоде – ХСН, что ограничивает трудоспособность и ухудшает качества жизни данной категории больных. Настоящее время эндотелиальная дисфункция является очень важным звеном в патогенезе ИБС. Одним из проявлений системной эндотелиальной дисфункции является повышенная адгезия и агрегация тромбоцитов

Цель: Цель данного исследования изучить влияние шестимесячной терапии Карведилолом на функциональную активность тромбоцитов у больных ПИКС осложненной ХСН II-III ФК.

Материал и методы исследования. Нами были обследованы 47 больных с ПИКС, мужчины в возрасте от 45 до 60 лет с ХСН I-III ФК по NYHA. В обследование включались больные с давностью перенесенного ИМ от 6 мес. до 5 лет. Все больные были рандомизированы методом случайной выборки на две группы: первую группу составили 23 больных, получающие базисную терапию, 2-ую группу составили 24 больных, получающих на фоне базисной терапии кардиоселективный БАБ – Карведилол. Все больные были рандомизированы на группы по ФК ХСН согласно Нью-йоркской классификации кардиологов по данным проведения теста шестиминутной ходьбы (ТШХ) и клинической оценки признаков ХСН: 1 группу составили 12 больных с ХСН ФК II и 11 больных с ХСН III ФК, 2 группу- составили 11 больных с ХСН ФК II и 13 больных с ХСН III ФК. Агрегационную активность тромбоцитов исследовали на оптическом двухканальном агрегометре «Chronolog - 440» (США) по методу G. V. R. Vogt. Принцип метода заключается в измерении падения оптической плотности раствора богатой тромбоцитами плазмы после добавления в него индуктора агрегации и образования тромбоцитарных агрегатов. В качестве индуктора использовали АДФ фирмы «Sigma»(США) в концентрации от 0,5 до 5 мкмоль. Рассчитывали следующие параметры агрегации тромбоцитов:  $A_{max}$  – максимальная амплитуда агрегации;  $V_{agr}$ - скорость агрегации.

Результаты исследования: Анализ показателей функциональной активности тромбоцитов выявил, что после подбора стандартной терапии показатели  $A_{max}$  у больных ХСН ФК II и ФК III составил при концентрации индуктора 0,5 мкмоль 0,7 и 0,71 см соответственно. При дозе АДФ 5 мкмоль эти параметры составили 1,17 и 1,3 см соответственно. Через 6 месяцев терапии карведилолом у больных ХСН ФК II и ФК III при дозе АДФ 0,5 отмечалось снижение  $A_{max}$  на 16 и 5,5% соответственно. составил у больных ФК II и ФК III при дозе АДФ 5 мкмоль 47% и 55% соответственно ( $P < 0,001$ ). Показатель  $V_{agr}$  у больных ХСН ФК II и ФК III при дозе АДФ 0,5 после подбора стандартной терапии составил 0,63 и 0,64 см/сек. При дозе индуктора 5 мкмоль этот параметр составлял 0,9 и 1,15 см/сек. Через 6 месяцев приема карведилола на фоне стандартной терапии наблюдалось снижение  $V_{agr}$  при дозе АДФ 0,5 мкмоль у больных ХСН ФК II и ФК III на 14,5% и 9,4% соответственно. Снижение скорости агрегации тромбоцитов при дозе индуктора 5 мкмоль составил у больных ФК II 33% и у больных с ФК III 28% соответственно ( $P < 0,001$ ).

Заключение: Таким образом, анализ результатов 6 месячного наблюдения больных ХСН показал, что у больных ФК II и ФК III принимавших карведилол отмечается улучшение функциональной активности тромбоцитов, характеризующиеся уменьшением максимальной амплитуды и скорости агрегации тромбоцитов, улучшением агрегационной активности тромбоцитов.

## **СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗНЫХ ТРОМБОЛИТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

Юневич Д.С.

Государственное бюджетное учреждение Рязанской области

Областная клиническая больница, Рязань, Россия

[YunevichDen@yandex.ru](mailto:YunevichDen@yandex.ru)

Введение. Сегодня ИБС и инфаркты миокарда (ИМ) обуславливают до 2/3 всех причин смерти от сердечно-сосудистой патологии и до 70% - от всех заболеваний у лиц старше 60 лет, несмотря на высокую эффективность медикаментозного лечения, в том числе, тромболитической терапии (ТЛТ). Поэтому представляет интерес дальнейшее сравнение результатов применения различных препаратов при ТЛТ у больных пожилого и, особенно, старческого возраста.

Цель: Проанализировать эффективность использования препаратов рекомбинантного тканевого активатора плазминогена: альтеплазы (Актилизе, Boehringer Ing., Германия) и проурокиназы (Пуролаза, ЭПМБП ФГБУ «РКНПК» Минздрава России) при проведении ТЛТ у больных пожилого и старческого возраста с ИМ.

Материалы и методы: Методом сплошной выборки в анализ включены 134 пациента в возрасте 60 лет и старше с ИМ, проходивших лечение в ГБУ РО «ОКБ» г.Рязани в 2012-2014гг., которым проводилась ТЛТ препаратами актилизе и пулолаза в рекомендуемых дозах. Все пациенты разделены на 4 группы по признакам возраста и примененного препарата. Группа А – 39 пациентов от 60 до 75 лет, получавшие актилизе, из них 24 муж. и 15 жен., средний возраст  $68,64 \pm 1,44$  лет; группа В – 44 пациента 60-75 лет, получавшие пулолазу, из них 24 муж. и 20 жен., возраст  $67,07 \pm 1,39$  лет; группа С – 22 пациента 75 лет и старше, получавшие актилизе, из них 9 муж. и 13 жен., возраст  $79,36 \pm 1,69$  лет; группа D – 29 пациентов 75 лет и старше, получавшие пулолазу, из них 12 муж. и 17 жен., возраст  $80,52 \pm 1,96$  лет. При анализе выделены клинические и лабораторные параметры, которые потенциально могли влиять на результат ТЛТ (факторы риска – ФР). Критерием эффективности ТЛТ принята 28-дневная (госпитальная) смертность, согласно существующим средним ориентировочным срокам стационарного лечения.

Результаты: При анализе 28-суточной летальности в разных группах отмечены достоверные различия. В возрасте до 75 лет доля умерших преобладала в группе В: 22,72% против 7,69% группы А ( $p < 0,05$ ), а в возрасте 75 лет и старше уровни смертности практически сравнялись (группа С – 27,27%, группа D – 20,68%,  $p > 0,05$ ). Частота неблагоприятных исходов при введении актилизе с  $p < 0,05$  увеличивалась по мере старения пациентов (группы С и А), чего не было при применении пулолазы (группа D и В). Уровни женской смертности повторяли тенденцию общей, но в старческом возрасте результаты значительно отличались: группа С – 46,15%, группа D – 17,65% ( $p < 0,05$ ). Большая летальность в пожилом возрасте при ТЛТ проурокиназой в сравнении с альтеплазой отмечена при переднем ИМ ( $p < 0,01$ ), повышении МВ-КФК крови ( $p < 0,05$ ), гипергликемии ( $p < 0,05$ ) и одновременном наличии 3 и более ФР ( $p < 0,05$ ). В старческом возрасте эти ФР на смертность при введении разных препаратов не влияли. Статистически доказан рост летальности пациентов, получавших актилизе, в группе С в сравнении с группой А при наличии сахарного диабета, переднего ИМ, артериальной гипертензии, повышении МВ-КФК, наличии 2 или 3 и более ФР, чего не отмечено при использовании пулолазы. В группах С и D при исходно одинаковой частоте артериальной гипертензии (50% и 48,28%) выявлены разные уровни смертности при ее наличии: 36,36% и 0% соответственно ( $p < 0,05$ ).

Выводы: Отмечено преобладание 28-дневной летальности при использовании пулолазы в сравнении с актилизе у больных ИМ 60-75 лет. Различия в смертности у пациентов 75 лет и старше в зависимости от тромболитика выявлены только у женщин: летальность росла при назначении альтеплазы. 28-дневная смертность у лиц, получавших актилизе, увеличивалась с возрастом ( $p < 0,05$ ) в отличие от получавших пулолазу.

## **РАЗДЕЛ X. МЕТОДЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЫ В КАРДИОЛОГИИ**

### **ФИЗИЧЕСКАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ У СПОРТСМЕНОВ И ЕЕ ЛИМИТИРУЮЩИЕ ПРИЧИНЫ**

Ахмедов Ф.С., Қаюмов. А.И., Бадалова З.С.  
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ» Ташкент. Узбекистан

Физическая работоспособность является выражением жизнедеятельности человека, имеющим в своей основе движение. Она проявляется в различных формах мышечной активности и зависит от способности и мотивации человека к профессиональной деятельности.

В современном спорте определения физической работоспособности широко используют тест PWC170 (Physical Working Capacity), который ориентирован на достижение определенной ЧСС (170 сердечных сокращений в минуту). т.к. принцип ее пригоден для определения как общей, так и специальной работоспособности спортсменов, еще одним из распространенных и точных методов является определение физической работоспособности по величине максимального потребления кислорода (МПК).

В зимнем углубленном медицинском осмотре спортсменов, проведенных в отделении функциональной диагностики центра спортивной медицины при НОК Республики Узбекистан, были проведены функциональные тесты определяющие физическую работоспособность спортсменов.

Было обследовано спортсмены, занимающие спортом более 5 лет от 17 до 28 лет, средний возраст составлял  $21 \pm 1,32$  лет. Из них 25 женского пола (16.6%), 125 мужского пола (83.4%). Показатели физической работоспособности у 41 спортсменов низким, у 22 средний и у 87 спортсменов был высоким.

При клиническом анализе причин лимитирующие показатели функциональной работоспособности преобладали патологии со стороны сердечно-сосудистой системы, то есть из 150 обследованных спортсменов было выявлено у 41 патологии со стороны сердечно-сосудистой системы и у этих спортсменов показатели физической работоспособности были низкими.

### **ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ СДВИГА У ЛИЦ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ**

Генкель В.В., Салашенко А.О., Алексева О.А., Денисенко М.Н.  
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Южно-Уральский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск, Россия  
[henkel-07@mail.ru](mailto:henkel-07@mail.ru)

Введение. Артериальный эндотелий является ключевым регулятором сосудистого гомеостаза. Эндотелиоцит непрерывно претерпевает механические воздействия, возникающие в результате тангенциального действия вязкостных сил на клетки – так называемое эндотелиальное напряжение сдвига. Важнейшая роль напряжения сдвига в

процессах атерогенеза не подвергается сомнению. Однако, данная тема остается до конца не исследованной *in vivo* в условиях реальной клинической практики.

**Цель.** Изучить показатели эндотелиальной скорости сдвига как суррогатного показателя напряжения сдвига у больных с атеросклеротическим поражением сонных артерий непосредственно на территории общей сонной артерии в месте свободном от атеросклеротической бляшки и на удаленном васкулярном отрезке – плечевой артерии.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 92 пациента, 51 мужчина и 41 женщина, средний возраст –  $55,6 \pm 11,6$  лет. Артериальная гипертензия (АГ) была выявлена у 80 человек, ишемическая болезнь сердца (ИБС) – у 33, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – у 33, сахарный диабет 2 типа – у 23. В первую группу были включены 60 пациентов с верифицированным атеросклерозом артерий каротидного бассейна, во вторую – 32 человека с интактными сонными артериями. У всех пациентов изучали показатели липидного обмена, гликозилированный гемоглобин, С-реактивный белок, активность антитромбина и фактора Виллебранда. Проводили дуплексное сканирование артерий каротидного бассейна и пробу с реактивной гиперемией по D.S. Celermajer (1992) с последующим расчетом эндотелиальной скорости сдвига. У всех пациентов определяли региональную аортальную жесткость методом регистрации скорости пульсовой волны на каротидно-радиальном отрезке.

**Результаты.** В группе больных с атеросклерозом артерий каротидного бассейна значения эндотелиальной скорости сдвига на участке сонной артерии были достоверно ниже –  $400 \pm 123$  с<sup>-1</sup> и  $532 \pm 129$  с<sup>-1</sup>, в первой и второй группах соответственно ( $p = 0,001$ ). На отрезке плечевой артерии скорость сдвига была достоверно ниже в исходном состоянии в первой группе –  $540 \pm 159$  с<sup>-1</sup>, при средних значениях  $685 \pm 175$  с<sup>-1</sup> – во второй группе ( $p = 0,001$ ). По результатам пробы с реактивной гиперемией у пациентов с атеросклерозом сонных артерий сохранялись более низкие значения скорости сдвига на 180 секунде периода реактивной гиперемии, отражающем восстановления локального кровотока после перенесенной компрессии и возвращение показателей к исходным ( $p = 0,014$ ), при отсутствии достоверных межгрупповых различий на 60 и 120 секундах пробы.

Низкие показатели скорости сдвига в сонной артерии ассоциировались с более старшим возрастом пациентов ( $r = -0,378$ ;  $p < 0,05$ ), увеличением толщины комплекса интима-медиа сонных артерий ( $r = -0,359$ ;  $p < 0,05$ ), высокими показателями суммарного стеноза сонных артерий ( $r = -0,440$ ;  $p < 0,01$ ), суммой площадей всех атеросклеротических бляшек в сонных артериях ( $r = -0,439$ ;  $p < 0,01$ ) и Plaque Score ( $r = -0,399$ ;  $p < 0,01$ ), а помимо этого – с повышенным уровнем вЧСРБ ( $r = -0,336$ ;  $p < 0,01$ ) и увеличением скорости пульсовой волны на каротидно-фemorальном участке ( $r = 0,485$ ;  $p < 0,01$ ).

**Заключение.** Пациенты с атеросклерозом артерий каротидного бассейна имели меньшие значения эндотелиальной скорости сдвига в сонной и плечевой артерии, что свидетельствовало о формировании локального проатерогенного профиля кровотока не только в пораженном сосудистом бассейне, но и в интактном. Снижение эндотелиальной скорости сдвига ассоциировалось с увеличением показателей, характеризующих тяжесть атеросклероза сонных артерий, увеличением аортальной жесткости и уровнем вЧСРБ.

## **ДЕФОРМАЦИЯ, РОТАЦИЯ, СКРУЧИВАНИЕ, РАСКРУЧИВАНИЕ, ПОВОРОТ ПО ОСИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Гладких Н.Н.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение

«Научно-исследовательский институт кардиологии», г.Томск, Россия

E-mail: [gladkikh100@mail.ru](mailto:gladkikh100@mail.ru)

Цель. Оценить деформацию левого желудочка (ЛЖ) в продольном направлении, ротацию, скручивание и раскручивание ЛЖ после стентирования коронарных артерий (КА) у больных стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. Исследование выполнено у 52 больных ИБС (из них 41 мужчина) в возрасте  $58,16 \pm 8,94$  лет с фракцией выброса (ФВ) ЛЖ 55% и более. По показаниям всем пациентам проведено стентирование КА. Syntax Score не превышал 22 усл.ед. До и в течение первой недели после стентирования КА всем пациентам выполнена двухмерная эхокардиография (ЭхоКГ), технология «след пятна» для оценки глобальной деформации (GLSLV) ЛЖ в продольном направлении, глобальной ротации, скорости глобальной ротации в систолу и в раннюю диастолу на уровне митрального клапана (МК), папиллярных мышц (ПМ) и верхушки ЛЖ, скручивания, раскручивания и поворота по оси ЛЖ. Всем пациентам производилась количественная оценка тропонина I и КФК МВ до вмешательства, через 6 ч и 24 ч после стентирования.

Результаты. До стентирования КА у 22 (42,31%) больных отмечалась GLSLV в пределах нормы ( $\leq -18,0\%$ ), у 30 (57,69%) пациентов наблюдалось снижение GLSLV ( $> -18\%$ ). У пациентов с исходно сниженной GLSLV отмечалось удлинение времени до пика ротации ЛЖ на уровне ПМ и верхушки ЛЖ. После стентирования КА выявлены пациенты с улучшением и ухудшением GLSLV. По величине ротации, скручивания, раскручивания, поворота по оси ЛЖ пациенты с ухудшением и улучшением GLSLV не различались. В группе исходно сниженной GLSLV у пациентов с ухудшением ее после ЧКВ наблюдалось укорочение времени до пика ротации в раннюю диастолу на уровне МК ( $509,500 \pm 68,288$  мсек,  $Me=505,500$  vs  $479,889 \pm 49,549$  мсек,  $Me=488,000$  мсек;  $p=0,04$ ). Отмечалось более позднее наступление пика скорости глобальной апикальной ротации ЛЖ в систолу ( $246,13 \pm 164,19$  мсек;  $Me=189,50$  мсек vs  $126,14 \pm 52,31$  мсек;  $Me=126,00$ ;  $U=9,500$ ,  $Zadj=2,094$ ;  $p=0,03$ ) и сниженная скорость глобальной апикальной ротации в раннюю диастолу ( $-17,70 \pm 22,25$ ;  $Me=-23,52$  vs  $-52,65 \pm 24,11$ ;  $Me=-45,94$ ;  $U=5,000$ ,  $Zadj=2,604$ ;  $p=0,009$ ) в сравнении с пациентами с улучшением GLSLV. В группе ухудшения GLSLV обнаружено повышение уровней тропонина I через 24 ч и КФК МВ через 6 ч и 24 ч после стентирования КА.

Заключение. Ухудшение глобальной деформации ЛЖ и повышение уровня кардиоспецифических ферментов у пациентов со стабильной ИБС после стентирования КА, вероятно, обусловлены эмболией микрососудистого русла во время проведения стентирования КА. У пациентов с исходно сниженной деформацией повреждение миокарда во время стентирования КА обуславливает дальнейшее ее снижение, а также снижение скорости апикальной ротации и увеличение времени до пика ее наступления в систолу и раннюю диастолу. Удлинение времени до пика ротации на уровне ПМ и верхушки является ранним показателем ухудшения механики ЛЖ после стентирования КА.

## **ОСОБЕННОСТИ ТИПОВ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

Горбунова МЛ.

Нижегородская государственная медицинская академия. Нижний Новгород, Россия

[gorm74@mail.ru](mailto:gorm74@mail.ru)

Известно, что существует несколько типов гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ). Эхокардиография (ЭХОКГ) позволяет оценить эти особенности в полном объеме.

Цель. Оценить особенности ГЛЖ, учитывая морфофункциональные характеристики. Для этого была проведена ЭХОКГ по стандартной методике у 76 пациентов. Группа пациентов была представлена 76 больными в возрасте от 49 до 78 лет (средний возраст  $66,4 \pm 4$ ). У



всех пациентов был подтвержден диагноз гипертонической болезни 2-3 степени, 2-3 стадии, риск 3-4. Диагноз был подтвержден данными клинических, лабораторных и инструментальных методов.

Данные были классифицированы с использованием нейросетевой технологии (карты Кохонена). Классификация была предпринята на 4 группы. Оценивались следующие показатели: КДО (конечный диастолический объем), ИММ (индекс массы миокарда), VcF (циркулярное укорочение волокон), ФВ (фракция выброса), ДУЖ (диастолическая упругость желудочка), КА (коэффициент асимметрии левого желудочка (ЛЖ)). Показатели рассчитывались по специально разработанной программе «COR».

Были получены следующие результаты: для первой группы больных был характерен гипертрофический морфофункциональный тип (МФТ) ЛЖ (0,63), асимметрия толщины стенок ЛЖ (1,38), повышение ФВ (79%) миокарда и нормальные показатели жесткости (ДУЖ 1,05).

У второй группы пациентов ГЛЖ не отмечалось, но регистрировался гипертрофический тип МФТ (0,60) без асимметрии стенок ЛЖ (КА 0,98), ФВ 66%, показатели VcF были несколько снижены (1,13) на фоне резко увеличенной ДУЖ (1,8).

Третья группа характеризовалась умеренно выраженной дилатацией ЛЖ (МФТ 1,08), асимметрией стенок ЛЖ (КА 1,35), нормальными показателями ДУЖ и VcF (0,96 и 1,4 соответственно), ФВ 70,2%.

В четвертой группе МФТ сбалансирован (0,88), гипертрофии ЛЖ не наблюдалось, но была умеренно выраженная асимметрия толщины стенок ЛЖ, повышение жесткости миокарда (ДУЖ 1,51) и снижение показателей миокардиальной сократимости (VcF 1,0), ФВ 59,4%.

Таким образом, анализ морфофункционального типа ЛЖ у пациентов с гипертонической болезнью дает гетерогенную картину. Это позволяет предположить различные типы формирования ГЛЖ у пациентов (гипертрофия, дилатация, либо сбалансированный МФТ ЛЖ). С учетом вышесказанного, можно оценивать различное поражение сердца как органа-мишени у пациентов с одинаковой патологией, что впоследствии требует разных подходов к терапии.

## **ОЦЕНКА ФРАГМЕНТАЦИИ QRS-КОМПЛЕКСА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Гордеева М.С., Пармон Е.В., Рыжкова Д.В.

ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия  
[mariagord@mail.ru](mailto:mariagord@mail.ru)

**Введение:** Фрагментация QRS-комплекса (fQRS) – один из маркеров электрической нестабильности миокарда (ЭНМ). Данный показатель отражает структурную неоднородность миокарда, в том числе и у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС). Перспективным представляется изучение взаимосвязи между fQRS и фиброзом (кардиосклерозом) и/или ишемией миокарда, которые возможно оценить с помощью кардиовизуализирующих методик, в частности при проведении перфузионной однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ).

**Цель:** Проанализировать взаимосвязь между fQRS и данными, получаемыми при проведении перфузионной ОФЭКТ сердца с <sup>99m</sup>Tc-технетрилом у пациентов с ИБС.

**Материалы и методы:** Ретроспективно были проанализированы данные перфузионной ОФЭКТ сердца с <sup>99m</sup>Tc-технетрилом в покое и на фоне пробы с физической нагрузкой и ЭКГ в 12 стандартных отведениях у 78 пациентов с подтвержденным или предполагаемым диагнозом ИБС (52 мужчины, средний возраст 60,7±10,6 лет).



Результаты: По результатам ОФЭКТ пациенты были разделены на 4 группы: 1-ая группа — 22 пациента без нарушений перфузии как в покое, так и при нагрузке (индекс нарушения перфузии на фоне физической нагрузки (SSS) - 0); 2-ая группа — 19 пациентов со стресс-индуцированными нарушениями перфузии (индекс нарушения перфузии в покое (SRS) в среднем составил  $0,5 \pm 0,41$ ; SSS -  $6,8 \pm 3,9$ ); 3-я группа — 25 пациентов со стабильными дефектами перфузии (SSS -  $16,8 \pm 8,3$ , SRS -  $15,2 \pm 9,2$ ); 4-ая группа — 12 пациентов, у которых были выявлены как стабильные, так и стресс-индуцированные дефекты перфузии (SSS -  $15,8 \pm 8,1$ , SRS -  $10,9 \pm 5,7$ ), у пациентов в 3 и 4 группах стабильные дефекты перфузии расценены, как постинфарктный кардиосклероз. В группах пациентов без нарушения перфузии миокарда и со стресс-индуцированными дефектами перфузии (группы 1 и 2) fQRS не зарегистрировано. В 3-ей группе (со стабильными дефектами перфузии) fQRS выявлена у 24% обследованных. У пациентов с fQRS показатель SRS был выше, чем у пациентов без fQRS, медиана SRS составила  $20,0 \pm 6,4$  и  $13,0 \pm 6,5$  ( $p < 0,05$ ) соответственно. Наиболее часто (у 50%) fQRS регистрировалась в 4-ой группе, существенных различий между индексами нарушения перфузии в покое и при нагрузке в данной группе пациентов не было ( $p > 0,05$ ).

Заключение: Фрагментация QRS-комплекса была выявлена у пациентов со стабильными (свидетельствующими о наличие постинфарктного кардиосклероза) или частично-обратимыми (обусловленные сочетанием фиброзной ткани и остаточной ишемией в зоне постинфарктного кардиосклероза) дефектами перфузии миокарда. В нашем исследовании, в случае со стабильными дефектами, fQRS была ассоциирована с большей площадью дефектов перфузии, в то же время у пациентов с частично-обратимыми нарушениями перфузии fQRS не зависела от площади дефектов, и вероятно, в большей степени, была обусловлена нарушением проведения импульса в участках гетерогенного миокарда переинфарктной зоны.

## **ИНФОРМАТИВНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПО ДАННЫМ ЭКГ И ЭХОКГ**

Дадабаева Н.А., Рамазанова Н.А.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан.

[leoness555@mail.ru](mailto:leoness555@mail.ru)

Введение. Диагностика ГЛЖ в практической медицине в основном базируется на так называемых «вольтажных критериях» то есть на увеличенной амплитуде комплекса QRS в определенных отведениях. Однако этот критерий определяется далеко не всегда. Высокий процент «ложноотрицательных результатов» описан в многочисленных исследованиях.

В настоящее время используется термин «электрофизиологическое ремоделирование» для того чтобы подчеркнуть не соответствие между анатомическим ремоделированием и электрофизиологическими изменениями.

Цель: Сравнить частоту диагностики ГЛЖ по данным ЭКГ и ЭхоКГ у больных ИБС в сочетании с ГБ.

Материалы и методы исследования. Обследовано 64 больных ИБС стенокардия напряжения ФК III и ГБ III ст. АГ 2 степени в возрасте 42-70 лет. Мужчин было 34, женщин 30. Больных по возрасту в соответствии с классификацией ВОЗ разделили на 3 группы. Молодых (до 44 лет) было 4, среднего возраста (45-59)-18 и пожилых (старше 60 лет)-42. Больным проводилось общеклиническое обследование, ЭКГ и ЭхоКГ. Для выявления ГЛЖ на ЭКГ определялись амплитуда зубцов R V4-6, индекс Соколова-Лайона и критерий Корнелла. ГЛЖ на ЭхоКГ оценивали по гипертрофии межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка.

Результаты. ГЛЖ по данным ЭКГ и ЭхоКГ соответственно отмечалась у 1(1,5%) и 2(3%) больных молодого возраста, у 11(17%) и 16(25%) среднего и у 31(48%) и 34(53%) пожилого. Всего у 42(65,6%) и 52(81%) больных. На ЭКГ ГЛЖ не определилась у 22(34%), на ЭхоКГ у 12(18,7%) больных. ЭКГ и ЭхоКГ совпадали соответственно по возрасту у 1(1,5%), 10(15,6%) и 18(28%) больных.

Заключение. То есть у больных ИБС в сочетании с ГБ данные за ГЛЖ на ЭКГ и ЭхоКГ совпадали не всегда. Значительно чаще положительные результаты были на ЭхоКГ. Частота положительных результатов не соответствовала цифрам АД и чаще отмечалась у больных пожилого возраста. Такое расхождение результатов могло быть связано с тем, что цифры АД зависят от гипотензивной терапии, и индекс Соколова-Лайона и критерий Корнелла по данным литературы наиболее информативны у больных старше 55 лет.

Полученные результаты согласуются с данными о наличии относительного снижения вольтажа зубцов в патологически измененном миокарде и подчеркивают необходимость проводить различия между анатомическими размерами сердца и его функцией.

## **ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТРАБЕКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ**

Джигоева О.Н.

Государственное бюджетное учреждение « Городская клиническая больница № 24 Департамента здравоохранения Москвы», Кафедра Госпитальной терапии №2 лечебного факультета Российского Национального Исследовательского Медицинского Университета им. Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация.

[dzhioevaon@gmail.com](mailto:dzhioevaon@gmail.com)

Введение: Последнее десятилетие ознаменовалось большим количеством публикаций, описывающих случаи диагностики редкой формы кардиомиопатии- некомпактного миокарда. В связи с этим, стал возникать вопрос о трактовке трабекуляризации миокарда, выявленной при эхокардиографии. Цель: Разработка принципа последовательного и системного эхографического заключения с последующим диагностическим алгоритмом. Материалы и методы: Истинная частота встречаемости некомпактного миокарда менее 1 %. Эхокардиографические ключевые критерии Jenni-Stollberger включают наличие 3х и более трабекул, наличие кровотока в межтрабекулярных пространствах, снижение локальной сократимости трабекулярного слоя, систолическую дисфункцию пораженного желудочка, отсутствие других заболеваний сердца. В случае соответствия указанным критериям, далее следует проведение МРТ сердца, после чего принять решение о целесообразности генетического тестирования. Прогноз у пациентов с диагнозом «некомпактный миокард» неблагоприятный, ассоциирован с развитием ХСН, тромбозомболических осложнений, фатальных желудочковых аритмий. Однако данные осложнения связаны не с наличием трабекуляризации миокарда, а с дилатацией полостей желудочков и тяжелой систолической дисфункцией. Феномен трабекуляризации миокарда изучен недостаточно. В 2011-2015 годах были опубликованы работы, в которых были описаны случаи трабекуляризации у бессимптомных пациентов. Так, частота встречаемости трабекуляризации ЛЖ возрастает у женщин в третьем триместре беременности, а через 6 месяцев после родоразрешения исчезает у большинства исследуемых ( S.Gati,2014-2015). Систолическая дисфункция, регионарная дисфункция желудочков у данных пациенток не описана. Результаты: Нами проведен анализ выявленной трабекуляризации у пациентов с приобретенными клапанными пороками, ИБС с систолической дисфункцией ЛЖ, ДКМП, что позволило нам предположить различный механизм формирования трабекуляризации у пациентов с истинным некомпактным миокардом и приобретенными заболеваниями. В первом случае,

трабекуляризация ассоциирована с дефектом коронароангиогенеза на 5-8 неделе эмбрионального развития, а во втором случае - с объемной и прессорной перегрузкой желудочков. Заключение: Диагностировать некомпактный миокард на основании исключительно данных эхокардиографии неверно. В качестве описания неоднородной структуры миокарда, целесообразнее использовать критерии Jenni-Stollberger и пользоваться термином «трабекуляризация». В эхокардиографическом заключении, описывая наличие трабекуляризации миокарда, необходимо отразить также наличие или отсутствие систолической и регионарной дисфункции миокарда желудочков, что позволит оптимизировать диагностическую стратегию.

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

Константинов Д.Ю., Галин П.Ю.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ,  
Оренбург, Россия

[Const55@mail.ru](mailto:Const55@mail.ru)

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

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

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

Результаты исследования: Оценка параметров центральной гемодинамики пациентов показала следующее: наиболее низкие цифры фракции выброса наблюдались у пациентов 3 группы, в то время как самые высокие цифры наблюдались у пациентов во 2 группе. Самые низкие цифры ударного объема отмечены у пациентов из 1 группы, самые высокие у пациентов 2 группы. Наиболее низкие цифры градиента давления клапана ЛА выявлены у пациентов 1 группы, самые низкие цифры в 3 группе. Расширение ствола легочной артерии наиболее выражено у пациентов 1 группы, наименее выражено у пациентов 2 группы.

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

## КЛИНИКО-АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС

Кумбатова А.В., Черных Т.М.

ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет  
им. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, Воронеж, Россия

[anas-korotneva90@yandex.ru](mailto:anas-korotneva90@yandex.ru)

**Введение.** Ишемическая болезнь сердца (ИБС) сохраняет ведущие позиции в структуре заболеваемости и смертности населения.

**Цель.** Сопоставить клинические и ангиографические данные у больных ИБС, оценить прогностическую значимость нагрузочных функциональных проб в диагностике поражения коронарного русла, проанализировать наиболее часто встречающуюся локализацию и степень поражения коронарных артерий (КА) у больных ИБС.

**Материалы и методы.** Проанализировано 159 историй болезни пациентов с ИБС, которым проводилось ангиографическое исследование. Среди них 119 мужчин (74,8%), средний возраст 52,3 лет, и 40 женщин (25,2%), средний возраст 65,4. Пациенты были распределены на 3 группы. Первая группа (1) состояла из 53 пациентов, у которых не было выявлено признаков гемодинамически значимых поражений КА (35,6%). Вторая (2) группа объединила 38 больных с однососудистым поражением (18,8%). В третью группу вошли 68 пациентов с многососудистым поражением коронарного русла (45,6%).

**Результаты.** У пациентов 1 группы в 44,2% отсутствовала ангиографическая патология, в 13,2% наблюдались стенозы КА до 50%, в остальных случаях изменения представлены неровностью контуров, извитостью КА, наличием межмышечных мостиков. В структуре ангиографических изменений 2 группы чаще встречалось поражение передней межжелудочковой артерии (50%), в 34,2 % случаев – правой КА, с одинаковой частотой поражались огибающая артерия и ствол ЛКА (7,9%). Пациенты 3 группы имели поражение 3-х и более коронарных артерий со стенозом от 70% до полной окклюзии, частота встречаемости поражения ствола левой КА – 23,5%. Клинические формы ИБС в первых двух группах представлены более, чем в половине случаев стабильной стенокардией напряжения, нестабильная стенокардия и острый инфаркт миокарда присутствовали в меньшей мере. Обратная ситуация наблюдалась среди пациентов третьей группы, в клинической структуре ИБС преобладал острый инфаркт миокарда. Стентирование было проведено 25,8 % всем исследованным больным в промежутке от 1 до 4 лет до исследования. При этом в группах одно- и многососудистого поражения у 43,9% наблюдалось нарушение проходимости стента или стеноз этой же артерии проксимальнее или дистальнее него. В группе гемодинамически незначимых поражений стенты были проходимы. Результаты функциональных проб (холтеровское мониторирование ЭКГ, велоэргометрия), проведенные пациентам 3-х групп, были положительными в большинстве случаев, особенно велоэргометрия.

**Выводы.** Гемодинамически незначимое поражение, в том числе отсутствие ангиографической патологии – не означает отсутствие ишемической болезни сердца. Острый коронарный синдром встречается при всех степенях поражения КА, в том числе и при отсутствии ангиографической патологии. Однако инфаркт миокарда коррелирует со степенью поражения коронарных артерий. Частота развития рестенозов у больных ИБС после имплантации стентов составляет 43,9%, что свидетельствует о необходимости активной антиатеросклеротической и антиагрегантной или антикоагулянтной терапии у данной группы больных. Положительные нагрузочные пробы коррелируют со степенью поражения КА, особенно велоэргометрия.

## УСТОЙЧИВОСТЬ К ИНДУЦИРОВАННОЙ ГИПОКСИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ВАГОСИМПАТИЧЕСКОГО БАЛАНСА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Ляховец Е.Г., Костенко В.А., Скородумова Е.А.

Государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

lisavetta91@mail.ru

**Введение.** В физиологии и медицине является общепризнанной ведущая роль гипоксии в развитии экстремальных, преморбидных и патологических функциональных состояний, возникновении и течении многих заболеваний, поскольку любое нарушение функционирования организма прямым или косвенным образом связано с изменением регуляции кислородного режима и уменьшением доставки кислорода к органам и тканям.

**Цель работы.** Изучить динамику спектрограммы при формировании и утрате адаптации к гипоксической гипоксии.

**Материалы и методы.** Объект исследования — здоровые мужчины, ведущие однополовой образ жизни (n=25). Гипоксическая газовая смесь с концентрацией 10% O<sub>2</sub> в азоте изготавливалась с помощью гипоксикатора 09-ВП «Эверест» с ее контролем с помощью газоанализатора кислорода ПКГ-4-К (ЗАО «Экسيس»). Показатели вариабельности ритма сердца, центральной гемодинамики оценивались с помощью пакета компьютерных программ «Полиспектр». Схема исследования включала в себя: исходное состояние, гипоксическую нагрузку, восстановление. Интервальные гипоксические тренировки (ИГТ) проводились следующим образом: испытуемые дышали гипоксической смесью с 10% содержанием O<sub>2</sub> через маску в состоянии психоэмоционального покоя по 5 минут с пятиминутным интервалом в течение часа. Каждый испытуемый проводил по 20 подобных тренировок. Наблюдение проводилось на протяжении 6 месяцев.

**Результаты.** По критерию SpO<sub>2</sub> все добровольцы были разделены на две группы. У испытуемых, устойчивых к гипоксии, составлявшей 25% выборки, уровень SpO<sub>2</sub> оставался стабильным, в среднем 87,2%. У остальных испытуемых (75% всей выборки), уровень SpO<sub>2</sub> продолжал снижаться в течение всего периода наблюдения и к концу экспозиции составлял в среднем 70%. Различия были достоверными на всех этапах. Гипоксическая нагрузка вызывала депрессию общего спектра мощности, затем исходный уровень восстанавливался. Сразу после проведения ИГТ величины общего спектра мощности (ОМС) сердечного ритма значительно увеличивались в течение гипоксической нагрузки и при восстановлении (p<0.01), а также исчезала депрессия ОМС. Этот эффект сохранялся в течение 2,5 месяцев. Через 4 месяца после ИГТ эффект увеличения ОМС наблюдался только на 12-15 минуте нагрузки (p<0.05). Через 6 месяцев после ИГТ, ее влияние не отмечалось. До ИГТ величина ОМС у устойчивых испытуемых была значительно больше, чем у неустойчивых (p<0.01). ИГТ приводили к нивелированию различий за счет увеличения ОМС у неустойчивых (p<0.05). Эффект сохранялся в течение 2,5 месяцев. Аналогичная зависимость прослеживалась и в низкочастотном диапазоне, отражающем активность симпатической нервной системы. В подгруппе неустойчивых ИГТ существенно повысили адаптационные возможности организма. Достигнутый уровень адаптации стал снижаться через 2,5 месяца после проведения ИГТ (p<0.01).

**Заключение:** Сохранение значений ОМС могут служить индикатором функциональных резервов организма и признаком адаптации к условиям гипоксической гипоксии. Однако спустя 6 месяцев адаптация нивелируется. По критерию SpO<sub>2</sub> можно выделить когорту испытуемых, неустойчивых к гипоксии, с высоким риском развития в дальнейшем кардиоваскулярной патологии.

Учитывая вышесказанное, в перспективе данный вид гипоксической нагрузки, в более мягком режиме может быть использован как диагностический тест, а ИГТ как способ повышения адаптации к гипоксии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

## **ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ КОЛЛАБИРОВАНИЯ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ В РАЗВИТИИ ОСТРОГО КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА**

Макеева Е.Р., Чувалов Л.Л., Русакова И.В.

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г.Ульяновска», г.Ульяновск, Россия  
nurtdinva@rambler.ru

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. Эту взаимосвязь называют «индексом коллабироваия». УЗИ легких с подсчетом В-линий представляет простой способ оценки внесосудистой воды легких и тяжести альвеолярно-интерстициального отека легких. В-линии, вероятно, представляют ультразвуковой эквивалент радиологических линий Керли. 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 предполагаем, что оценка коллабироваия НПВ с подсчетом В-линий может быть полезна для оценки гемодинамики и прогнозирования развития острого повреждения почек (ОПП) у больных с ОДСН.

Цель: определить связь между коллабироваием НПВ с подсчетом В-линий как неинвазивным ультразвуковым методом оценки ЦВД и риском развития ОПП у больных ОДСН (кардиоренального синдрома 1-го типа).

Методы: в проспективном обсервационном когортном исследовании, мы проанализировали 62 пациентов с ОДСН, мужчин было 43 (69%). Средний возраст составил 62,4±11,8 года. Преобладающей причиной ОДСН было сочетание ИБС и артериальной гипертензии – 36 (58%). ОПП диагностировали и классифицировали согласно Рекомендациям KDIGO (2012). Не располагая информацией об уровне креатинина сыворотки до заболевания, исходным считали креатинин, соответствующий расчетной скорости клубочковой фильтрации (pCKФ) 75 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> (базальный креатинин). Согласно Recommendations on pre-hospital and early hospital management of acute heart failure (2015) проводили УЗИ легких для выявления признаков интерстициального отека и УЗИ нижней полой вены в динамике.

Результаты: Острый кардиоренальный синдром (КРС 1 типа) диагностирован у 33 (53%) пациентов ОДСН. У 23 (70%) больных выявлена 1 стадия, у 9 (27%) – 2 стадия и у 1 (3%) – 3 стадия ОПП. По возрасту пациенты с ОПП и без ОПП не различались (63,3±11,9 и 61,5±11,7 лет; p=0,56). Больные ОДСН с ОПП в первые сутки госпитализации имели больший диаметр НПВ (18,9±5,4 мм против 14,7±5,3 мм, соотв., p=0,04) и меньшую величину коллабироваия НПВ (12,4±4,7 мм против 7,2±4,7 мм, соотв., p=0,01). В последующем в ходе лечения к 7 дню у больных с КРС 1 типа диаметр НПВ оставался больше (21,2±5,2 мм против 13,1±5,7 мм, соотв., p=0,01), а величина коллабироваия НПВ меньше по сравнению с больными ОДСН без ОПП (13,1±9,2 мм против 5,5±5,3 мм, соотв., p=0,04). К 10 дню интенсивной медикаментозной терапии диаметр НПВ коррелировал с наличием ОПП (r=0,73; p=0,02). Коллабироваие НПВ менее 8,7 мм впервые сутки госпитализации прогнозировало развитие ОПП у больных ОДСН с чувствительностью 73% и специфичностью 69% (AUC=0,77). Исследование не показало зависимости между количеством В-линий и риском развития ОПП.

Выводы: Половина больных ОДСН имеют КРС 1-го типа. У большинства больных (70%) наблюдается 1 стадия ОПП. Развитие ОПП при КРС 1-го типа может быть связано с



нарушением перфузии почек вследствие повышения венозного давления, о чем свидетельствует увеличение ЦВД, диаметра НПВ и снижение коллабирования НПВ. Нет связи между количеством В-линий и риском развития ОПП.

## **ВЫРАЖЕННОСТЬ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ И ИХ СООТНОШЕНИЕ С ЖЕСТКОСТЬЮ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

Медведева С.О., Колбасников С.В.

Тверской Государственный медицинский Университет, г. Тверь, Россия

[svmedved2013@yandex.ru](mailto:svmedved2013@yandex.ru)

**Введение:** эпидемиологические исследования последних десятилетий свидетельствуют о широкой распространенности эмоциональных расстройств среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Установлено, что при стрессе, тревоге и депрессии нарушается эндотелиальная функция. Однако, функциональные соотношения жесткости сосудистой стенки и психоэмоционального статуса у больных артериальной гипертензией (АГ) изучены недостаточно.

**Цель:** оценить выраженность тревожно-депрессивных расстройств и их соотношение с жесткостью сосудистой стенки у больных АГ.

**Материалы и методы:** Обследовано 97 больных (мужчин – 30; женщин – 67; возраст  $54,7 \pm 0,9$  лет) АГ II стадии, которые находились на диспансерном наблюдении у врача общей практики и получали комбинированную гипотензивную терапию. Всем больным проводилось общеклиническое обследование, тестирование с помощью опросника шкалы HADS. Жесткость сосудистой стенки изучалась фотоплетизмографическим методом с использованием аппарата “Ангиоскан-01 профессиональный” (Россия). В зависимости от выраженности тревожно-депрессивных расстройств, по шкале HADS, пациенты были разделены на 3 группы: 1-ю составили 67 больных без клинически выраженной тревоги/депрессии (возраст  $52,8 \pm 1,5$  года), 2-ю – 14 больных (возраст  $57,1 \pm 1,5$  лет) с субклинически выраженной тревогой/депрессией, 3-ю – 16 больных (возраст –  $60,6 \pm 1,5$  лет) с клинически выраженной тревогой/депрессией.

**Результаты:** у больных 1-ой группы (мужчин – 30, женщин – 37) уровень АД составил  $138,2 \pm 2,2/85,2 \pm 1,4$  мм рт. ст.; уровень тревоги составил  $4,6 \pm 0,2$ ; депрессии –  $3,8 \pm 0,2$  баллов. При проведении контурного анализа пульсовой волны отмечалось увеличение RI ( $40,8 \pm 2,1$  %), что свидетельствовало о повышении тонуса мелких резистивных артерий, уровень SI составил  $7,9 \pm 0,1$  м/с,  $Alp$  75 –  $11,8 \pm 2,1$  %,  $VA$  –  $51,6 \pm 2,1$  лет. При проведении окклюзионной пробы ИОА –  $1,8 \pm 0,1$  %, СФ – минус  $6,5 \pm 0,9$  мс, что указывало на наличие эндотелиальной дисфункции.

У больных 2-ой группы (мужчин не было, женщин – 14) уровень АД составил  $141,0 \pm 3,6/85,3 \pm 2,4$  мм рт. ст.; уровень тревоги составил  $8,6 \pm 0,2$  ( $p < 0,001$ ); депрессии –  $8,9 \pm 0,2$  баллов ( $p < 0,001$ ). При проведении контурного анализа пульсовой волны у больных этой группы, в отличие от предыдущей, отмечалось увеличение SI ( $13,5 \pm 4,5$  м/с), RI ( $30,7 \pm 4,8$  %), что свидетельствовало о выраженном нарушении эластических свойств сосудистой стенки; уровень  $Alp$  75 составил  $16,0 \pm 3,3$  %,  $VA$  –  $50,1 \pm 3,4$  лет. При проведении окклюзионной пробы регистрировалось снижение СФ (минус  $4,0 \pm 1,7$  мс), что указывало на более выраженную эндотелиальную дисфункцию, ИОА ( $1,9 \pm 0,1$  %).

У больных 3-ей группы (мужчин не было, женщин – 16) уровень АД составил  $137,6 \pm 7,3/83,3 \pm 5,5$  мм рт. ст.; уровень тревоги составил  $13,0 \pm 0,4$  ( $p < 0,001$  по отношению к 1-ой и 2-ой группе); депрессии –  $12,2 \pm 0,3$  ( $p < 0,001$  по отношению к 1-ой и 2-ой группе) баллов. При проведении контурного анализа пульсовой волны у больных этой группы, по сравнению с 1-ой и 2-ой группами, отмечалось не только увеличение RI ( $50,9 \pm 7,3$  %), но и превышение сосудистого возраста над паспортным ( $VA$  –  $67,5 \pm 4,3$  лет), что свидетельствовало о значительном повышении жесткости сосудистой стенки; SI –  $7,9 \pm 0,2$

м/с,  $Alp\ 75 -23,1\pm 3,4\%$ . При проведении окклюзионной пробы регистрировалось снижение ИОА ( $1,7\pm 0,2\%$ ) и СФ (минус  $2,4\pm 0,5$  мс;  $p<0,001$  по отношению к 1-ой группе), что указывало на значительную дисфункцию эндотелия. При проведении корреляционного анализа имела статистически значимая высокая корреляционная связь между VA и депрессией  $r = 0,8$  ( $p<0,001$ ), между  $Alp\ 75$  и депрессией  $r = 0,9$  ( $p<0,001$ ).

Заключение: нарастание тревожно-депрессивных расстройств у больных АГ сочетается с ухудшением эласто-тонических свойств сосудистой стенки и эндотелиальной дисфункцией, что необходимо учитывать при планировании лечебных и реабилитационных мероприятий.

## ЭПИКАРДИАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ИБС

Раджабова Р.Ш., Шукурджанова С.М., Хамидова М.А.  
Ташкентская медицинская академия, Ташкент. Узбекистан.  
[rajabova.rano2016@yandex.ru](mailto:rajabova.rano2016@yandex.ru)

Актуальной проблемой современной кардиологии являются поиск и изучение ранних маркеров сердечно-сосудистого риска (ССР) для своевременного выявления и профилактики осложнений. Наибольший интерес вызывает то, что толщина эпикардиального жира (ЭЖ) может выступать в качестве нового маркера сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Цель исследования. Изучение толщины эпикардиального жира как критерия прогрессирования течения заболевания у больных ИБС. Стенокардией напряжения и взаимосвязь с показателями ЭхоКС.

Материал и методы. В исследование были включены 45 больных мужского пола с ИБС. Стенокардией напряжения ФК II-III в возрасте от 40 до 60 лет. Всем больным измеряли ТЭЖ методом ЭхоКС. Общепринятым служит измерение толщины ЭЖ при стандартной парастернальной позиции по длинной оси левого желудочка (ЛЖ). ЭЖ визуализируется как эхонегативное пространство между внешней стенкой миокарда и висцеральным слоем перикарда. В зависимости от ТЭЖ все больные были распределены на 2 группы. 1-я группа больных с  $ТЭЖ < 7$  мм ( $n=10$ ), 2-я группа с  $ТЭЖ > 7$  мм ( $n=35$ ). В 1-ой группе средний возраст больных составил  $51,1\pm 3,4$  лет, во 2-ой группе  $56,5\pm 4,8$  лет соответственно. Длительность анамнеза ИБС  $2,3\pm 0,9$  лет и  $3,1\pm 1,1$  лет соответственно. 6 (60%) больных первой группы и 30 (85,7%) больных второй группы имели артериальную гипертонию. Избыточная масса тела отмечалась у 4 (40%) больных 1-группы и 16 (45,7%) больных 2-группы соответственно. Ожирение I степени наблюдалось у 1 (10%) больного 1-группы и 10 (28,5%) больных 2-группы соответственно.

В 1-ой группе больных у 2 (20%) выявлена ХСН I ФК, II ФК ХСН – у 8 (80%) пациентов. Во 2-ой группе 2 (5,8%) и 33 (94,2%) больных соответственно. Всем больным определяли индекс массы тела, измеряли окружность талии, проводили ЭКГ, ЭхоКГ, ВЭМ-проба, а также определялся уровень липидов крови.

Результаты исследования. Результаты сравнения данных двух групп показали, что ИМТ больных 1-группы составил  $25,9\pm 0,78$  кг/м<sup>2</sup>, у пациентов 2-группы  $28,08\pm 0,6$  соответственно ( $p<0,01$ ). Средние показатели окружности талии больных 1 группы составляли  $99,8\pm 2,29$  см и пациентов 2 группы  $108,8\pm 2,49$  см соответственно. У всех больных наблюдались дислипидемия, но достоверная разница между группами отмечалась только по уровню ХС ЛПОНП. При анализе результатов трансторакальной эхокардиографии, в 1 группе средний показатель ТЭЖ составил 6,6 мм, во 2-ой группе 9,2 мм соответственно. По показателям массы миокарда ЛЖ, ТМЖП, ТЗСЛЖ отмечалась достоверная разница в двух группах ( $p<0,001$ ). При анализе результатов ВЭМ-пробы индекс Дюкабыл взят за критерий прогноза течения заболевания и было выявлено, что у

больных с ТЭЖ < 7 мм у 60% больных наблюдался средний риск и низкий риск составлял 40% больных. В этой группе не отмечалось больных с высоким риском прогноза течения ИБС. Во 2 группе с ТЭЖ > 7 мм 11 % больных имели высокий риск, 83% пациентов средний риск и 6% - низкий риск соответственно.

Выводы: Имеется взаимосвязь между ТЭЖ и ММЛЖ. По показателям толщины эпикардального жира у больных с ТЭЖ < 7 мм наблюдается только средний и низкий риск течения ИБС, а при ТЭЖ > 7 мм превалирует средний риск течения ИБС и наличие больных с высоким риском. Таким образом, ТЭЖ может служить маркером течения ИБС.

## **ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗРАБОТКИ МЕТОДА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КАПИЛЛЯРОСКОПИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Редька А. В.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «ВОРОНЕЖСКИЙ ГОССУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н. Н. БУРДЕНКО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, Воронеж, Россия.

[ikdron2006@yandex.ru](mailto:ikdron2006@yandex.ru)

Введение. Одной из актуальных проблем современной медицины является легочная гипертензия. Под легочной гипертензией понимают повышение давления в легочной артерии выше 25 мм. рт. ст. в покое и/или выше 30 мм. рт. ст. при нагрузке. Выделяют 5 групп легочной гипертензии, наиболее серьезные последствия имеет легочная артериальная гипертензия (ЛАГ). Встречаемость данной патологии по данным мировой статистики очень низкая составляет 15-20 случаев на 1 000 000 человек. В Воронежской области официально зарегистрировано и внесено в регистр легочной артериальной гипертензии 10 человек.

Несмотря на столь малую встречаемость, данная категория пациентов характеризуется тяжелым течением заболевания и огромными затратами на проводимое лечение. Период от начала заболевания до установления диагноза составляет от 2х месяцев до 2х лет. Средние месячные затраты на лекарственную терапию составляют приблизительно 230 000 руб. Средняя выживаемость с момента постановки диагноза - 2,8 года.

На сегодняшний день одним из основных методов диагностики легочной гипертензии является трансторакальная ЭХОКГ, реже катетеризация правых отделов сердца, которая не везде доступна.

Цель: разработать метод использования капилляроскопии для диагностики и оценки эффективности проводимой терапии у пациентов с легочной гипертензией.

Материалы и методы. Для поиска информации по данной теме использовались базы данных Pubmed, eLibrary, dissercat. Поисковыми запросами были легочная гипертензия и капилляроскопия; pulmonary hypertension and capillaroscopy; capillaroscopy; pulmonary hypertension; легочная гипертензия; капилляроскопия.

Результаты. Проведя литературный поиск, оказалось, что в русскоязычных источниках не встречается информация по использованию капилляроскопии у пациентов с легочной гипертензией. Но при анализе зарубежной литературы было обнаружено несколько статей посвященных данной проблеме. В найденных литературных источниках приводятся данные об изменениях системного капиллярного русла при легочной гипертензии. К таким изменениям относят обеднение капиллярного русла в периферических тканях и патологическую извитость сосудов. Однако, эти статьи так же не дают информации о

прогнозе и способах оценки эффективности проводимого лечения у данной категории больных, что подчеркивают сами авторы.

Заключение. Метод капилляроскопии является абсолютно безвредным, не имеет никаких биологических побочных эффектов, не требует успокоения или анестезии и может применяться неограниченное количество раз для получения максимально объективных результатов. Данный факт дает предпосылки для дальнейшего изучения, разработки и внедрения капилляроскопии в алгоритмы диагностики и лечения больных легочной гипертензией.

## **ДИАГНОСТИКА ИШЕМИИ И СТРАТИФИКАЦИЯ ЕЕ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАРОАТЕРОСКЛЕРОЗОМ**

Суспицын А.Е., Жучек Е.Н., Раевский П.И., Косарев Е.А.

ГБОУ ВПО Южно-Уральский государственный университет Минздрава России, г. Челябинск, ул. Воровского, 64, Россия.

[Lenaqriq@rambler.ru](mailto:Lenaqriq@rambler.ru)

Хроническая ИБС сохраняет за собой лидирующую позицию в структуре смертности, несмотря на улучшение контроля над факторами риска. По данным демографического ежегодника России 2010 г., в 2009 г. смертность от ХИБС составила 26,6 % и 31,8% из общего количества смертей среди мужчин и женщин, соответственно. Оценка риска развития сердечно – сосудистых осложнений (ССО) у пациентов с ХИБС остается сложной клинической проблемой из-за многочисленных факторов, влияющих на прогноз заболевания. Среди подходов к оценке прогноза у больных ХИБС наиболее распространенным и доступным является проба с дозированной физической нагрузкой (ПДФН), в первую очередь, тредмил-тест (ТТ). Для повышения точности прогноза и стратификации пациентов с ХИБС на группы риска был предложен ряд интегральных нагрузочных индексов, учитывающих различные параметры ТТ. Среди них наиболее известен индекс Дьюка, который позволяет стратифицировать пациентов на группы риска смерти от ССО.

Цель работы: Выявить связь риска развития ССО с использованием индекса Дюка с факторами риска ССО и параметрами ремоделирования сердца и сосудов у пациентов с коронароатеросклерозом.

Материалы и методы. В обследование включено 50 пациентов с клиникой стабильной стенокардии напряжения и доказанным на коронароангиографии атеросклерозом коронарных артерий, 25 мужчин и 25 женщин, в возрасте от 45 до 70 лет, без перенесенного инфаркта миокарда. У 45 пациентов диагностирована артериальная гипертензия, у 12 - сахарный диабет. Определялись стандартные факторы риска, липидно-метаболический профиль. Проводилась эхокардиография с определением гипертрофии левого желудочка, фракции выброса, а также тканевой доплер с определением глобальной систолической и диастолической функции. При УЗДГ сонных артерий измеряли толщину интимы-медии общей сонной артерии (ТИМ). ТТ проводили по протоколу Bruce с расчетом индекса Дюка.

Результаты. У 20 пациентов риск ССО признан низким, у 22 - промежуточным, у 8 – высоким. Группа высокого риска отличалась более серьезным поражением коронарных артерий, достигнутой ишемией при ТТ с депрессией ST выше 1 мм, более низкой пороговой частотой сердечных сокращений, сочетанием реакции ЭКГ с болевым синдромом, более высокой гипертрофией левого желудочка и сниженными показателями продольной и глобальной систолической функции. Факторный анализ показал высокий вклад показателей ремоделирования левого желудочка и низкой пороговой ЧСС в

повышение риска ССО у пациентов с ИБС и независимость риска развития ССО от показателей «традиционных» факторов риска и ТИМ,  
Выводы. Риск ССО у пациентов ИБС увеличивается по мере формирования систолической дисфункции и определяется поражением коронарных артерий и пороговой ЧСС при проведении нагрузочного теста.

## **НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

Тожибоев Т. А., Турсунов Х. Х., Вахобов Б. М.  
Андижанский государственный медицинский институт

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

**Цель.** Изучить особенности профиля АД у больных с артериальной гипертонией, ассоциированной с метаболическим синдромом.

**Материал и методы.** Нами проведено СМАД 33 больным, из них 15 женщин (45,5%) и 18 мужчин (55,5%), средний возраст больных -  $46 \pm 5,6$  года. В обследование включены больные АГ, ассоциированной с МС. Мониторирование проводилось на аппарате SpaceLabsMedica 190207 (США) по стандартной методике. Интервал между измерениями – 20 мин. днем и 40 мин. ночью. Исследование на исходном фоне без антигипертензивной терапии. Время мониторирования – в среднем 14 часов 40 минут.

В анамнезе у 22 больных имелась АГ, у 3 – сахарный диабет 2-го типа средней тяжести. Анализировали следующие показатели: средние показатели систолического и диастолического АД (САД и ДАД) за сутки, день и ночь; индекс времени дневной систолической и диастолической гипертонии (ИВСАД и ИВДАД) – процент измерений АД, превышающих 140 и 90 мм рт. ст. в период бодрствования индекс времени ночной гипертонии (ИВСАДн и ИВДАДн) – процент измерений АД выше 120 и 80 мм рт. ст. в период сна, суточный индекс (СИ) для систолического и диастолического АД (СИСАД и СИДАД) – относительное снижение АД в ночные часы.

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

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

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ЖЁСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ С ЧАСТОТОЙ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**



Царева В.М., Новицкий Н.И.

Государственное бюджетное образовательное учреждение «Смоленский государственный медицинский университет». Смоленск, Россия.

tsarev.al@mail.ru

Введение. В структуре общей смертности и инвалидизации населения Российской Федерации на долю болезней сердечно-сосудистой системы приходится более 50%. Одной из причин, формирующих высокий уровень смертности от болезней системы кровообращения, является ишемическая болезнь сердца (ИБС).

Цель - изучить зависимость жёсткости сосудов от ЧСС у женщин с ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы. Обследовано 36 женщин в постменопаузальном периоде с ИБС (средний возраст  $65,3 \pm 5,9$  лет). Пациенткам проводилось холтеровское мониторирование ЭКГ («Кардиотехника - 04 -8 (м)», Инкарт, Россия). Оценивалась максимальная, минимальная ЧСС за сутки и средняя ЧСС за сутки, день, ночь. Для определения жёсткости сосудистой стенки использовали метод объёмной сфигмографии с помощью прибора VaSera – 1000 («Fukuda Denshi», Япония). Оценивались следующие показатели: R-PWV (скорость распространения пульсовой волны по сосудам преимущественно эластического типа) и B-PWV (скорость распространения пульсовой волны по сосудам преимущественно мышечного типа). Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ STATISTICA 6,0. Данные представлены в виде  $M \pm SD$ .

Результаты. Значения скорости распространения пульсовой волны по сосудам эластического (R-PWV) и мышечного типа (B-PWV) коррелировали с максимальной ЧСС за сутки ( $r=0,41, p<0,05$  и  $r=0,34, p<0,05$ ) и средней ЧСС за ночной период ( $r=0,48, p<0,01$  и  $r=0,39, p<0,05$ ). При проведении регрессионного анализа установлено, что повышение максимальной ЧСС на 1 удар в минуту ассоциируется с увеличением R-PWV на 0,05 мс ( $p<0,05$ ) и B-PWV на 0,04 мс ( $p<0,05$ ). Увеличение средней ночной ЧСС на 1 удар в минуту ассоциируется с увеличением R-PWV на 0,08 мс ( $p<0,01$ ) и B-PWV на 0,05 мс ( $p<0,05$ ). Среднесуточная, среднедневная, минимальная ЧСС не имели корреляционной зависимости с параметрами жёсткости сосудистой стенки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Между показателями объёмной сфигмографии и параметрами ЧСС при ХМ ЭКГ у женщин с ИБС существуют статистически значимые связи, однако, более выраженные по сосудам эластического типа и средней ночной ЧСС.

## **ЭЛАСТИЧНОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМАЯ ДИЛАТАЦИЯ У БЕРЕМЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИМТ И УРОВНЯ АД**

Шанченко С.А., Липатова Т.Е.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Саратов, Россия

[SvetulekKul@yandex.ru](mailto:SvetulekKul@yandex.ru)

Ожирение является одним из факторов риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, повышает риск патологического течения беременности, родов, послеродового периода. Ведение беременных с ожирением является актуальной проблемой не только для акушеров и гинекологов, но и для врачей других специальностей.

Цель работы: Оценить жесткость сосудистой стенки, состояние эндотелий-зависимой дилатации у беременных в зависимости от наличия ожирения и уровня АД.

Материалы и методы. Обследовано 76 беременных от 18 до 42 лет (средний возраст составил  $27,14 \pm 0,66$  лет). Срок беременности 23 – 25 недель. Из них 48 (63,2%) имели



нормальный уровень ИМТ до беременности ( $18,5 - 24,9 \text{ кг/м}^2$ ), 28 (36,8%) - повышенный: 19 (68%) имели избыточную массу тела (ИМТ =  $25 - 29,9 \text{ кг/м}^2$ ; 9 (32%) - ожирение 1 степени ( $30 - 34,9 \text{ кг/м}^2$ ). В зависимости от уровня АД беременные с повышенным ИМТ были разделены на 3 группы: в 1 группе (16 беременных - 57,1%) регистрировались нормальные цифры АД (110-120 и 70-80 мм рт. ст.), 2 группа - (8 беременных - 28,6%) - высокое нормальное АД (130-135 и 70-85 мм рт. ст.); 3 группа (4 беременных - 14,3%) - имели повышенный уровень АД (140-145 и 80-90 мм рт. ст.). На момент обследования угроз прерывания беременности не было. Критерий исключения - наличие артериальной гипертензии до беременности.

Определение артериальной ригидности проводилось на основе контурного анализа пульсовой волны объема при помощи прибора «Ангиоскан» с определением индекса аугментации (ИА); состояние эндотелий-зависимой дилатации - с помощью окклюзионной пробы, с определением индекса окклюзии (ИОж).

Результаты. Согласно полученным данным у беременных показатель ригидности сосудистой стенки (ИА) был достоверно выше ( $p < 0,05$ ) в группе с повышенным значением ИМТ, чем у женщин с нормальным значением. ИА составил  $1,15 \pm 0,54$  и  $2,67 \pm 0,38$  соответственно.

При этом отмечена корреляция ИА с уровнем АД ( $r = 0,594$ ): у беременных с нормальным уровнем АД ИА составил  $-0,92 \pm 0,15$ , с высоким нормальным -  $2,25 \pm 0,22$ , с повышенным -  $4,34 \pm 0,28$ .

Индекс окклюзии был достоверно выше ( $p < 0,05$ ) в группе беременных с нормальным уровнем ИМТ - ( $1,88 \pm 0,17$ ), чем у женщин с ожирением ( $1,29 \pm 0,08$ ). При этом в группе беременных с ожирением отмечалась более высокая частота гестозов.

Выводы. При повышении ИМТ выше нормы характерно изменение показателей, свидетельствующих о снижении эластичности сосудистой стенки (увеличение ИА), более выраженное у пациенток с повышенным уровнем АД. Для пациенток с ожирением характерно снижение функции эндотелия в артериях мелкого мышечного типа, более частое развитие гестоза, что требует тщательного мониторинга этого контингента женщин для своевременного проведения профилактических мероприятий.

## **ВИДЫ НАРУШЕНИЙ РИТМА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПО ДАННЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ**

Эшниязова У.Н.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Email: khodnn@yandex.ru

Введение. Эссенциальная артериальная гипертензия (ЭАГ) является наиболее распространенным сердечно-сосудистым заболеванием, которое зачастую осложняется развитием различных нарушений ритма, ухудшающие течение и прогноз заболевания. Основными методами диагностики аритмий являются электрокардиографическое исследование (ЭКГ) и холтеровское мониторирование, обеспечивающее длительную регистрацию сердечного ритма.

Цель. Изучить частоту и структуру аритмий у женщин фертильного возраста (ЖФВ) при эссенциальной гипертензии с артериальной гипертензией (АГ) I, II и III степенями без и с ГЛЖ (ИММЛЖ  $> 125 \text{ г/м}^2$ ).

Материалы и методы. Обследовано 60 больных, страдающих АГ в возрасте от 29 до 49 лет: 30 женщин с АГ I, 20 женщин с АГ II и 10 женщин с АГ III степени. Всем больным провели ЭКГ исследование в 12 отведениях и 24-часовое суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру (СМ ЭКГ) фирмы «Shiller». Далее проводился анализ частоты сердечного

ритма, нарушений ритма и циркадного индекса (ЦИ) сердечного ритма. Частота суправентрикулярных экстрасистол (СВЭ) и желудочковых экстрасистол (ЖЭС) оценивалась как число экстрасистол (ЭС) за сутки и за час. Оценивалось наличие парных ЭС, «пробежек» суправентрикулярной тахикардии (СВТ) и желудочковой тахикардии (ЖТ), пауз более 2 секунд.

Результаты. Независимо от степени АГ были выявлены разнообразные нарушения ритма у всех больных ЖФВ. При анализе СМ ЭКГ наиболее часто встречалась СВЭ – у 81,7%, которая регистрировалась в основном в дневное время. Частые предсердные ЭС более 30 в час регистрировались у 35% больных с АГ II степени и у больных с АГ III степени – у 40%. Парные СВЭ зарегистрированы у больных с АГ I степени – у 5%, с АГ II – у 30%, с АГ III степени – у 50% больных. «Пробежки» СВТ были выявлены у 20% больных с АГ III степени. У 40% больных зарегистрирована ЖЭС, частота которой зависела от показателей ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) (гипертрофия ЛЖ, диастолическая дисфункция ЛЖ (ДДЛЖ),  $p < 0.005$ ). В 35% случаев ЖЭС были политопными, в группе пациентов с АГ без ГЛЖ она составила 3,3%, с АГ с ГЛЖ – 33,3%. У всех обследованных лиц отмечена тенденция к снижению циркадного индекса НСР ( $< 1.2$ ,  $P < 0.05$ ).

Выводы. ЭКГ является неинвазивным и доступным методом диагностики аритмий, но в то же время оно является малоинформативным. Так на основании ЭКГ было зарегистрировано различных нарушений ритма лишь у 15% больных с АГ. При СМ ЭКГ нарушения ритма были выявлены у всех больных с АГ. Наиболее часто встречаемыми вариантами аритмий при ЭАГ была суправентрикулярная, реже желудочковая ЭС, причем их частота увеличивалась с увеличением степени АГ. Также выявлялись «пробежки» суправентрикулярной и желудочковой тахикардии, частота которых положительно зависела от поражения сердечной мышцы (ГЛЖ, ДДЛЖ).

## РАЗДЕЛ XI. КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА МОЛОДЫХ КАРДИОЛОГОВ

### СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ АМИЛОИДОЗА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Абдурахманова Э.К., Смирнова Е.А.

Государственное бюджетное учреждение Рязанский Государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова, Рязань, Россия

[abdurakhmanova.elvira@inbox.ru](mailto:abdurakhmanova.elvira@inbox.ru)

Амилоидоз - это группа заболеваний, общим признаком которых является внеклеточное отложение в тканях особого белка  $\beta$ -фибриллярной структуры. Самый частый вариант системного амилоидоза - AL-амилоидоз. AL-амилоидоз включает первичный амилоидоз, амилоидоз при миеломной болезни и при некоторых других моноклональных гаммапатиях. Кардиопатический амилоидоз представляет собой типичный вариант рестриктивной кардиомиопатии.

Больная Б., 50 лет поступила с жалобами на давящие боли слева за грудиной, сильную одышку, сердцебиение, перебои в работе сердца, общую слабость, отеки голеней, стоп. Считает себя больной с января 2014г., когда впервые почувствовала боли за грудиной при ходьбе. Обратилась к терапевту по месту жительства, выявлена анемия (Hb 68 г/л), назначены препараты железа. Находилась на стационарном лечении в ГБУ РО ОККД. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, геморрагические высыпания на коже век. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке, ЧСС 100 в мин, АД 90/60 мм.рт.ст. Печень +2 см. из-под края реберной дуги. Отеки стоп и голеней. ОАК: эритроциты –  $4.09 \cdot 10^{12}/л$ , Hb – 114 г/л, Ht – 0,34, СОЭ – 8 мм/ч. Биохимический анализ крови: креатинин – 110 мкмоль/л, мочевиная кислота – 401 мкмоль/л, общий белок – 57,8 г/л, кальций 12,3 мг/дл. ЭКГ: Синусовая тахикардия. Отклонение ЭОС влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Низкий вольтаж. ЭхоКГ: Гипертрофия ЛЖ. Нарушение диастолической функции ЛЖ по рестриктивному типу. Миокард имеет однородную эхогенность. Умеренное количество жидкости в полости перикарда. Коронароангиография: стеноз правой коронарной артерии до 50%. КТ грудной клетки: правосторонний плевральный выпот. Направлена в РКНПК для исключения амилоидоза сердца. МРТ сердца с контрастированием: изменения, характерные для амилоидоза миокарда. Иммуногистохимическое исследование: типирован AL-амилоидоз. Иммунохимия белков сыворотки и мочи: Секреция белка VJ в сыворотке 1383 мг/л, в моче - следовое количество,  $\beta_2$ -микроглобулин - 6,64 мкг/мл. Исследование биоптата костного мозга: положительное окрашивание конго-красным на амилоид, повышенное содержание плазматических клеток (20%), положительно окрашиваемых на наличие легких  $\lambda$  – цепей, положительное окрашивание конго-красным на амилоид в стенках сосудов. Клинический диагноз: Системный AL - амилоидоз с поражением сердца (рестриктивная кардиопатия, ФВ 50%), костного мозга, почек (незначительная альбуминурия), нервной системы (ортостатическая гипотензия), сосудов (периорбитальная геморрагия). Синдром стенокардии 3 ФК. Недостаточность МК, АК, ТК. Множественная миелома Бенс-Джонса (плазматизация 20%, анемия,  $\beta_2$ - микроглобулин – 6,64 мг/л). Наджелудочковая экстрасистолия. ХСН 2Б ст., 3 ФК. Умеренная легочная гипертензия. Левосторонний гидроторакс, гидроперикард. Проведен курс химиотерапии велкейдом и дексаметазоном. Т.о., мы наблюдали течение генерализованного амилоидоза с преобладанием кардиальных симптомов - развитием ХСН, наличием нарушений сердечного ритма и изменениями на ЭКГ, не позволявшими исключить ИБС. Задача кардиолога: как можно раньше заподозрить и подтвердить диагноз «амилоидоз сердца» и направить пациента в специализированную клинику. Сочетание иммуногистохимического исследования

биоптата пораженного органа с качественным и количественным определением свободных легких цепей сыворотки крови и мочи обеспечивает достоверную верификацию диагноза AL-амилоидоза. Выявленная плазмноклеточная инфильтрация костного мозга (20%), моноклональная секреция G $\lambda$  и белка Бенс-Джонса дали основание диагностировать множественную миелому и рассматривать амилоидоз как ее осложнение.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КАРДИОМИОПАТИИ ТАКОЦУБО

Антимонова М.А., Адонина Е.В., Дупляков Д.В.

ГБУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер»

Кардиомиопатия Такоцубо, также известная как стресс-индуцированная кардиомиопатия, представляет собой состояние, характеризующееся транзиторными нарушениями функции апикальных сегментов ЛЖ на фоне сохранной функции базальных сегментов в ответ на физический или психоэмоциональный стресс.

Пациентка Л., 74 лет, поступила в ОРИТ СОККД, минуя приемное отделение, 30.06.2015г с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся в горизонтальном положении и клиникой отека легких.

Из анамнеза: Артериальная гипертензия выявлена 5 лет назад, максимальное повышение АД до 230 мм рт ст. Принимала регулярно: эналаприл 10 мг 2 раза в день, кордафлекс. 27.06.2016г на фоне психоэмоционального стресса (похороны сына) впервые в жизни волнообразные сжимающие боли за грудиной. За медицинской помощью не обращалась. В ночь с 28.06 на 29.06 появились интенсивные давящие боли за грудиной, сопровождающиеся одышкой, профузным потоотделением, выраженной общей слабостью. 29.06 вечером вызвала бригаду СМП. Доставлена в ЦРБ. На этапе ЦРБ проведено лечение: изосорбида динитрат 10,0 в/в капельно на 200,0 физ р-ра, ацетилсалициловая кислота 325 мг, гепарин 5 тыс ЕД в/в, тикагрелол 180 мг, кеторолак 2,0 в/в. Транспортирована в СОККД. Во время транспортировки – клиника отека легких. На ЭКГ: ритм синусовый, подъем сегмента ST на 2 мм в V2-V6, формирующийся (-) T в V2-V6. Тропонин от 30.06.15г: 0,29 нг/мл. ЭХОКГ от 30.06.15г: Нарушение локальной сократимости ЛЖ (Гипокинезия верхушки, апикально-септального сегмента, апикального сегментов передней стенки). ФВ 50%. После стабилизации состояния 30.06.15г коронарография – коронарные артерии без патологии. Тропонин от 01.07.15г – 0,14 нг/мл. 01.07.15г – переведена в кардиологическое отделение. С 02.07 по 04.07 периодические ноющие боли за грудиной, купирующиеся нитратами. В дальнейшем ангинальные боли не беспокоили. Проведено консервативное лечение: ацетилсалициловая кислота 100 мг, тикагрелол 90 мг 2 раза, бисопролол 5 мг, эналаприл 10 мг 2 раза, спиронолактон 50 мг, торасемид 5 мг, аторвастатин 20 мг, изосорбида мононитрат 40 мг, амлодипин 10мг. ЭКГ от 14.07.15г: ритм синусовый, глубокие (-) T в I, II, AVL, V2-V6, двухфазные z T в III, AVF. Контроль-ЭХОКГ от 14.07.15г: Нарушений локальной сократимости ЛЖ не выявлено. ФВ 69%. 14.07.15г выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового терапевта, кардиолога.

Жалобы, анамнез, клиника, а также данные лабораторных и инструментальных методов исследования соответствовали диагностическим критериям кардиомиопатии Такоцубо, что позволило выставить пациентке Л. данный диагноз.

Таким образом, данный клинический случай доказывает необходимость тщательной дифференциальной диагностики ОКС, что важно для прогнозирования и оптимизации терапии

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО РАННЕГО ТРОМБОЗА СТЕНТА КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

Астраханцева И.Д., Урванцева И.А.

БУ Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут, Россия

**Введение:** Тромбоз стента - редкое, но грозное по своим последствиям осложнение, которое может клинически проявляться инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией или внезапной коронарной смертью. Совершенствование техники имплантации стентов и введение режима двойной антиагрегантной терапии значительно снизило частоту этого осложнения с 16%±0,4% до 2,8±1,2% в 1992-2012 годах. Представляем клинический случай рецидивирующего тромбоза стента у мужчины 49 лет с дебютом ИБС в виде ОКСпСТ. В течение последующего месяца с момента поступления у пациента трижды развился острый тромбоз стента, потребовавший двух повторных стентирований, одну процедуру баллонной ангиопластики и в конечном итоге выполнения операции АКШ.

**Клинический случай.** Мужчина К. поступил в приемное отделение ОКД по экстренным показаниям в течение 2х часов от начала давящих болей за грудиной. Из анамнеза: ранее клинику стенокардии отрицает, подобный болевой синдром возник впервые. Периодически отмечает повышение АД до 170/100мм.рт.ст, постоянную гипотензивную терапию не принимает. Объективно при осмотре: состояние тяжелое, боль за грудиной носит рецидивирующий характер, не купируется повторным введением наркотических анальгетиков, АД 100/70 мм.рт.ст, ЧСС 110 в мин. По ЭКГ-признаки острой стадии ИМ передне-перегородочной, верхушечной стенки ЛЖ, Тропонин Т отрицательный. Принято решение о проведении экстренной коронарографии. По КАГ: Тип коронарного ковообращения правый, острая тромбокклюзия в ср/3 ПМЖВ. Пациент получил нагрузочную дозу клопидогреля (600мг), после чего выполнено оперативное лечение «инфаркт-зависимой» артерии: реканализация окклюзии, коронарная баллонная ангиопластика и стентирование пр/3 ПМЖВ Liberte 2.75 x 24 мм. Кровоток восстановлен до TIMI-III. По завершению операции пациент переведен в отделение АиР, где проводится внутривенная инфузия гепарина 20.000 ЕД под контролем АЧТВ с целевыми значениями 60-70 секунд. Через 10 часов после оперативного вмешательства-обильная рвота лизированной кровью со сгустками. Выполнена ФГДС: данные за острые язвы не получены, определяются эрозии в пищеводе. Назначена антисекреторная терапия препаратом нексиум, аминокaproновая кислота; достигнут устойчивый гемостаз. Прекращена инфузия гепарина, продолжен прием ко-плавикса 75/100 мг в сутки. На 4 сутки после оперативного лечения-повторное развитие симптоматики острой окклюзии коронарных артерий. Пациент экстренно транспортирован в рентген-операционную. По результатам коронарографии- тромботическая окклюзия ПМЖВ в стенте. Налажена инфузия препарата интегрилин в соответствующих дозировках. Выполнена баллонная ангиопластика и стентирование ср/3 ПМЖВ ЛКА LIBERTE 2.5мм x 12.0мм. Произведена смена антиагрегантной терапии с препарата плавикс на препарат брилинта по 90мг\*2 раза в сутки. Через 48 часов после выполнения второго вмешательства рецидив ОКСпСТ, с повышением уровня тропонина более чем на 30%. Пациенту повторно проведена КАГ по результатам которой выявлена окклюзия в стенте ПМЖВ. Выполнена баллонная ангиопластика ПМЖВ, проводилась повторная инфузия интегрилина по схеме. Учитывая рецидивирующий характер тромбоза консилиумом принято решение по ведению пациента на тройной антиагрегантной терапии в комплексе с варфарином под контролем МНО. Следующий рецидив ангинозных болей на 8 сутки с момента поступления. На контрольной КАГ повторный тромбоз стента ПМЖВ. Выполнена реканализация тромбокклюзии, тромбоаспирация, ТБКА и стентирование ср/3 ПМЖВ Omega 2,5\*20 мм. Учитывая трижды тромбоз стента ПМЖВ на фоне проведения адекватной

антиагрегантной и антикоагулянтной терапии консилиумом принято решение о проведении АКШ в условиях ИК по жизненным показаниям. На следующие сутки пациенту выполнено оперативное лечение: МКШ ПМЖВ-ЛВГА в условиях ИК. Послеоперационный период без осложнений. При выписке пациенту была выполнена Эхо-КГ, где выявлены зоны гипокинезии передне-перегородочной области левого желудочка, ФВ-37%.

Выводы: в представленном клиническом случае пример сложной многокомпонентной схемы применения антикоагулянтной и антиагрегантной терапии в условиях двух противоположных и грозных осложнений как тромбоз стента и желудочное кровотечение с возможной нечувствительностью к клопидогрелю.

## **СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ДИСЕКЦИИ АОРТЫ ПРИ СИНДРОМЕ МАРФАНА: БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ**

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

ГБУЗ НИИ «Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского»,  
ГБОУ ВПО КубГМУ МЗ РФ, кафедра кардиохирургии и кардиологии ФПК и ППС,  
г. Краснодар  
inneta-bel@yandex.ru

Синдром Марфана – наследственное заболевание, связанное с поражением соединительной ткани с вовлечением в процесс скелетно-мышечной системы и глаз, причиной патологии является мутация гена фибриллина FBN1. Острая диссекция аорты является основной причиной смерти и таких пациентов и потому оперативное лечение должно произойти как можно раньше.

В июне 2009 г. в экстренном порядке доставлен пациент Х. с диагнозом: синдром Марфана. Аневризма аорты, диссекция аорты I типа по Де Бейки, острое течение. Недостаточность аортального клапана III ст. Пропалс митрального и трикуспидального клапанов с регургитацией. Дефект межпредсердной перегородки. По данным Эхо-КГ: Корень аорты 55 мм, восходящая аорта 62 мм, дуга аорты 27 мм, ФК АК 33 мм, брюшная аорта локально расширена до 29 мм. На всем протяжении аорты, начиная с фиброзного кольца, лоцируется отслойка интимы, с переходом на обе подвздошные артерии, аортальная регургитация ++/+++. КДР ЛЖ – 75 мм, ФВ 55%, ЛП 55 мм, ПЖ 25 мм, ПП 50x55 мм. МЖП и ЗСЛЖ 10 мм. Регургитация на МК и ТК ++. Диагноз подтвержден по результатам КТ аорты с контрастированием.

По жизненным показаниям с крайне высокими рисками осложнений выполнена операция Бенталла, частичное протезирование дуги аорты, протезирование митрального клапана протезом ATS-Medical-31 с сохранением задней створки митрального клапана, ушивание дефекта межпредсердной перегородки. Послеоперационный период протекал благоприятно, выписан на 16-е сутки после операции.

В 2011 году на фоне относительного благополучия появились жалобы на выраженную слабость, снижение трудоспособности. Обследован в ЦГХ, по данным КТ ОГК диагностировано: дефектов контрастирования восходящей аорты его не выявлено, диаметр просвета 30-32мм. Калибр проксимального отдела нисходящей аорты - 41мм (прежде 37 мм), в средней трети – 33 мм (прежде 29 мм), в дистальном отделе до 34мм (прежде 24 мм). Калибр проксимального отдела брюшной аорты 35мм (прежде 23 мм), на уровне отхождения чревного ствола - 31мм (прежде 23 мм), на уровне отхождения почечных артерий – 27 мм (прежде 22 мм), в дистальном отделе веретенообразное расширение просвета до – 63 мм максимально, на протяжении 78мм (прежде 28мм) и распространяется на левую общую подвздошную артерию. Контрастирование просвета неравномерное. В 2011 г пациент дообследован, проведено протезирование брюшного



отдела аорты. В 2014 г проведено оперативное лечение по поводу тракционной отслойки сетчатки.

Представленный случай показывает не только наличие осложнений синдрома Марфана, таких как аневризма аорты с расслоением ее стенок, которое, как правило, быстро прогрессирует и заканчивается фатально. Однако, благодаря постоянному наблюдению за пациентом в условиях нашей клинки, удалось не только провести своевременную операцию по поводу острой диссекции аорты с целью спасения жизни, но и предотвратить грозные осложнения аневризмы брюшной части аорты. Этого можно достигнуть только благодаря динамическому наблюдению таких пациентов.

## **СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТИНФАРКТНОГО ДМЖП: БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ**

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

ГБУЗ НИИ «Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского»,  
ГБОУ ВПО КубГМУ МЗ РФ, кафедра кардиохирургии и кардиологии ФПК и ППС,  
г. Краснодар  
[inneta-bel@yandex.ru](mailto:inneta-bel@yandex.ru)

Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) – порок сердца, при котором имеется сообщение между правыми и левыми камерами сердца на уровне желудочков. Основной причиной разрыва межжелудочковой перегородки в острый период инфаркта миокарда (ИМ) служат нарушение ее кровоснабжения по перегородочным ветвям и задержка формирования коллатералей. Перфорация перегородки во время острого инфаркта миокарда может происходить в сроки от 12 часов до 14 дней. Особенно опасными считаются 1е и 3-5 сутки болезни.

Пациент З., 43 года, впервые поступил в приёмное отделение центра грудной хирургии (ЦГХ) в апреле 2010г, с первичным Q-позитивным передний распространенным инфарктом миокарда левого желудочка. Постинфарктный ДМЖП. По ЭХО-КС: ФВ около 50 %, акинез с истончением и выраженным диастолическим выбуханием нижней стенки и ниже-перегородочной области в базальных сегментах - постинфарктная аневризма МЖП с дефектом локации около 15 мм и систолическим потоком сброса в полость ПЖ. Умеренный гипокинез ниже – боковой стенки. КДО вместе с аневризмой 222мл. Виду прогрессирующей сердечной недостаточности, 06.05.2010г, выполнена экстренная операция: пластика ДМЖП заплатой из ксеноперикарда.

В январе 2013г. перенес повторный Q-позитивный ИМ боковой и нижней стенок ЛЖ, с курсом стационарного лечения по месту жительства. В мае 2013г. – экстренная госпитализация в кардиологическое отделение ЦГХ по поводу прогрессирующей стенокардии. При проведении коронароангиографии выявлена окклюзия ВТК. Выполнена ЧТКА ВТК с имплантацией стентов «Vision» 4,0x18мм, «Nexegen» 4,0x16 мм. Выписан с улучшением. Рекомендованную терапию выполнял не в полном объеме

В январе 2014г. рецидив боли за грудиной длительного интенсивного давящего характера с иррадиацией в левую руку, левую подключичную область. Госпитализирован в ЦГХ. При проведении ЭХО-КС: ЛП 50 мм, КДР: 69 мм. ФВ 15-16 %, выраженный гипокинез с участками акинеза и истончения нижней, ниже-боковой, ниже-перегородочной с выбуханием в базальных и средних сегментах. Аневризма нижней локализации d 45x48мм с пристеночным тромбом. Акинез верхнего и среднего сегментов ПС. Регургитация на МК: ++++. ДМЖП с потоком сброса в ПЖ до 10-11 мм. 31.01.2014г. экстренная операция: ЧТКА ОА с имплантацией стента «Xience V» 4,0x23мм. В ту же госпитализацию обсужден консилиумом: ФВ 15-17%, учитывая выраженное снижение глобальной сократимости левого желудочка, реканализацию ДМЖП, показана ортотопическая

трансплантация сердца (ОТС), включен в лист назначений. Наблюдался в поликлинике ЦГХ. 17.03.2014г. выполнена операция: ОТС.

В настоящее время постоянно наблюдается в поликлинике ЦГХ. Принимает все рекомендуемые препараты в полном объеме.

Настоящим клиническим случаем хотели бы предоставить возможное течение ИБС у пациента от экстренной пластики дефекта межжелудочковой перегородки в острый период инфаркта миокарда до проведения ему ортотопической трансплантации сердца. Это в очередной раз показывает, что наблюдение и лечение пациента с ИБС должно проводиться постоянно. И однажды прерванное лечение, а у пациента были погрешности в консервативном амбулаторном лечении, может повлечь за собой необратимые изменения заболевания, приведшие к глобальным структурным изменениям сердца.

## **СЛОЖНЫЙ ВЫБОР: УСПЕШНЫЙ СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРИТИЧЕСКОГО ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА НА ФОНЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ИНФАРКТА**

Гасымова С.Ш., Франц М.В.

БУ ХМАО-ЮГРЫ «Окружная клиническая больница», Ханты-Мансийск, Россия  
gasymova.samira@yandex.ru

Пациент М., 61 г поступил в ОКБ г. Ханты-Мансийска в сентябре 2013 г с жалобами на боли давящего характера за грудиной и одышку при минимальной физической нагрузке, одышка усиливается в горизонтальном положении, положение ортопное. По данным ЭхоКГ: ФВлж (Simpson) 30%, аортальный клапан: пиковая скорость 3,6 м/с, пиковый систолический градиент 51 мм рт.ст., средний систолический градиент 33 мм рт.ст; ЧП ЭхоКГ: ФВлж (Simpson) 20%, кдоЛЖ 126 мл, ксоЛЖ 101 мл, уоЛЖ 25 мл, аортальный клапан: сформирован как 2-х створчатый, створки изменены кальцинозом, утолщены до 3-4 мм; раскрытие ограничено ~ 2 мм, расчетная площадь (планиметрически) 0,5 см<sup>2</sup>, регургитация I ст, vena contracta 1 мм. По КАГ: левый тип кровоснабжения, ствол ЛКА - диффузно изменен, субокклюзирован в терминальном отделе с наличием нестабильной атеросклеротической бляшкой, кровоток ТИМІ-2, ПМЖВ - диффузно изменена, субокклюзирована в устье и проксимальной трети, кровоток ТИМІ-2, ОВ ЛКА - субокклюзирован, кровоток ТИМІ-2, ВТК - субокклюзирована в устье -антеградный кровоток ТИМІ 2-3, ПКА - малого диаметра, множественные субокклюзии, с кровотоком типа ТИМІ 1-2, ЗМЖВ - тандемно субокклюзирована в проксимальной трети - антеградный кровоток ТИМІ 1-2.

На основании данных жалоб, анамнеза и обследования выставлен диагноз: ВПС. Двустворчатый аортальный клапан с формированием сочетанного порока с преобладанием выраженного стеноза; стадия декомпенсации; кальциноз клапана 3 степени. Легочная гипертензия. ИБС. Коронарный атеросклероз. Стенокардия напряжения ФК 3-4. Артериальная гипертония III стадии, риск 4. ХСН 2Б, ФК IV. Сахарный диабет 2 типа, стадия компенсации.

Первым этапом выполнена операция реканализации хронической окклюзии ПКА, ЗБВ-ПКА. Ранний послеоперационный период осложнился развитием острого инфаркта миокарда без зубца Q боковой стенки ЛЖ от 30.09.2013 г. Вторым этапом выполнено ТБКА и стентирование ствола ЛКА, ТБКА ПНА и ОВ (попытки стентирования ПНА и ОВ безуспешны из-за выраженного кальциноза). Послеоперационный период осложнился рецидивирующим инфарктом миокарда передне-боковой стенки без зубца Q от 09.10.13г. Принимая во внимание прогрессирование коронарной недостаточности, рецидивирующее течение ИМ, по жизненным показаниям 21 октября 2013 г выполнена операция протезирование аортального клапана ксеноперикардальным каркасным биопротезом

Carpentier-Edwards Perimount № 23, аортокоронарное шунтирование ПНА и ВТК в условиях ИК. Ранний послеоперационный период протекал с проявлениями полиорганной дисфункции (сердечно-лёгочной, почечно-печёночной недостаточности). На фоне проведенного лечения с положительной клинико-лабораторной динамикой, по ХСН компенсирован. Данные ЭхоКГ после операции: ФВлж (Simpson A4C) ~ 70%, кдоЛЖ 104мл, ксоЛЖ 32 мл, уоЛЖ 72 мл, аортальный клапан: пиковая скорость 2,35 м/с, пиковый систолический градиент 22 мм рт.ст. (средний 15 торг). Выписан в удовлетворительном состоянии.

Приглашен на госпитализацию через 5 месяцев, по результатам ЧП ЭхоКГ и ЭхоКГ: аортальный клапан: раскрытие створок полное, планиметрически эффективная площадь протеза 1,8 см<sup>2</sup>, кдоЛЖ - 109 мл, ксоЛЖ - 62 мл, уоЛЖ - 47 мл, ФВ - 43 %. Клинически по ХСН компенсирован, состояние удовлетворительное, ТФН возросла до средней.

## **АОРТО-КАВАЛЬНАЯ ФИСТУЛА, ИМИТИРУЮЩАЯ ПРОЯВЛЕНИЯ КАРДИОМИОПАТИИ**

Гудкова С.А., Бурназян С.Е., Борзенкова О.Н., Тухбатова А.А., Дупляков Д.В.

ГБУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер»

[Gudkova63@gmail.com](mailto:Gudkova63@gmail.com)

Аорто-кавальная фистула (АКФ) – редкое клиническое состояние, характеризующееся патологическим сбросом артериальной крови в венозную систему. Наиболее часто формирование АКФ происходит при перфорации аневризмы аорты в вену (80-90% случаев), в 10-20% случаев – при проникающих ранениях брюшной полости (травматическая) или ятрогенно. Клиническая картина варьирует от бессимптомной до выраженной сердечной недостаточности в зависимости от размера фистулы, диаметра вовлеченных артерии и вены, близости расположения АКФ к сердцу, возраста пациента. Как правило, АКФ требует хирургического лечения – закрытия фистулы путем открытого либо эндоваскулярного вмешательства.

Пациент П. 32 лет поступил 06.11.2015г. с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке. Из анамнеза: в феврале 2014г. - оперативное лечение по поводу проникающего ножевого ранения брюшной полости и сквозного ранения ободочной кишки. В июне 2014г. перенес ОРВИ, после чего начал отмечать одышку при физической нагрузке. С сентября 2014г. присоединились отеки нижних конечностей. По данным ЭхоКГ - расширение полостей сердца, гидроперикард. Установлен диагноз инфекционно-аллергического миокардита, по поводу которого пациент получал терапию глюкокортикостероидами. С февраля 2015г. начал отмечать увеличение живота в объеме. Установлен диагноз ДКМП, асцит. Ухудшение самочувствия последние 3 недели – нарастает одышка при незначительной физической нагрузке

Объективные данные при поступлении: общее состояние средней тяжести. В легких дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, без хрипов. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 90 уд/мин. АД 130 и 80 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен в объеме за счет асцита. Печень выступает из-под края реберной дуги на 10 см. Пастозность голеней.

По данным ЭхоКГ: КДР 67 мм, КСР 38 мм, ФВ ЛЖ 72%, ПЖ 47 мм, ФВ ПЖ 34%, недостаточность трехстворчатого клапана 3 ст., давление в ПЖ 52 мм рт ст.

Выполнена пункция, дренирование брюшной полости. Ежедневно по дренажу серозное отделяемое до 1500 мл. После выполнения КТ органов брюшной полости, цитологического исследования асцитической жидкости, фиброколоноскопии данных за онкопатологию не выявлено.

Учитывая сохранную ФВ ЛЖ, признаки сердечной недостаточности преимущественно за счет правожелудочковой недостаточности, ножевое ранение брюшной полости в анамнезе, рекомендовано дообследование системы нижней полой вены. Выполнено ЦДК нижней полой вены – диаметр в инфраренальном сегменте 51 мм. КТ ангиография брюшного отдела аорты – аорто-кавальная фистула правой общей подвздошной артерии и нижней полой вены. Пациент консультирован сосудистым хирургом – рекомендовано оперативное лечение – закрытие аорто-кавальной фистулы.

Травматическая АКФ – грозное осложнение ранений брюшной полости. Смертность в острый период составляет 40-45% в результате сочетания травматических факторов, трудности получения экспозиции сосуда во время операции, интраоперационного кровотечения. Стандартом диагностики АКФ является выполнение ангиографии, среди альтернативных неинвазивных методов применяют ЦДК, КТ-ангиографию, МРТ. Своевременное хирургическое лечение, как правило, приводит к регрессу клинической симптоматики.

Недавнее начало сердечной недостаточности у молодых пациентов с проникающей травмой живота в анамнезе должно насторожить врача в плане исключения АКФ.

## **ПОЛНАЯ ФОРМА АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО КАНАЛА У ПАЦИЕНТКИ 26 ЛЕТ**

Дадабаева Н.А. (Ташкент)

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан.

[leone555@mail.ru](mailto:leone555@mail.ru)

**Введение.** Врожденный порок сердце (ВПС) – полная форма атриовентрикулярного канала (АВК) является аномалией развития предсердно-желудочковых отверстий и клапанов в сочетании с ДМП и ДМЖ перегородок. Порок составляет 2 – 6% среди всех ВПС. Летальность достигает 46% в возрасте до 6 месяцев, 75% до 1года и 96% до 5-ти лет. Данный порок требует оперативное лечение в раннем возрасте (в 2-6 месяцев в зависимости от клинической тяжести).

**Описание случая.** Больная Р. 1989 – года рождения проживающая в Ташкентской области, поступила с жалобами на одышку, увеличение живота, отеки ног. ВПС (ДМП и ДМЖП) поставлен в 1,5 года а в 10 лет полный АВ-канал. Постоянно обращалась в разные лечебные учреждения, но оперативное лечение откладывалось. В семье 6 детей, у 3 из них ВПС (у 1 –й полная форма АВК и у 2-х ДМЖП). Со слов мамы родители не родственники и она во время беременности ничем не болела. Состояние тяжелое, акроцианоз, плотные отеки на ногах. В легких в нижних отделах влажные незвонкие хрипы. Сердце увеличено во всех размерах. Грубый систолический шум вдоль грудины, акцент II тона на легочной артерии, аритмия. ЧСС – 98 уд в мин, пульс – 84 в мин. аритмичный. АД 110/70 мм. рт. ст. Печень выступает на 3см., болезненная.

Общий анализ крови, мочи, биохимические анализы без особенностей. R-графия грудной клетки: легочной рисунок усилен. Корни расширены, структурные. Плевральные синусы свободные. Границы сердца расширены в поперечнике, талия сердца сглажена.

ЭКГ: фибрилляция предсердий, ЧСС 118-137 в мин. ЭОС отклонена вправо, признаки гипертрофии правого желудочка. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Желудочковая экстрасистолия. Нарушение кровоснабжения в миокарде по всей стенке левого желудочка. УЗИ печени: Гепатомегалия. УЗИ почек: Хронический двухсторонний пиелонефрит. ЭХОКГ: размеры полости левого желудочка (ЛЖ) в норме. КДР-4,3мм, ФВ-45%. Размеры левого предсердия (ЛП) не определяются. Правые отделы сердца расширены. Дефект межпредсердной и межжелудочковой перегородок (ДМП, ДМЖП). Полный АВК. Стенки ЛЖ диффузно уплотнены, дискинетичны. Доплер: Митральная и

трикуспидальная регургитация III ст. Вывод: ВПС. Полная форма АВК, дилатация левого предсердия и правых отделов сердца. Сократимость миокарда снижена.

Диагноз: ВПС, полная форма АВК. ХСН – II Б стадии, ФК-IV по NYHA. Легочная гипертензия, желудочковая экстрасистолия II класс по Лауну, фибрилляция предсердий, постоянная форма.

Обсуждение. У неоперированных больных доживших до взрослого возраста прогрессирует недостаточность кровообращения и симптоматическая терапия малоэффективна в связи с необратимыми последствиями нарушенной гемодинамики.

Заключение. Развитие ВПС чаще всего связано со сложными нарушениями в генетической системе родителей, что диктует необходимость обязательной генетической консультации при создании семьи.

## **ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ РИТМА У ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT**

Джинибалаева Ж.В., Тухбатова А.А., Дупляков Д.В.

ГБУЗ Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия

Dzzzhanna@mail.ru

Синдром удлиненного интервала QT (LQTS) – наследственное заболевание (канналопатия), сопровождающееся злокачественными желудочковыми нарушениями ритма (ЖНР) и высоким риском внезапной сердечной смерти (ВСС). Наиболее значимые предикторы ВСС: количество предшествовавших синкопальных состояний (два и более в течение года), мужской пол, угрожающие жизни ЖНР и длительность интервала QT  $\geq$  500 мс.

Пациент Н., 63 лет поступил 28.09.2015г. в кардиологическое отделение СОККД с жалобами на слабость, головокружение, синкопальное состояние от 28.09.2015г. Случаев ВСС в семье не отмечает. В анамнезе много лет повышение артериального давления, в течение нескольких лет пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, ранее синкопальное состояние в январе 2015г. Постоянно принимает периндоприл, амлодипин, соталол. Ухудшение состояния 28.09.2015г., когда появились выше описанные жалобы. Вызвал СМП. На ЭКГ – полная АВ-блокада с ЧЖС 40 в мин. Госпитализирован в ОРИТ. При поступлении состояние средней степени тяжести. В сознании. Кожные покровы обычного цвета, влажности умеренной, теплые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД в 1 мин – 18. Тоны сердца глухие, ритм правильный. ЧСС 56 в мин. АД 110 и 70 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет. На ЭКГ при поступлении синусовый ритм, ЧСС 56 в мин, QTc 502 мс, депрессия сегмента ST в отведениях II, III, aVF, V3-V6. В динамике по данным ЭКГ отмечалось удлинение QTc до 7820 мса. По данным эхокардиографии ЛП 47x53мм, ПП 49x54мм, недостаточность митрального клапана I-II степени, недостаточность трикуспидального клапана I-II степени, локальная сократимость не нарушена. В период нахождения в ОРИТ наблюдалась рецидивирующая фибрилляция желудочков, проводилась многократная ЭДС, учащающаяся временная ЭКС с целью укорочения интервала QT, медикаментозная терапия, направленная на профилактику ВСС (лидокаин, калия хлорид, калий-магний аспарагинат, сульфат магния, бисопролол). По данным ХМ-ЭКГ зарегистрирована брадикардия в течение суток с ЧСС ср. 51 в мин. (ЧСС мин. 43 в мин., ЧСС макс. 74 в мин.), желудочковая экстрасистолия IVa градации по Lown. Проведена коронарография, выявлен асимметричный стеноз 50% в проксимальной трети и стеноз 50% в средней трети 2-го сегмента ПМЖВ, асимметричный стеноз 50% в проксимальной трети крупной 1 ДА. На фоне проводимой терапии в дальнейшем желудочковые нарушения ритма не

рецидивировали. Пациент внесен в лист ожидания на имплантацию ИКД, выписан с рекомендациями.

Заключение. Основой ведения пациентов с синдромом удлинённого интервала QT является профилактика внезапной сердечной смерти. Сохранявшаяся у пациента желудочковая экстрасистолия высокой градации по данным ХМ-ЭКГ на фоне приема  $\beta$ -адреноблокаторов в сочетании с брадикардией явилась показанием к имплантации ИКД.

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ РЕСТРИКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Егоров П.В., Гендлин Г.Е., Степанова Е.А., Захарова И.И.

ГБОУ ВПО РНИМУ им.Н.И.Пирогова, ГБУЗ ГКБ №24 ДЗМ, Москва, Россия

[Petrovich\\_vita@mail.ru](mailto:Petrovich_vita@mail.ru)

Введение: Рестриктивная кардиомиопатия (РКМП) – редкое заболевание миокарда, наименее распространенное среди трех морфофункциональных видов кардиомиопатий. Ведение пациентов с РКМП требует проведения дифференциального диагноза от констриктивных процессов и установления причины рестрикции для назначения специфического лечения.

Описание случая: Пациентка Ш. 61 года в октябре 2015 г госпитализирована в отделение кардиологии с нараставшими в течение полугода одышкой (до III ФК), отеками стоп и голеней, слабостью. Около 10 лет страдает артериальной гипертензией с удовлетворительным контролем на фоне проводимого лечения ИАПФ. Обследована амбулаторно: при рентгенографии органов грудной клетки двусторонний гидроторакс, на ЭКГ полная блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. По данным ЭХО-КГ резкое утолщение стенок левого желудочка было расценено как гипертрофическая кардиомиопатия. К лечению добавлены фуросемид и верошпирон. Несмотря на это состояние больной оставалось тяжелым, нарастала одышка, отмечалась тенденция к гипотонии, в связи с чем поступила в отделение кардиологии ГКБ №24. При повторной ЭХО-КГ получены следующие данные:  $E/e' = 40$ ,  $E/A = 6,6$ , ИММЛЖ  $152 \text{ г/м}^2$ , незначительный гидроперикард, на основании чего у пациентки диагностирована рестриктивная кардиомиопатия (РКМП). Среди наиболее вероятных причин возникновения РКМП проводился дифференциальный диагноз между гемохроматозом, саркоидозом, синдромом Леффлера, амилоидозом и карциноидом. Уровни сывороточного железа и ферритина были снижены, что исключало гемохроматоз. Возраст пациентки и отсутствие характерных рентгенологических признаков исключали саркоидоз. Эозинофилии, инфильтратов в ткани легкого по данным рентгенографии (характерных изменений для синдрома Леффлера) не выявлено. При электрофорезе белковых фракций выявлено наличие моноклонального иммуноглобулина IgG лямбда. Был выставлен диагноз моноклональной гаммапатии неопределенного значения (MGUS), что при наличии РКМП обуславливало необходимость диагностики AL-амилоидоза. При биопсии слизистой оболочки прямой кишки и окраске биопсийного материала конго-красным выявлена инфильтрация межклеточного пространства патологическим белком амилоидом и характерное для него зеленоватое свечение в поляризующем свете. Проведено иммуногистохимическое исследование, подтвержден диагноз AL-амилоидоза. Миеломная болезнь исключена после проведения трепанобиопсии костного мозга. Пациентка направлена на специфическое лечение AL-амилоидоза.

Обсуждение: на раннем этапе причиной сердечной недостаточности у нашей больной считали гипертрофическую кардиомиопатию. После ЭХО-КГ исследования был выявлен рестриктивный тип гемодинамики. Проведен диагностический поиск с целью установления причин рестрикции. Выявленная MGUS в последствии позволила



диагностировать у пациентки наиболее частый из иммуноглобулинового AL тип амилоидоза и направить больную на специфическое лечение.

Заключение: После выявления синдрома сердечной недостаточности и инструментальных критериев рестрикции перед клиницистом встает задача установления причины кардиомиопатии, что при тщательном сборе анамнеза, правильной трактовки результатов инструментального обследования, последовательном исключении возможных заболеваний, приводящих к РКМП, представляется непростой, но решаемой задачей в повседневной практике кардиолога.

## **Q-ПОЗИТИВНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТКИ БЕЗ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ СТЕНОЗОВ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ**

Загорóдний С.С.

Государственное бюджетное учреждение Рязанской области «Областной клинический кардиологический диспансер» (ГБУ РО ОККД), Рязань, Россия

[sszr@yandex.ru](mailto:sszr@yandex.ru)

Введение. Согласно универсальной классификации выделяют 5 типов инфаркта миокарда (ИМ). Один из них - тип 2: ИМ вследствие ишемического дисбаланса. Это ситуации, когда повреждение миокарда обусловлено иными причинами, не относимыми к ИБС, например, эндотелиальной дисфункцией, спазмом коронарных артерий, эмболизацией коронарных артерий, тахи- брадиаритмиями, анемией и др. Механизм спазма коронарных артерий: эндотелиальная дисфункция → гиперреактивность сосудистого мышечного компонента → выраженный спазм коронарных артерий и их кратковременный динамический стеноз.

У больной Б. (64 года) впервые 14.10.14 г. возникли интенсивные жгучие, давящие, сжимающие боли в нижней трети грудины и в эпигастрии с иррадиацией в левую руку и позвоночник. Связывала эти боли с обострением хр. гастрита, принимала самостоятельно гастрофарм, креон и но-шпу. 25.10.14 и 3.11.14 ангинозоподобные боли повторились, купировались нитроглицерином. 7.11.14 было выполнено ФГДС, выявлена недостаточность кардии, поверхностный гастрит. В тот же день обратилась за консультацией к кардиологу в ОККД, была «впервые» за это время снята ЭКГ: синусовая тахикардия, БПВЛНПГ и БПНПГ, возможные рубцовые изменения в нижней стенке ЛЖ. Госпитализирована в 6-ое отделение ОККД, выставлен диагноз: ИБС: Q-позитивный нижний инфаркт миокарда ЛЖ от 14.10.14.

В анамнезе гипертоническая болезнь с 2000 г. с макс цифрами АД 160/100 мм рт.ст., адаптирована к 120/80 мм рт.ст. (принимает престариум). Перенесенные заболевания: ОРВИ, корь, краснуха, холецистэктомия (2000 г.), удаление матки с придатками (1994 г.) по поводу миомы матки, хр. гастрит. Наследственность по ИБС не отягощена. Вредные привычки отрицает. Аллергия в виде крапивницы на этиловый спирт.

При объективном обследовании: в легких везикулярное дыхание, хрипов нет; тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС=70 уд./мин., АД – 135/80 мм рт.ст. В общем анализе мочи и крови без патологии, б/х крови: ЛПНП 3,17 ммоль/л, ТГ – 2,52 ммоль/л, общ. холестерин 6,26 ммоль/л, биомаркеры некроза миокарда в норме. УЗИ сердца: гипокинезия ЗСЛЖ, умеренное снижение сократимости миокарда ЛЖ – ФВ=57%. ЭКГ в динамике: синусовый ритм. Очаговые изменения в миокарде нижней стенки ЛЖ.

Коронароангиография (КАГ) (13.11.14) у больной после проведения контрастирования ПКА – выраженный спазм (отмечает сильные давящие, сжимающие боли за грудиной), на ЭКГ - ↑ ST по нижней стенке, AV-блокада 1 ст. Введено интракоронарно: нитроглицерин 250 мкг; в/в капельно: нитроглицерин 0,1% - 10,0 + NaCl 0,9% - 200,0; в/в болус; гепарин 5000 Ед, кеторол 1,0 (боль в месте пункции правой лучевой артерии). Через 5 мин. ST снизился к изолинии (боль купировалась), на контрольной КАГ кровотоков по ПКА

восстановлен, значимых стенозов нет. По завершению исследования было дано заключение: смешанный тип коронарного кровоснабжения сердца. Все эпикардиальные артерии с ровными четкими контурами, без признаков поражения.

На фоне проводимой консервативной терапии (асирин, статины, клопидогрель,  $\beta$ -блокаторы, иАПФ, блокаторы «медленных» кальциевых каналов для профилактики вазоспазма) ангинозные боли не рецидивировали, осложнений во время госпитализации не было. 18.11.14 выписана домой в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового терапевта.

Обсуждение: данный клинический случай интересен тем, что у описываемой пациентки инфаркт миокарда развился без гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий.

Вывод: Причиной инфаркта миокарда в этом случае явился коронароспазм, в пользу которого говорит его возникновение во время процедуры коронароангиографии.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕКОМПАКТНОГО МИОКАРДА У ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ПЕРВИЧНЫМ ПЕРЕДНИМ Q-ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST**

Керчева М.А.

ФГБНУ «НИИ Кардиологии», Томск, Россия

[tmkelka06@rambler.ru](mailto:tmkelka06@rambler.ru)

Некомпактный миокард левого желудочка (НМЛЖ) - редкая форма врожденной кардиомиопатии, ведущая к снижению сократительной способности миокарда ЛЖ и характеризующаяся наличием его гипертрабекулярности.

Сердечная недостаточность, нарушения ритма сердца, тромбоэмболические осложнения - клинические проявления НМЛЖ, манифестация которых возможна в любом возрасте.

Больной В., 70 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в отделение неотложной кардиологии (ОНК) 14.04.15 с жалобами на интенсивные жгучие боли за грудиной, длительностью около 1 часа 40 минут. Из анамнеза – впервые в жизни давящие боли за грудиной возникли за 2 недели до поступления, при интенсивной ходьбе, сопровождались одышкой, купировались в покое. Также отмечает повышения АД до 170/110 мм рт. ст. Семейный анамнез: родители умерли в возрасте 78 лет, причину смерти не знает. Братья, дети и внуки, со слов пациента, здоровы.

По ЭхоКГ: гипокинез задне-боковой стенки базального сегмента, ФВ 51%. Зафиксировано повышение маркеров некроза миокарда (15.04): КФК – 2196 ед/л, КФК МВ – 242 ед/л. При поступлении риск по шкале GRACE составил 1,8%. На ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС – 83 удара в минуту. АВ-блокада 1 степени. Патологический QS в V1–V3. Подъем сегмента ST до 8 мм в V2–4, до 3 мм в V5, до 2 мм в V1. Депрессия сегмента ST во II, III, aVF отведениях до 1 мм. На догоспитальном этапе проведена ТЛТ, через 90 минут признаки реперфузии миокарда по ЭКГ отсутствуют, проведена экстренная КВГ – выявлена окклюзия в проксимальной трети передней нисходящей артерии (ПНА). Проведена механическая реканализация, баллонная дилатация, стентирование остаточного стеноза ПНА. На основании данных обследования установлен диагноз: ИБС: острый первичный передний распространенный трансмуральный Q-инфаркт миокарда от 14.04.2015 г. с подъемом сегмента ST.

20.04.15 жалобы на одышку в положении сидя, лежа, отхаркивается мокрота с прожилками крови. Д-димер от 21.04 – 426,4 (N = 0-232 нг/мл), повышение t до 38,2°. По данным УЗИ ПП - двусторонний гидроторакс. На основании клинико-инструментальных данных выставлен диагноз: ТЭЛА мелких и средних ветвей, рецидивирующее течение, средний риск.

20.04.2015 г. - при проведении плановой ЭхоКГ зафиксированы пробежки ЖТ. 21.04.15 – холтеровское мониторирование - единичная парная и групповая политопная желудочковая и наджелудочковая экстрасистолия, пароксизмы желудочковой тахикардии и фибрилляции предсердий. Показана имплантация АИКД в связи с повышенным риском развития ВСС. Пациенту назначена терапия: брилинта 180 мг/сут, метопролол 12,5 мг/сут, энап 5 мг/сут, кордарон 200 мг/сут, ксарелто 20 мг/сут, аторис 20 мг/сут. 7.05.15 – имплантация однокамерного АИКД. На фоне лечения состояние больного улучшилось, выписан в удовлетворительном состоянии.

Пациент был приглашен на плановое проведение ЭхоКГ через 6 месяцев, т.к. включен в исследование, проводимое аспирантом ОНК, по результатам ЭхоКГ заподозрено наличие НМЛЖ в связи с выраженной трабекуляцией ЛЖ. По результатам КТ вентрикулографии от 14.11.15: КТ-признаки снижения сократительной функции ЛЖ (ФВ 31%), КТ-признаки некомпактного миокарда.

Данный клинический пример демонстрирует сложность проведения дифференциального диагноза НМЛЖ и необходимость соблюдения должной настороженности врачей относительно этой патологии. Облегчить диагностику могут визуализирующие методы, но необходимо дальнейшее накопление и конкретизация данных.

## **СЛУЧАЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ МЕТОДОВ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ТЯЖЕЛОЙ КАТЕГОРИИ ПАЦИЕНТОВ**

Кузьмина О.К., Левадин Ю.В.  
ФГБНУ “НИИ КПССЗ”, г. Кемерово, Россия  
[olga\\_shumilova@mail.ru](mailto:olga_shumilova@mail.ru)

По литературным данным, летальность в случае репротезирования митрального клапана (МК) может достигать 15%. В то же время, оптимизация хирургической техники, успехи современной реаниматологии позволяют обеспечить выполнение повторных вмешательств у более тяжелой категории пациентов с отягощённым коморбидным фоном и высокой вероятностью развития сердечной и полиорганной недостаточности.

Описание случая и обсуждение. Пациентке К. в октябре 1992 года выполнена операция протезирования МК ксеноортальным эпоксиобработанным протезом «КемКор-30» по поводу ревматической болезни сердца. В январе 2008 года выполнено митральное репротезирование биологическим протезом (БП) «ПериКор-30» и аннулопластика ТК опорным кольцом «НеоКор-32».

В декабре 2014 года госпитализирована в кардиохирургический стационар в крайне тяжелом состоянии, обусловленном декомпенсацией сердечной недостаточности и развитием кардиальной кахексии. По ЭхоКГ диагностирована тотальная регургитация на БП вследствие разрыва створки. В январе 2015 года выполнена операция митрального репротезирования «Юнилайн-30» в условиях искусственного кровообращения.

В послеоперационном периоде состояние пациентки расценивалось как тяжелое, обусловленное посткардиотомной острой сердечной недостаточностью, синдромом малого сердечного выброса, рефрактерного к применению трех симпатомиметиков в сочетании с инфузией левосимендана. Применение механической поддержки кровообращения, показанной при прогрессирующей бивентрикулярной циркуляторной недостаточности, было ограничено выраженной коагулопатией. Через 20 часов после операции, на фоне относительной стабилизации показателей коагуллограммы, больной была установлена система вено-артериальной экстракорпоральной мембранной оксигенации посредством периферического (бедренного) подключения с перфузионным индексом 2,5 л/мин/м<sup>2</sup>, которая функционировала в течение шести последующих суток.

Со вторых суток послеоперационного периода при нарастании азотистых шлаков, билирубина и снижении темпа диуреза было начато проведение продленной вено-венозной гемодиализации не только с целью поддержки функций почек и печени, но и с целью экстракорпоральной детоксикации при развитии реперфузионного синдрома и системного воспалительного ответа. В связи с дыхательной недостаточностью проводилась продленная искусственная вентиляция лёгких, чрезкожная пункционно-дилатационная трахеостомия была выполнена только на десятые сутки после операции из-за риска развития кровотечения на фоне коагулопатии. Проводилось комбинированное энтеральное зондовое и парентеральное питание пациентки.

На 35 сутки продленной ИВЛ пациентка переведена на самостоятельное дыхание с удовлетворительными показателями газового состава крови. На фоне длительного интенсивного лечения состояние стабилизировалось и на 45 сутки после операции больная переведена в кардиохирургическое отделение с удовлетворительными показателями клинико-биохимических и инструментальных тестов. На 56 сутки пациентка выписана из клиники на амбулаторный этап наблюдения.

Заключение. Комплекс использованных методик хирургического обеспечения и интенсивной терапии позволил предупредить развитие персистирующей полиорганной недостаточности в исходе острых функциональных расстройств и обеспечить удовлетворительный и стабильный результат выполненного повторного (третьего) оперативного вмешательства в отдаленном периоде наблюдения.

## **МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ФРЕДЕРИКА. КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР**

Кулаковская Юлия Анатольевна

ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К.Аммосова»,  
Якутск,

Россия [juliya\\_kul@mail.ru](mailto:juliya_kul@mail.ru)

ССЗ лидируют в структуре болезненности взрослого населения, и является основной причиной смертности в мире и в РФ. Представляем клиническое наблюдение редкой патологии, которую не всегда удается своевременно диагностировать.

Больной Б., 64 лет доставлен в ЦРБ с жалобами на сжимающие боли в области сердца, одышку при ходьбе, общую слабость. Ранее состоял на учете п/п ИБС, дважды перенес ИМ. Постоянно препараты не принимал. Ухудшение 14.06.15г. в 10 ч. утра: сильные боли за грудиной, чувство нехватки воздуха. Нитраты не принимал. Участковым терапевтом диагностирован ОКС, доставлен в ЦРБ. Объективно: состояние ср. степени тяжести. В сознании. Положение активное. Кожа и видимые слизистые чистые, бледные, умеренный акроцианоз. В легких дыхание проводится по всем полям, жесткое, крепитирующие, влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы в нижних отделах с обеих сторон. ЧДД – 20 в мин. Sat O<sub>2</sub> – 90%. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный, патологических шумов нет. АД 114/71мм.рт.ст. ЧСС 64 в мин. Пульс на лучевых артериях неправильный, симметричный, различного наполнения. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, безболезненна. Стул, мочеиспускание не нарушено. Больной обследован. ОАК: Ускорение СОЭ. ОАМ: Уробилиногенурия. БХАК: повышение креатинина. Коагулограмма в динамике: (ПТИ 80% - 65%; МНО 1,38-1,79, АЧТВ 34- 43). Ревмопробы отрицательны. Клиренс креатинина 57,3 мкмоль/л. Маркеры некроза миокарда: тропонин I – отриц, СК МВ – отриц., миоглобин крови – отриц. ЭКГ: ритм ФП, ЧСС – 60 в мин. ЭОС – нормальная Рубцовые изменения п/п стенки. Признаки ГЛЖ. ЭХО-КГ: Систолическая функция ЛЖ нормальная, ФВ 57%. Диастолическая функция ЛЖ не нарушена. Полости сердца не расширены. Гипокинез верхушечного переднего, бокового, среднего переднего

переднебокового, среднебокового, базального переднего, переднеперегородочного сегментов. Жидкости в перикарде нет. ХМ ЭКГ: основной ритм мерцательная аритмия. Средняя ЧСС – 47 уд в мин. (макс. ЧСС – 91, мин – 27). Эпизодов депрессии и элевации сегмента ST не обнаружено. Зарегистрированы паузы в количестве 3205. Макс пауза длилась 4,978 сек. в 02ч. 20мин. Серии пауз образовали 321 эпизодов брадикардии с мин.частотой 27 ударов в мин в 02ч 20мин. Полная АВ блокада. Синдром Фредерика. Клинический диагноз: ИБС. Нестабильная стенокардия. ПИКС (Q-позитивный ИМ переднераспространенный, 2005 г.). Нарушение ритма сердца: постоянная форма ФП, нормо-брадисистолический вариант. Синдром Фредерика (СФ). (Пауза RR 4.978с). Осложнения: ХСН ПА, ФКП NYHA. Сопутствующие: ГБ 3 стадия. АГ 1 степени. Риск ССО4. Атеросклероз аорты, АК. ГЛЖ. ДЭ 3 степени. Церебральный атеросклероз. Преддементное состояние. Проводилась антикоагулянтная, дезагрегантная, антиаритмическая, симптоматическая терапия.

ФП с СФ выявлена при инструментальном обследовании пациента после развития ОКС. Нет данных о динамическом наблюдении пациента кардиологом, невропатологом. Сопоставление врачом данных анамнеза, жалоб и результатов обследования и выявление СФ стало возможным лишь при возникновении у пациента другой жизнеугрожающей ситуации – ОКС. При поступлении больного в первичное сосудистое отделение ИМ исключен, больной получал лечение с DS: нестабильная стенокардия. При лечении нестабильной стенокардии редкий ритм неизбежно вызывал трудности в ведении пациента, невозможность назначения необходимых препаратов, имеющих одним из эффектов урежение ритма сердца и ухудшение АВ проводимости. На протяжении всего периода нахождения пациента в ЦРБ доктора вынуждены были осуществлять пристальное наблюдение за ритмом сердца, опасаясь возможного рецидива СФ и появления ЖТ. Если бы постоянный ЭКС был имплантирован пациенту своевременно, до развития ЭКС, медикаментозное лечение прошло бы на более благоприятном для пациента и спокойном для врачей фоне.

## **РЕИННЕРВАЦИЯ ТРАНСПЛАНТИРОВАННОГО СЕРДЦА**

Лепшокова М.Н.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения « Научно-исследовательский институт –Краевая клиническая больница №1 имени профессора С.В. Очаповского»  
г.Краснодар  
[mlepshok@mail.ru](mailto:mlepshok@mail.ru)

Трансплантация сердца, впервые выполненная в 1967г К.Бернардом, положила начало новой эре лечения пациентов с хронической сердечной недостаточностью. В течение многих лет внимание ученых привлекает не только техника операции, сопутствующая фармакотерапия, но и функциональные особенности сердечного аллотрансплантата.

Пациент Ш., 27 лет госпитализирован в кардиологическое отделение №1 НИИ ККБ№1 с клиникой декомпенсации хронической сердечной недостаточности после перенесенной острой респираторной инфекции. Нестабильность гемодинамики при поступлении потребовала назначения постоянной инотропной поддержки адреналином. Малая эффективность медикаментозной терапии, прогрессирование полиорганной недостаточности, развитие сложных нарушений ритма сердца послужили показаниями к проведению механической поддержки функции левого желудочка ( ЭКМО). По данным эхокардиографии – фракция выброса левого желудочка 7%, конечно-диастолический размер- 73 мм. На 30 –е сутки пребывания пациента в стационаре выполнена операция – ортотопическая трансплантация сердца. Ранний послеоперационный период осложнился развитием правосторонней нижнедолевой пневмонии –с полным разрешением на фоне



антибактериальной терапии. В дальнейшем, проводились эндомиокардильные биопсии согласно протоколу, принятому в НИИ ККБ№1, по данным которых отсутствовали признаки клеточного и гуморального отторжения. Также не отмечалось и проявлений васкулопатии пересаженного сердца. Регулярно выполняемое суточное мониторирование ЭКГ с интервалом 6 месяцев позволило выявить постепенное увеличение вариабельности сердечного ритма, увеличение показателя высокочастотного компонента вариабельности, отражающего восстановление активности парасимпатического звена иннервации сердца. Оригинальной методикой, используемой в нашей клинике, является оценка регуляторно-адаптивного статуса путем выполнения пробы сердечно-дыхательного синхронизма. Индекс регуляторно-адаптивного статуса через 1 год после трансплантации составил 25, что расценивается как удовлетворительный. Проба Даньини – Ашнера, выполненная через 1 год после трансплантации сердца, слабо выражена. Наблюдалась тенденция к улучшению переносимости физической нагрузки, оцениваемая по данным велоспироэрометрии.

Представленный клинический случай является примером частичной реиннервации трансплантированного сердца. Согласно данным зарубежной литературы, описанный феномен наблюдается концу 1 года после оперативного вмешательства. Восстановление иерархии ритмогенеза коррелирует с улучшением переносимости физической нагрузки. Основными факторами, положительно влияющими на данный процесс, являются меньшая длительность искусственного кровообращения, молодой возраст реципиента и донора, отсутствие сопутствующей патологии. Однако, механизм реиннервации трансплантированного сердца в настоящее время остается не выясненным.

Общепринято оценивать успех трансплантации сердца с позиции непосредственных результатов оперативного вмешательства и посредством изучения уровня угрозы отторжения органа. В то же время, общее состояние реципиентов и их возможность полноценно, адекватно реагировать на психические и физические нагрузки зависят от степени восстановления нервной регуляции трансплантированного сердца. Выяснение механизмов восстановления рефлекторной регуляции пересаженного сердца позволит определить пути улучшения реиннервации, что обеспечит совершенствование реабилитации таких пациентов.

## **ВЫРАЖЕННАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ ПРИ ВАРФАРИН-ИНДУЦИРОВАННОЙ КОАГУЛОПАТИИ**

Макеева Е.Р.1, Ефремова Е.В.2, Артемьева А.Н. 1

1-ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г.Ульяновска»,

2 -Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Вступление: Несмотря на достаточный клинический опыт использования антикоагулянтной терапии, проблема осложнений, вызванных приемом варфарина, остается актуальной. Данный клинический случай демонстрирует возникновение тромбоцитопении у больной вследствие использования варфарина.

Описание случая. Больная С., 71 г. самостоятельно обратилась в ЦГКБ г.Ульяновска с жалобами на гематурию, десневые кровотечения, стул с примесью крови, рвоту со сгустками крови, головокружение, слабость, боли внизу живота, геморрагические высыпания по всему телу. Из анамнеза известно, что в течение 10 лет получает лечение по поводу артериальной гипертензии, на протяжении 8 лет - фибрилляция предсердий, приступы стенокардии наблюдаются в течение 4 лет. В течение 6 месяцев получает варфарин под контролем МНО 2,0-3,0. При поступлении в стационар принимала варфарин 4,375 мг, ингибитор АПФ, тиазидный диуретик, бета-блокатор, аторвастатин. Резкое ухудшение отмечает 2 дня назад, когда появились гематурия, геморрагии, кровотечения.



При объективном осмотре отмечаются мелкоточечные геморрагические высыпания по всему телу. Аускультативно: в легких дыхание везикулярное с ЧДД 18 в минуту; ритм неправильный, тоны приглушены с ЧСС 80 в минуту, артериальное давление 70 и 50 мм рт.ст. Результаты лабораторных анализов при поступлении: общий анализ крови: гемоглобин 89 г/л, эритроциты  $2,86 \cdot 10^{12}/л$ , тромбоциты  $18 \cdot 10^9/л$ , лейкоциты  $15,8 \cdot 10^9/л$ ; коагулограмма: МНО 2,5; ПТИ 43%, фибриноген 1,5 г/л, АЧТВ 44 с.; Обращает внимание макрогематурия: в общем анализе мочи: белок 0,132 г/л, лейкоциты 2, эритроциты – сплошь. Результаты инструментальных анализов при поступлении: ФГДС: в полости желудка натощак «кофейная гуща», по всем стенкам желудка и нижней трети пищевода множественные геморрагии. В результатах общего анализа крови в динамике: гемоглобин 78 г/л, эритроциты  $2,46 \cdot 10^{12}/л$ , тромбоциты  $3 \cdot 10^9/л$ , лейкоциты  $15,4 \cdot 10^9/л$ . Консультирована терапевтом, кардиологом, хирургом, нефрологом, клиническим фармакологом, реаниматологом. Заключение консилиума: «Коагулопатия, обусловленная приёмом варфарина. Геморрагический гастрит». Учитывая тяжелое состояние больной, лечение включало заместительную терапию-переливание свежезамороженной плазмы, эритроцитарной массы, тромбоцитарного концентрата, использование гемостатических препаратов (аминокапроновая кислота, транексамовая кислота викасол, этамзилат), глюкокортикостероиды, ингибиторы протонной помпы, оптимальная медикаментозная терапия ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии. На фоне проводимого лечения отмечалась положительная динамика: кровотечения остановлены, геморрагические высыпания в стадии разрешения. Результаты лабораторных анализов при выписке: общий анализ крови: гемоглобин 117 г/л, эритроциты  $3,74 \cdot 10^{12}/л$ , тромбоциты возросли до  $143 \cdot 10^9/л$ , лейкоциты  $14,8 \cdot 10^9/л$ ; коагулограмма: МНО 0,96; ПТИ 104%, фибриноген 1,8 г/л; в общем анализе мочи: белок - 0 г/л, лейкоциты - 5, эритроциты – 0. Обсуждение. Гепарин индуцированная тромбоцитопения (ГИТ) – известное осложнение, возникающее при использовании гепарина, чаще возникающее у пациентов, получающих нефракционированный гепарин (НФГ). Однако нет данных о тромбоцитопении вследствие использования варфарина, имеются сообщения о случаях тромбоцитопении с использованием новых оральных антикоагулянтов (дабигатрана, ривароксабана и др.), хотя и с низкой частотой – 0,2-0,3%. В представленном клиническом случае уровень тромбоцитов восстановился после прекращения лечения варфарином. Заключение Особенностью данного клинического случая является тромбоцитопении вследствие приема варфарина. Данное осложнение не описано в литературе и требует дальнейшего изучения.

## **ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ АОРТАЛЬНОГО И ЛЕГОЧНОГО КЛАПАНОВ У ПАЦИЕНТА С РЕКАНАЛИЗАЦИЕЙ ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ**

Муллова И.С., Джинибалаева Ж.В., Семагин А.П., Зыбин А.А.,  
Тухбатова А.А., Дупляков Д.В  
ГБУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер»  
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»  
[irinamullova@gmail.com](mailto:irinamullova@gmail.com)

Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) является одним из частых врожденных пороков сердца (ВПС). Литературные данные свидетельствуют, что он выявляется у 9-25% детей, родившихся с ВПС. Одним из наиболее частых осложнений при операциях закрытия ДМЖП является реканализация дефекта.

Пациент Р., 29 лет, 18.11.2015г. поступил в приемное отделение с жалобами на слабость, одышку при физических нагрузках, отеки нижних конечностей.

Ухудшение состояния стал отмечать с сентября 2015г., когда появились слабость, одышка при физических нагрузках, отеки нижних конечностей, повышение температуры тела до 38-39°C. С 06.11.2015г. по 18.11.2015г. находился на стационарном лечении в отделении кардиологии другой больницы. Был выписан с целью продолжения дальнейшего лечения в СОККД. Из анамнеза известно, что в 2002г., в возрасте 18 лет, он был оперирован по поводу врожденного порока сердца - дефекта межжелудочковой перегородки, была проведена пластика ДМЖП.

При поступлении в анализе крови отмечалось повышение CRP до 8,04 мг/л, все остальные лабораторные показатели были в норме. На ЭхоКГ в проекции правого коронарного синуса определялся дефект размерами 8 мм со сбросом в правый желудочек и легочную артерию, большим объемом с градиентом 59 мм.рт.ст. Предположительно реканализация ДМЖП по верхнему краю заплаты с формированием дефекта в правом синусе Вальсальвы.

За время нахождения в кардиологическом отделении у пациента сохранялась нормальная температура тела, жалобы на одышку при физической нагрузке, общую слабость.

Пациенту был проведен ряд необходимых обследований для подготовки к операции. 09.12.2015г. была выполнена операция: пластика правого коронарного синуса, протезирование аортального клапана механическим протезом АТС 22, пластика легочной артерии клапаносодержащим гомографтом, пластика выходного отдела правого желудочка. По результатам биопсии створок клапана лёгочной артерии и аортального клапана от 09.12.2015г.: подострый инфекционный эндокардит.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На ЭхоКГ от 15.12.2015 г.: в проекции правого коронарного синуса лоцируется заплата, по данным ЦДК сброс отсутствует. На аортальном клапане механический протез, визуально без особенностей, на клапане легочной артерии: клапаносодержащий гомографт.

Пациент получал терапию аксетином, ципрофлоксацином. Был выписан 29.12.2015г. с рекомендациями наблюдения кардиолога, хирурга поликлиники по месту жительства, профилактики инфекционного эндокардита.

По данным литературы известно, что у пациентов с реканализацией ДМЖП, особенно небольших размеров, вследствие появления аномальных высокоскоростных потоков крови, происходит хроническая травматизация эндокарда, что является хорошей почвой для развития ИЭ. Данное явление нашло отражение и в представленном клиническом случае.

Следует помнить, что в отдаленном послеоперационном периоде существует вероятность реканализации дефекта у 6-11% больных, которая может повлечь за собой серьезные осложнения, поэтому необходим регулярный контроль кардиолога и кардиохирурга.

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ СИНДРОМА ОДЫШКИ У ПАЦИЕНТКИ С КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Орлов Д.О.

ГБОУ ВПО Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова, ГБУЗ ГКБ №24 ДЗМ, РФ г. Москва.

[rizhiy17@mail.ru](mailto:rizhiy17@mail.ru)

Введение: Одышка – это субъективное ощущение нехватки воздуха, возникающее при различных клинических ситуациях. Зачастую перед специалистом встает вопрос о генезе возникновения данного синдрома, а тяжесть состояния пациента и отсутствие времени не дает возможности провести полноценный диагностический поиск.

Описание случая: Пациентка А., 1939 г.р. поступила в БКР ГКБ №24 г. Москвы экстренно в связи с возникшей одышкой смешанного генеза в покое в течение последних суток.

Пациентка длительно страдает гипертонической болезнью, персистирующей формой фибрилляцией предсердий, по поводу которой в течение последних 4 месяцев принимает кордарон в качестве ритм-сохраняющей терапии. В анамнезе около 10 лет ревматоидный артрит по поводу которого получает еженедельные инъекции метотрексата с 2014 г. На догоспитальном этапе был выставлен диагноз острая сердечная недостаточность, отек легких. В приемном отделении аускультативно незвонкие мелкопузырчатые хрипы, крепитация над всей поверхностью легких. При дообследовании на ЭКГ синусовая тахикардия, по данным рентгенографии описаны признаки альвеолярного отека легких, в общем анализе крови - лейкопения с агранулоцитозом. В БКР проведены попытки купирования отека диуретиками, нитратами, наркотическими анальгетиками, кислородом, без значительного эффекта. Наилучший результат достигнут за счет усиленной оксигенотерапии (сатурация без кислорода-44%, с кислородом -85%). Отмечено незначительное улучшение состояния, однако сохранялась выраженная дыхательная недостаточность. На следующий день при повторном рентгенографическом исследовании органов грудной клетки рентген-картина без значительной динамики, что исключает наличие отека легких у пациентки. Учитывая анамнез 4-х месячного приема кордарона, был заподозрен амиодароновый легочный фиброз. Однако, нейтропения с агранулоцитозом и нормохромной нормоцитарной анемией не укладывалась в характерную картину интоксикации кордароном. Впрочем у пациентки так же имеется длительный анамнез терапии метотрексатом по поводу ревматоидного артрита. По данным литературы лекарственно-индуцированный интерстициальный легочный фиброз и агранулоцитоз укладываются в побочные действия данного цитостатика. Метотрексат и кордарон были отменены и назначена соответствующая базисная терапия токсического легочного фиброза.

Обсуждение: Нередко пациенты с одышкой заслуживают более пристального внимания, чем обычно. Особенно это касается пациентов с сопутствующей кардиологической патологией. Под маской острой сердечной недостаточности, отек легкого могут скрываться самые разнообразные причины. Лекарственно-индуцированный легочный фиброз по данным литературы встречается у 0,1-0,2% пациентов. На первый взгляд клиническая картина схожа с развитием отека легкого кардиального генеза, однако детализация анамнеза и результаты минимального лабораторного и инструментального обследования позволили поставить правильный диагноз в данном клиническом примере и назначить соответствующую терапию.

Заключение: В экстренной ситуации при ограниченных возможностях дообследования в связи со степенью тяжести состояния пациента ключевым звеном являются анамнестические данные и результаты имеющихся методов исследования (общий анализ крови, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки), благодаря чему возможно выявить генез одышки и назначить соответствующее лечение.

## **МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ И КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА С ПОДАГРОЙ**

Петрова М.Н.

ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К.Аммосова»,  
Якутск, Россия

[mnpetrova@gmail.com](mailto:mnpetrova@gmail.com)

Подагра — системное тофусное заболевание, характеризующееся отложением кристаллов моноурата натрия в различных тканях и развивающимся в связи с этим воспалением, у лиц с гиперурикемией (ГУ), обусловленной внешнесредовыми и/или генетическими факторами (Насонова В.А., 2004). Принято считать, что чаще всего заболевают мужчины

в возрасте 35-50 лет и редко до 25 или после 60 лет. Однако описана подагра, начинающаяся в молодом и даже в детском возрасте. Существует мнение, что подагра, начинающаяся рано, может иметь более тяжелые формы проявления. Поэтому особого внимания заслуживает подагра у молодых.

Метаболические нарушения и ассоциированные клинические состояния, встречаемые у пациентов с подагрой, проходивших стационарное лечение в ревматологическом отделении ГБУ «ЯГКБ» г. Якутска в 2007-2012 гг. изучались в рамках многоцентрового обследования по подагре. Проведено анкетирование пациентов согласно опроснику, разработанному в ФГБУ «НИИ Ревматологии имени В.А. Насоновой», который включает в себя следующие разделы: паспортная часть, приверженность пациентов вредным привычкам, анамнез заболевания подагрой, число пораженных суставов, сопутствующая патология, эффект от проводимой терапии. Лабораторные методы исследования: ОАК; б/х анализ крови: глюкоза, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ХС, ТГ, креатинин, мочевины, МК, общий белок, билирубин, АЛТ, АСТ, гамма-ГТП, ЩФ, КФК; ОАМ; суточный анализ мочи (объем выделенной за сутки мочи, креатинин, белок, мочевины, кислота), в день выполнения биохимического анализа крови. Инструментальные методы: рентгенографическое исследование дистальных отделов стоп, кистей; УЗИ почек. Клиническая диагностика ИБС, АГ, СД типа 2, ХПН, ХСН. Наблюдали 41 пациента с подагрой, средний возраст составил 56 лет [35;76].

Клиническое наблюдение. 35-летний мужчина с вторичной подагрой был включен в исследование в 2007 году. У него было 5 эпизодов острого артрита в течение года, предшествовавшего его первой госпитализации. Повторно он поступил в отделение в 2010 году. Из анамнеза известно, что у его отца сахарный диабет 2 типа. Этот молодой пациент имеет множество факторов риска развития подагры: ожирение (ИМТ 44 кг/м<sup>2</sup>), соотношение объем талии/объем бедер 1,46; у него диагностирована артериальная гипертензия с цифрами АД от 130/90 до 180/120 мм. рт.ст. в 2007 и 2010, соответственно. Также у него наблюдается значительное повышение печеночных ферментов в 2007 и 2010 гг. соответственно (АЛАТ 40-94,1 IU/L; АСАТ 75,9 и 58,2 IU/L. — печеночные ферменты повышены в полтора-два раза, что свидетельствует о поражении печени); хронический панкреатит по данным УЗИ, а также расширение левого (59 мм.) и правого (35 мм.) желудочков сердца, атриомегалия (правое предсердие расширено = 50x37 мм.), и гипертрофия левого желудочка по данным эхокардиографии. Во время его второй госпитализации был диагностирован сахарный диабет 2 типа (глюкоза крови колебалась в пределах 6,34 - 13,8 ммоль/л), а также двусторонний нефролитиаз. МК в динамике 2007-2010 гг. 787-288 и 308 мкмоль/л — при первом поступлении повышена почти в два раза, в дальнейшем показатель нормализовался.

Обсуждение: ГУ является не только независимым фактором риска ССЗ, но и оказывает непосредственное патологическое влияние на стенку сосудов. Это приобретает важное значение у больных подагрой, поскольку АГ, часто встречающаяся у таких пациентов, увеличивает риск кардиоваскулярных катастроф (Барскова В.Г., 2006). Самая частая сопутствующая патология у обследованных пациентов в г. Якутске — АГ (50%). Настораживает некоторая тенденция к «омоложению» контингента пациентов, повторные поступления, сумма факторов риска, что требует разработки профилактических мероприятий особенно среди лиц молодого возраста с сопутствующими метаболическими нарушениями.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЕЗБОЛЕВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА**

Романченко Е.М., Лозина О.В, Антропова О.Н.

КБУЗ Краевая клиническая больница Алтайского края, кафедра факультетской терапии и профессиональных болезней с курсом клинической фармакологии Алтайского Государственного Медицинского Университета г.Барнаул, Россия  
[o.medenceva@mail.ru](mailto:o.medenceva@mail.ru)

Пациент К., 43 года, поступил в К/О с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, чувство нехватки воздуха, нестабильности цифр АД, общая слабость. При нацеленном расспросе типичной ангинозной боли не отмечает. Из анамнеза заболевания: ГБ много лет, постоянно принимает бисопролол, амлодипин. Одышка при физической нагрузке присутствует на протяжении долгих лет, при этом купируется после использования ингаляторов (спирива, беродуал). При прохождении мед.комиссии по ЭКГ рубцовые изменения по нижней стенке ЛЖ. По ЭХОКГ - ФВ 22,14%, выраженное расширение ЛЖ, высокая легочная гипертензия, нарушение локальной сократимости ЛЖ. Из анамнеза жизни: частые ангины, ОРВИ, тонзилэктомия. Пневмокониоз 1ст., узелковая форма. ХОБЛ, тяжелая степень бронхиальной обструкции, смешанный тип, многосимптомное течение, с редкими обострениями. ДН 0. (Проф. вредность: сварщик). Курение общий стаж – 20 лет; не курит – около 4 лет. Наследственность не отягощена. При объективном осмотре: ИМТ 30 мг/м<sup>2</sup>, периферических отеков нет. Аускультативно дыхание ослаблено по всем полям, единичные сухие хрипы. ЧД – 16 в мин. ССС: АД 110/70 мм рт.ст. на обеих руках. ЧСС – 72 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Госпитализирован для дообследования и дальнейшего лечения с предварительным диагнозом: «Постинфарктный кардиосклероз»? Ишемическая кардиомиопатия? Постмиокардитическая кардиомиопатия? ХСН IIА, фк 3.

При обследовании выявили следующие отклонения: ОАК (L-10,8\*10X9), Общий холестерин – 5,33ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л. ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 72 в мин. ЭОС в норме. Рубцовые изменения по нижней стенке ЛЖ. Умеренно выраженные диффузные изменения миокарда ЛЖ. ЭхоКГ: ФВ – 33% (по Тейхольдсу). Выраженное расширение ЛЖ. Выраженное снижение сократимости ЛЖ. Признаки фиброза нижней и боковой стенок ЛЖ. Гипокинез нижней, нижне-боковой, передне-боковой, апикальной стенок ЛЖ. Небольшая легочная гипертензия.

КАГ: Признаки атеросклероза коронарных артерий. Стеноз ствола ЛКА 50%. Стеноз ПНА в п/3 95%, окклюзия в с/3. Окклюзия ОА в п/3. Стеноз ПКА в п/3 70%, окклюзия в с/3. Вентрикулография: Акинез передне-базального, верхушечного и диафрагмального сегментов. Аневризма верхушки ЛЖ. ФВ – 35% (по Simpson).

Лечение: аспирин 125 мг, бисопролол 2,5 мг, эналаприл 5 мг \*2 р/д, амлодипин 5 мг вечер, торасемид 5 мг утро.

Заключительный клинический диагноз: ИБС: ПИКС (неуточненной давности). ХСН IIА. ФК 3. Атеросклероз коронарных артерий: многососудистое поражение.

Соп: Пневмокониоз 1ст., узелковая форма. ХОБЛ, тяжелая степень бронхиальной обструкции, смешанный тип, многосимптомное течение, с редкими обострениями. ДН 0.

Особенность клинического случая: многососудистое поражение коронарных артерий, повлекшее за собой развитие инфаркта миокарда в относительно молодом возрасте (43 года). При этом жалоб на боль или любые другие дискомфортные ощущения в грудной клетке, не смотря на обширность некротического поражения миокарда, нет. Возможность такого рода безболевого ишемии можно обосновать сочетание у пациента ИБС и ХОБЛ. Совместное течение ХОБЛ и ИБС подчиняется закону взаимного отягощения. Развитие гипоксии способствует повышению порога болевой чувствительности соответствующих центров мозга. Указанный фактор в сочетании с развитием повреждения мелких сосудов в результате активации свободнорадикального окисления приводят к развитию безболевого ишемии миокарда. СД, как фактора выраженной нейропатии и агрессивного течения атеросклероза коронарных артерий, у пациента не выявлено. В качестве клинического эквивалента ишемии миокарда можно рассмотреть одышку. Однако трактовка этого



симптома как проявления коронарной недостаточности у больных ХОБЛ, испытывающих одышку практически постоянно, существенно затруднена. В данном клиническом случае одышка пациентом на протяжении года никак не дифференцировалась по тяжести или характеру, любой приступ поддавался лечению ингаляторами. Примечательно, что при значительном снижении значений ФВ никаких признаков застойных явлений не отмечается.

## **СЛОЖНАЯ КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТКИ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

Селиверстова Д.В.,<sup>1</sup> Загородний С.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения РФ,

<sup>2</sup>Государственное бюджетное учреждение рязанской области «Рязанский областной клинический кардиологический диспансер», Рязань, Россия

[Seliverstova.daria@yandex.ru](mailto:Seliverstova.daria@yandex.ru)

**Введение.** Инфаркт миокарда (ИМ) - тяжелое заболевание, которое часто приводит пациентов к инвалидности, а иногда и к смерти. В 2014 г. в РФ смертность от инфаркта миокарда стала еще больше и составила 63855 человек. В последнее десятилетие нередко ИМ встречается у пациентов молодого и среднего возраста, но в основном это мужчины. Наш клинический случай представляет пациентку с ИМ среднего возраста.

Больная К., 48 лет поступила в Рязанский кардиодиспансер 08.07.15 с жалобами на боли ноющего, давящего характера за грудиной, иррадиируют в левую руку, лопатку, беспокоящие в течение дня, реакция на нитроглицерин неясная, одышку, общую слабость. В анамнезе: С 25 лет во время беременности (обе беременности протекали с угрозой прееклампсии, родоразрешена путем кесарева сечения, 1-ая повышение АД до 170/100 мм рт.ст., 2 – ая - АД до 200/100 мм рт.ст.). В 36-37 лет впервые потеряла сознание, сопровождающееся ретроградной амнезией. В 2007 г госпитализация в госпиталь им. Вишневого для уточнения генеза артериальной гипертензии (АГ). При ангиографии - стеноз левой сонной артерии до 40%, правой почечной артерии (ПА)– до 50%, диагностирован аорто-артериит Такаясу (лечение ГКС, метотрексатом – далее отменены из-за побочных эффектов) При последующих УЗИ сосудов – атеросклеротическая бляшка в левой ВСА до 50%, стеноз (ПА) до 50%, АД повышается до 240/120 мм рт.ст. С 2007 г страдает сахарным диабетом (СД) 2 типа, принимает глюкофаж 1000 мг, регулярно гликемию не исследует. В 2011 г. появилась сливная сыпь темно-коричневого цвета на коже нижних конечностей, сопровождающаяся выраженными болями, при гистологическом исследовании – лейкоцитокластический васкулит. Лечение пульс – терапия преднизолоном, 3 мес. селсепт 500 мг в день. В 2012 г метилпреднизолон (МП) до 28 мг, назначен варфарин 2,5 мг (МНО – 0,9-1,1). В ноябре 2014 г отмена селсепта (из-за диареи), МП до 8 мг. За последние 4 года прибавила в весе 40 кг. Инвалид 2 группы. С 47 лет менопауза. С июля 2014 г – боли в области коленей при ходьбе, усиливающиеся при спуске по лестнице. Госпитализация в МГУ им. Сеченова ноябрь 2014 г., диагноз: основной: неуточненный язвенно-некротический васкулит с поражением кожи нижних конечностей, лечение ГКС, микофенолата мофетиллом, ремиссия; конкурирующий: мультифокальный атеросклероз с поражением клапанов сердца, коронарных артерий, дуги аорты, левой ВСА (стеноз 60%), правой почечной артерии (стеноз 50%), артерий нижних конечностей. ИБС: стенокардия напряжения 2 ФК. АГ 3 ст, 3 ст, р 4. СД 2 типа,



инсулинпотребный, субкомпенсация, осложненный полинейропатией нижних конечностей. Ухудшение с 28.06.15, когда стала отмечать учащение интенсивных болей давящего характера за грудиной, поступила в Шиловскую ЦРБ с подозрением на мелкоочаговый ИМ передней стенки. В стационаре на фоне лечения ухудшение состояния 05.07.15, переведена в Рязанский кардиодиспансер 07.07.15., на основании жалоб, осмотра, исследований, выставлен диагноз: ИБС: крупноочаговый передне-перегородочный ИМ левого желудочка от 05.07.15. Проведена стандартная терапия основного и сопутствующих заболеваний (отказ от проведения КАГ из-за фобии, тромболизис не проведен из-за поздней госпитализации), осложнений во время госпитализации не было. 23.07.15 г выписана домой под наблюдение участкового терапевта.

Обсуждение: Данный клинический случай известен тем, что у больной относительно рано развилась ИБС, осложнившаяся ИМ в 2015 г. на фоне системной ревматологической патологии (аорто-артериит Такаясу, язвенно-некротический васкулит), прогрессирующей гипертонической болезни и сахарного диабета.

Вывод: Ранее начатое лечение и контроль над заболеванием, возможно, позволил бы улучшить прогноз у данной пациентки.

## **СЛУЧАЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КАРДИАЛГИЙ**

Семенова Е.В., Нечаева Г.И., Фисун Н.И.

ГБОУ ВПО Омский Государственный Медицинский Университет, Омск, Россия, [sel.92@mail.ru](mailto:sel.92@mail.ru)

Кардиалгии могут быть проявлением различных коронарогенных и некоронарогенных заболеваний сердца, а также возникать при несердечных состояниях.

Больной Б 26 лет 17.08.12г поступил в кардиологическое отделение БУЗОО ГК БСМП №1 с жалобами на длительные боли давящего характера в левой половине грудной клетки, с иррадиацией в левую руку, усиливающиеся при нагрузке (ходьбе до 100м), сопровождающиеся слабостью, повышением температуры тела до 37,5°. Считает себя больным с 15.08.12, когда без видимой причины, без тяжелых физических перегрузок появились выше перечисленные жалобы. В течении последующих суток боль не проходила и больной вызвал бригаду СМП. На догоспитальном этапе скорой медицинской помощью боль купирована наркотическим анальгетиком. Из анамнеза жизни: частые герпетические высыпания на губах. Вредные привычки отрицает. На ЭКГ при поступлении (17.08.12) ЧСС 98 в минуту, выявлен синдром ранней реполяризации желудочков (СРРЖ) в виде подъема ST в I, aVL, V2-V6, который сочетался с положительными маркерами повреждения миокарда: повышен уровень миоглобина (110), ЛДГ (616,1), КФК (328,7), КФК МВ (84,0), тропонинов Т (0,8), I (0,75). Общий анализ крови без патологии. При исследовании липидного спектра крови изменений не выявлено. Дифференциальная диагностика проводилась между ишемической болезнью сердца, коронарной недостаточностью при аномалиях развития и коронаритом при остром миокардите. Пациенту было проведено комплексное лабораторно-инструментальное обследование. При проведении экстренной коронарографии индекс кальциноза по Агатсту равен 0; атероматозных изменений и аномалий коронарных сосудов не выявлено. По данным ЭХО-КГ при поступлении (17. 08. 12): признаки трикуспидальной недостаточности II степени, нормальные размеры камер сердца, ФВ 63%. МРТ сердца с контрастированием (18.08.12) и сцинтиграфия миокарда (19.08.12): подтвердили диагноз острого очагового миокардита. Инфекционно-иммунологическое исследование показало повышение Ig M, Ig G к вирусу простого герпеса. На фоне проводимой терапии (полупостельный режим, ацикловир в дозе 5 мг/кг внутривенно каждые 8 ч с

последующим переходом на пероральные формы,  $\beta$ -блокаторы, иАПФ в маленьких дозах, НПВС, цитопротекторы) достигнута стабилизация болевого синдрома, значительно возросла переносимость физических нагрузок. По ЭКГ- синусовый ритм 72 в минуту, сохранение СРРЖ. По данным ЭХО-КГ от 31. 08. 12 полости сердца не увеличены, признаков трикуспидальной недостаточности не выявлено. При расширении двигательного режима прогрессирования сердечной и коронарной недостаточности не отмечено. Выставлен диагноз: основное заболевание: острый миокардит (17. 08. 12), средней степени тяжести; СРРЖ. Пациенту даны рекомендации о продолжении терапии, необходимости проведения ЭХОКГ в динамике и диспансерного наблюдения участкового терапевта, консультация иммунолога.

Таким образом, данному пациенту была проведена дифференциальная диагностика между ишемической болезнью сердца, аномалиями развития коронарных сосудов и васкулитом при миокардите. Миокардит – очаговое или диффузное воспаление миокарда, вызываемое чаще инфекционными (вирусными), реже-неинфекционными агентами, причем в воспалительный процесс могут вовлекаться как кардиомиоциты, так и интерстициальная ткань. Данное наблюдение иллюстрирует случай развития миокардита вирусной этиологии.

Миокардит как самостоятельное заболевание обуславливает 8-13% всех случаев сердечной недостаточности, что подтверждает важность его ранней диагностики и своевременного лечения.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ АЗИЛСАРТАНА МЕДОКСОМИЛА У БОЛЬНОГО С ПЛОХО КОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ**

Сметнева Н.С., Голобородова И.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова

[Smetneva\\_85@mail.ru](mailto:Smetneva_85@mail.ru)

**Введение:** Данный клинический случай описывает успешный опыт и особенности применения нового антагонистарецепторов ангиотензина II типа (АРА II) – азилсартана медоксомила (Эдарби) у пациента с плохо контролируемой артериальной гипертензией (АГ) на фоне многокомпонентной комбинированной терапии.

**Описание:** Пациент Ю.М., мужчина 72 лет. Из анамнеза: много лет эпизодические подъёмы АД, терапия нерегулярная. В 2015 году - гипертонический криз, осложненный отеком легких. Максимальное АД при госпитализации - 240/110 мм рт.ст. За время госпитализации выявлено повышение уровня общего холестерина, абдоминальное ожирение, признаки гипертонического сердца, установлен диагноз: Гипертоническая болезнь II ст. (3 ст. ВОЗ), очень высокий риск ССО. Гипертоническое сердце. ИБС: стенокардия 2 ФК. Хроническая сердечная недостаточность 2Б ст., III ФК по NYHA. Гипертонический криз, осложненный отеком легких от 15.02.2015г. При выписке была назначена следующая терапия: амлодипин 20 мг/сут, бисопролол 5 мг/сут, лозартан 50 мг/сут, эналаприл 15 мг/сут и торасемид 5 мг/сут.

На фоне указанной терапии больного беспокоила одышка при небольшой физической нагрузке, АД оставалось повышенным на уровне 180-160/120-100 мм рт.ст., в связи с чем, он амбулаторно обратился для коррекции терапии. При осмотре отмечено АД 185/110 мм рт.ст., отечность нижней трети голени и стоп. Даны рекомендации: суточная доза амлодипина была уменьшена до 10 мг, а, учитывая то, что пациент также принимал бисопролол 5 мг/сут, ему была назначена фиксированная комбинация конкора и амлодипина, было сохранено назначение торасемида 5 мг/сут; произведена отмена назначенных ранее лозартана и эналаприла, вместо этого назначен новый препарат из

группы АРА-II азилсартана медоксомил в дозировке 80 мг в сутки. Учитывая высокие цифры АД, резистентные к предшествующему объёму терапии и-АПФ и АРА-II, было принято решение начать лечение с высокой дозы азилсартана (80 мг/сут), а не со средней (40 мг/сут). Через неделю пациент предоставил данные дневника самостоятельного контроля АД. За семь дней АД снизилось со 185/110 мм рт.ст. до 110/74 мм рт.ст., снижение цифр АД началось со второго дня приёма препаратов. При этом у пациента не отмечалось ортостатических реакций, субъективно терапия переносилась хорошо. Учитывая избыточное снижение АД доза азилсартана медоксомила была уменьшена до 40 мг/сут, после чего АД увеличилось до целевых цифр и через неделю составляло 128/84 мм рт.ст. Результаты терапии через 14 дней: достижение целевых значений АД, уменьшение интенсивности одышки при физической нагрузке, рост физической активности, отсутствие отёков голеней и стоп при осмотре. Пациенту рекомендовано продолжение приёма Эдарби 40 мг/сут в составе комбинированной антигипертензивной терапии, на фоне исчезновения отеков была уменьшена доза торасемида до 5 мг/сут. Через год терапии средние цифры АД 130/84 мм рт.ст.

Обсуждение: у больного с плохо контролируемой АГ в сочетании с метаболическим синдромом и абдоминальным ожирением, коррекция антигипертензивной терапии с назначением АРА-II – азилсартана медоксомила позволила в течение 7 дней добиться эффективного снижения АД. Уменьшение дозы амлодипина с 20 до 10 мг в сутки сопровождалось исчезновением отеков нижних конечностей. Хочется отдельно отметить быстрое снижение цифр АД на фоне назначения азилсартана медоксомила, так как быстрое наступление терапевтического эффекта при добавлении в схему лечения нового АРА-II было для нас неожиданным. С учетом того, что при назначении максимальной дозы азилсартана медоксомила 80 мг в сутки через неделю терапии у больного наступило избыточное снижение АД (110/74 мм рт.ст.), мы рекомендуем строго придерживаться рекомендованной начальной дозировки 40 мг в сутки. То же время, даже при максимальном снижении АД сам пациент не отмечал ортостатических реакций и субъективно хорошо переносил назначенную терапию.

Заключение: мы отметили высокую эффективность и быстрое наступление терапевтического эффекта нового АРА-II – азилсартана медоксомила (Эдарби) при лечении резистентной к терапии гипертонии у пациента с абдоминальным ожирением и метаболическим синдромом.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО МИОКАРДИТА С ТРОМБАМИ В ЛЕВОМ ЖЕЛУДОЧКЕ**

Средина О.С.

Государственное бюджетное учреждение республики Марий Эл Республиканская клиническая больница, Йошкар-Ола, Россия  
[doc-sredina@mail.ru](mailto:doc-sredina@mail.ru)

Введение. Представлен случай остро развившейся выраженной дилатации камер сердца с образованием тромба в полости левого желудочка, возникший у молодой женщины после медицинского аборта.

Пациентка П., 32 года, была переведена в кардиологическое отделение РКБ 25.11.15 из ЦРБ. 4.09.15 больной амбулаторно был выполнен медицинской аборт на сроке 4 недели. Сразу после этого переболела ОРВИ без повышения температуры тела. С конца октября - появление сухого кашля в положении лежа и прогрессирующей одышки при ходьбе. С ноября 2015 – отеки ног, нарастание одышки вплоть до появления выраженной в покое. Лихорадки не было. 21.11.15 поступила в ЦРБ с клиникой застойной ХСН IV ФК (по NYHA). При поступлении в РКБ состояние средней степени тяжести, небольшой цианоз

губ, в легких – ослабление дыхания в нижних отделах, влажные мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон, границы сердца перкуторно расширены влево - на 3 см кнаружи от СКЛ. Выслушивался систолический шум на верхушке, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС – 96 в мин., АД – 140/90 мм рт.ст. Печень +4 см ниже реберной дуги, отеки голеней до средней трети. Был выявлен лейкоцитоз  $11,6 \cdot 10^9/\text{л}$ , СРБ  $>15$  мл/дл, качественное повышение миоглобина и МВ-КФК в крови. Также впервые выявлены антитела к вирусному гепатиту С. По данным ЭХО-КГ 26.11.15: ЛП – 4,9-5,0, ЛЖ КДР 6,9, КСР 6,3, EF – 19%, FS – 9%, пЖ – 3,2, ПП – 4,8-4,9, РСДЛА 56-61 мм рт.ст. В полости ЛЖ – эхо-позитивные образования – тромбы, один пристеночный, выстилающий апикальные и часть средних сегментов нижней, боковой, передней стенок, с флотирующим фрагментом 1,3-1,0 см; другой округлый 2,1x2,0 см, в области верхушечного сегмента нижней стенки. Проводилось лечение: антибиотики, антикоагулянты (эноксапарин, затем – варфарин), терапия ХСН. На этом фоне отмечалось значительное улучшение, постепенное уменьшение клиники ХСН до II ФК (по NYHA). При проведении ЭХО-КГ 8.12.15: сокращение размеров камер сердца, увеличение ФВ (EF-29%, FS-14%), снижение степени легочной гипертензии (РСДЛА 23 мм рт.ст.), тромбы внутри полостей сердца не найдены. Выписана 14.12.15 г., рекомендован прием препаратов для лечения ХСН, варфарина, контроль ЭХО-КГ через месяц, а также обследование у инфекциониста (сдать анализ крови ПЦР на РНК ВГС).

Обсуждение. Под термином «миокардит» принято подразумевать поражение мышцы сердца, связанное с воспалительным процессом, и проявляющееся развитием сердечной недостаточности и/или нарушений ритма и проводимости. Диагностика данного заболевания, особенно этиологическая, достаточно трудна, особенно при скромном арсенале лабораторных и инструментальных методик в региональных клиниках. Основной критерий – выявление морфологических изменений в биоптате миокарда – чаще всего бывает недоступен. Диагноз ставится на основании выявления воспалительного синдрома и быстро развившегося поражения сердечной мышцы. Вирус хронического гепатита С, имеющийся у данной пациентки, мог явиться причиной развития иммуноопосредованного миокардита, подобные случаи описаны в литературе. Представляет интерес также обратное развитие массивных тромбов в левом желудочке на фоне антикоагулянтной терапии.

Заключение. Даже в условиях затруднения этиотропной диагностики миокардита, своевременно начатая терапия ХСН может давать хороший клинический эффект даже без иммуносупрессивной терапии и гормонотерапии. Назначение антикоагулянтов может способствовать лизису тромбов внутри полостей сердца.

## **ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ ОККЛЮЗИЯ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА ОККЛЮДЕРОМ**

Тилешова Б.Б., Акбалаева Б.А., Турсункулов А.С.  
г. Ош МЦ “Ош-Кардио” имени Алиева Мамата

Одним из частых врожденных пороков сердца (ВПС) является открытый артериальный проток (ОАП). Это сосуд соединяющую аорту и легочную артерию у плода, который облитерируется после рождения ребенка с функционированием дыхательной системы. Гемодинамика и клиническое течение порока зависит от величины сброса крови из аорты в легочную артерию, диаметра протока, градиента давления между аортой и легочной артерией (ЛА), соотношения сосудистого сопротивления в малом и большом круге кровообращения.

По клинической статистике ОАП встречается до 20% от числа всех ВПС. С развитием ребенка постоянная гемодинамическая нагрузка и турбулентный поток крови

неоперированных ОАП обуславливает повышенный риск возникновения сердечной недостаточности, легочной гипертензии, бактериального эндокардита, боталлита. Бессимптомное течение ОАП грозно развитием бактериального эндокардита и эндоартериита. Учитывая неблагоприятный прогноз ОАП, методом коррекции является только оперативное вмешательство.

В МЦ «Ош-Кардио» с 01. 02. 2014г. по 01. 09.2014г. прооперированы 5 пациентов с использованием нового метода транскатетерного закрытия ОАП . В возрасте от 10 месяцев до 21 лет с изолированным ОАП.

Нами представлен клинический случай успешной хирургической коррекции достаточно большого открытого аортального порока с применением окклюдера 16x14мм, с помощью устройства AMPLATZER DUCT OCCLUDER.

Больной М. 21лет, история болезни №1082, в 9.08.2014г поступил в МЦ «Ош-Кардио» имени Алиева Мамата с жалобами на одышку при малейшей физической нагрузке, слабость, утомляемость. Из анамнеза наличие врожденного порока сердца (ВПС) выявлен после рождения. Однако по социальным мотивам отказывались от операции. Неоднократно получал стационарное лечение по месту жительства. Аускультативно: грубый, машинный средне-диастолический шум на верхней части левого края грудины – II межреберье слева, под левой ключицей. Акцент II тона над легочной артерией. При обследовании стандартные лабораторные показатели в пределах нормы. На электрокардиограмме: ритм синусовый, частота сердечных сокращений- 90уд.в мин., электрическая ось отклонено вправо, гипертрофия правого предсердия, заостренные зубцы Р в V1-V2, гипертрофия левого желудочка высокие зубцы R в V5-V6 отведениях, PR-0.12с, QRS-0.8сек.,QT-0.36 с. На рентгенограмме органов грудной клетки сердечно-сосудистая талия не четкая, выбухание дуги легочной артерии, расширение тени легочной артерии, легочный рисунок обильный, легочные вены расширены, увеличение размеров левого желудочка (ЛЖ). На эхокардиографии в левой ЛА имеется аномальный кровоток между аортой и легочной артерией, на цветовом доплере определяется высокоскоростной турбулентный поток крови слева направо, достигая максимума в поздней систоле размером 11мм. Легочная артерия расширена, состояние створок в противофазе. Регургитации 2 степени. Систолическое давление правого желудочка (ПЖ) – 60+10 мм рт.ст., конечно-диастолический размер ЛЖ – 72мм, конечно-систолический размер ЛЖ- 45мм, фракция выброса - 60 %. Правое предсердие не расширено, межпредсердная и межжелудочковая перегородка – интактна, перикард не изменен.

В 29.08.2014г. совместно профессором, детским кардиологом Эндер Одемиш, произведено транскатетерное закрытие ОАП окклюдером 16x14мм AMPLATZER DUCT OCCLUDER без осложнений.

Проблема лечения ВПС без применения торакотомии является одной из самых интересных в современной кардиохирургии. Эндоваскулярные методики лечения различных сердечных аномалий разрабатывались как альтернатива хирургическим операциям. На сегодняшний день уровень развития эндоваскулярной хирургии позволяет выйти чрезкожным методам лечения ВПС и в первую очередь ОАП на приоритетные позиции. Прогрессивные тенденции развития медицинской науки и техники привели к созданию принципиально нового, эффективного и безопасного способа эндоваскулярного закрытия ОАП от 3,5 мм до 14 мм. Исходя от нашего клинического случая, достаточно большие размеры дефекта при отсутствии осложнений в частности как легочная гипертензия, при соотношении Qr / Qs 2: 1 имеет благоприятный прогноз от эндоваскулярной коррекции.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЕБЮТА ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИИ У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА В ПОВТОРНЫМИ ЭПИЗОДАМИ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

Чулков В.С., Вереина Н.К.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск, Россия  
[vschulkov@rambler.ru](mailto:vschulkov@rambler.ru)

Пациент Р., 38 лет. Впервые обратился к кардиологу в октябре 2004 г. с жалобами на впервые возникшие головные боли на фоне повышения артериального давления до 140/100 мм рт.ст. в сочетании со слабостью в правой руке. Был экстренно госпитализирован в терапевтическое отделение. В ноябре 2008 г. впервые дебютировал эпизод моторной афазии в течение 4-5 дней без признаков нарушения моторной функции со спонтанным восстановлением. К врачам не обращался. В декабре 2008 г. отмечался повторный эпизод моторной афазии с нарушением моторной функции в области иннервации правого плечевого и бедренного нервов. По данным МРТ в сосудистом режиме выявлено 3 очага ишемии: 2 очага в области мозжечка и 1 очаг в области левой лобной доли. Назначался клопидогрел 75 мг/сут. Отмечена положительная динамика неврологической симптоматики. При обследовании впервые зафиксирован уровень тромбоцитов  $450 \times 10^9/\text{л}$ .

Анамнез жизни: табакокурение (30 пачко-лет), наследственность по сердечно-сосудистым и гематологическим заболеваниям не отягощена.

Объективно: вес 82 кг, рост 174 см, ЧСС 80 ударов в минуту, АД 120/92 мм рт.ст., печень + 1 см ниже края реберной дуги, селезенка не увеличена.

Дальнейшее наблюдение. Отмечал эпизоды трубчатого зрения и парестезии по всему телу. Повторных эпизодов моторной афазии и нарушений периферической иннервации не наблюдалось.

Круг заболеваний для дифференциального диагноза: наследственные тромбофилии, антифосфолипидный синдром, миелопролиферативные заболевания (истинная полицитемия, эссенциальный тромбоцитоз), атеротромбоз, кардиоэмболический инсульт (открытое овальное окно, нарушения ритма), пароксизмальная ночная гемоглобинурия.

Проводилось следующее обследование: активность антитромбина – 95 % (80-120%), активность протеина С – 133 % (70-150%), волчаночный антикоагулянт – отрицательный (<1,2), антитела к кардиолипинам М, G – отрицательные (< 10 GPL), мутация фактора V (Leiden) – не обнаружена, мутация гена фактора II (G90210A) – не обнаружена, уровень гомоцистеина 8,6 (5-15 мкмоль/л), уровень фактора VIII – 126% (50-150%)

Исследование сонных артерий, эхокардиография, холтеровское мониторирование ЭКГ – в норме.

Липидограмма: общий холестерин 5,2 ммоль/л, ХС ЛПНП 3,28 ммоль/л, ХС ЛПВП 1,42 ммоль/л, триглицериды 1,42 ммоль/л, мочевая кислота: 427 мкмоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: жировая дистрофия печени без признаков гепатоспленомегалии.

Пункционная биопсия костного мозга: клеточность соответствует верхней границе нормы, незначительная гиперплазия мегакариоцитарного и гранулоцитарного ростков. Кариотипирование – норма. Определение уровня эритропоэтина – 2,4 mIU/mL (2,6-18,5). Иммуноэлектрофорез белков, определение СРБ, уровень железа, витамина В12, фолатов, комплемента, антиядерных антител – в пределах нормы. Обнаружение мутации JAK V617F. Отсутствие перестройки с образованием гена bcr-abl. Проведенные данные свидетельствуют о наличии миелопролиферативного синдрома (эссенциальный тромбоцитоз или истинная полицитемия) без точного установления нозологии на момент исследования. Рекомендован прием препаратов аспирина в дозе 100 мг/сут с возможным пересмотром схемы лечения только при возникновении геморрагических проявлений, динамический контроль показателей крови для решения вопроса о лечении с помощью кровопусканий и/или применением препаратов гидроксимочевины (литалир).



В 2009 году повторно осмотрен гематологом. Установлен диагноз миелопролиферативного синдрома по типу истинной полицитемии с мутацией JAK V617F. Рекомендовано проведение кровопусканий в объеме 450 мл каждые 3 месяца (первое кровопускание в июле 2008 г, без осложнений). Продолжить прием аспирина в дозе 100 мг/сут.

В 2010 году в связи с эпизодами рецидивирующего выпадения полей зрения, нарастания тромбоцитоза ( $544-580-633 \times 10^9/\text{л}$ ), появления спленомегалии принято решение о назначении препаратов интерферона. Назначен интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный (Interferon alfa-2b) Лайфферон® (Lifferon) по 3 млн ЕД 2 раза в неделю. На фоне терапии интерферонами отмечался кожный зуд, однократный эпизод выпадения зрения. Состояние удовлетворительное. Клинических проявлений плеврального синдрома нет. Легкий кожный зуд при приеме душа.

Медиана выживаемости при истинной полицитемии без терапии составляла 1,5-3 лет и была продлена, как минимум, до 10-20 лет, при применении новых терапевтических средств. Флебэктомия обычно проводится для снижения гематокрита ниже 45% для мужчин и 42% женщин. Низкие дозы аспирина (75-81 мг в день) снижают риск различных тромботических осложнений, особенно после ишемических событий. Интерферон был нами применен с учетом вторичного тромбоцитоза ( $600 - 700 \times 10^9/\text{л}$ ) и молодого возраста (< 50 лет). Селективные JAK-ингибиторы (руксолитиниб) изучаются в клинических испытаниях.

Последующее наблюдение. Общий анализ крови (22.08.2014): Нб 150 г/л (130-160 г/л), тромбоциты  $355 \times 10^9/\text{л}$  ( $150-350 \times 10^9/\text{л}$ ), Нт 43,5% (<44%), лейкоциты  $7,2 \times 10^9/\text{л}$  ( $4-9 \times 10^9/\text{л}$ ). Биохимический анализ крови: мочевая кислота 0,3 ммоль/л (0,2-0,42 ммоль/л). Не отмечалось тромботических событий, плеврального синдрома, геморрагических явлений.

Средний возраст постановки диагноза составляет 60-65 лет – в нашем случае 37 лет.

Истинная полицитемия среди молодых: анализ 58 случаев, диагностированных до 40 лет: составляет примерно 5% всех случаев. Отличиями от пожилых пациентов являются: в дебюте – тяжелое течение, короткий интервал между первыми симптомами и постановкой диагноза и частый дебют в виде жизнеугрожающих осложнений. Тем не менее, после первоначальных осложнений, выживаемость высокая.

## **СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ Q-ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИНЫ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ТРОМБОФИЛИИ И ИДИОПАТИЧЕСКОГО ПНЕВМОФИБРОЗА**

Шиляева Н.В.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара, Россия  
rogdestvenskaja@rambler.ru

Введение. Инфаркт миокарда у пациентов молодого возраста является актуальной проблемой современной кардиологии. Кроме того, в последние годы меняется гендерная картина ИБС: все чаще инфаркт миокарда наблюдается у женщин. Наиболее сложным представляется ведение таких пациентов при коморбидных состояниях и тромбофилии.

Описание случая. Пациентка 42-х лет, при отсутствии таких факторов риска ИБС, как избыточная масса тела, табакокурение, отягощенный семейный анамнез, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на выраженную одышку, ощущение «нехватки воздуха», отеки нижних конечностей. В течение последней недели беспокоили

интенсивные боли в области сердца «давящего», «сжимающего» характера, сухой кашель. За медицинской помощью не обращалась. В течение последних 2-х дней усилилась одышка, появились отеки нижних конечностей. В день госпитализации - выраженная одышка в покое. Экстренно была доставлена в дежурный кардиологический стационар с клиникой отека легких и выраженной дыхательной недостаточностью. На ЭКГ: картина Q-инфаркта миокарда передней стенки, перегородки, верхушки, соответствующая подострому периоду; пароксизмальная наджелудочковая тахикардия. По данным ЭхоКГ: нарушение локальной сократимости с индексом снижения глобальной систолической функции 1,6. Фракция изгнания ЛЖ 25%. Систолическое давление в ЛА 34 мм.рт.ст. По данным рентгенографии органов грудной клетки: отек легких, на фоне которого вероятна двусторонняя пневмония. Кардиоферменты: тропонин Т 281 нг/л, КФК-МВ 39 Е/л. ОАК: лейкоциты  $15,8 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты  $423 \cdot 10^9$ /л. Учитывая клинику и ЭКГ-картину инфаркта миокарда давностью ~ 7 дней, было принято решение о консервативной тактике ведения пациентки. Лечение было назначено согласно рекомендациям по ведению пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

В дальнейшем было обнаружено повышение в сыворотке VIII и IX факторов, фактора Виллебранда. Пациентка получала процедуры плазмафереза, антикоагулянтную терапию, включающую эноксапарин 0,8 мг/сутки, а также двойную дезагрегантную терапию (клопидогрел 75 мг/сутки, препараты ацетилсалициловой кислоты 100 мг/сутки). Для определения дальнейшей тактики реваскуляризации миокарда на 21-й день госпитализации была проведена коронарная ангиография, по результатам которой был обнаружен стеноз ствола ЛКА 85%. Также учитывая жалобы и данные анамнеза (длительный, малопродуктивный кашель, одышку, отсутствие полного клинического эффекта от проводимой комбинированной антибактериальной терапии и муколитиков), результаты КТ органов грудной клетки (картина «матового стекла»), было высказано предположение о наличии у пациентки идиопатического фиброзирующего альвеолита.

Несмотря на сниженную фракцию выброса ЛЖ, сопутствующую тромбофилию и идиопатический пневмофиброз, с целью реваскуляризации миокарда было принято решение о проведении однососудистого АКШ после коррекции уровня факторов свертывания крови.

Заключение. Инфаркт миокарда у пациентов молодого возраста при отсутствии факторов риска ИБС может сочетаться с тромбофилией, что требует индивидуального междисциплинарного подхода к ведению таких пациентов. Коморбидные состояния, в нашем случае идиопатический пневмофиброз, осложняют течение и ухудшают прогноз.

## **ПОДОСТРЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ С ПОРАЖЕНИЕМ МИТРАЛЬНОГО И ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНОВ У ПАЦИЕНТА С АНЕВРИЗМОЙ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ И ПЕРЕНЕСЕННЫМ ГЕМОРАГИЧЕСКИМ ОНМК**

Шишкова А.В., Адонина Е.В., Дупляков Д.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический кардиологический диспансер».

[ann\\_shishkova lec@mail.ru](mailto:ann_shishkova lec@mail.ru)

Введение. Инфекционный эндокардит (ИЭ), осложненный деструкцией створок, требует своевременного оперативного лечения. Наличие сопутствующей патологии определяет необходимость индивидуального подхода к пациенту, в частности - определения этапности оперативного лечения.

Описание. Пациент К. 20 лет поступил 05.10.15 г. с жалобами на одышку при быстрой ходьбе, повышение температуры до 39° С, озноб, общую слабость. В анамнезе:

врожденная АВ блокада 2 степени; в 20-летнем возрасте по поводу преходящей АВ блокады 3 степени имплантирован электрокардиостимулятор (ЭКС) Effecta DR (24.07.15 г.); в августе 2015 г. появление жалоб на озноб, повышение температуры до фебрильных цифр, периодические головные боли. 06.09.15 г. с клиникой геморрагического ОНМК госпитализирован в неврологическое отделение; по КТ головного мозга – признаки субарахноидального кровоизлияния, по ЭХОКГ – впервые выявленная недостаточность 3 степени митрального и трикуспидального клапанов (МК, ТК); заподозрено наличие ИЭ, переведен в СОККД. Объективные данные при поступлении: состояние средней тяжести. Температура тела 36.70 С. Над легкими везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум недостаточности МК и ТК, ЧСС 90 в мин. Размеры печени, селезенки перкуторно не увеличены. Периферических отеков нет. Данные исследований: ОАК – Лейк-9.8\*10<sup>9</sup>/л, п-0%, с-85%, СОЭ 58 мм/ч; СРБ 43 ммоль/л; анализ крови на гемокультуру: рост микрофлоры не выявлен; чрезпищеводная ЭХОКГ – ФВ 71%, КДР 5.6 см, деструкция передней створки МК, недостаточность МК 3-4 степени, ТК с наложением мелких вегетаций, регургитация на ТК 3 степени, расчетное систолическое давление в правом желудочке 44 мм.рт.ст.; электроды ЭКС интактны. КТ головного мозга с контрастным усилением 07.10.15 г.: мешотчатая аневризма островковой части правой средней мозговой артерии (СМА). Клинический диагноз: Подострый инфекционный эндокардит с поражением МК, ТК. Деструкция передней створки МК. Недостаточность МК 3-4 степени. Недостаточность ТК 3 степени. Имплантированный ЭКС Effecta DR по поводу врожденной АВ блокады (24.07.15 г.). НИА. По NYHA II ФК. Аневризма правой средней мозговой артерии, холодный период. Перенесенное ОНМК по геморрагическому типу от 06.09.15 г. Обсуждение. Ввиду наличия двух конкурентных заболеваний, решение вопроса об этапности оперативного лечения обсуждался врачебным консилиумом. Проведение клапанной коррекции при наличии аневризмы правой СМА сопровождается повышенным риском возникновения периперационного ОНМК, а необходимость назначения антикоагулянтов после операции - повторного внутрочерепного кровотечения. Решено первым этапом провести клипирование аневризмы СМА, вторым – коррекцию клапанной патологии. За время госпитализации на фоне проводимого лечения (антибактериальная терапия, лечение сердечной недостаточности) состояние пациента стабилизировалось. В декабре 2015 г в отделении нейрохирургии пациент прооперирован по поводу аневризмы СМА, в ближайшее время планируется оперативное лечение клапанной патологии в СОККД. Заключение. Ведение пациента с наличием сочетанной патологии диктует необходимость коллегиального решения вопроса, последовательности в выполнении оперативного лечения.

## **CLINICAL CASE OF PATIENT WITH PERIMYOCARDITIS**

I.A. Starodubtseva  
NN Burdenko Voronezh State Medical University  
Voronezh, Russia  
[starodubtsevairina1@gmail.com](mailto:starodubtsevairina1@gmail.com)

**BACKGROUND:** Myocarditis can be triggered by a variety of different causes, many of which are infectious. Myocarditis is an inflammatory disease of the myocardium. As discussed below, the World Health Organization / International Society and Federation of Cardiology (WHO/ISFC) definition specifies diagnosis by established histological (Dallas criteria), immunological and immunohistochemical criteria. Myocarditis is a condition, that can have a very wide clinical spectrum ranging from asymptomatic forms to fatal disease, but mostly

presented as new onset heart failure with reduced left ventricular ejection fraction, with or without viral syndrome.

**CLINICAL CASE:** A male patient, 36 years of age, presented with severe pain in the chest radiating to the left side. Furthermore, he complained to have shortness of breath since 18.02.2014. Consequently the patient was admitted to the 3rd Medical Department with Cardiology, Wilhelminenhospital, Vienna, Austria.

The patient reported to have had viral respiratory infection 2 weeks ago. Since 2011 he was on oral anticoagulation therapy due to deep vein thrombosis. Among the cardiovascular risk factors smoking (20 cig per day) and alcohol abuse (3-4 doses/day) were the most prominent.

On auscultation the heart sounds were clear, rhythmic, tachycard, no murmurs. BP was 150/90 mm Hg. On auscultation of the lungs the sounds were normal. On palpation of the abdomen there was no pain, unremarkably, normal sounds, no resistance, liver was not enlarged, the percussion of the kidney was negative.

The ECG showed SR, HR 103 /min, revealed T waves in I and aVL, QRS 80 ms, PQ 140 ms. Transthoracal echocardiography left atrium slightly enlarged, slight insufficiency of mitral valve, hypertrophy of left ventricle (concentric). EF was 35%. There was some pericardial effusion (circumference), width expanded in the area of the right ventricle (10 mm end-diastolic). The pericardium looked thickened and rigid. Vena cava inferior was dilated with restricted respiratory caliber fluctuation (<50%).

According to MRI, the patient had a distinct myocarditis, with moderate concentric significant hypertrophy and pericardial effusion, bilateral pleural effusions low, as well as slightly reduced EF (40%).

X-ray of the chest did not show significant pathologies. One week later, left ventricle was enlarged, lung showed second degree hypervolemia, as well as small effusion bilateral.

Blood tests revealed elevation of cardiac biomarkers, i.e. CK, CK-MB, CK-MB rel., hs-Troponin I, NT-pro-BNP and LDH respectively. Lipid levels were increased as well: cholesterol, LDH-cholesterol. Moreover, leukocytosis with elevated sedimentation rate and C-reactive protein level, coexisting anemia. Autoimmune analysis and virology test did not reveal pathologic changes.

According to class 1 recommendation European Society of Cardiology in 2004 guidelines, the mainstay of therapy for acute pericarditis is NSAID. The goal of NSAID is to reduce pain and inflammation. Ibuprofen might be preferred because of its rare side effects, favorable impact on coronary artery blood flow and large dose range from 1200 to 1800 mg daily. Gastric protection is mandatory and should be commenced in all patients.

In this connection the patient was treated with ibuprofen 600 mg (x3 times per day), pantoloc 40 mg (x1/day), bisoprolol 5 mg (x1/day), lasix 40 mg (x1 per 2 days) ramipril 2,5 mg (x1/day), temesta 1 mg (x1/day).

Coronary angiography was normal, Ventriculography revealed features of acute perimyocarditis with a decreased EF 40%.

After stabilization the patient had repeated echocardiographic examinations with moderate dynamics: increase of EF from 35% to 58% and decrease of pericardial effusion from 10 mm to 5 mm.

During in-hospital period the patient's clinical condition improved, which was supported by normalization of laboratory tests: a decrease in the numbers of leukocytes, CRP, cardiac markers, Troponin I, NT-pro-BNP respectively.

The patient was discharged from the hospital with the recommendation to continue in hospital treatment at the same doses. The future plan is to control clinical, biochemical and echocardiography varieties in three weeks later.

## РАЗДЕЛ XII. МАСТЕР-КЛАССЫ ОТ МОЛОДЫХ КАРДИОЛОГОВ

### ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ. ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПРИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Анкудинов А.А. (Иркутск)

Рабочая группа Молодые Кардиологи



### ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ. ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПРИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЯХ

асс. кафедры пропедевтики  
внутренних болезней ГБОУ ВПО ИГМУ,  
врач терапевт, кардиолог ОГАУЗ ИГКБ №1, г. Иркутска

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



Анкудинов Андрей Сергеевич

- В 2012 году окончил Иркутский государственный медицинский университет.
- В 2013 – интернатура по специальности терапия, а так же повышение квалификации по специальности кардиология.
- В настоящий момент - очный аспирант третьего года обучения, тема: клинико-патогенетические взаимосвязи хронической сердечной недостаточности и остеоартроза.
- С 2014 года член группы «Молодые кардиологи» РКО. Постоянный участник ежегодных мероприятий проводимых РКО, в частности «Российские дни сердца», а так же ОССН: Конгресс «Сердечная недостаточность».



[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



На данный момент профессиональная деятельность осуществляется на базе ОГАУЗ ИГКБ №1 в отделениях неотложной кардиологии, зав. отделения - М.К. Образцова, а так же острого нарушения мозгового кровообращения, зав.отделения - к.м.н. Д.Л. Файзулина. Главный врач клиники – заслуженный врач РФ Л.А. Павлюк.

В 2014 году клиника отметила 75 лет со дня своего основания и на сегодняшний день является одним из крупнейших многопрофильных учреждений здравоохранения г. Иркутска



[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



На базе клиники располагается кафедра пропедевтики внутренних болезней Иркутского государственного медицинского университета, где ведется научно-преподавательская деятельность под руководством д.м.н., профессора А.Н. Калягина. ИГМУ в 2014 году отметил юбилей – 95 лет со дня возникновения, и занимает место одного из ведущих медицинских ВУЗов сибирского федерального округа, а так же учреждений высшего профессионального образования.

Ректор – д.м.н., профессор И.В. Малов



[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



## Цель мастер-класса

На сегодняшний день специалистами по проблеме хронической сердечной недостаточности накоплено огромное количество информации, которая требует времени для ее изучения.

Мастер класс представляет короткий обзор данных, применимых в повседневной практике врача терапевта и кардиолога, который позволит облегчить процесс верификации диагноза и назначения эффективного лечения.

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## План проведения

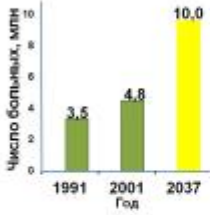
- Актуальность, распространенность. Социально-экономические аспекты проблемы хронической сердечной недостаточности.
- Диагностика. Медикаментозное лечение. Современные методы хирургических вмешательств.
- Представление результатов собственного исследования. Практические рекомендации
- Подведение итогов. Ответы на вопросы

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



## Основные направления мастер класса

### Эпидемиология хронической сердечной недостаточности в США



- 4,79 млн. больных; около 10 млн. в 2037!
- Частота новых случаев: около 550 000 в год!
- Распространенность 2% среди лиц 40-59 лет, до 10% среди лиц 70 и старше!
- Вексельная смертность в 6-9 раз выше, чем в общей популяции!

1. American Heart Association. 2002 Heart and Stroke Statistics Update. 2001.  
 2. Oates JB et al. J Am Geriatr Soc. 1997;45:276-278.  
 3. Vinelli C. CHF Data Part 1: Epidemiology. <http://www.ahajournals.org/healthpolicy/heartfailure/CHF.htm>.



\* American Heart Association. 2002 Heart and Stroke Statistics Update. 2001.  
 \*\* Vinelli C. CHF Data Part 1: Epidemiology. <http://www.ahajournals.org/healthpolicy/heartfailure/CHF.htm>.

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



## Основные направления мастер класса

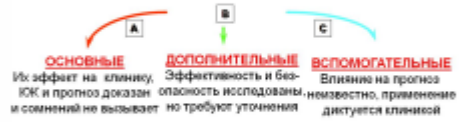
### Диагностика ХСН

- Современные стандарты. Использование гормонов (натрийуретические пептиды), маркеров фиброза (галектин-3)

### Терапия

- Аспекты терапии с позиции национальных рекомендаций. Возможности дополнительных препаратов (ПНЖК и др.)

### Препараты и средства для лечения ХСН



1. ИАПФ
2. БАБ
3. АРА II
4. Диуретики
5. Гликозиды
6. Альдактон

1. КРТ
2. Школы
3. Статины

1. ПВД (в т.ч. нитраты и амлодипин)
2. АА (амлодипин, соталол)
3. Антиагреганты
4. Антикоагулянты
5. Стероиды

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Основные направления мастер класса



[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Подведение итогов

- Мастер класс позволит участникам получить представление в виде пошаговой стратегии в области диагностики, медикаментозного лечения, определения показаний к хирургическому вмешательству в повседневной практике врача, как на стационарном так и амбулаторном этапах ведения пациентов

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

# ТЕРАПИЯ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА – ИЛИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПУТЬ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ УСПЕХУ

Белан И.А. (Краснодар)

Рабочая группа Молодые Кардиологи



## Терапия после прямой реваскуляризации миокарда – или терапевтический путь к хирургическому успеху

Кафедра кардиохирургии и кардиологии  
ФПК и ППС, ассистент Белан Инна Александровна

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

### РЕЗЮМЕ

Белан Инна Александровна, 29 лет  
Число, год рождения: 22.04.1985, 29 лет  
Семейное положение: замужем  
Постоянно проживает: г. Краснодар, ул. Им. Героя Аверкива А.А. 6 кв. 146  
Контактный телефон: 89286638541  
Электронная почта: [inneta-bel@yandex.ru](mailto:inneta-bel@yandex.ru)



Образование:  
2001-2007гг – Кубанский Государственный Медицинский Университет, факультет – лечебное дело  
2007-2008гг – Кубанский Государственный Медицинский Университет – клиническая интернатура по специальности: «Терапия»  
2008-2010гг – Кубанский Государственный Медицинский Университет – клиническая ординатура по специальности: «Кардиология»  
2012г – повышение квалификации: «Современная хирургия клапанной патологии сердца», «CoMeT» на базе ФГБУ «НЦ сердечно-сосудистой хирургии клапанной патологии сердца»  
2013г – повышение квалификации: «Современные педагогические технологии в формировании профессиональной компетентности преподавателя ВУЗа» на базе ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России  
2013г – повышение квалификации: «Функциональная и ультразвуковая диагностика в кардиологии» на базе ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России  
2013г – первичная переподготовка по специальности: «Ультразвуковая диагностика»  
2015г. – Институт экономики и управления в медицинской и социальной сфере, факультет психологии и социальной работы, защита магистерской диссертации по специальности: «Клиническая психология»  
2015г – Кубанский Государственный Медицинский Университет – повышение квалификации по специальности: «Кардиология»

Работа:  
Кафедра кардиохирургии и кардиологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, ассистент  
ГБУЗ «НИИ – КИБ №1 им. проф. Очаповского С.В.» Министерства здравоохранения Краснодарского края, врач-кардиолог кардиохирургического отделения №2

Зав. кафедрой, научный руководитель: Барбухатти К.О., д.м.н., главный кардиохирург Краснодарского края

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

Краснода́р (до 1920 года — Екатеринода́р) — город на юге России, расположенный на правом берегу реки Кубани, на расстоянии 120—150 километров от Чёрного и Азовского морей, в 1340 км от Москвы, 1068 км от Рязани



Административный центр Краснодарского края. Крупный экономический и культурный центр Северного Кавказа и Южного федерального округа, центр историко-географической области Кубань.



Краевая клиническая больница №1 обеспечивает оказание любого вида специализированной медицинской помощи от рутинных методик диагностики и лечения до медицинской помощи с применением высокотехнологичных методов с использованием наукоемких технологий диагностики и лечения при сложных заболеваниях.

С 5 декабря 2014 года ГБУЗ ККБ№1 носит название ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 имени профессора С.В.Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края. Новый статус крупнейшее медицинское учреждение Юга России получило благодаря комплексной организации работ научно-исследовательского и методического характера, активному внедрению в лечебно-диагностический процесс самых передовых технологических разработок



## ГБУЗ НИИ «ККБ №1 им. проф. С.В. Очаповского»

### Кардиохирургическое отделение №2

Отделение начало функционировать 19 декабря 2002 года.

**Барбухатти Кирилл Олегович** - Заведующий отделением, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой кардиохирургии и кардиологии ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета, главный кардиохирург Краснодарского Края.

В 2002-2014 гг. в КХОН №2 выполнено около 60 тыс. кардиохирургических операций, из них – более 20 тыс. с искусственным кровообращением. Около 40 тыс. пациентов прооперированы с применением малоинвазивных методик.

В лечебном учреждении оказывается полный спектр кардиохирургической помощи, как в плановом, так и в экстренном порядке. Накоплен уникальный опыт хирургического лечения целого ряда заболеваний, в том числе при низкой сократительной способности миокарда и больших размерах полостей сердца. ККБ №1 занимает 3-е место в России по числу кардиохирургических операций на открытом сердце с применением искусственного кровообращения, 3-е место по числу коронароангиопластик, 2-е место по количеству проводимых аорто-коронарных шунтирований.

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



Кубанский государственный медицинский университет основан в 1920 году, и по сей день является одним из старейших вузов Кубани и ведущих медицинских вузов России. в 1982 году в составе Кубанского медицинского института был организован факультет усовершенствования врачей (ФУВ). Факультет включал в себя только кафедры терапии и стоматологии.

Структура и состав факультета в достаточной мере удовлетворяют потребность практического здравоохранения в высококвалифицированных кадрах. В составе факультета функционируют 23 кафедры. Все подразделения имеют соответствующие профилю специальностей клинические базы. Это ведущие лечебно-профилактические учреждения федерального, краевого и городского уровней. Работа факультета основана на максимальном приближении последипломного образования к месту работы специалистов.

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)





## Цели и актуальность мастер-класса



Продолжается рост хирургических способов лечения ИБС

- ССЗ в 2014 году составили 19,6% всей заболеваемости взрослого населения страны
- Число проведенных АКШ увеличилось на 4,9% по сравнению с 2013 г.,
- В связи с чем вопросы реабилитации пациентов после АКШ становятся все более актуальными

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



## План проведения:

- Краткая информация о ИБС, статистика, эпидемиология,
- Актуальность
- Основные показания к АКШ
- Этапы реабилитации
- Клинические примеры
- Собственное исследование
- Практические рекомендации по ведению пациентов после АКШ

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Основные направления мастер-класса



### Реабилитация:

- ▣ Физическая
- ▣ Психологическая
- ▣ Медикаментозная

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

### Задачи психологической реабилитации:



- ❖ установление психологического контакта,
- ❖ определение типа личностного реагирования на предстоящую операцию,
- ❖ психологическая подготовка к ней (последняя предусматривает беседы хирургов, анестезиологов, кардиологов с больным об особенностях и целях хирургического вмешательства, течения послеоперационного периода, дальнейшего лечения и реабилитации.
- ❖ такие беседы можно проводить как индивидуально, так и с группами больных в форме вопросов и ответов.

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Цели медикаментозного лечения:



- Предупреждение осложнений периоперационного периода
- Купирование осложнений периоперационного периода
- Повышение эффективности функционирования различных типов шунтов (артериальных, венозных), в т.ч. после их пластики
- Вторичная профилактика ИБС – воздействие на корректируемые факторы риска (АГ, СД, уровень холестерина и др.)

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Подведение итогов

### Проблемы в кардиореабилитации



- Недостаток оптимальных программ восстановительного лечения пациентов после операции реваскуляризации миокарда;
- Низкая доступность для пациентов центров физической реабилитации;
- Отсутствие финансирования программ реабилитации;
- Нежелание кардиологов рассказывать об необходимости кардиореабилитации;
- Пациенты не всегда охотно участвуют в таких программах, мотивируя это отсутствием финансовых и временных возможностей
- Устранение этих проблем может значительно улучшить течение послеоперационного периода

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Алгоритм базовой сердечно- легочной реанимации и автоматической наружной дефибрилляции (BLS & AED)

Об авторе: Газенкамф Андрей Александрович, к.м.н.,  
врач анестезиолог – реаниматолог, асс. Кафедры  
анестезиологии и реаниматологии ИПО КрасГМУ им.  
Проф. В.Ф. Войно – Ясенецкого, инструктор курсов  
BLS&AED Европейского совета по реанимации.

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



31 год. Женат, воспитываю дочь.  
С 2009г. – врач анестезиолог  
реаниматолог отделения  
нейрореанимации Краевой  
клинической больницы г. Красноярск.  
2013г – защита кандидатской  
диссертации в Новосибирском  
государственном медицинском  
Университете.  
С 2013г. Организатор и инструктор  
курсов Европейского совета по  
реанимации базовой СЛР в г.  
Красноярске.

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

**Красноярск – центр Сибири, город с богатой культурой, прекрасной природой, мощной промышленностью.**



РОССИЙСКОЕ  
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ  
ОБЩЕСТВО



[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

**Красноярский государственный медицинский институт им. Проф. В.Ф. Войно – Ясенецкого - великие традиции, научная школа, прогрессивное студенчество.**



РОССИЙСКОЕ  
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ  
ОБЩЕСТВО



[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



РОССИЙСКОЕ  
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ  
ОБЩЕСТВО

Исход реанимационных мероприятий зависит, прежде всего, от раннего начала оказания помощи и от качества проводимых мероприятий.

Каждый из нас может оказаться в ситуации, когда именно от наших действий будет зависеть жизнь другого человека.

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



РОССИЙСКОЕ  
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ  
ОБЩЕСТВО

1. Вводная лекция.
2. Практика на манекене (непрямой массаж сердца, искусственное дыхание).
3. Работа на манекене с автоматическим наружным дефибриллятором.
4. Дополнительная лекция (для врачей) по расширенным реанимационным мероприятиям.

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



## Правильная диагностика остановки сердца.



[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Качественное проведение компрессий грудной клетки.



[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



## Работа с автоматическим наружным дефибрилятором.



[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



По окончании курса, Вы будете  
уверены в том, что сможете  
качественно провести сердечно-  
легочную реанимацию  
пострадавшему в любой ситуации.

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## МАСТЕР-КЛАСС

# Современная концепция ведения пациентов с фибрилляцией предсердий

**Долгинина Светлана Игоревна**

г. Самара

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Автор мастер-класса

**Долгинина Светлана Игоревна**

2007 – окончила Самарский государственный  
медицинский университет  
2008 - клиническая интернатура по терапии  
2009-2011- клиническая ординатура по  
кардиологии  
2008 - врач-кардиолог Самарского областного  
клинического кардиологического диспансера  
2012 - аспирантка кафедры кардиологии и  
сердечно-сосудистой хирургии ИПО СамГМУ  
2015 - первичная специализация по  
рентгеноваскулярной диагностике и лечению



[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Несколько слов о Самаре..



РОССИЙСКОЕ  
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ  
ОБЩЕСТВО



➤ Самара, красивейший город, исторически расположившийся на берегу реки-матушки Волги в 1586г. по указу царя Федора Иоанновича

➤ В Самаре самая красивая и длинная в России речная набережная и самая большая площадь в Европе – площадь им. Куйбышева

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



## Несколько слов о Самаре..

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)





## Самарский областной клинический кардиологический диспансер

С 1976 г - крупнейшее в области медицинское учреждение, которое занимается лечением и профилактикой заболеваний сосудов и сердца

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



Возглавляет Самарский кардиоцентр доктор медицинских наук профессор Хохлунов Сергей Михайлович



Проблемами нарушений ритма сердца в СОККД занимаются с 1976 года под руководством профессора Виктора Петровича Полякова



ФЕДЕРАЛЬНОЕ  
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ  
ЦЕНТРАЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



- В 2012г открыто отделение сложных нарушений ритма и имплантации ЭКС, возглавляемое ученицей профессора В.П. Полякова, Натальей Всеволодовной Лапшиной
- Опытной бригадой хирургов в отделении выполняются все виды аритмологических операций, имплантации ЭКС, в том числе CRT и дефибрилляторов

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Актуальность мастер-класса

**Фибрилляция предсердий (ФП) – эпидемия XXI века**

**ФП ассоциируется с увеличением смертности, частоты инсульта и повышением риска развития сердечной недостаточности**

**Современная антиаритмическая и антикоагулянтная терапия улучшает прогноз**

**Интервенционное лечение является одним из способов достижения полного излечения пациента с ФП и улучшения качества жизни**

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



## Основные направления мастер-класса



- 1) Выделить основные пусковые механизмы ФП
- 2) Обсудить интересные моменты классификации ФП
- 3) Разобрать клинические ситуации и возможные схемы ведения пациентов
- 4) Отбор на интервенционное лечение
- 5) Дискуссия и интерактивное голосование

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ: ЭПИДЕМИЯ XXI ВЕКА. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ. ПРИНЦИПЫ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ

Ефимова О.И. (Самара)

Рабочая группа Молодые Кардиологи



## Выбор антикоагулянтной терапии у больных ФП в соответствии с индивидуальными особенностями пациента

**Ефимова О.И.**

Врач – кардиолог неврологического отделения для больных с ОНМК

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



### **Ефимова Оксана Игоревна** **г. Самара**

В 2007г. окончила лечебный факультет Самарского государственного медицинского университета.

В 2011г. прошла профессиональную переподготовку по специальности кардиология.

С 2012г. работает в должности врача-кардиолога неврологического отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения Самарской областной клинической больницы им. В.Д.Середавина.

В 2013-2014гг. принимала участие в разработке электронной образовательной платформы по неотложной кардиологии в рамках проекта ESC e-learning platform.

В составе команды «Самарские кардиологи» заняла второе место в конкурсе «Битва эрудитов» среди молодых кардиологов в 2014г.

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

### **ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им В.Д.Середавина»**



Это одно из крупнейших в Поволжье государственное многопрофильное медицинское учреждение.

Это целый медицинский город. Достаточно сказать, что в СОКБ В.Д.Середавина 53 специализированных отделения, штат сотрудников – более 3 тысяч человек

СОКБ им. В. Д. Середавина в 2013 году исполнилось 105 лет со дня основания. В этом солидном возрасте клиническая больница развивается и живет в постоянном поиске новых оптимальных для пациентов видов диагностики и лечения.

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Ключевые моменты мастер-класса:

- **Инсульт – наиболее частое и тяжелое осложнение фибрилляции предсердий**
- **Риск инсульта остается большим вне зависимости от того, пароксизмальная это форма или постоянная, и высок также при бессимптомной форме фибрилляции предсердий**

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Триада Вирхова:

- **Стаз крови**
- **Гиперкоагуляция**
- **Дисфункция эндотелия**



[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Риск тромбообразования:

### Анатомические особенности ушка ЛП

- Узкая конусовидная форма
- Неровность внутренней поверхности (гребенчатые мышцы и мышечные трабекулы)

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Открытие варфарина:

1933г.

Wisconsin  
Alumni  
Research  
Foundation

COUMARIN



В 1941г. *Karl Paul Link* успешно выделил антикоагулянтный фактор, который изначально нашел свое коммерческое применение как крысиный яд. Варфарин, на сегодняшний день один из самых широко применяемых лекарственных средств в мире.

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Кабинет антикоагулянтной терапии



Контроль  
эффективности  
и безопасности  
антикоагулянтной  
терапии



Scardio

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Новые антикоагулянты



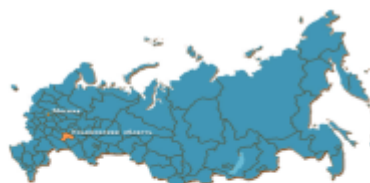
[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Основные направления мастер-класса:

- Обмен опытом
- Разбор клинических примеров
- Обсуждение

### **ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Ефремова Е.В. (Ульяновск)



## **Мастер класс «Приверженность к лечению больных с сердечно- сосудистой патологией»**

Доцент кафедры терапии и профессиональных болезней, к.м.н.  
Ефремова Елена Владимировна

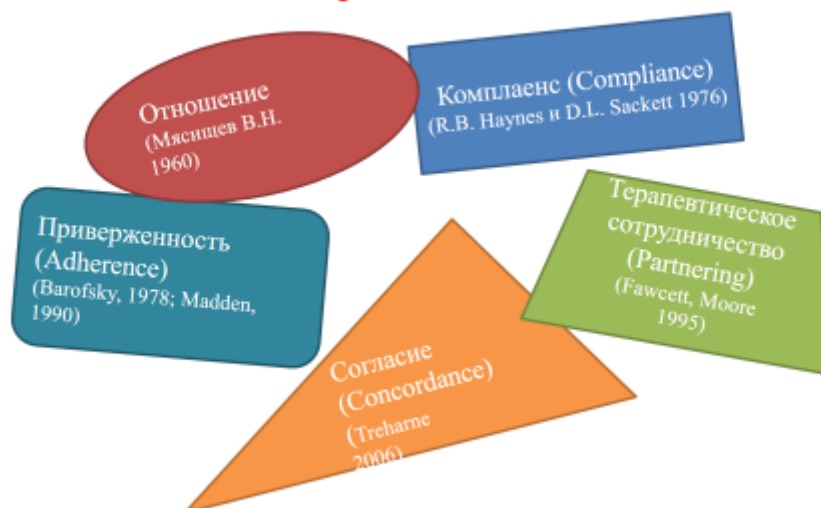
Рязань, 2016



## Актуальность проблемы

- Обозначается актуальность проблематики, подтверждается положительное прогностическое значение удовлетворительной приверженности к лечению:
- Низкая приверженность к лечению хронических заболеваний является «мировой проблемой огромной значимости» (ВОЗ, 2003)
- Низкая приверженность пациентов к лечению является одной из основных причин прогрессирования и сохраняющегося высокого уровня смертности больных с сердечно-сосудистой патологией
- Известно, что только 50% пациентов, имеющих хронические заболевания, привержены к лечебным рекомендациям, в то же время высокая приверженность к лечению достоверно положительно влияет на выживаемость пациентов, имеющих хронические заболевания.

## Терминология. История изучения. Определение



Раскрываются вопросы истории изучения, терминологии и определения приверженности к лечению согласно рекомендациям ВОЗ.

## Методы исследования приверженности к лечению

Методы, используемые в повседневной практике (полуструктурированное клиническое интервью; Опрос пациента с помощью специальных тестов («Мориски -Грин-Левине», MGL и т.д.)

- Данная часть представляет собой практическую демонстрацию методик с примерами заполнения анкет участниками мастер-класса
- Ознакомление с методами исследования приверженности к лечению, используемыми в клинических исследованиях с практическими советами для молодых исследователей, планирующих изучение приверженности в своих работах

<i>Причины нерегулярного приема/отказа от терапии</i>	<i>Опросник Мориски-Грина</i>
Не всегда могу купить препарат в аптеке	1). Забывали ли Вы когда-либо принять препараты? Забывал-0, Не забывал-1;
Считаю, что лечиться не нужно	2). Относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств? Да-0, Нет-1;
Забываю принять препарат	3). Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо? Пропускаю-0, не пропускаю-1;
Не хочу принимать препарат постоянно	4). Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием? Пропускаю-0, Не пропускаю-1.
АД нормализовалась, поэтому прекратил прием препаратов	
Иногда пропускаю время приема, а прием в другое время неудобен	
Врач по м/ж изменил препараты	
Родные посоветовали уменьшить количество принимаемых таблеток	
Появилась аллергическая реакция	
Отказ от терапии без указания причины	

## Факторы, определяющие приверженность к лечению

- факторы, связанные с терапией
- факторы, связанные с больным, т.е. с его личностью и заболеванием,
- факторы, связанные с врачом
- факторы связанные со средой

В данной части мастер класса разбираются группы факторов, влияющих на приверженность к лечению, и даются практические рекомендации для улучшения приверженности к терапии кардиологических больных

**Изменение деятельности врача как метод  
повышения приверженности терапии**

Разбираются возможности врача для улучшения приверженности к лечению

**Изменение отношения пациента к болезни и к  
организационным мероприятиям с целью  
повышения приверженности терапии**

Разбираются личностные особенности пациента, влияющие на приверженность к лечению и практические возможности врача для повышения приверженности к терапии  
(Практическая часть)



Pablo Picasso, Vase de fleurs, 1943



Pierre-Auguste Renoir,  
Anemones - 1909

## Обучение пациентов

- ✓ Образовательной беседы с больными на каждом визите, регулярные телефонные контакты, интерактивное обучение
- ✓ Проведение Школ по АГ, ХСН и т.д.
- ✓ Участие пациентов в консультациях, семинарах, тренингах
- ✓ Информационные интернет-порталы, «горячие линии»
- ✓ Приложения в телефоне



**Одно из условий выздоровления – желание выздороветь.**

Луций Анней Сенека (младший)

**И самое лучшее лекарство не поможет больному, если он отказывается его принять**

М. Сервантес



## Докладчик мастер класса



### **Ефремова Елена Владимировна**

- доцент Ульяновского государственного университета;
- кандидат медицинских наук;
- Руководитель регионального общества молодых кардиологов, секретарь регионального отделения РКО (г.Ульяновск)
- Сертификаты по специальностям "Терапия", "Кардиология", "Ультразвуковая диагностика", "Нефрология";
- 50 печатных работ, из них 14 в журналах из перечня ВАК;
- член секции «молодые кардиологи», «эхокардиография», ЕОК, РНМОТ (секции «молодые терапевты», «коморбидность»), Секции молодых ученых Национального Интернет Общества специалистов по внутренним болезням, Клуба аритмологов России, Ульяновского общества кардионефрологов; ежегодное участие в конкурсах молодых ученых РКО, РНМОТ, ОССН. Победитель конкурса журнала "Сердце" ОССН (2014г.). Финалист конкурса «УМНИК», победитель конкурса «СТАРТ» (2015);
- участие в битве эрудитов (капитан команды «Вальсальва», «Симбирцит»- 2 место 2015г.);
- участие в организации проведения школ РНМОТ по коморбидности в г.Ульяновске;
- область практических и научных интересов связана с комплексным изучением коморбидности и приверженности к лечению у кардиологических больных

## ПАЦИЕНТ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМ КАРДИОСТИМУЛЯТОРОМ: ЧТО ГОВОРИТ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММА?

Любимцева Т.А. (Санкт-Петербург)

### **МАСТЕР-КЛАСС БУДЕТ ПРОВОДИТЬ**

*Любимцева Тамара  
Алексеевна*



*Врач-кардиолог отделения  
рентгенохирургического лечения  
сложных нарушений ритма и  
электрокардиостимуляции  
Северо-Западного Федерального  
Медицинского  
Исследовательского  
Центра имени В.А. Алмазова*

### **Мастер-класс для молодых кардиологов:**



**«Пациенты с  
имплантируемыми  
кардиостимуляторами:  
что говорит  
электрокардиограмма?»**



### **МЕСТО И ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ МАСТЕР- КЛАССА**

#### **Предварительная программа:**

- Основные понятия электрокардиостимуляции
- Режимы электрокардиостимуляции и их отражение на электрокардиограмме
- Основные нарушения в работе электрокардиостимуляторов и их картина на электрокардиограмме
- Новые типы электрокардиостимуляторов
- Разбор клинических случаев
- Дискуссия



## ОСНОВЫ ГРАНТРАЙТИНГА. ГРАНТЫ ДЛЯ СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

Малиновская Н.А. (Красноярск)

Рабочая группа Молодые Кардиологи		
 <p><b>Малиновская Наталья Александровна</b></p> <p>доктор медицинских наук, профессор кафедры биологической химии с курсами медицинской, фармацевтической и токсикологической химии КрасГМУ, автор 161 публикации, в том числе 2 патентов РФ, 8 статей в зарубежных журналах, 45 в центральных журналах ВАК, руководитель (грант в рамках конкурса индивидуальных проектов молодых ученых ККФПН и НТД, внутривузовский грант КрасГМУ 2010 года в рамках НОЦ «Кардиоваскулярный», конкурс Совета по грантам Президента РФ по государственной поддержке молодых российских ученых - кандидатов наук в 2012 году, проект МК-6907.2012.7) и исполнитель ряда грантов, заместитель руководителя НОЦ «Молодежная наука»</p>	  <p>ГБОУ ВПО "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ"</p> <p><b>НОЦ «Молодежная наука»</b></p>  <p>Контакты НОЦ «Молодежная наука»:</p> <p>660022, Россия, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1, каб. 3-02 тел. 8 (391) 212-53-85 e-mail: molodezhnayanauka@mail.ru <a href="http://krasgmu.ru/index.php?page[common]=dept&amp;id=2093">http://krasgmu.ru/index.php?page[common]=dept&amp;id=2093</a> <a href="http://noc-molodezhnaya-nauka-krasgmu.ru">noc-molodezhnaya-nauka-krasgmu.ru</a></p> <p>Рязань, 2016</p>	 <p>Мастер-класс <b>«Основы грант- райтинга. Гранты для студентов и молодых ученых»</b></p> <p><a href="http://www.scardio.ru">www.scardio.ru</a></p>

## ПОДГОТОВКА ПРЕЗЕНТАЦИИ ДЛЯ НАУЧНОГО ДОКЛАДА

Малиновская Н.А. (Красноярск)

Рабочая группа Молодые Кардиологи		
 <p><b>Малиновская Наталья Александровна</b></p> <p>доктор медицинских наук, профессор кафедры биологической химии с курсами медицинской, фармацевтической и токсикологической химии КрасГМУ, автор 161 публикации, в том числе 2 патентов РФ, 8 статей в зарубежных журналах, 45 в центральных журналах ВАК, руководитель и исполнитель ряда грантов, руководитель свыше 60 докладов студентов и молодых ученых, занявших призовые места на конференциях регионального и всероссийского уровней, заместитель руководителя НОЦ «Молодежная наука» КрасГМУ</p>	  <p>ГБОУ ВПО "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ"</p> <p><b>НОЦ «Молодежная наука»</b></p>  <p>Контакты НОЦ «Молодежная наука»:</p> <p>660022, Россия, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1, каб. 3-02 тел. 8 (391) 212-53-85 e-mail: molodezhnayanauka@mail.ru <a href="http://krasgmu.ru/index.php?page[common]=dept&amp;id=2093">http://krasgmu.ru/index.php?page[common]=dept&amp;id=2093</a> <a href="http://noc-molodezhnaya-nauka-krasgmu.ru">noc-molodezhnaya-nauka-krasgmu.ru</a></p> <p>Рязань, 2016</p>	 <p>Мастер-класс <b>«Подготовка презентации для научного доклада»</b></p>  <p><a href="http://www.scardio.ru">www.scardio.ru</a></p>



## НАУКОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ОЦЕНКЕ РАБОТЫ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ. РАБОТА С СОВРЕМЕННЫМИ БАЗАМИ ДАННЫХ И СОЗДАНИЕ АККАУНТОВ И ПРОФИЛЕЙ МОЛОДОГО УЧЁНОГО

Медведева Е.А. (Самара)

### МАСТЕР-КЛАСС



Медведева Елена Александровна

*ассистент кафедры  
пропедевтической терапии СамГМУ,  
к.м.н., врач-кардиолог, врач  
функциональной диагностики*

«Наукометрические показатели в оценке работы молодых учёных»

«Работа с современными научными библиотеками и базами данных. Создание аккаунтов и профилей молодого учёного»

«Подготовка тезисов, устных и постерных презентаций для представления на международных конгрессах»

## АНОМАЛИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Намитоков А.А. (Краснодар)

Рабочая группа Молодые Кардиологи



## Аномалии коронарных артерий у взрослых: клиника, диагностика, лечение

**Намитоков А.М.,**  
НИИ ККБ №1, им. проф. С.В. Очаповского, г.  
Краснодар

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Алим Муратович Намитокوف



**2004-2010 гг.** – ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», присуждена квалификация: Врач по специальности «Лечебное дело»

**2010-2012 гг.** – Клиническая ординатура по специальности «Кардиология» на кафедре кардиохирургии и кардиологии ФПК и ППС КубГМУ

**с 2012 г.** – врач-кардиолог Кардиологического отделения №3 «НИИ-Краевая клиническая больница №1 им. Проф. С.В. Очаповского» (г. Краснодар)

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

Краснодар – столица Кубани.  
Город, в котором почти круглый год тепло и 120  
км до моря



[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



**НИИ "Краевая клиническая больница #1 им. Проф. С.В. Очаповского" - ведущее лечебное учреждение края.**

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



**Кардиохирургическая служба ККБ - одна из ведущих в стране.**

- реваскуляризация миокарда методом ЧКВ и АКШ в режиме 24/7
- коррекция врожденных и приобретенных клапанных пороков сердца
- имплантации ЭКС и радиочастотные абляции
- трансплантации сердца.

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



## Актуальность

РОССИЙСКОЕ  
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ  
ОБЩЕСТВО

- ❑ Пациенты с аномалиями коронарных артерий редко попадают к "взрослым" кардиологам, так как чаще всего подобные пороки при их гемодинамической значимости оперируются в детском возрасте.
- ❑ Однако, практика показывает, что нередко случаи обращения с аномалиями коронарных артерий и в возрастной категории "18+".
- ❑ Редкая встречаемость, отсутствие яркой клинической картины и неспецифичность симптомов существенно затрудняют диагностику и лечение таких больных.

### Цель МК:

Осветить ключевые моменты в подходах к ведению пациентов с различными врожденными аномалиями венечных артерий.

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



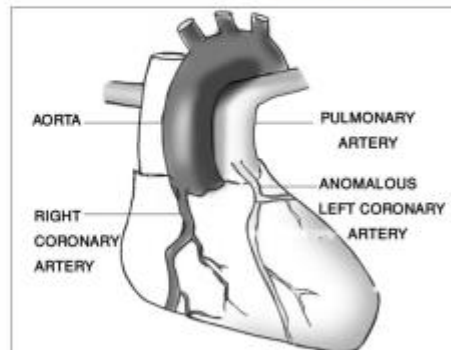
РОССИЙСКОЕ  
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ  
ОБЩЕСТВО

## План проведения

- ❑ Освещение литературных данных
- ❑ Представление клинических случаев
- ❑ Обсуждение
- ❑ Обмен опытом

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

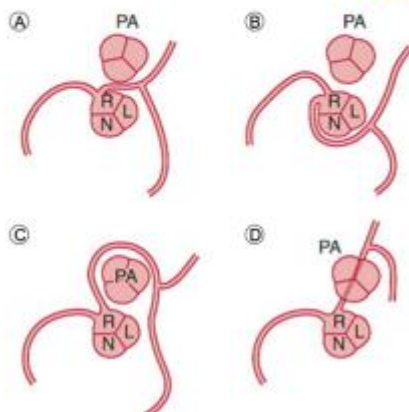
## Основные направления мастер- класса



### Синдром Бланда-Уайта-Гарланда

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Основные направления мастер- класса



### Различные аномалии отхождения коронарных артерий

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)





- Интерактивное общение всех участников мастер-класса
- Решение ситуационных задач и ответы на вопросы про аномалии коронарных артерий

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Подведение итогов:

По результатам интерактивного  
конкурса – памятные призы  
ПОБЕДИТЕЛЮ

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)





## САМ СЕБЕ ВРАЧ

### Об авторе:

**Ротарь Оксана Петровна**  
заведующая НИЛ Эпидемиологии  
неинфекционных заболеваний ФГБУ «СЗФМИЦ  
им В.А. Алмазова» Минздрава России, к.м.н.,  
магистр наук эпидемиологии

При поддержке  
Антигипертензивной Лиги

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Автобиография

### Ротарь Оксана Петровна



Окончила Кишиневский Государственный Университет Медицины и Фармации имени Николая Тестимичану по специальности лечебное дело в 2002 году. С 2002 по 2003 год обучалась в интернатуре по специальности терапия на базе факультетской терапии СПбГМУ им. И.П. Павлова. С 2003 по 2005 год обучалась в ординатуре по кардиологии на базе НИИИК им. В.А. Алмазова. Диссертационная работа «Ремоделирование сердца и функция эндотелия у больных с артериальной гипертензией, ожирением и синдромом обструктивного апноэ/гипопноэ во сне» была успешно защищена в октябре 2007 г., в настоящее время работает над диссертацией на соискание степени д.м.н.

С 2009 г. заведующая научно-исследовательской лаборатории «Эпидемиологии неинфекционных заболеваний», совмещает с клинической работой кардиологом в консультативно-диагностическом центре СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова.

С 2012 по 2014 гг. проходила обучение в Магистратуре по клинической эпидемиологии в NINES (Netherland Institute for Health Science – Нидерландский Институт Науки о Здравье), Эразмус Университет, Нидерланды.

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Зачем это нам?

### Цели и актуальность мастер-класса

Как мы знаем, помимо прогресса высокотехнологичных методов лечения в медицине, одним из важных факторов успешного лечения кардиологических больных является взаимопонимание врача и пациента. Вопросы эффективного взаимодействия доктор-пациент, преодоления инертности врачей и повышения приверженности пациента волнуют кардиологов всего мира.

При поддержке Антигипертензивной Лиги мы решили представить коллекцию наиболее часто встречающихся МИФОВ и ЗАБЛУЖДЕНИЙ, которые встречаются в среде пациентов и врачей, и предположить наиболее пути их развенчивания и профилактики возникновения у пациентов.

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## План проведения

- Частые заблуждения в области коррекции поведенческих факторов риска
- Мифы и реалии в области симптомов, диагностики и назначения препаратов
- Мифы в области приема лекарственных препаратов
- Советы и секреты преодоления низкой комплаентности

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



- Мифы и заблуждения частично будут представлены в виде карикатур
- Будут предоставлены способы преодоления и предотвращения заблуждений
- Планируется собрать мифы от врачей, которые готовы поделиться своим опытом в этой области

## Планируемое объявление на сайте РКО

- Ждем примеры мифов, недопонимания и искажения информации, которые Вы встречаете в своей клинической практике или слышали от своих коллег. Они будут представлены во время форума молодых кардиологов в Рязани 17-18 марта 2016.
- Примеры "мифов" о лечении присылайте автору курса Ротарь Оксане Петровне по адресу [rotar@almazovcentre.ru](mailto:rotar@almazovcentre.ru).

## *М а с т е р - к л а с с*

### *Основы медицинской статистики. Принципы создания математических моделей*

**Рубаненко Анатолий Олегович**

г. Самара

## *Рубаненко Анатолий Олегович*



- 2008 – с отличием окончил Самарский государственный медицинский университет
- 2008-2010 – клиническая ординатура по терапии
- 2010-2013 – очная аспирантура по внутренним болезням
- 2011 год - специализация по функциональной диагностике
- с 2013 года – ассистент кафедры пропедевтической терапии СамГМУ, врач функциональной диагностики
- кандидат медицинских наук
- дважды лауреат Самарского областного конкурса «Молодой ученый» в номинациях «аспирант» и «кандидат»
- лауреат исследовательского регионального гранта РФФИ
- лауреат премии молодым ученым и конструкторам





## *Ах Самара городок...*



## Самарский государственный медицинский университет



- Организован в 1919 году
- В настоящее время насчитывает 11 факультетов и 80 кафедр
- Функционируют 7 НИИ

## Руководство СамГМУ



➤ Ректор СамГМУ – академик РАН, лауреат Государственной премии России, дважды лауреат премии Правительства России, заслуженный деятель науки России, Почетный доктор Пироговского центра, член правления Российского союза ректоров, председатель Совета ректоров вузов Самарской области, член Коллегии и Президиума Научного совета Минздрава России, вице-президент Ассоциации травматологов-ортопедов России, член Высшего совета Всероссийской политической партии «Единая Россия», почетный гражданин Самарской области, доктор медицинских наук, профессор **Геннадий Петрович Котельников**



➤ Первый проректор – проректор по учебно-воспитательной и социальной работе, заслуженный работник высшей школы РФ, доктор медицинских наук, профессор **Юрий Владимирович Щукин**



➤ Проректор по научной и инновационной работе, лауреат премии губернатора Самарской области, доктор медицинских наук, профессор **Игорь Леонидович Давыдкин**

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Актуальность мастер класса

- **Медицинская статистика - важнейший раздел предмета общественное здоровье и здравоохранение**
- **Качество статистических работ зависит от сбора, передачи, обработки и представления информации, что необходимо учитывать при статистическом анализе**
- **В настоящее время без знаний медицинской статистики невозможно спланировать, организовать и провести ни одно клиническое исследование, а также внедрить в клиническую практику лекарственный препарат или новый метод лечения**



[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



## Основные направления мастер - класса



- Основные понятия медицинской статистики
- Этапы статистической обработки данных
- Выбор статистического метода анализа данных
- Понятие о математическом моделировании в медицине
- Принципы создания математических моделей
- Выбор оптимального способа создания математических моделей
- Принципы оценки качества математических моделей в медицине

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АРИТМИЙ

Селезнев С.В. (Рязань)



## Дифференциальная диагностика аритмий

Мастер-класс

Селезнев Сергей Владимирович, ассистент кафедры госпитальной терапии Рязанского государственного медицинского университета, врач отделения неотложной кардиологии Областного клинического кардиологического диспансера, г. Рязань

17 МАРТА

15:10-15:30

## Вы узнаете:

- ▶ Основные причины и механизмы возникновения аритмий
  - ▶ Какие аритмии требуют неотложного вмешательства
  - ▶ Всегда ли желудочковая экстрасистолия требует лечения
  - ▶ Основные виды наджелудочковых тахикардий
  - ▶ Фибрилляция предсердий. Когда стоит бороться за синусовый ритм.
  - ▶ Прогностическая значимость желудочковой тахикардии
  - ▶ Всегда ли антиаритмики приносят пользу
- ... и еще много интересного

## ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

Селезнев С.В. (Рязань)



## Острый коронарный синдром

Мастер-класс

Селезнев Сергей Владимирович, ассистент кафедры госпитальной терапии Рязанского государственного медицинского университета, врач отделения неотложной кардиологии Областного клинического кардиологического диспансера, г. Рязань

17 МАРТА

14:35-15:00

## Вы узнаете

- ▶ Острый коронарный синдром: зачем придуман такой диагноз?
- ▶ Как помочь пациенту с болями в грудной клетке на догоспитальном этапе и в стационаре
- ▶ Всегда ли подъем ST ЭКГ опаснее депрессии сегмента ST?
- ▶ Некоронарогенные причины интенсивных болей в грудной клетке
- ▶ Тромболизис и чрескожное коронарное вмешательство: плюсы и минусы
- ▶ Коронарное шунтирование при остром коронарном синдроме ... и еще много интересного

### **МОЛОДОЙ КАРДИОЛОГ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ. АНАЛИЗ ЕВРОПЕЙСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ВНЕСЕРДЕЧНЫМ ОПЕРАЦИЯМ, ИХ ПРОТИВОРЕЧИЯ И ПРИМЕНЕНИЕ НА ПРАКТИКЕ**

Скалецкий К.В. (Краснодар)

Рабочая группа Молодые Кардиологи



### **Молодой кардиолог в многопрофильном стационаре – обсуждение современных рекомендаций по внесердечным хирургическим вмешательствам**

**Скалецкий К.В.**

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

### Скалецкий Константин Владимирович г. Краснодар



В 2010г. окончил Российский Государственный медицинский университет (г. Москва)

С 2012г - врач-кардиолог Кардиологического отделения №3 «НИИ - Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В.Очаповского» (г.Краснодар)

2012г – 2015г – аспирант кафедры Терапии №1 ФПК и ППС Кубанского Государственного медицинского университета

В составе команды «Кардиодесант» (г.Краснодар) победитель конкурса «Битва эрудитов» среди молодых кардиологов в 2015г.

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

### ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 имени профессора С.В.Очаповского»



ККБ №1 создавалось как первое лечебное учреждение в истории края, открытое в 1816г. как казачий Войсковой госпиталь.

На сегодняшний день НИИ-ККБ№1 крупнейшая современная клиническая больница Юга России

За год в учреждении выполняется более 50 000 операций.

Консультативная поликлиника ежегодно принимает более 530 000 пациентов.

В состав НИИ-ККБ№1 входят следующие центры – грудной хирургии и кардиологии, нейрохирургии и неврологии, травматолого-ортопедический, ожоговый, уро-нефрологический, терапевтический и другие.

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



## Актуальность

- В Европе проводится около 19 млн операций в год, среди них 30% пациенты с повышенным сердечно-сосудистым риском
- В мире суммарно при хирургических вмешательствах смертность составляет около 1,5%, из них более 42% - кардиологические причины
- Кардиолог в многопрофильном стационаре ежедневно сталкивается с большим количеством больных с патологией различных органов и систем и обязан «узнать в лицо» пациента с высоким сердечно-сосудистым риском.
- Актуальность темы подтверждает факт выхода обновленных рекомендаций в 2014г по внесердечным операциям как европейского, так и американского общества кардиологов.

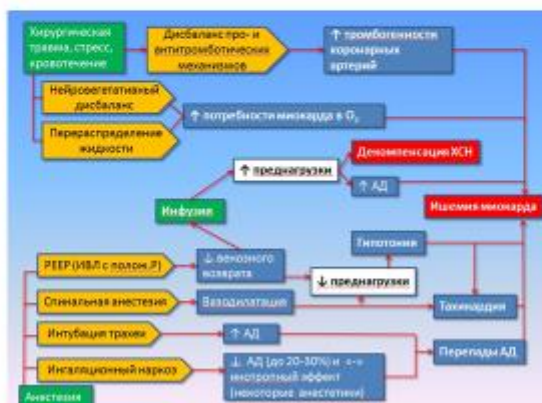
[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## План проведения

- Краткий обзор Европейских рекомендаций по внесердечным операциям 2014г.
- Сравнение Европейских и Американских рекомендаций 2014г.
- Обсуждение противоречий в рекомендациях.
- Обмен опытом.

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Основные направления мастер-класса: Патофизиологические аспекты развития кардиальных осложнений



www.scardo.ru

## Основные направления мастер-класса: Сравнение Европейских и Американских рекомендаций 2014г.



**2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management**

The Joint Task Force on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Anaesthesiology

**2014 ACC/AHA Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Management of Patients Undergoing Noncardiac Surgery: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines**

Lee A. Fleisher, Kavita E. Fleischmann, Andrew D. Auerbach, Susan A. Brennan, Joshua A. Beckman, Bryklyn Beckler, Victor G. Dzavits-Rotman, Marie D. Gerber-Helmans, Thomas A. Holly, Garvan C. Kane, Joseph E. Marone, M. Timothy Nelson, Crystal C. Spencer, Anastasios Theodorou, Henry H. Tang, Barry F. Uretsky and Daniela N. Wegerstaed



## Основные направления мастер-класса:

### Обмен опытом



[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## ПРАКТИЧЕСКАЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЯ: ОТ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ К СОВРЕМЕННЫМ ВОЗМОЖНОСТЯМ МЕТОДА

Суркова Е.А. (Самара)

### **МАСТЕР-КЛАСС БУДЕТ ПРОВОДИТЬ:**

**Суркова Елена Александровна**



к.м.н., доцент кафедры  
пропедевтической терапии  
Самарского государственного  
медицинского университета,  
врач кардиолог, врач ФД  
Research Fellow  
Dpt of Cardiac, Thoracic and  
Vascular Sciences,  
University of Padua, Italy

Мастер-класс для  
молодых кардиологов:

**«Практическая  
эхокардиография:  
от основных  
принципов к  
современным  
возможностям  
метода»**



**МЕСТО И ВРЕМЯ  
ПРОВЕДЕНИЯ МАСТЕР-  
КЛАССА:**

**Предварительная  
программа  
мастер-класса:**

- Основные принципы и режимы эхокардиографии;
- Обязательные и дополнительные эхокардиографические доступы и позиции;
- Рекомендованный протокол эхокардиографического исследования (ASE/EACVI);
- 3D-эхокардиография: современные возможности, принципы получения и обработки изображения;
- Оценка деформации миокарда;
- Разбор клинических случаев;
- Дискуссия и вопросы аудитории.

## ПРИНЦИПЫ ПЛАНИРОВАНИЯ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ В РАМКАХ ГРАНТОВОЙ ПОДДЕРЖКИ

Суркова Е.А. (Самара)

### **МАСТЕР-КЛАСС БУДЕТ ПРОВОДИТЬ:**

**Суркова Елена Александровна**



к.м.н., доцент кафедры пропедевтической терапии Самарского государственного медицинского университета, врач кардиолог, врач ФД

Research Fellow  
Dpt of Cardiac, Thoracic and Vascular Sciences,  
University of Padua, Italy

2015 ESC Research and EACVI Training Grants' winner

Мастер-класс для молодых кардиологов:

### **«Принципы планирования и осуществления проектов в рамках грантовой поддержки»**



### **МЕСТО И ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ МАСТЕР-КЛАССА:**

#### **Предварительная программа мастер-класса:**

- Основные типы грантов – как сделать правильный выбор;
- Основные грантовые программы и фонды в сфере кардиологии;
- Ключевые этапы планирования и написания заявки на грант;
- Возможные ошибки и подводные камни;
- Грантовый период и формы отчетности;
- Дискуссия и вопросы аудитории.

## ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ. А ВРАЧ КОГДА ПОДОЙДЕТ?

Таняшина А.С. (Казань)

**«А врач когда подойдёт?»  
или  
Трудные вопросы в общении с  
пациентами**

Таняшина А.В.  
Врач-кардиолог  
ГАУЗ РТ БСМТТ, г.Наб.Челны;  
Казанский ГМУ  
2015

## Об авторе:

- Окончила лечебный факультет Казанского ГМУ в 2011г с красным дипломом, интернатуру по специальности «Терапия», ординатуру по специальности «Кардиология» на базе Казанского ГМУ.
- 2,5 года работала в кардиологическом отделении ГАУЗ МКДЦ - это большой межрегиональный центр в Казани, проводящий ведение как экстренных, так и плановых кардиологических пациентов с использованием консервативной терапии, при необходимости - ЧКВ и коронарного шунтирования. В последние полгода работаю в отделении платных услуг при ГАУЗ РТ БСМП г. Набережные Челны.
- Я проходила стажировки в Австрии и в Уганде, пишу диссертацию под руководством д.м.н., проф. Галявича А.С. на тему развития хронической болезни почек у пациентов с ЭП и артериальной гипертензией.



## Зачем это нам?

- Ответы на многие вопросы, касающиеся непосредственно общения с пациентом, приходят лишь с опытом, и их не преподают в университетах. В итоге, молодой врач оказывается в неутешительном положении - чтобы научиться грамотному общению с пациентом, ему нужно повзрослеть лет на 40 и «набраться опыта». Но разве так должно быть? Вместе мы постараемся на основе анализа литературы, опыта старших коллег и личного опыта выяснить правильные модели поведения врача в различных ситуациях.
- Кроме того, чтобы поставить диагноз, нам нужна информация. Но получить от пациента информацию бывает не так-то просто. На мастер-классе мы попробуем выработать методику поведения с пациентами, которая поможет более полному сбору анамнеза и осмотру, а также поможет выявить сопутствующую психологическую патологию. Диагноз, который мы ставим, должен быть полным. Но часто мы не учитываем психическое состояние пациента. Не учитываем, что уровень депрессии у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, выше, чем среди онкологических больных и ВИЧ-инфицированных, а ведь именно депрессия - одна из основных причин суицида. Так от чего лечить пациента? «Я хочу убить себя, я не хочу жить», - говорит пациент. Шутит он, или уже наметил дату самоубийства? Что делать врачу?
- На эти и другие вопросы мы постараемся ответить вместе.





На следующих слайдах - вопросы, которые будут обсуждаться на мастер-классе.

Анализ каждой ситуации включает: обзор литературы, рекомендаций для врачей в России и за рубежом, комментарий психолога и старших коллег (опрос будет проведен автором заранее), общение со слушателями. Все точки зрения будем подкреплять научными данными.



## В шутку:

- Какая Вы молодая, наверно, еще учитесь?
- А врач когда подойдёт?
- Девушка, дайте телефончик!



## Почти серьёзно:

- Я Вам не верю.
- Я не говорю по-русски!
- Бранные слова в речи пациента



## Совсем всерьёз.

- Я не хочу жить.
- Депрессия и прочие психические заболевания у кардиологических пациентов – как распознать и как бороться?
- Как выявить склонность к суициду?
- Как сообщить о неутешительном прогнозе заболевания?
- Любящие: боль утраты. Горе или депрессия?



## Подведение итогов



### **СОВРЕМЕННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ. ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ. СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА**

Тимешова Т.А. (Тверь)

Рабочая группа Молодые Кардиологи



### **мастер-класс: «ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ПРАВЫХ КАМЕР СЕРДЦА»**

Мастер-класс проводит  
Тимешова Татьяна Юрьевна



[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)





**Тимешова Татьяна**  
врач-кардиолог,  
врач ультразвуковой диагностики,  
кандидат медицинских наук;  
член Российского  
кардиологического общества,  
Российского аритмологического  
общества,  
Российской ассоциации  
сердечно-сосудистых хирургов,  
European Society of Cardiology,  
EACVI HIT (silver member 2016);  
председатель Тверского  
регионального отделения  
рабочей группы «Молодые  
кардиологи»

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Об авторе



РОССИЙСКОЕ  
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ  
ОБЩЕСТВО



Тимешова Татьяна Юрьевна в 2007 году с отличием закончила лечебный факультет Тверской государственной медицинской академии

2007-2009 гг- обучение в клинической ординатуре ГБОУ ВПО Тверская ГМА, специальность «терапия»

2009-2012 гг- обучение в аспирантуре (ГБОУ ВПО Тверская ГМА)

2010 г.- профессиональная переподготовка по специальности «кардиология», ГБОУ ВПО Тверская ГМА

2012 г- защита кандидатской диссертации под руководством д.м.н., профессора Е.С. Мазура

2010 г- ТУ «Холтеровское мониторирование ЭКГ и АД в лечении сердечно-сосудистых заболеваний», ГОУ ВПО Спб ГМА им. Мечникова (72 ч)

2010 г.- ТУ «Современные принципы организации и оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом», НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова (72 ч, на рабочем месте в блоке интенсивной терапии)

2011 г.- ТУ «Актуальные вопросы аритмологии, актуальные проблемы суточного [www.scardo.ru](http://www.scardo.ru) мониторирования ЭКГ», НИИ кардиологии им.



РОССИЙСКОЕ  
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ  
ОБЩЕСТВО



2012 г - КПК «Современные принципы организации и оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом», ФГБУ РКНПК МЗиСР РФ (72ч)

2012 г- КПК «Клиническая электрофизиология, интервенционная и хирургическая аритмология», ФГБУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» РАМН (72 ч.)

2012 г- профессиональная переподготовка по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», ГБОУ ВПО Тверская ГМА

2013 г.- профессиональная переподготовка по специальности «ультразвуковая диагностика», ГБОУ ВПО Тверская ГМА

2013 г- КПК «Чреспищеводная и эндокардиальная электрокардиостимуляция, ведение больных с имплантированными устройствами», ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», (72 ч.)

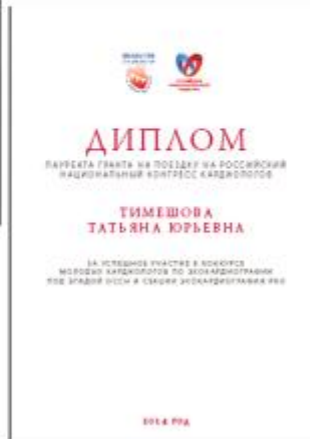
2014 г- «Клиническая эхокардиография», цикл общества специалистов по сердечной недостаточности, 144 ч .

2015 г- КПК «Чреспищеводная и эндокардиальная электрокардиостимуляция, ведение больных с имплантированными устройствами», ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», (72 ч.)

2015 г- 19 external CME credits for participation in the EuroEcho-Imaging 2015 (Seville, Spain)

[www.scardo.ru](http://www.scardo.ru)

## Награды



2014 г- тревел-грант Российского кардиологического общества за успешное участие в конкурсе молодых кардиологов по эхокардиографии под эгидой ОССН и секции эхокардиографии РКО (Казань, устный доклад)

2014 г- тревел- грант Российского кардиологического общества, участие во II Всероссийском форуме молодых кардиологов (Москва)

2015 г-благодарность ГБУЗ ТО «ОКБ» за многолетний плодотворный добросовестный труд в связи с празднованием Дня медицинского работника

2015 г- тревел-грант Российского кардиологического общества за успешное участие в конкурсе молодых кардиологов по эхокардиографии под эгидой ОССН и секции эхокардиографии РКО (устный доклад, Москва)

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



*С 2009 г. Тимешова Т.Ю. является сотрудником*

ГБУЗ Тверской области «Областная клиническая больница», кардиохирургическое отделение, Г. Тверь, Петербургское шоссе, д.105; gbuz-okb-tver.ru.

**Руководитель учреждения-**

главный врач Сергей Евгеньевич Козлов, кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии, врач-хирург высшей категории; один из самых грамотных и эффективных менеджеров Тверской области

Областная клиническая больница является ведущим многопрофильным лечебно-профилактическим учреждением Тверской области, центром оказания высокотехнологичной и специализированной поликлинической и стационарной помощи населению и организационно-методическим центром для ЛПУ города и районов области.



[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)





Кардиохирургическое отделение является структурным подразделением Тверской областной клинической больницы и предназначено для оказания высокотехнологичной специализированной лечебно-диагностической и хирургической помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, как в случае плановой, так и экстренной госпитализации. В настоящее время это наиболее динамично развивающееся подразделение Тверской ОКБ, в котором выполняется широкий спектр диагностических и высокотехнологичных хирургических вмешательств: маммарокоронарное, аортокоронарное аутоартериальное/аутовенозное шунтирование с применением метода искусственного кровообращения; маммарокоронарное, аортокоронарное аутоартериальное/аутовенозное шунтирование на работающем сердце; резекция постинфарктных аневризм левого желудочка; закрытие дефекта межпредсердной перегородки; удаление внутрисердечных опухолей сердца; хирургическое лечение экссудативных перикардитов; операции на брахиоцефальных артериях, хирургическое лечение брадиаритмий. Возглавляет отделение высококвалифицированный, непрерывно совершенствующий свои знания сердечно-сосудистый хирург Анохин Алексей Владимирович.

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Цели и актуальность мастер класса

**Сегодня, за исключением редких случаев тяжелого приобретенного поражения правых отделов и выраженной врожденной патологии, правый желудочек часто оказывается «забыт».**

**Вместе с тем, это не просто «камера сердца с низким давлением».**

**Оценка геометрии и функции правого желудочка представляет актуальность в современной клинической практике.**

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Цели мастер класса:

Привлечь пристальное внимание к морфофункциональному состоянию правых камер сердца, что может дать ценные диагностические сведения для объяснения симптомов и объективных находок.

Адекватная оценка структурно-функциональных особенностей правого желудочка имеет большое прогностическое значение в плане стратификации риска при ряде состояний, таких как левожелудочковая недостаточность, врожденные пороки сердца, легочная гипертензия, тромбоэмболия ветвей легочной артерии, аритмогенная дисплазия правого желудочка, хронические обструктивные заболевания легких и пр., а также может позволить более эффективно осуществлять динамическое наблюдение за течением заболевания и более адекватно оценивать эффективность лечения.

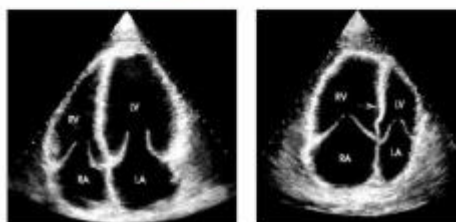
[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## План проведения мастер-класса

- особенности анатомии правых камер сердца
- количественные методы оценки размеров правых камер сердца и систолической функции правого желудочка
- современные методы оценки давления в малом круге кровообращения
- демонстрация клинического случая: миксома редкой локализации- трикуспидального клапана с ремоделированием правых отделов сердца

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

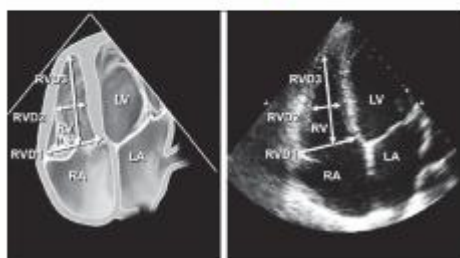
## Основные направления мастер-класса



вопросы  
нормальной и  
патологической  
анатомии и  
физиологии  
правых камер  
сердца

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Основные направления мастер-класса



A

B

эхокардиография  
в оценке  
структуры и  
функции правых  
отделов сердца

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



## Основные направления мастер-класса



собственное клиническое наблюдение:  
ремоделирование правых камер сердца на фоне миксомы трикуспидального клапана

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



## Мастер-класс поможет



- ✓ повысить профессиональные навыки
- ✓ разобраться в многообразии диагностических предложений в оценке правых камер сердца
- ✓ научиться получать максимальную клиническую информацию при использовании эхокардиографии в оценке правых камер сердца

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИАГРЕГАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

**Автор:**

**к.м.н. Усачева Елена Владимировна**

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



Усачева Елена Владимировна –  
доцент кафедры пропедевтики  
внутренних болезней Омского  
государственного медицинского  
университета, кандидат  
медицинских наук.

По совместительству –  
кардиолог стационара БУЗ ОО  
«Городская клиническая  
больница №1 им. Кабанова  
А.Н.».

Профессиональные интересы:  
ишемическая болезнь сердца,  
кардиоваскулярная  
профилактика

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



**Кандидатская диссертация** защищена в 2006 г. по теме «**Диагностика и медикаментозная коррекция нарушений сосудисто-тромбоцитарного гемостаза в восстановительном периоде крупноочагового инфаркта миокарда**».

Победитель конкурса внутривузовских грантов ОмГМУ (2014).

Победитель конкурса и ответственный соисполнитель гранта РГНФ (2015).



Имею 50 научных публикаций,  
10 учебных пособий для студентов,  
1 методические рекомендации для врачей.

По основному месту работу преподаю дисциплину  
**ПРОПЕДЕВТИКА  
ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**





Научная деятельность осуществляется в ОмГМУ – одном из старейших вузов Сибири (дата основания 1920 год)

**Омский государственный медицинский университет** сегодня является одним из крупнейших медицинских вузов сибирского региона и России в целом. Образовательная деятельность университета подтверждена Сертификатом соответствия системы менеджмента качества требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2008 (ИСО 9001:2008). По результатам официальных и независимых экспертиз ОмГМУ неизменно, из года в год, входит в число 100 лучших вузов России

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

**Город Омск** — один из крупнейших городов России. Столица Сибирского казачьего войска. Город удостоен почётного звания «Город трудовой славы». Является городом-миллионником. В Омске проходит единственный в России Сибирский международный марафон, удостоенный бронзовым знаком [IAAF Road Race](#). Население — 1 173 854 человек (2015). Город является вторым по численности населения в Сибири и восьмым в России.



[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



**БУЗОО «Городская клиническая больница  
№1 имени А.Н. Кабанова»**

основана для оказания жителям Омска специализированной медицинской помощи в 1983 году. За период ее работы был обустроен круглосуточный стационар на 723 койки, дневной стационар на 130 мест, пять реанимационных отделений на 48 мест.

Поликлиническое отделение омской городской клинической больницы №1 рассчитано на 570 плановых посещений. Фактическая посещаемость пациентов превышает норму в два раза и составляет 1040 посетителей за сутки.

В омской городской клинической больнице №1 имени А.Н. Кабанова оказывается широкий спектр медицинских услуг: доврачебная, амбулаторно-поликлиническая, стационарная медицинская помощь.



[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Цели и актуальность мастер-класса

В связи с широким применением новых антиагрегантов у врача появляется возможность выбора препарата, при этом каждое решение должно быть обоснованным. Рассматриваемая тема позволит рассмотреть вопрос обоснования выбора антиагреганта с учетом тяжести заболевания, наличия сопутствующей патологии, результатов лабораторных тестов.



[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## План проведения

1. Лекция-презентация, представляющая современные данные по освещаемому вопросу.
2. Дискуссия с участниками о существующих методах оценки эффективности антиагрегационной терапии.
3. Представление информации о светооптическом методе оценки эффективности антиагрегационной терапии (прибор Биола, РФ).
4. Имитация практической деятельности в виде деления участников на три группы, каждая из которых получает дидактический материал, клинический случай и задание, которое необходимо самостоятельно выполнить (назначить и оценить эффективность антиагрегационной терапии).
5. Дискуссия по результатам самостоятельной работы.
6. Итоги.

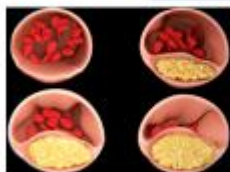
[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Основные направления мастер-класса

Выделить основные направления  
антитромбоцитарной терапии



Определить категории пациентов,  
нуждающихся в исследовании агрегационной  
активности тромбоцитов



Овладеть интерпретацией агрегатограмм

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



Результатом данного мастер-класса будет теоретическая база, описывающая современные направления антиагрегационной терапии, знания о методах определения эффективности антитромбоцитарной терапии, которые могут быть внедрены в практическое здравоохранение.

Проведение мастер-класса позволит овладеть методом обоснованного выбора антиагреганта у пациентов с ишемической болезнью сердца с учетом тяжести заболевания, наличия сопутствующей патологии и результатов светооптической агрегатометрии.

## ПЕРИКАРДИТЫ: ОТ РЕКОМЕНДАЦИЙ К РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Филиппов Е.В. (Рязань)

**МАСТЕР-КЛАСС БУДЕТ  
ПРОВОДИТЬ ПРОВОДИТЬ:**

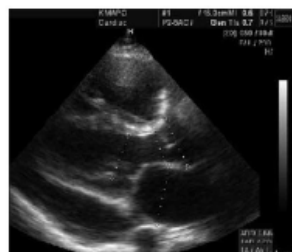


**Филиппов Евгений  
Владимирович**

Кандидат медицинских наук,  
доцент кафедры госпитальной  
терапии РязГМУ, врач-кардиолог  
Областного клинического  
кардиологического диспансера

**Мастер-класс для  
молодых кардиологов:**

**«Перикардиты: от  
рекомендаций к  
реальной  
клинической  
практике»**



**МЕСТО И ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ  
МАСЕР-КЛАССА:**

**На мастер-классе  
слушатели ждет:**

Оценка Европейских  
рекомендаций с позиций  
реальной клинической  
практики.

Разбор клинических случаев.

## ПРИБРЕТЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА У ВЗРОСЛЫХ. ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ



## Диагностика и тактика ведения пациентов с приобретенными пороками сердца

**Франц Мария Валерьевна**

Ханты-Мансийск

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



**Франц Мария Валерьевна,**

окончила Сибирский государственный медицинский университет, лечебный факультет в 2004 г. по специальности «лечебное дело». 2004 – 2005 гг. – интернатура по терапии на базе МУЗ «Городская больница» г. Стрежевого, Томской области.

2005 – 2007 гг. – врач кардиолог в кардиологическом отделении МУЗ «Городская больница» г. Стрежевого, Томской области.

2008 - 2014 гг - врач кардиолог кардиохирургического отделения БУ ХМАО-Югры «Окружная клиническая больница» г. Ханты-Мансийска.

С 01.01.2015 г – заведующая консультативным отделением №2 КДП (амбулаторной кардиологической службой) БУ ХМАО-Югры «Окружная клиническая больница» г. Ханты-Мансийска.

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

- Город Ханты-Мансийск расположен в Западной Сибири на берегу реки Иртыш, является административным центром Ханты-Мансийского автономного округа — Югры.
- Это историческая родина небольших по численности народностей: ханты, манси, ненцы. Сегодня эти коренные малочисленные народы составляют 2% всего населения округа или около 30 тыс. человек.
- Годом основания Ханты-Мансийска принято считать 1637 г. Однако официальный статус города Ханты-Мансийск получил лишь в 1950 году. В 60-е годы XX века Ханты-Мансийск начал активно развиваться как база геологоразведчиков и центр нефтяного края.
- А с начала 2000-х годов этот город стал известен на весь мир как спортивный центр высоко уровня и место проведения различных соревнований по биатлону, в том числе чемпионатов мира.

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



## *В мастер классе будут освещены следующие моменты:*

- рассмотрены кратко этиология и патофизиология наиболее часто встречаемых приобретенных пороков митрального и аортального клапанов;
- ЭхоКГ-критерии постановки диагноза согласно последним европейским рекомендациям;
- будут рассмотрены клинические случаи с подробными иллюстрациями ЭхоКГ и интраоперационными фотографиями;
- тактика ведения пациентов с механическими и биологическими протезами.

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## **НА ПРИЕМЕ ПАЦИЕНТ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ТАКТИКА ВРАЧА-КАРДИОЛОГА И ТЕРАПЕВТА (ИНТЕРАКТИВНЫЙ МАСТЕР-КЛАСС)**

Черняева М.С. (Красноярск)

Рабочая группа Молодые Кардиологи



## **ИНТЕРАКТИВНЫЙ МАСТЕР-КЛАСС**

**"На приеме пациент  
с сердечно-сосудистой патологией  
и с тревожно-депрессивными  
расстройствами:  
тактика врача кардиолога и терапевта"**

асс. Черняева  
Марина Сергеевна

Рязань, 2016

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



## Черняева Марина Сергеевна

- Врач терапевт, ассистент кафедры поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО, ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России», г. Красноярск;
- Октябрь 2015г. защита диссертационной работы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему «Особенности метаболизма тромбоцитов и прогнозирование сердечно-сосудистых катастроф у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST и тревожно-депрессивными расстройствами»;
- Более 50 печатных работ из них 25 перечня ВАК, 4 в зарубежных журналах, 1 патент ;
- Устных докладов более чем на 30 научно-практических конференциях и семинарах, в том числе городских, краевых, Российских и международных.



[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Кардиологическое отделение КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича», г. Красноярск



- больница на 1000 коек
- отделение на 50 коек
- ПИТ на 21 койку

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)





## АКТУАЛЬНОСТЬ



**Сегодня:** доказано высокое влияние психосоциальных факторов на кардиоваскулярный риск и прогноз!

**Проблема:** недооценка и незнание методов выявления психосоциальных факторов!

**Цель мастер-класса:** освоить современные методы диагностики, принципы профилактики и лечения расстройств аффективного спектра у больных кардиологического профиля.

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ



- знакомство с аудиторией (интерактив);
- разбор клинического случая (интерактив);
- современное состояние проблемы;
- диагностика расстройств аффективного спектра (интерактив: работа с раздаточным материалом);
- патофизиологические механизмы стресса, тревоги и депрессии;
- методы медикаментозной и немедикаментозной коррекции данных состояний;
- обратная связь (устно/анкета).



[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



## КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ



- Распространенность тревожно-депрессивных расстройств среди кардиологических больных от 40 до 60%;
- по данным ВОЗ, при сохранении существующих демографических тенденций к 2020 году депрессия выйдет на второе место после ишемической болезни сердца по числу утраченных лет полноценной жизни;
- доказано высокое влияние аффективных расстройств на кардиоваскулярный риск и прогноз;

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ



- Клинические проявления депрессии, тревоги, личностных особенностей пациентов затрудняют первичную диагностику и профилактику ССЗ;
- важно знать современные методы диагностики, принципы профилактики и лечения расстройств аффективного спектра у больных кардиологического профиля;
- необходимо освоить тактику ведения кардиологического пациента с учетом его психологического статуса.

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ



➤ Участники овладели тактикой ведения пациента с учетом его психологического статуса;

➤ Сформирована мотивация к саморазвитию и к самообучению.



[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Чулков В.С. (Челябинск)

Рабочая группа Молодые Кардиологи



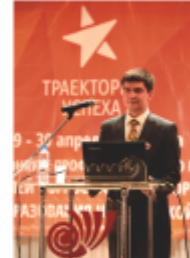
## СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

**Чулков Василий Сергеевич,**  
доцент кафедры факультетской терапии  
Южно-Уральского государственного медицинского  
университета (г. Челябинск)

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Резюме

- Доцент кафедры факультетской терапии ГБОУ ВПО ЮУГМУ
- Консультант городского отдела патологии гемостаза на базе МБУЗ «Городская клиническая больница № 11» г. Челябинска
- Член городского и областного перинатального консилиумов г. Челябинска
- Член общероссийской общественной организации «Российское кардиологическое общество»
- Член Российского научного медицинского общества терапевтов
- Секретарь Челябинской областной общественной организации врачей-терапевтов
- Победитель конкурса молодых ученых IX Национального конгресса терапевтов (г. Москва) в 2014 году
- Автор 95 научных публикаций
- Индекс Хирша – 7



[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Челябинск



Челябинск - единственный мегаполис, в котором не бывает пробок



Озеро Тургояк один из самых чистых водоемов на нашей планете



С погодой в этом городе все не стабильно. Зимой здесь бывает до -40, а летом бывало и +42



В Челябинской области можно встретить много названий городов Европы: Париж, Берлин, Лейпциг

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Цели и актуальность мастер-класса

**ЦЕЛЬ:** систематизировать знания у молодых врачей кардиологов о сердечно-сосудистых заболеваниях при беременности

**АКТУАЛЬНОСТЬ:** сердечно-сосудистые заболевания занимают основное место в структуре экстрагенитальной патологии у беременных, составляя около 80%, и до сих пор являются одной из ведущих причин материнской и перинатальной смертности, имея четкую тенденцию к увеличению.

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## План проведения

1. Разбор физиологических особенностей сердечно-сосудистой системы у беременных
2. Вопросы безопасности лекарственных препаратов при заболеваниях сердечно-сосудистой системы
3. Тактика ведения беременных с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, нарушения ритма и проводимости, пороки сердца)

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Основные направления мастер-класса (на примере артериальной гипертензии у беременных)

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

### Начало медикаментозной терапии

#### > 140/90 мм рт. ст.:



- предшествующая гипертензия с поражением органов-мишеней
- наложение преэклампсии на предшествующую гипертензию
- гестационная гипертензия без протеинурии (если развивается до 28 недель)
- гестационная гипертензия с протеинурией

#### > 150/95 мм рт. ст.:

- в остальных случаях

The Task Force for the Management of AH of ESH/ESC.  
Eur Heart J. 2013

## Исследование CHIPS: сравнение уровня контроля АД при АГ беременных



Исходы	ДАД < 100 мм рт. ст. (n=497)	ДАД < 85 мм рт. ст. (n=490)	ОР (95% ДИ)
Первичная точка (гибель плода или новорожденного в первые 28 суток), %	31,4	30,7	1,03 (0,78-1,36)
Вторичная точка ( $\geq 1$ серьезное материнское осложнение < 6 недель), %	3,7	2,0	1,74 (0,79-3,84)
Частота тяжелой АГ (160/110), %	40,4	27,5	1,78 (1,35-2,36)

L.A.Magee et al. Arch Dis Child Neonatal Ed 2014;99:A5-A6

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Фармакологическое лечение беременных с АГ



- 1. Метилдопа** (категория В)
2. Лабеталол (категория С)
- 3. Антагонисты кальция** (категория С)
  - **Нифедипин**
  - **Исрадипин**
  - **Амлодипин**
- 4.  $\beta$ -адреноблокаторы**
  - **Метопролол** (категория С)
  - **Небиволол** (категория С)
  - **Бисопролол** (категория С)

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)





## Подведение итогов

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

### **РЕГИСТР БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: КАК ЭТО РАБОТАЕТ**

Юрченко А.В. (Санкт-Петербург)

Рабочая группа Молодые Кардиологи



## Регистр больных ХСН: как это работает.

Юрченко Александр Васильевич, м.н.с.  
научно-исследовательского отдела  
сердечной недостаточности ФГБУ  
«СЗФМИЦ», Санкт-Петербург.

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



В 2008 году окончил Военно-медицинскую академию, в ней же – в 2009 году – интернатуру по терапии.  
В ФЦСКИЭ им. В.А. Алмазова в 2012 получил специальность кардиолога, после чего остался работать научным сотрудником.  
Кроме того, успел поработать кардиологом городской поликлиники, врачом центра телеметрии ЭКГ, а также дежурным кардиологом отделения неотложной кардиологии крупной городской больницы.

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## Цели и актуальность мастер-класса

Мировым медицинским сообществом ежегодно обсуждается и обновляется множество руководств по лечению сердечно-сосудистых заболеваний.

В данном мастер-классе будет обсужден пример создания госпитального регистра больных ХСН, в котором предпринята попытка не только анализа эпидемиологии определенной нозологической формы, но и оценки соответствия общепринятым рекомендациям объема помощи, которая оказывается пациентам.  
Реалии и идеал: велика ли пропасть между ними?

[www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

## План проведения

1. Презентация. Реализация регистра: разработка концепции, создание базы данных и программного обеспечения, основные результаты работы;
2. Обсуждение полученных данных и перспектив развития регистровых исследований;