



КОНГРЕСС ЮЖНОГО  
ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

# СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ



## СБОРНИК ТЕЗИСОВ



# РОСТОВ-НА-ДОНУ

13.04.2018





# Содержание

Публикации 3

Стендовые доклады 37



# ПУБЛИКАЦИИ

## П1. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

СИЛЮТИНА М. В., ТАРАНИНА О. Н.,  
БОРИСОВ В. А., ТЕСТОВА С. Г.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ВОРОНЕЖСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н. Н. БУРДЕНКО» МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, Г. ВОРОНЕЖ,  
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ.

**Цель.** Изучить распространенность депрессивных расстройств у пациентов старших возрастных групп на фоне хронической сердечной недостаточности.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 228 пациентов старших возрастных групп, страдающих хронической сердечной недостаточностью II–III ФК по NYHA. Возраст исследуемых пациентов: 60–87 лет. С целью выявления депрессивных расстройств, всем пациентам было назначено исследование с применением психометрических шкал HADS и шкалы Бэка. Кроме того, для подтверждения диагноза депрессии были проведены консультации психотерапевта. Диагноз ХСН устанавливался в соответствии с рекомендациями ВНОК и ОССН. Для определения функционального класса ХСН и оценки толерантности к физической нагрузке использовался тест 6-минутной ходьбы.

**Результаты.** Депрессивные расстройства были выявлены у 48,2% обследованных пациентов. Данные нашего исследования подтвердили широкую распространенность депрессивных расстройств у лиц старших возрастных групп, описываемую в различных отечественной и зарубежной литературы. Это говорит об актуальности исследуемой проблемы и необходимости своевременного выявления данной патологии у пациентов старших возрастных групп с целью последующей коррекции.

**Выводы.** Выявлена высокая распространенность тревожно-депрессивных расстройств у пациентов старших возрастных групп, страдающих ХСН II–III ФК по NYHA. Полученные данные свидетельствуют о необходимости включения в алгоритм исследования пожилого пациента диагностические шкалы, которые могли бы выявить наличие тревожно-депрессивных расстройств на уровне поликлиник и стационаров.

Для выявления депрессий мы рекомендуем использовать диагностические шкалы: HADS – для скрининга депрессии и шкалу Бэка – для подтверждения диагноза. При выявлении депрессивных расстройств по результатам данных шкал, рекомендуется направить пациента к психотерапевту для подтверждения диагноза депрессии назначения соответствующей медикаментозной терапии.

## П2. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДАПАГЛИФЛОЗИНА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

МОРГУНОВ А. Ю., ДОЦЕНКО Д. А.

ФГБОУ ВО «МГМСУ ИМ. А. И. ЕВДОКИМОВА» МИНЗДРАВА РОССИИ,  
ГБУЗ «ДЦ №5» ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКВЫ.

**Цель:** изучить эффективность и безопасность дапаглифлозина у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и сердечной недостаточностью.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 193 пациента с сахарным диабетом 2 типа и сердечной недостаточностью, получавшие дапаглифлозин в дозе 10 мг (группа 1) и 180 пациентов с тем же диагнозом, получавших плацебо. Средний возраст пациентов 1 группы составил  $65,3 \pm 7,4$  года, группы 2 –  $64,8 \pm 5,8$  года. Длительность сахарного диабета составила в группе 1  $112,1 \pm 1,4$  года, в группе 2 –  $11,9 \pm 1,7$  года. Средний уровень гликированного гемоглобина ( $HbA_{1c}$ ) составил в группе 1  $8,4 \pm 0,3\%$ , в группе 2 –  $8,2 \pm 0,5\%$ . У всех пациентов имела место подтвержденная сердечная недостаточность не ниже II стадии по NYHA. Все исследуемые перенесли острый инфаркт миокарда в течение 1 года и более от начала рандомизации. Пациенты наблюдались в течение года, оценивалось количество госпитализаций по поводу сердечной недостаточности, уровень  $HbA_{1c}$ , масса тела, уровень систолического артериального давления (САД), побочные эффекты, а также частота госпитализации по поводу сердечной недостаточности, параметры изменений компонентов метаболического синдрома и побочные эффекты.

**Результаты:** Частота госпитализаций по поводу сердечной недостаточности в группе дапаглифлозина составила 1,03% (2 пациента), в группе плацебо – 6,1% (11 пациентов). В группе дапаглифлозина уровень  $HbA_{1c}$  снизился в среднем на  $0,47 \pm 0,2\%$ , в группе плацебо –  $0,12 \pm 0,1\%$ , масса тела на  $3,7 \pm 0,4$  кг и  $0,5 \pm 0,2\%$  соответственно, САД на  $3,01 \pm 0,3$  мм рт. ст. в группе дапаглифлозина, в группе плацебо не изменилось (все  $p < 0,005$ ). Количество побочных эффектов было недостоверно большим в группе дапаглифлозина (1 случай развития мочеполовой инфекции).

**Выводы:** у пациентов с СД 2 типа дапаглифлозин снижает частоту госпитализаций по поводу сердечной недостаточности, обладает хорошей переносимостью и оказывает благоприятное влияние на углеводный обмен, массу тела и уровень артериального давления.

## П3. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ МЕЛЬДОНИЯ НА ВАРИАбельНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КАРДИАЛЬНОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ

ШАЛАЕВА С. С.

ФГБОУ ВО «ВОЛГГМУ» МИНЗДРАВА РОССИИ, ВОЛГОГРАД

**Цель:** оценить влияние терапии мельдонием в составе базисной терапии на показатели вариабельность ритма сердца у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и диабетической автономной кардиальной нейропатией (ДАКН).

**Материалы и методы.** В исследование включено 60 пациентов 45–70 лет с ХСН II–III функционального класса (ФК), сопутствующим сахарным диабетом (СД) 2 типа и признаками ДАКН. Диагностика ДАКН и ее тяжести проводилась по клиническим тестам D. Ewing. Все наблюдаемые получали препараты базисной терапии ХСН и ги-

погликемизирующей терапии. Пациенты были разделены на 2 группы по 30 человек: I группа в дополнение к базисной терапии получила мелдоний в дозе 1 г/сутки. Период наблюдения – 12 недель. Оценивали показатели вариабельности ритма сердца (BPC) (Баевский Р. М. и др., 2001). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, длительности течения СД и ХСН.

**Результаты:** по окончании 12-ти недельного срока в I группе пациентов, получавших мелдоний в составе комбинированной терапии отмечено достоверное увеличение количества пациентов с нормальным вегетативным тонусом до 16,6%, снижение количества больных с гиперсимпатикотонией на 20% vs 11,1% во II, контрольной группе и увеличение количества пациентов с ваготонией до 16,7% vs 13,3% у пациентов II группы ( $p > 0,05$ ). Результаты пробы на вегетативную реактивность (BP) продемонстрировали, что через 12 недель терапии с включением мелдония достоверно чаще стал регистрироваться нормотонический тип BP ( $\Delta\%$  33,3% в I группе vs 15,4% во II группе,  $p < 0,05$ ), количество больных с асимпатикотонией уменьшилось на 50%, с гиперсимпатикотонией на 18,5%. Во II группе частота встречаемости гиперсимпатикотонического типа BP снизилась на 15,3%, нормального типа BP увеличилась на 15,4%, количество больных с асимпатикотонической BP не изменилось (все при  $p > 0,05$ ). Отмечено увеличение исходно сниженного среднее квадратичного отклонения кардиоинтервалов (SDNN) на 22,6%, а также снижением числа SDNN  $< 50$  мс на 38,9% в I группе наблюдаемых. У больных II группы показатель SDNN, мс и количество больных со значениями SDNN  $< 50$  мс снизилось на 30%. В I группе пациентов в конце периода наблюдения выявлено достоверное снижение индекса централизации (IC) на 29,4%, в то время как во II группе IC увеличился на 20,9%. Различия между группами статистически значимы.

**Выводы:** включение мелдония в состав 12 – ти недельной комбинированной терапии ХСН у больных с ДАКН достоверно улучшает показатели вегетативной регуляции сердца.

#### П4. АМБУЛАТОРНОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

ДОБРЫНИНА И. С., ЗУЙКОВА А. А., МЯЧИНА Д. С.  
ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н. Н. БУРДЕНКО» МИНЗДРАВА РОССИИ,  
г. ВОРОНЕЖ, РОССИЯ

**Цель:** Оценить качество жизни, когнитивный статус и состояние эмоционально-волевой сферы у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с учетом коморбидного фона.

**Материалы и методы.** Обследовано 57 человек. Функциональный класс у больных определялся при помощи шкалы оценки клинического состояния. Когнитивная функция оценивалась по Монреальской шкале оценки когнитивных функций и пробе Шульте. Определение качества жизни включало опросники: Миннесотский опросник качества жизни, оценка индекса активности, EQ-5D, субъективная шкала оценки астении, проведена оценка индекса коморбидности Charlson и состояния тревоги и депрессии по шкале Готланда.

**Результаты.** Опрошены пациенты, страдающие хронической сердечной недостаточностью и проходящие амбулаторное лечение. С момента первичной постановки основного диагноза средняя продолжительность составила  $9,08 \pm 0,64$  лет. Анемия отмечалась

у 51% опрошенных, 49% не имели сопутствующей анемии. Средние показатели функционального класса у больных с анемией составили  $2,85 \pm 0,16$ , у пациентов без анемии  $-2,1 \pm 0,09$  ( $p < 0,05$ ). Среднее значение Миннесотского опросника составило  $64,5 \pm 2,49$ , индекса активности  $-15,2 \pm 0,97$ . Средний показатель индекса коморбидности Charlson равен  $5,4 \pm 0,26$ . Значение Миннесотского опросника составило  $74,25 \pm 1,98$  балла у больных с анемией, у пациентов без анемии  $-55,13 \pm 3,83$  баллов ( $p < 0,001$ ). Средние показатели индекса активности  $-15,2 \pm 0,97$ . Для больных с анемией значение составило  $11,8 \pm 1,12$ , для пациентов без анемии  $-18,5 \pm 1,33$  ( $p < 0,001$ ). Результаты опросника EQ-5D свидетельствуют о снижении повседневной активности пациентов при наличии у них анемии ( $p < 0,05$ ). По субъективной шкале оценки астении более выраженные проявления данного синдрома были отмечены у больных с анемией  $-78,6 \pm 2,53$ , среднее значение у пациентов без анемии  $-56,6 \pm 3,3$  ( $p < 0,001$ ). При оценке индекса коморбидности Charlson средний уровень сопутствующей патологии равен  $5,4 \pm 0,26$ . Выявлено увеличение данного показателя у больных с анемией относительно больных без анемии:  $6,4 \pm 0,36$  и  $4,5 \pm 0,28$  ( $p < 0,001$ ), что свидетельствует о повышении уровня астенизации и сопутствующей патологии на фоне анемического синдрома. Данные коррелируют с возрастанием числа госпитализаций пациентов с анемией  $-2,25 \pm 0,14$  относительно больных без анемии  $-1,58 \pm 0,1$  ( $p < 0,05$ ). Среднее значение по Монреальской шкале составило  $23,03 \pm 0,38$ , пробе Шульте  $-94,5 \pm 2,3$  сек. Результаты опроса ухудшились у больных с анемией соответственно средние значения равны  $21,2 \pm 0,5$  ( $p < 0,001$ ) и  $106,1 \pm 2,97$  ( $p < 0,001$ ). Медикаментозная коррекция анемии препаратами двухвалентного железа проводилась у 18% опрошенных. Значимого улучшения показателей качества жизни и когнитивных функций отмечено не было ( $p > 0,1$ ). Уровень тревоги и депрессии по шкале Готланда достоверно не отличался у пациентов при наличии или отсутствии анемии:  $18,1 \pm 0,92$  и  $15,6 \pm 1,29$  ( $p > 0,1$ ), что свидетельствует о развивающейся депрессии.

**Заключение.** Значительное влияние на повседневную деятельность пациентов с ХСН оказывает сопутствующий анемический синдром. На фоне анемии у таких больных происходит усугубление астенических проявлений, когнитивных отклонений и нарушений аффективной сферы. Своевременная медикаментозная и немедикаментозная коррекция коморбидного фона может значимо улучшить жизненный прогноз у данной категории пациентов.

#### П5. ВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ УЧАСТКОВЫМ ТЕРАПЕВТОМ

МЯЧИНА ДАРЬЯ СЕРГЕЕВНА, ИРИНА СЕРГЕЕВНА  
ДОБРЫНИНА, НАТАЛИЯ ВИКТОРОВНА СТРАХОВА,  
ОЛЬГА НИКОЛАЕВНА КРАСНОРУЦКАЯ  
ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н. Н. БУРДЕНКО» МИНЗДРАВА РОССИИ,  
г. ВОРОНЕЖ, РОССИЯ

**Цель.** Оценка качества жизни больных с ХСН на амбулаторном приёме.

**Материалы и методы.** Работа выполнена на базе БУЗ ВО «ВГКП №4». Было обследовано 60 (32 женщины, 28 мужчин) пациентов, состоящих на амбулаторном учете на 10-м участке БУЗ ВО «ВГКП №4». Средний возраст больных составил 59,2 года. В качестве контроля использовались характеристики 10 взрослых человек, не имеющих сердечно-сосудистой патологии. В зависимости от то-

лерантности к физическим нагрузкам больные распределились следующим образом (NYHA, 1964): I ФК – 28 чел., II ФК – 20 чел., III ФК – 12 чел. В результате уточнения характера и стадии сердечно-сосудистого заболевания у 29 больных был подтвержден диагноз артериальной гипертензии (АГ), у 21 – сочетание АГ и ИБС. Качество жизни изучалось по Миннесотскому опроснику КЖ, который считается «золотым стандартом» для больных с ХСН, и анкеты EQ-5D (её первая часть предусматривает ответы на пять вопросов с тремя вариантами утверждений к каждому из них, вторая часть представляет собой визуально-аналоговую шкалу (ВАШ)).

**Результаты.** В результате тестирования пациентов с ХСН по Миннесотскому опроснику средний показатель качества жизни составил при I ФК- 43,3, II ФК – 55,5, III ФК – 63,4, в контрольной группе – 9,1. По результатам анкеты EQ-5D средний балл составил: I ФК – 5,4; II ФК – 8,7; III ФК – 11,2, контрольной группы – 5,1. Таким образом, по мере нарастания ФК ХСН последовательно изменяется качество жизни данных пациентов от I ФК к III ФК, прогрессивно ухудшаясь. Основными причинами снижения качества жизни у больных с ХСН стали: ограничение физической активности, общее ухудшение состояния здоровья. Сумма баллов, полученных при оценке КЖ среди групп больных с АГ и с АГ и ИБС существенных различий не имеет. Физическое функционирование было нарушено в большей степени у больных с АГ (средний балл 19,4), общее состояние здоровья – у больных с АГ и ИБС (средний балл 18,0). Исследование показало, что в наименьшей степени нарушена способность опрошенных пациентов к уходу за собой: отсутствие проблем в этой области отметили 50 человек (83%). По данным ВАШ средний балл анкетированных составил при I ФК – 57%, II ФК – 56%, III ФК – 54%. При сопоставлении показателей Миннесотского опросника и анкеты EQ-5D установлена прямая связь, то есть, чем больше баллов получил пациент по Миннесотскому опроснику, тем хуже он оценивает состояние своего здоровья согласно анкете EQ-5D.

#### **Выводы.**

1. По мере увеличения тяжести ХСН КЖ больных снижается, причем в зависимости от ФК сердечной недостаточности. Качество жизни не зависит от этиологии ХСН.
2. Ограничение физического функционирования и затруднение повседневной жизнедеятельности оказывают значительное негативное влияние на общую оценку КЖ больных пожилого возраста с ХСН.

## **П 6. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ**

ФЕНДРИКОВА А. В., СКИБИЦКИЙ В. В., КИСЕЛЕВ А. А.  
ФГБОУ ВО «КУБГМУ» МИНЗДРАВА РОССИИ, КРАСНОДАР, РОССИЯ

**Цель:** оценить динамику показателей структурно-функционального состояния миокарда левого желудочка (ЛЖ) у солечувствительных и солерезистентных пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа на фоне комбинированной антигипертензивной терапии.

**Материалы и методы:** В исследование включен 61 пациент, медиана возраста – 59 (38–72) лет, с АГ 2–3 степени, 2 стадии и СД 2 типа

(без инсулинотерапии). На основании результатов пробы на солечувствительность по В.И. Харченко больные были распределены на солечувствительных (группа 1, n=31) и солерезистентных (группа 2, n=30). Все пациенты получали утром рамиприл 10 мг, а вечером индапамид-ретард 1,5 мг и амлодипин 10 мг. Исходно и через 24 недели наблюдения всем больным проводили эхокардиографическое (ЭХО-КГ) исследование с определением конечного систолического размера (КСР) и конечного диастолического размера (КДР) ЛЖ, толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП), толщины задней стенки (ТЗС) ЛЖ, фракции выброса (ФВ) ЛЖ, массы миокарда (ММ) ЛЖ, индекса (И) ММЛЖ, максимальной скорости раннего пика диастолического наполнения (пик Е), максимальной скорости трансмитрального кровотока во время систолы левого предсердия (пик А), коэффициента Е/А, времени изоволюметрического расслабления (IVRT), времени замедления раннего диастолического кровотока (DT). Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 10.

**Результаты:** Исходно показатели ЭХО-КГ в группах статистически значимо не различались и составляли в 1-ой и 2-ой группах соответственно: КДР 53 (47–58) мм и 56 (48–59) мм, КСР 37 (29–38) мм и 37 (33–41) мм, ТЗС ЛЖ 11 (10–13) мм и 11 (10–13) мм, ТМЖП 11 (10–12) мм и 11 (10–12) мм, ФВ ЛЖ 58 (55–62) % и 57 (56–64) %, ММЛЖ 262 (249–269) г и 258 (248–269) г, ИММЛЖ 158 (149–157) г/м<sup>2</sup> и 160 (142–167) г/м<sup>2</sup>, Е/А 0,84 (0,81–0,95) и 0,87 (0,84–0,95), DT 231 (217–235) мс и 229 (213–239) мс, IVRT 128 (117–138) мс и 133 (112–140) мс. Через 24 недели лечения в 1-ой группе отмечалось достоверное уменьшение КДР на 11,2%, ММЛЖ на 11,9%, ИММЛЖ на 18,3%, IVRT на 14,9% и рост Е/А на 15,2%. Изменение остальных показателей оказалось статистически незначимо. Во 2-ой группе достоверно уменьшились КДР на 16,7%, КСР на 10,9%, ТМЖП на 18,1%, ММЛЖ на 12,6%, ИММЛЖ на 20,4%, IVRT на 18,1% и возросло Е/А на 25,4%. При сравнении степени изменений изучаемых параметров на фоне терапии в группах изменение ТМЖП, ФВ, Е/А оказалось статистически более выраженным во 2-ой группе по сравнению с 1-ой группой пациентов (p<0,05).

**Выводы:** Комбинированная фармакотерапия, включающая рамиприл утром, а индапамид-ретард и амлодипин вечером, обеспечивала более значимый антиремоделирующий эффект у солерезистентных больных АГ и СД 2 типа по сравнению с солечувствительными, что может быть использовано для индивидуализации антигипертензивной терапии у данной категории пациентов.

## **П 7. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ**

ТАРЛОВСКАЯ Е. И.<sup>1</sup>, ДОРОФЕЕВА Ю. А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> – ФГБОУ ВО «НИЖЕГОРОДСКАЯ ГМА» МИНЗДРАВА РОССИИ, г. НИЖНИЙ НОВГОРОД, РОССИЯ.

<sup>2</sup> – ФГБОУ ВО «КИРОВСКИЙ ГМУ» МИНЗДРАВА РОССИИ, г. КИРОВ, РОССИЯ.

**Цель:** ретроспективно оценить терапию хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), предшествующую госпитализации по поводу острого коронарного синдрома (ОКС).

**Материалы и методы:** В анализ ретроспективно включены 163 пациента с ФП, поступивших на медицинскую реабилитацию по поводу ОКС в клинику Кировского ГМУ из сосудистых центров. Критерии включения – прохождение реабилитации по поводу ОКС, наличие ФП. Критерии исключения – отсутствие ФП, давность ОКС более 1 месяца. Подсчитаны  $M \pm \sigma$ ,  $\chi^2$ . Использованы амбулаторные и стационарные карты пациентов. Средний возраст пациентов составил  $64,9 \pm 9,7$  лет. Из них было 55,8% мужчин и 44,2% женщин.

**Результаты:** ХСН до госпитализации имели 133 (81,59%) пациента (68 (51,13%) мужчин и 65 (48,87%) женщин). Наиболее часто ХСН сочеталась с ФП, ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией – 84 (63,16%) человек. Средний возраст пациентов имеющих ХСН составил  $65,65 \pm 9,8$  лет, средний стаж заболевания –  $2,74 \pm 2,8$  лет.

ХНС на уровне I функционального класса (ФК) имели 42 (31,58%) человека, II ФК – 55 (41,35%), III ФК – 36 (27,07%).

Не получало совсем ни какого лечения ХНС 29 (21,8%) пациентов (I ФК – 12 (28,57%), II ФК – 9 (16,36%), III ФК – 8 (22,22%)).

Терапию ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ)/антагонистами рецепторов альдостерона (АРА) всего получали 57,9% пациентов (I ФК – 23 (54,76%) пациентов, II ФК – 30 (54,55%), III ФК – 24 (66,67%)).

Терапию  $\beta$ -адреноблокаторами (БАБ)/ивабрадин при I ФК 20 (47,62%) пациентов, хотя она им была не показана, при II ФК – 33 (60%), при III ФК – 17 (47,22%).

Терапию антагонистами минерал-кортикоидных рецепторов (АМКР) всего получали 15% пациентов (I ФК – никто, II ФК – 9 (16,36%) пациентов, хотя она им была не показана, III ФК – только 11 (30,56%) пациентов).

Терапию петлевыми диуретиками (ПД) всего получали 15 (11,3%) пациентов (I ФК – никто, II ФК – 8 (14,55%) пациентов, хотя она им была не показана, III ФК – только 7 (19,44%) пациентов).

Таким образом, из 133 пациентов с ХСН, терапию, соответствующую клиническим рекомендациям получали только 40 (30,08%) больных.

#### **Выводы:**

- В группе пациентов с ФП, госпитализированных по поводу ОКС, в период предшествующий госпитализации имело место очень низкое качество терапии ХСН, особенно III ФК.
- До госпитализации лечение ХСН получали только 104 (78,2%) пациентов с ХСН и только 40 (30,08%) из них рациональную терапию.
- Очень редким было применение АМКР (11 (30,56%) пациентов) и ПД (7 (19,44%) пациентов) у больных с III ФК ХСН.

### **П 8. ПРИМЕНЕНИЕ D,L-ГОПАНТЕНОВОЙ КИСЛОТЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

ВОЛЧКОВА Н. С., СУБХАНКУЛОВА С. Ф.

«КГМА» – ФИЛИАЛ ФГБОУ ДПО «РМАНПО», Г. КАЗАНЬ, РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

**Актуальность:** Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) имеет большое медико-социальное и экономическое значение, поскольку является одной из основных причин смертности пациентов с кардиальной патологией. Психологические проблемы (тревога и депрессия, раздражительность, расстройство сна), снижение ра-

ботоспособности, сопровождающие пациентов с ХСН, доставляют большой дискомфорт, а также оказывают существенное негативное влияние на состояние больных, приводя к ухудшению течения ХСН и частым повторным госпитализациям.

**Цель работы:** оценка эффективности комплексной терапии хронической сердечной недостаточности, включавшей ноотропный препарат D,L-гопантеновой кислоты (Пантогам актив), обладающего нейровегетотропным, анксиолитическим и нейропротективным свойствами.

**Материалы и методы:** Обследовано 34 пациента с ИБС, нарушением ритма в виде фибрилляции предсердий, осложненной ХСН (II ФК по NYHA), средний возраст составил  $64,4 \pm 1,3$  лет. Контрольная группа включала 10 пациентов с данной патологией, сопоставимых по возрасту. Пациентам, помимо стандартного обследования (суточное мониторирование АД, ЭхоКГ, ЭКГ, Холтер-ЭКГ, определения толерантности к физической нагрузке), было проведено тестирование на наличие депрессии по опроснику Бека и шкале Цунга, а также признаки вегето-сосудистой дисфункции по А. М. Вейну, шкале самооценки Спилберга. Качество жизни оценивали по результатам опросника SF-36. У всех пациентов, согласно тестам, имелась легкая или умеренная депрессия, признаки нарушения вегето-сосудистой регуляции, отмечалось снижение качества жизни.

Обе группы пациентов получали кардиальную терапию (ингибиторы ангиотензин-превращающего фактора, бета-блокаторы, спиронолактон, торасемид, статины). Пациентам основной группы дополнительно был назначен ноотропный препарат Пантогам актив в дозе 900 мг в сутки перорально в течение 2 месяцев, контрольная группа получала только кардиальную терапию.

В результате проведенного лечения, пациенты основной группы отмечали значительное улучшение эмоционального состояния, снижение уровня тревоги, депрессивных тенденций, уменьшения вегетативного дисбаланса, нормализацию сна. Помимо этого, отмечено увеличение толерантности к физической нагрузке (по результатам теста с 6-минутной ходьбой). У пациенток контрольной группы, согласно анкетированию, эмоциональный фон остался прежним.

**Выводы:** применение ноотропного препарата Пантогам актив позволяет не только улучшить эмоциональное состояние, умственную работоспособность, качество жизни, но и повысить толерантность к физической нагрузке. Это дает основание рекомендовать более широкое внедрение препарата Пантогам актив для ведения пациентов ХСН.

### **П 9. ИЗУЧЕНИЕ ИНОТРОПНОГО И АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ НЕКОТОРЫХ ФЕНОЛЬНЫХ СОЕДИНЕНИЙ**

ХУШМАТОВ Ш. С., УСМАНОВ П. Б., НАДЖИМОВА Х. К.  
ИНСТИТУТ БИООРГАНИЧЕСКОЙ ХИМИИ И ИМ. АКАД. А. С. САДЬКОВА  
АН РУЗ

**Цель.** Целью настоящего исследования является изучение инотропного/антиаритмического действия фенольных соединений (пирогаллол, флороглюцин, гидрохинон, галловая кислота) на функциональную активность миокарда крысы.

**Материалы и методы.** Эксперименты проводились на препаратах папиллярной мышцы, выделенных из правого желудочка сердца крыс (100–200 г), помещенных в специальную камеру, перфузируемую физиологическим раствором Кребса–Хенслайта следую-



щего состава (мм): NaCl – 118; KCl – 4,7; CaCl<sup>2</sup>–2,5; MgSO<sub>4</sub>–1,2; КН<sub>2</sub>Р<sub>04</sub>–1,1; глюкоза – 5,5; NaHCO<sub>3</sub>–25 (рН=7,4). Растворы оксигенировали карбогеном (O<sub>2</sub>–95%, CO<sub>2</sub>–5%) при поддержании температуры +35±0,5°С с помощью термостата U1 (Болгария). Постоянная перфузия физиологического раствора обеспечивалась с помощью перистальтического насоса НП–1М (Россия). Определение инотропной/антиаритмической активности фенольных соединений осуществляли стандартным механографическим методом, с помощью механического датчика (F30, Германия). Мышцу раздражали с помощью платиновых электродов и стимулятора ЭСА–2 (Россия) импульсами прямоугольной формы частотой 0,5 Гц, длительностью 5–10 мс и амплитудой, превышающей пороговую на ~20%. После периода стабилизации (60 мин.) находили длину препарата, при которой мышца развивает максимальное изометрическое напряжение (L<sub>max</sub>), и в этих условиях выполняли все эксперименты. Сигнал с датчика натяжения подавался на усилитель (ТАМ – А, HSE, Германия) и регистрировался с помощью самописца Line Recorder TZ 4620 (Чехия), а также параллельно при помощи цифрового преобразователя (АЦП/ЦАП, Logger Lite 1.4, Vernier Software & Technology, США) в специальном цифровом формате компьютера IBM PC. Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета прикладных программ OriginPro 7.5 (OriginLab Corporation, США).

**Результаты.** В проведенных экспериментах было показано, что пирогаллол, флороглюцин, гидрохинон, галловая кислота (5–150 мкМ) показали отрицательный инотропный эффект и уменьшали сократительную силу в концентрации 150 мкМ на –25,3±6,3%, 31,5±4,8%, 45,4±6,8% и 61,4±4,8%, соответственно относительно контроля.

Пирогаллол, флороглюцин, гидрохинон, галловая кислота (150 мкМ) значительно снижают частоту аконитин (1 мкМ) – индуцированную аритмии, в данном случае галловая кислота проявляла более выраженное антиаритмическое действие, снижая экспериментальную аритмию до 46,9% в течении 30 минут.

**Выводы.** На основе анализа литературных данных и полученных результатов можно предположить, что отрицательное инотропное и антиаритмическое действие пирогаллола, флороглюцина, гидрохинона и галловой кислоты связано с модуляцией [Ca<sup>2+</sup>]<sub>in</sub> и его динамикой в кардиомиоцитах и могут быть использованы в качестве терапевтического ингредиента в составе кардиотропных/антиаритмических фармакологических лекарственных препаратов.

## П 10. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В НАЧАЛЕ РУБЦОВОГО ПЕРИОДА ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

ГОРДИЕНКО А. В., СОТНИКОВ А. В.<sup>1</sup>,  
САХИН В. Т.<sup>2</sup>, НОСОВИЧ Д. В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> – ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ВОЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМЕНИ С. М. КИРОВА» МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, САНКТ-ПЕТЕРБУРГ;

<sup>2</sup> – ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «1586 ВОЕННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ» ЗАПАДНОГО ВОЕННОГО ОКРУГА МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ПОДОЛЬСК, РОССИЯ

**Цель.** Изучить влияние различных факторов на вероятность развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) в начале рубцового периода инфаркта миокарда (ИМ) у мужчин моложе 60 лет для прогностического моделирования этого осложнения.

**Материалы и методы.** Исследованы результаты лечения в различных стационарах Санкт-Петербурга 531 мужчины в возрасте 19–60 лет (средний – 51,1±6,2 лет) по поводу ИМ за период с 2000 по 2015 г. Всем больным проводили обследование, соответствующее локальным стандартам на момент лечения. Оно включало эхокардиографию, выполненную по обычной методике в первые 48 часов заболевания, с комплексной оценкой состояния полостей и структур сердца, внутрисердечной гемодинамики. Конечные систолический и диастолический объемы (КСО и КДО) левого желудочка (ЛЖ), фракцию его выброса (ФВ) рассчитывали по Simpson. Показатели индексировали по площади поверхности тела (S). Прогноз летальности больных оценивали по значениям расчетного индекса R. M. Norris. Наличие у пациентов признаков ХСН по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца и отечественного общества специалистов по сердечной недостаточности определяли на 52 сутки заболевания. После выписки из стационара информацию собирали во время визитов пациентов к врачу. Для математического описания вероятности развития ХСН к этому периоду на первом этапе с помощью бинарной логистической регрессии из аналитической базы выбирали показатели, имеющие достоверные связи со стадией, классом ХСН и числом осложнений ИМ. После отбирали наиболее чувствительные из них по отношению к вероятности развития ХСН. Для создания модели с максимальной предсказательной способностью применяли пошаговую логистическую регрессию. Оценку качества полученных моделей выполняли с помощью ROC-анализа.

**Результаты.** В окончательном варианте уравнение вероятности развития ХСН (р) имеет следующую форму:  $p = 1 / (1 + e^{-z})$ , где  $e = 2,72$ ; а Z – вспомогательная функция ( $\chi^2 = 102,22$ ;  $p < 0,0001$ ), которая описывается формулой:

$$Z = -3,03 + (КДО/S \times 0,99) + (КСО/S \times 1,05) + (ФВ \times 1,01) + (Индекс Norris \times 1,25)$$

В случаях  $p > 0,5$  предполагается отсутствие ХСН, при  $p < 0,5$  – ее наличие. Эта диагностическая модель имеет чувствительность 75%, специфичность 68%. Ее отношение шансов составляет 6,78; а информационная способность – 72%.

**Выводы.** Наиболее значимыми факторами для развития ХСН к началу рубцовой стадии ИМ являются показатели систолической функции ЛЖ первых 48 часов заболевания и величина индекса Norris. Использование этих параметров в прогностической модели оценки риска развития ХСН позволяет рекомендовать ее применение в практической деятельности с целью быстрой дополнительной стратификации пациентов. Это может быть необходимым в ситуациях выбора терапии, когда не все достоверные лабораторные маркеры ХСН доступны.

## П 11. ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

КУЗЬМИНА Н. М., МАКСИМОВ Н. И., МАКАРОВА В. Р.  
ФГБОУ ВО «ИЖЕВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МЗ РФ, ГОРОД ИЖЕВСК, РОССИЯ

**Цель.** Оценить степень тяжести хронической сердечной недостаточности (ХСН) при остром коронарном синдроме (ОКС).

**Материалы и методы.** Ретроспективно изучено 127 историй болезни пациентов, поступивших в Республиканский Клинико-диагностический центр в 2015 году с диагнозом «острый коронарный синдром». Критерии включения: возраст 25–75 лет; подтвержденный острый коронарный синдром; проведение стентирования коронарных артерий впервые. Критерии исключения: беременность; заключенные; недееспособные лица; ранее перенесенное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) или аортокоронарное шунтирование. Данные анализировались с помощью программы Microsoft Excel 2007, STATISTICA 10.0.

**Результаты.** При поступлении в стационар в 2015 году всем пациентам проведено стентирование коронарных артерий. Паллиативное ЧКВ проведено 51 пациенту (только симптом-ответственной артерии, остались другие стенозы), полный объем ЧКВ-76 пациентам. У 77% пациентов на момент поступления сформировался патологический зубец Q. Тромболитическая терапия на догоспитальном этапе проведена в 27% случаев. При анализе данных непараметрическим методом Спирмена выявлены корреляции:

- обратная связь между наличием сахарного диабета (СД) 2 типа с развитием значимого стеноза проксимального отдела передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) ( $r_s = -0,20$ ,  $p < 0,05$ );
- прямая связь между стадией ХСН по классификации Василенко В. Х. и Стражеско Н. Д. (1934г) и наличием патологического зубца Q к моменту поступления в стационар с возможностью ЧКВ при ОКС ( $r_s = 0,25$ ,  $p < 0,05$ );
- прямая связь между стадией ХСН по классификации Василенко В. Х. и Стражеско Н. Д. (1934г) и уровнем КФК-МВ на момент поступления в стационар с возможностью ЧКВ при ОКС ( $r_s = 0,26$ ,  $p < 0,05$ );
- прямая связь между стадией ХСН по классификации Василенко В. Х. и Стражеско Н. Д. (1934г.) и тяжестью АГ ( $r_s = 0,23$ ,  $p < 0,05$ );
- прямая связь между ХСН и наличием осложнений инфаркта миокарда, чем больше осложнений, тем выше градация ХСН ( $r_s = 0,31$ ,  $p < 0,05$ );
- прямая связь между функциональным классом ХСН по NYHA и объемом ЧКВ при ОКС ( $r_s = 0,21$ ;  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** При СД 2 типа имеет место поражение дистального русла коронарных артерий. Наличие сформировавшегося к моменту поступления в стационар патологического зубца Q усугубляет тяжесть стадии ХСН по классификации Василенко В. Х. и Стражеско Н. Д. (1934г). При высоких значениях КФК-МВ при ОКС следует ожидать тяжелую стадию ХСН по классификации Василенко В. Х. и Стражеско Н. Д. (1934г). Тяжесть АГ влияет на тяжесть стадии ХСН. Осложнения острого инфаркта миокарда ведут к тяжелой ХСН. При полном объеме ЧКВ функциональный класс ХСН по NYHA улучшается при ОКС.

## П 12. ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

СТАЦЕНКО М. Е., ТУРКИНА С. В., КОСИВЦОВА М. А.  
ФГБОУ ВО «ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ,  
ВОЛГОГРАД, РОССИЯ

**Целью** данного исследования являлось определение выраженности фиброза печени у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

**Материалы и методы.** Для решения поставленной цели и задач в исследование было включено 120 пациентов с ХСН ишемического генеза I–III функционального класса (ФК) и НАЖБП в возрасте от 45 до 65 лет. У всех больных оценивали уровень маркеров повреждения печени (аспарагиновая и аланиновая аминотрансферазы, гаммаглутамилтранспептидаза (ГГТП) и щелочная фосфатаза), с помощью общепринятых лабораторных методик с расчетом индекса фиброза печени (NFS). Всем пациентам проводился тест шестиминутной ходьбы (ТШХ) для определения функционального класса ХСН, определялся уровень N – терминального мозгового натрийуретического пептида (NT – proBNP). Для изучения структурно-функционального состояния миокарда всем пациентам проводилось эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ). ЭхоКГ выполняли на аппарате SIEMENS SONOLINE G 50 (Германия) с доплеровским датчиком. Обработку результатов проводили с привлечением встроенных функций программы MS Excel и программы «STATISTICA 7.0».

**Результаты.** По результатам оценки индекса NFS отмечено, что среди обследуемых больных большинство имели умеренно выраженные проявления фиброза печени – 84,1% ( $NFS = -0,34 \pm 0,7$ ); у 11,7% – фиброз отсутствовал ( $NFS = -2,4 \pm 0,5$ ). Значимо выраженный фиброз печени (F3-F4) выявлен у 4,2% пациентов ( $NFS = 1,0 \pm 0,3$ ).

Учитывая, что в доступной литературе показана обоснованность патофизиологических взаимосвязей между структурными изменениями в печени и тяжестью хронической сердечной недостаточности, был проведен корреляционный анализ полученных данных результатов обследования больных. Обращает внимание, что у пациентов с ХСН и НАЖБП индекс NFS коррелировал с результатами ТШХ и функциональным классом ХСН ( $r = -0,32$ ;  $r = 0,30$ , при  $p < 0,05$ ).

Кроме того, у пациентов с ХСН и НАЖБП были выявлены и другие статистически достоверные закономерности. Так, индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) коррелировал с индексом фиброза печени (NFS) ( $r = 0,34$ , при  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Таким образом, у пациентов с ХСН и НАЖБП установлены достоверные корреляционные взаимосвязи между выраженностью фиброзных изменений печени и тяжестью ХСН, а также между индексом фиброза печени (NFS) и ИММЛЖ. Полученные данные демонстрируют значимость раннего выявления фиброза печени, как предиктора ранней смертности пациентов от всех причин.

## П 13. ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

БЕЙЛИНА НАТАЛЬЯ ИЛЬИНИЧНА

«КАЗАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» – ФИЛИАЛ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Цель:** оценить распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) среди коморбидных пациентов с учетом возраста, пола; сочетание с другими заболеваниями

**Материалы и методы:** под наблюдением находилось 100 пациента с коморбидной патологией, в том числе 44 мужчины, средний возраст  $69,52 \pm 1,29$  лет. Разделение по группам по возрасту согласно классификации ВОЗ: I группа – молодые (до 44 лет) – 5 человек, II группа – средний возраст (45–59 лет) – 15 человек, III группа – пожилые (60–74 года) – 37 человек, IV группа – старческий возраст (75–90 лет) – 42 человека, V группа – долгожители (старше 90 лет) – 1 человек. Проводился подсчет индекса коморбидности Чарлсона. Статобработка с использованием критерия  $\chi^2$ , точного критерия Фишера, t-критерия Стьюдента

**Результаты.** Возрастная структура пациентов с коморбидной патологией следующая: I группа – 5%, II группа – 15%, III группа – 37%, IV группа – 42%, V группа – 1% от общего числа пациентов. Индекс коморбидности от 1 до 10 баллов, в среднем составил  $5,01 \pm 0,19$ , у мужчин –  $4,59 \pm 0,27$ , у женщин –  $5,34 \pm 0,25$  баллов ( $p < 0,05$ , значимые различия). ХСН выявлена у 67 человек (67% от общего числа пациентов), в том числе у 40 женщин (71,43% всех женщин) и 27 мужчин (61,36% всех мужчин). В выявлении ХСН нет различий по гендерному признаку ( $p > 0,05$ ). Возрастная структура пациентов с заболеваниями легких такая: I группа – нет пациентов, II группа – 11,94%, III группа – 34,33%, IV группа – 52,24%, V группа – 1,49% от числа пациентов с ХСН. Во II группе ХСН фиксировались у 33,33% женщин, среди мужчин – 66,67% ( $p > 0,05$ ), в III группе – 76,47% и 50% соответственно ( $p > 0,05$ ), в IV группе – 80,65% и 90,91% соответственно ( $p > 0,05$ ), в V группе – у единственного мужчины (100%). У пациентов с ХСН индекс коморбидности составил от 1 до 10 баллов, в среднем –  $5,31 \pm 0,22$ , у мужчин –  $5,11 \pm 0,35$ , у женщин –  $5,45 \pm 0,28$  баллов ( $p > 0,05$ , не значимые различия). Индексы коморбидности в общей выборке и среди пациентов с ХСН значимых различий не имели ( $p > 0,05$ ). Среди патологий, сопутствующих ХСН, выделены: гипертоническая болезнь – ГБ (92,54% от числа пациентов с ХСН), ишемическая болезнь сердца – ИБС (83,58%), сахарный диабет 2 типа – СД2 (34,32%), цереброваскулярная болезнь – ЦВБ (11,94%). ГБ имела у 92,59% мужчин и 92,5% женщин ( $p > 0,05$ ), ИБС – 96,30% и 75,0% соответственно ( $p > 0,05$ ), СД2 – 22,22% и 42,5% соответственно ( $p > 0,05$ ), ЦВБ – 7,41% и 15,0% соответственно ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** ХСН выявлена у 67% от общего числа пациентов. Среди лиц с ХСН преобладали лица пожилого и старческого возрастов. В выявлении ХСН нет различий по гендерному признаку во всех возрастных группах. Как сопутствующая патология чаще выявлялись ГБ, ИБС и СД2.

#### П 14. КОМПЛАЕНС КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

БЕЙЛИНА НАТАЛЬЯ ИЛЬИНИЧНА

«КАЗАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» – ФИЛИАЛ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Цель:** оценить комплаенс коморбидных пациентов, в том числе при наличии хронической сердечной недостаточности (ХСН), с учетом пола, количества госпитализаций.

**Материалы и методы:** под наблюдением находилось 100 пациентов с коморбидной патологией, в том числе 44 мужчины, средний возраст  $69,52 \pm 1,29$  лет. Подсчитывался индекс коморбидности Чарлсона, оценивался комплаенс по шкале Мориски–Грин. Статобработка с использованием критерия  $\chi^2$ , точного критерия Фишера, t-критерия Стьюдента

**Результаты.** Индекс коморбидности у всех пациентов составил от 1 до 10 баллов, в среднем:  $5,01 \pm 0,19$ ; у мужчин –  $4,59 \pm 0,27$ , у женщин –  $5,34 \pm 0,25$  баллов ( $p < 0,05$ , значимые различия). ХСН выявлена у 67 человек (67% от общего числа пациентов), в том числе у 40 женщин (71,43% всех женщин) и 27 мужчин (61,36% всех мужчин). В выявлении ХСН нет различий по гендерному признаку ( $p > 0,05$ ). У пациентов с ХСН индекс коморбидности составил от 1 до 10 баллов, в среднем –  $5,31 \pm 0,22$ , у мужчин –  $5,11 \pm 0,35$ , у женщин –  $5,45 \pm 0,28$  баллов ( $p > 0,05$ , не значимые различия). Индексы коморбидности в общей выборке и среди пациентов с ХСН значимых различий не имели ( $p > 0,05$ ). Лечение ХСН и коморбидной патологии осуществлялось согласно клиническим рекомендациям по соответствующим патологиям, включало  $\beta$ -блокаторы, антагонисты кальциевых каналов, ингибиторы АПФ, мочегонные, антиагреганты, антикоагулянты, гиполипидемические и гипогликемические препараты. Все пациенты получали от 1 до 14 препаратов, в среднем  $6,33 \pm 0,27$  медикаментов, среди пациентов с ХСН – от 2 до 14 препаратов, в среднем –  $6,87 \pm 0,32$  медикаментов ( $p > 0,05$ , не значимые различия). Женщины с коморбидной патологией принимали  $6,93 \pm 0,37$  лекарств, мужчины –  $5,57 \pm 0,36$  ( $p < 0,05$ , значимые различия). При ХСН женщины в среднем принимали  $7,30 \pm 0,43$  медикаментов, мужчины –  $6,22 \pm 0,46$  ( $p > 0,05$ , не значимые различия). По поводу обострения, декомпенсации заболеваний или возникших осложнений лечения было проведено от 1 до 14 госпитализаций в год: в среднем  $2,91 \pm 0,18$  среди коморбидных пациентов; среди пациентов с ХСН –  $3,06 \pm 0,25$  ( $p > 0,05$ , не значимые различия). Женщины с коморбидной патологией госпитализировались чаще мужчин –  $3,34 \pm 0,28$  и  $2,32 \pm 0,20$  соответственно ( $p < 0,05$ , значимые различия). Гендерных различий в количестве госпитализаций среди пациентов с ХСН (у мужчин –  $2,59 \pm 0,29$ , у женщин –  $3,38 \pm 0,36$ ) не выявлено ( $p > 0,05$ ). Среди всех больных привержены к лечению 13,64% мужчин, 25% женщин; среди пациентов с ХСН – 11,11% и 25,0% соответственно ( $p > 0,05$ , не значимые различия). Количество госпитализаций у всех приверженных к лечению пациентов составило  $3,10 \pm 0,63$  в год, у не приверженных пациентов –  $2,84 \pm 0,18$  в год ( $p > 0,05$ , не значимые различия). Количество госпитализаций у приверженных пациентов с ХСН составило  $2,85 \pm 0,26$  в год, у не приверженных пациентов –  $3,11 \pm 0,30$  в год ( $p > 0,05$ , не значимые различия).

**Выводы.** Женщины с коморбидной патологией принимали больше лекарств, чем мужчины и чаще госпитализировались. Гендерных различий в количестве госпитализаций среди пациентов с ХСН не выявлено. Выявлена низкая приверженность к лечению как среди всех больных, так и среди пациентов с ХСН.

#### П 15. ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ПАРАМЕТРЫ ДИССИНХРОНИИ МИОКАРДА

## У ПАЦИЕНТОВ С СИНУСОВЫМ РИТМОМ И ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

ТРОЯНОВА-ЩУЦКАЯ Т. А., КУРЛЯНСКАЯ Е. К.,  
ДЕНИСЕВИЧ Т. Л., ГОНЧАРИК Д. Б., ЧАСНОЙТЬ А. Р.,  
ОСМОЛОВСКАЯ Т. А., ШАТОВА О. Г.

ГУ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР  
«КАРДИОЛОГИЯ», Г. МИНСК, РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ

**Цель:** изучить влияние сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ) на показатели диссинхронии миокарда у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), синусовым ритмом (СР) и постоянной формой фибрилляции предсердий (ФП).

**Материал и методы.** Эффективность СРТ оценивалась у пациентов с ХСН ФК NYHA II–III с ФП (группа 1, n=50) и СР (группа 2, n=29). Лицам с ФП выполнена абляция атриовентрикулярного узла. До и через 12 месяцев после интервенционного вмешательства проводилась эхокардиографии с определением диссинхронии миокарда, оценивалась степень межжелудочковой и внутрижелудочковой диссинхронии.

**Результаты.** Наблюдались статистически значимые различия групп по исходной величине пресистолической задержки на аортальном клапане ( $p < 0,001$ ) и пресистолической задержки на клапане легочной артерии ( $p < 0,001$ ). Пресистолическая задержка на аортальном клапане была значительно выше в группе 1, задержка на клапане легочной артерии – в группе 2. Не выявлено достоверных различий по медианным значениям межжелудочковой диссинхронии ( $p = 0,068$ ). Отмечены межгрупповые различия по времени перегородочной задней задержки ( $p < 0,001$ ) и максимальной базальной задержки ( $p = 0,039$ ).

Через 12 месяцев после СРТ у пациентов группы 1 уменьшалась пресистолическая аортальная задержка до 148 (139; 164) мс ( $p = 0,038$ ), межжелудочковая задержка (до 25 (13; 33) мс,  $p < 0,001$ ). В группе 2 положительная динамика выявлена по времени пресистолической задержки на клапане легочной артерии (до 118 (100; 143) мс,  $p = 0,004$ ) и межжелудочковой задержки (до 28 (19; 35) мс,  $p < 0,001$ ). Уменьшалась дисперсия внутрижелудочкового сокращения: до 129 (98; 188) мс в группе 1 ( $p < 0,001$ ) и до 141 (95; 179) мс в группе 2 ( $p < 0,001$ ). Значения показателей внутрижелудочковой диссинхронии, оцененной методом тканевой доплерографии в режиме отслеживания ткани, в группах 1 и 2 уменьшились в 2 раза ( $p < 0,001$ ). Через 12 месяцев после СРТ нивелировались различия групп по времени пресистолической задержки на клапане легочной артерии ( $p = 0,506$ ) и максимальной базальной задержки ( $p = 0,897$ ). Различия групп по медианным значениям пресистолической аортальной задержки сохранялись: при ФП время задержки было больше, чем при СР ( $p = 0,011$ ).

**Выводы.** Несмотря на прогрессирующее развитие СРТ, остается ряд вопросов, касающихся критериев отбора пациентов на СРТ, влияния механической диссинхронии на процессы ремоделирования и поиск респондеров. В ходе исследования выявлены особенности механической диссинхронии при ФП и СР. Для пациентов с ФП характерны высокие значения пресистолической аортальной задержки. Для СР характерны наибольшая выраженность пресистолической задержки на клапане легочной артерии и изменение ряда показателей внутрижелудочковой диссинхронии. СРТ способствовала уменьшению межжелудочковой диссинхронии и дисперсии внутрижелудочкового сокращения как при СР, так и при ФП, снижению длительности пресистолической аортальной задержки у па-

циентов с ФП и времени пресистолической задержки на клапане легочной артерии у лиц с СР. У всех пациентов СРТ оказывала влияние на выраженность внутрижелудочковой диссинхронии.

## П 16. ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПОЧЕК

МАЦКЕВИЧ С. А., БЕЛЬСКАЯ М. И.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР  
«КАРДИОЛОГИЯ», Г. МИНСК, РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ

**Цель исследования:** оценить динамику функционального состояния почек у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

**Материал и методы.** Обследовано 132 пациента с ХСН II, III функционального класса (ФК) ишемического генеза (давность перенесенного инфаркта миокарда с зубцом Q составила в среднем  $4,06 \pm 3,27$  года), средний возраст пациентов  $60,75 \pm 7,31$  года. Пациенты с заболеваниями почек и/или эндокринной патологией в исследование не включались. Ультразвуковое исследование сердца проведено на аппарате Vivid – 7 (GE, США – Бельгия) по стандартной методике. Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) составила в среднем  $50,7 \pm 7,54\%$ . Биохимические исследования выполнены на анализаторе Olympus: уровень цистатина С определяли с использованием лабораторных наборов Randox (норма  $0,57–1,05$  мг/л), концентрацию креатинина – с использованием наборов Bckman (норма  $44,0–110,0$  мкмоль/л). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ в мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) по уровню креатинина определяли по формуле Cockcroft-Gault, СКФ по уровню цистатина С – по формуле:  $СКФ = -4,32 + 80,35 / \text{цистатин С}$ . Уровень NT-proBNP в сыворотке крови определяли на автоматическом иммуноферментном анализаторе mini Vivad. Для определения микроальбуминурии (МАУ в утренней порции мочи свыше 30 мг/л) использовался анализатор Olympus, уровня альфа-1-микроглобулина (А1М) в моче – метод прямого твердофазного иммуноферментного анализа с использованием пары моноклональных антител ИФА-А1М (норма до 10 мг/л).

**Результаты.** Уровни мочевины, глюкозы крови, ферментов были в норме исходно и в динамике исследования. Уровень NT-proBNP у пациентов составил в среднем  $249,07 \pm 92,14$  пг/мл. Средние значения креатинина ( $99,80 \pm 11,67$  мкмоль/л) и цистатина С ( $0,93 \pm 0,09$  мг/л) в группе обследованных не превышали нормальных значений. Средние значения СКФ по уровню креатинина и по уровню цистатина С составили соответственно  $83,72 \pm 12,78$  и  $85,65 \pm 11,87$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. Снижение СКФ (легкое и умеренное), определяемое по уровню цистатина С, отмечалось у 62,1% пациентов. Выявлены также повышенные уровни А1М (14,4% пациентов) и МАУ (12,9% пациентов). Через год наблюдения при стабильном течении ХСН и отсутствии ухудшения показателей внутрисердечной гемодинамики, независимо от ФК ХСН, выявлено динамическое ухудшение функции почек: прогрессирующее снижение СКФ, увеличение количества пациентов со сниженной СКФ по цистатину С (81,5% пациентов), а также увеличение количества пациентов с А1М (20,4% пациентов) и МАУ (20,4% пациентов). Уровни креатинина и цистатина С в динамике составили соответственно  $102,29 \pm 13,03$  мкмоль/л и  $0,99 \pm 0,19$  мг/л, СКФ по уровням креатинина и цистатина С составила соответственно  $78,84 \pm 13,71$  и  $79,16 \pm 13,11$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. Уровень NT-proBNP в динамике



составил  $342,27 \pm 89,64$  пг/мл. Исходно и в динамике исследования выявлена корреляционная зависимость между уровнем цистатина С и А1М ( $r=0,50$ ;  $p<0,001$ ), ФВ ЛЖ и уровнем цистатина С ( $r=-0,56$ ;  $p<0,001$ ), а также между уровнем цистатина С и уровнем NT-proBNP ( $r=0,47$ ;  $p<0,001$ ).

**Заключение.** Таким образом, у пациентов при стабильном течении ХСН и при отсутствии ухудшения показателей внутрисердечной гемодинамики в динамике наблюдения определяются признаки динамического ухудшения функции почек, т. е. прогрессирующая дисфункция почек.

## П 17. СТЕПЕНЬ ИЗМЕНЕНИЯ ЧАСТОТЫ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ СОКРАЩЕНИЙ НА ФОНЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЯННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

КАНОРСКИЙ С. Г., ПОЛИЩУК А. В.

ФГБОУ ВО «КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНЗДРАВА РФ, г. КРАСНОДАР, РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

Адекватный медикаментозный контроль частоты желудочковых сокращений (ЧЖС) остается одной из возможных стратегий ведения пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), и поиск его параметров, способствующих улучшению прогноза и качества жизни (КЖ) больных, является важной задачей, имеющей существенные особенности для категории пожилых пациентов.

**Цель исследования:** оценить связь между параметром, отражающим степень изменения ЧЖС в результате медикаментозной терапии, и КЖ у пожилых пациентов с постоянной ФП для решения вопроса о целесообразности использования данного параметра при ведении таких пациентов.

**Материалы и методы.** В исследование включено 54 пациента в возрасте  $82,3 \pm 7,1$  года ( $M \pm SD$ ) с диагнозом постоянной ФП и выбранной стратегией контроля ЧЖС. Симптомы всех пациентов требовали коррекции контроля ЧЖС. КЖ оценивалось на основании опросника «Atrial Fibrillation Effect on Quality-of-life (AFEQT) Questionnaire» и системы «EQ-5D-5L» с визуальной аналоговой шкалой (EQ-VAS) до подбора медикаментозной терапии для контроля ЧЖС и после его осуществления. В исследование включали пациентов, принимавших в качестве терапии, урежавшей ЧЖС, бета-адреноблокатор. По значению исходной ЧЖС сформированы 2 подгруппы пациентов: с исходной ЧЖС  $> 90$  ударов в 1 минуту (уд./мин) и с обратимой брадикардией ( $< 60$  уд./мин), обусловленной неадекватной дозой или комбинацией препаратов контроля, у которых удалось достичь принятого в рекомендациях Европейского общества кардиологов 2016 г. диапазона «адекватного контроля» ( $60-100$  уд./мин в покое) путем подбора дозы бета-адреноблокатора. Динамика ЧЖС отмечалась по данным электрокардиографии в покое – степень изменения ЧЖС на фоне терапии выражалась в процентах от исходного значения. Проведен анализ корреляции между степенью изменения ЧЖС в результате медикаментозного лечения и степенью улучшения показателей КЖ пациентов (увеличение баллов опросника AFEQT и EQ VAS, выраженное в процентном отношении к исходным значениям).

**Результаты.** Наиболее сильная прямая корреляция наблюдалась между достигнутой в результате лечения степенью снижения ЧЖС у пациентов с исходной ЧЖС  $> 90$  уд./мин и процентным увеличени-

ем общего балла анкеты AFEQT (коэффициент корреляции Пирсона  $r=0,71$ ;  $p=0,01$ ). Из данного опросника подгруппы «Symptoms» ( $r=0,63$ ;  $p=0,01$ ) и «Daily Activity» ( $r=0,53$ ;  $p=0,05$ ) в наибольшей степени коррелировали со снижением ЧЖС. Обратная корреляция наблюдалась между степенью увеличения ЧЖС после подбора адекватной терапии контроля у пациентов с исходной ЧЖС  $< 60$  уд./мин и улучшением общего балла AFEQT ( $r=-0,82$ ;  $p=0,01$ ). Наиболее сильная обратная связь наблюдалась между процентным увеличением ЧЖС и улучшением балла в подгруппе «Daily Activity» ( $r=-0,85$ ;  $p=0,001$ ). Связь между увеличением балла EQ-VAS системы «EQ-5D-5L» и степенью изменения ЧЖС под влиянием терапии оказалась незначимой, что может во многом объясняться неспецифичностью данного инструмента оценки КЖ и доминированием влияния сопутствующих заболеваний в ответах пациентов.

**Выводы.** При разработке алгоритма подбора ЧЖС для пожилых пациентов с постоянной ФП целесообразно использование такого параметра, как степень изменения исходной ЧЖС. В комплекс обследования при определении целевой ЧЖС рекомендуется включать оценку КЖ по данным анкеты AFEQT.

## П 18. РАЗВИТИЕ СТРЕССИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

МОРУНОВ О. Е., ОРЛОВА Н. В., ЕЛОХОВСКАЯ Р. О., ЕЛОХОВСКИЙ Р. В.

ФГБОУ ВО «РНМУ ИМ. Н. И. ПИРОГОВА» МИНЗДРАВА РОССИИ, МОСКВА

**Цель работы.** Изучить взаимосвязь психологического стресса и гипертензивные реакции у больных в периоперационном периоде при артроскопии.

**Материалы и методы:** У 56 больных с гипертонической болезнью (ГБ) 1–2 степени перед артроскопией проведены тесты на стрессоустойчивость Perceived Stress Scale (PSS) и the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). Проведено суточное мониторирование артериального давления (СМАД) за сутки до операции и через сутки после операции. Все пациенты до поступления в стационар достигли целевого АД. Для статистического анализа использовалась программа Excel 2007.

**Результаты.** Анализ результатов тестирования у большинства пациентов показал средний уровень стресса и среднюю тревожность перед операцией. Высокая степень тревожности по шкале Спилберга/Ханина и высокий уровень стресса по шкале PSS выявлен только у женщин. Среди обследованных: 17 пациентов стрессоустойчивых и 39 пациентов нестрессоустойчивых. При сравнении данных по результатам СМАД до оперативного лечения выявлено, что у нестрессоустойчивых пациентов наблюдались достоверно более высокие показатели скорости утреннего подъема САД и ДАД до операции и после операции в сравнении со стрессоустойчивыми пациентами. Среди нестрессоустойчивых пациентов выявлены более низкие величины суточного индекса САД («Non-dipper»): до операции СИ САД – 9, после операции СИ САД – 7, до операции СИ ДАД – 8, после операции СИ ДАД – 6,5. У стрессоустойчивых пациентов СИ САД и СИ ДАД до операции и после операции были в пределах нормы. Полученные результаты отражают изменения функции сердечно-сосудистой системы в ответ на психологический предоперационный стресс, который более выражен у пациентов с низкой стрессоустойчивостью.



**Заключение:** Выраженность гипертензивных реакций в периоперационном периоде зависит от стрессоустойчивости пациента. У пациентов с низкой стрессоустойчивостью в условиях предоперационного психологического стресса отмечаются гипертензия и повышение суточной вариабельности АД. Повышение АД в периоперационном периоде может рассматриваться как фактор риска развития артериальной гипертонии.

## П 19. ОЦЕНКА НАДЕЖНОСТИ И ВАЛИДНОСТИ РУССКОЙ ВЕРСИИ ШКАЛЫ САМОПОМОЩИ ОТНОСИТЕЛЬНО ИНДЕКСА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

КАРТАМЫШЕВА Е. Д.

ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, ГОРОД ВОЛГОГРАД, РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ.

**Цель.** Цель нашего исследования заключалась в определении и оценке надежности и валидности русской версии шкалы «Самопомощи относительно индекса сердечной недостаточности» (“The Self-care of Heart Failure Index”, SCHFI version 6.2) для пациентов с сердечной недостаточностью (СН).

**Материалы и методы.** Перевод шкалы SCHFI version 6.2 на русский язык (СОИСН) был выполнен по модели Брислина. Затем русская версия данной шкалы и ШОССН\_9 (European Heart Failure Self-Care Behavior Scale\_9) были протестированы у 50 пациентов с СН (ФК по NYHA I–III), средний возраст  $62,2 \pm 9,6$ , из них 56% составили мужчины. Были проанализированы: общая сумма баллов, а также результаты по разделам и вопросам, коэффициент  $\alpha$ -Кронбаха, ретестовая надежность и конкурентная валидность (сравнение СОИСН и ШОССН\_9) при поступлении и при выписке из стационара. Образование пациентов проводилось в соответствии с Российскими рекомендациями по сердечной недостаточности 2017 г.

**Результаты.** Коэффициент  $\alpha$ -Кронбаха для шкалы СОИСН составлял 0,722 при поступлении и 0,785 при выписке из стационара. Наибольшее значение его наблюдалось в разделе С с 0,727 до 0,805, соответственно. Ретестовая надежность составила 0,832 ( $p < 0,01$ ). Общая сумма баллов для шкалы СОИСН составила от  $129,7 \pm 38,9$  при поступлении до  $143,9 \pm 41,4$  ( $p < 0,01$ ) при выписке. Основное улучшение было отмечено в разделе В (управление самопомощью) – с  $43,1 \pm 19,9$  до  $49,1 \pm 20,0$  ( $p < 0,01$ ) и разделе С (уверенность в самопомощи) – с  $43,3 \pm 18,6$  при поступлении до  $48,9 \pm 18,5$  при выписке ( $p < 0,01$ ). По шкале СОИСН в разделе А по пункту 2 («проверяете ли Вы свои нижние конечности на отечность») отмечалось улучшение результатов с  $2,48 \pm 1,05$  балла при поступлении до  $2,76 \pm 0,9$  при выписке, в разделе В по пункту 13 («уменьшить потребление жидкости») с  $2,4 \pm 1,05$  до  $2,8 \pm 0,9$ , а также по пункту 21 в разделе С («сделать что-то, что облегчит ваши симптомы») с  $2,2 \pm 0,86$  до  $2,46 \pm 0,84$ , соответственно. Анализ конкурентной валидности не выявил значимой корреляции между шкалами СОИСН и ШОССН\_9 как при поступлении ( $r = -0,309$ ;  $p = 0,029$ ), так и при выписке ( $r = -0,434$ ;  $p < 0,01$ ). Выводы. Русская версия шкалы «Самопомощи относительно индекса сердечной недостаточности» – простой и действенный инструмент для оценки самопомощи у пациентов с сердечной недостаточностью.

## П 20. ВЗАИМОСВЯЗЬ ОБЪЕМА ПОРАЖЕНИЯ ТРОМБОТИЧЕСКИМИ МАССАМИ КОЛИЧЕСТВА ДОЛЕВЫХ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ И ЭХОКГ-КРИТЕРИЕВ ПЕРЕГРУЗКИ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА

ПРОНИН АНДРЕЙ ГЕННАДЬЕВИЧ

МОСКОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ», МОСКВА, РОССИЯ

**Цель.** Оценить зависимость появления ЭхоКГ признаков перегрузки правых отделов сердца от объема тромбоемболической обтурации долевых артерий легочного русла.

**Материалы и методы.** Проведено сравнения между тремя группами больных с тромбоемболией сегментарных ветвей легочных артерий (ТЭЛА). В первую группу вошли 37 пациентов (17 мужчин и 20 женщин, в возрасте от 26 до 80 лет, средний возраст  $57,1 \pm 12,9$  лет), с объемом поражения 50–85% просвета долевой артерии. Вторая группа представлена 31 пациентом (19 мужчин и 22 женщины, в возрасте от 29 до 88 лет, средний возраст –  $59,8 \pm 13,6$  лет), с объемом поражения 85–95% просвета долевой артерии. В третью группу вошли 29 пациентов (19 мужчин и 20 женщин, в возрасте от 28 до 87 лет, средний возраст  $57,4 \pm 11,8$  лет), с окклюзией просвета долевой артерии. Всем больным выполняли общеклинические и биохимические исследования крови, Д-димер, ЭхоКГ, УЗДГ вен нижних конечностей, КТ ангиография легочной артерии.

**Результаты.** У больных с сужением просвета долевых легочных артерий от 50% до полной окклюзии были установлены следующие ЭхоКГ критерии перегрузки правых отделов сердца: дилатации правого желудочка более 4 см., дилатация правого предсердия более 65 мм, трикуспидальная регургитация более чем 2 степени, легочная гипертензия более 30 мм рт. ст., расширение нижней полой вены более 25 мм. Установлено, что у пациентов второй и третьей групп выраженность этих симптомов была значительно больше, чем у больных в первой группе ( $p < 0,01$ ). Причем встречаемость их зависела от выраженности степени внутрисосудистой обструкции и количества пораженных долевых артерий. В среднем тромботическими массами во всех группах сравнения было поражено практически одинаковое количество долевых артерий,  $2,4 \pm 0,2$ ,  $2,3 \pm 0,3$ ,  $2,6 \pm 0,7$  соответственно.

У больных с объемом обтурации просвета долевой артерии 85%–100% размеры правого желудочка при поражении двух долевых артерий в среднем составляли  $4,2 \pm 0,5$  см, трех артерий –  $4,5 \pm 0,8$  см, четырех –  $4,9 \pm 0,6$  см.

Среднее давление в легочной артерии у больных первой группы было  $46,6 \pm 3,5$  мм рт. ст., во второй –  $51,4 \pm 12,7$  мм рт. ст., в третьей –  $64,6 \pm 9,7$  мм рт. ст. Вместе с тем достоверной разницы ни по одному из ЭхоКГ показателей в этих группах не установлено ( $p > 0,05$ ), кроме больных третьей группы, у которых среднее давление в легочной артерии было статистически значимо больше чем у пациентов первой группы ( $p = 0,04$ ).

Это подтверждается результатами корреляционного анализа при котором установлена в первой, второй и третьей группах следующие уровни корреляционной зависимости: увеличение размеров правого желудочка более 4 см. ( $r = 0,46$ ,  $r = 0,65$ ,  $r = 0,4$  соответственно), Увеличение размеров правого предсердия более 65 мм ( $r = 0,34$ ,  $r = 0,46$ ,  $r = 0,48$ ). Так же в отличие от остальных групп у пациентов третьей группы была установлена умеренная корреляционная связь с расширением нижней полой вены более 20 мм.  $r = 0,35$ .



**Выводы.** ЭхоКГ признаки перегрузки правых отделов сердца у больных с ТЭЛА появляются при поражении тромботическими массами двух и более долевых артерий со степенью обструкции от 50% до 100% просвета сосуда.

## П21. ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АНТРАЦИКЛИНОВОЙ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

КАНОРСКИЙ С. Г.<sup>1</sup>, ПАВЛОВЕЦ В. П.<sup>2</sup>,  
МАЩУК В. Н.<sup>1,2</sup>, ХУДОЕВ Э. С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> – ФГБОУ ВО КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ МИНЗДРАВА РОССИИ, Г. КРАСНОДАР, РОССИЯ

<sup>2</sup> – ООО «КЛИНИКА МАММЭ», Г. КРАСНОДАР, РОССИЯ

В последнее время отмечается значительный прогресс в лечении злокачественных новообразований, что обусловлено появлением новых методик фармакотерапии. Одновременно растет актуальность диагностики и коррекции побочных эффектов, возникающих на фоне терапии рака, в частности, одного из самых неблагоприятных – кардиотоксичности. Полноценная комплексная химиотерапия и/или таргетная терапия у пациентов с исходной сердечной недостаточностью (СН) представляет значительную клиническую проблему. В настоящее время накоплен небольшой опыт применения некоторых фармакологических препаратов для профилактики кардиотоксичности, в частности использование кандесартана в сравнении с метопрололом и плацебо. В то же время, одним из достижений фармакологической индустрии явилось появление нового препарата для терапии СН – ингибитора ангиотензиновых рецепторов и неприлизина, что позволило значительно улучшить выживаемость пациентов с систолической СН.

Целью работы явилось определение преимуществ терапии сакубитрилом/валсартаном в сравнении с кандесартаном у пациенток с сердечной недостаточностью, получающих антрациклиновые антибиотики и/или таргетные препараты по поводу злокачественных новообразований молочной железы.

**Материалы и методы.** С июня 2017 года по март 2018 года в клинике «МАММЭ» (г. Краснодар) по поводу злокачественных новообразований было прооперировано 58 женщин, имеющих ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка, средний возраст которых составил 63 года. Пациенток рандомизировали в две группы, сопоставимые по демографическим и клиническим характеристикам. В первой группе (n=31) в рамках стандартной терапии СН применялся кандесартан, во второй группе (n=27) – сакубитрил/валсартан. В течение в среднем 6,2±3,7 (?) месяцев всем женщинам повторно выполнялись лабораторные исследования, электрокардиография, эхокардиография, суточное мониторирование электрокардиограммы, тест с 6-минутной ходьбой.

**Результаты.** По данным эхокардиографии у пациенток первой группы частота снижения фракции выброса левого желудочка составляла 6,4%, тогда как во второй группе – 0% (p=0,005). Частота существенного повышения уровней мозгового натрийуретического пептида и тропонина I у пациенток первой группы оказалась выше (12,8% против 3,7%, p=0,0024). При контрольных мониторингах электрокардиограммы у пациенток второй группы наблюдалось статистически значимое снижение количества желудочковых экстрасистол (p=0,003), эпизодов желудочковой тахикардии (p=0,026) и фибрилляции предсердий (p=0,0031). Средняя дис-

танция в тесте с 6-минутной ходьбой в первой группе была на 36% (p=0,005) больше, чем во второй.

**Выводы.** У женщин с раком молочной железы, получающих антрациклиновые антибиотики и/или таргетные препараты, лечение СН со сниженной фракцией выброса левого желудочка сакубитрилом/валсартаном может значительно ограничивать кардиотоксические эффекты химиотерапии.

## П22. ВКЛАД ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ В РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА И РАЗНЫМИ ИСХОДАМИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

ЛИСКОВА Ю. В.<sup>1,2</sup>, САЛИКОВА С. П.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> – ФГБОУ ВО «ОРГМУ» МИНЗДРАВА РОССИИ, ОРЕНБУРГ;

<sup>2</sup> ФГБ ВОУ ВО «ВМА ИМ. С. М. КИРОВА» МО РФ, САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, РОССИЯ

**Цель работы:** установить половые особенности ремоделирования миокарда у пациентов с сердечной недостаточностью и сохраненной фракцией выброса (СНсФВ) с разными исходами кардиохирургической операции (КХО).

**Материал и методы.** В исследование включены 87 пациентов (43 мужчины и 44 женщины) с СНсФВ I–IIБ стадией, I–III функциональным классом по NYHA на фоне ИБС и АГ, направленных на плановую КХО. До операции все пациенты получали стандартное обследование, эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) и лечение АГ, ИБС и ХСН согласно современным рекомендациям. У всех обследуемых на 14 сут после КХО оценивали частоту сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Наличие хотя бы одного ССО относили к неблагоприятному госпитальному исходу. Результаты. Средний возраст у мужчин составил 57,4±7,27 лет, у женщин 61,4±7,93 лет. На 14 сут после КХО в 1,2% случаев наблюдался летальный исход в группе мужчин в связи с развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности. При анализе частоты ССО после КХО в группах женщин/мужчин установлено: 13/7 случаев пароксизмальной формы фибрилляции предсердий, 1/0 пароксизма фибрилляции желудочков, 1/1 полной АВ блокады с постановкой кардиостимулятора, 1/0 инфаркта миокарда, 1/1 тампонады сердца. При анализе показателей ЭхоКГ у мужчин с благоприятным и неблагоприятным исходом на 14 сут после КХО, оказалось, что достоверные отличия касались только толщины межжелудочковой перегородки 12,79±1,81/14,56±1,67 мм (p=0,01647) и массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ) 328,51±85,36/374,82±107,49 г (p=0,02198), которые были существенно большими в группе мужчин с неблагоприятным исходом. При сопоставлении данных ЭхоКГ у женщин с разным исходом КХО было выявлено, что у женщин с неблагоприятным исходом наблюдались достоверно большие линейные и объемные размеры ЛЖ: КДР 53,92±6,14/58,37±7,53 мм (p=0,04472), КДО 144,12±37,34/174,94±48,41 мл (p=0,02720), ММЛЖ 257,42±73,72/312,61±83,74 г (p=0,03245) и более выраженные нарушения диастолической функции E/A 0,80±0,15/1,21±0,27 (p=0,02181). При анализе данных ЭхоКГ мужчин и женщин с благоприятным исходом КХО, у мужчин отмечены значимые различия с большим значением линейных (p=0,00009) и объемных (p=0,00025) показателей ЛЖ, а также массы миокарда ЛЖ (p=0,00487). При этом мужчины и женщины с неблагоприятным

исходом КХО ни по одному показателю ЭхоКГ достоверных различий не имели. Таким образом, установлено, что женщины с СНсФВ демонстрируют более высокую частоту ранних ССО после КХО по сравнению с мужчинами. В группе с неблагоприятным исходом КХО отмечалось существенное увеличение ММЛЖ у лиц обоего пола, а у женщин еще и значимое увеличение линейных и объемных размеров ЛЖ.

**Выводы.** Высокая частота сердечно-сосудистых осложнений у женщин с СНсФВ связана с гендерными отличиями в сердечном ремоделировании, заключающимися, прежде всего, в большей степени дилатации левого желудочка.

## П 23. КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

КЛИМЕНКО Н. Ю., ЦУКАНОВА О. А.,  
ХРАМОВА А. В., ХАРЕНКО Л. А.

ФГБОУ ВО «РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ», г. РОСТОВ-НА-ДОНУ, РФ  
«РКБ» ФГБУЗ «ЮОМЦ» ФМБА РОССИИ

Известно, что нарушение сократительной способности миокарда, а именно фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) ниже 30%, приводит к нарушениям системного кровотока, что является одним из основных механизмов формирования когнитивного дефицита у больных с кардиальной патологией в результате развития диффузного гипоксического повреждения мозга связанного гипоперфузией. Несвоевременная диагностика начальных стадий когнитивного расстройства и соответственно отсутствие адекватной терапии приводит к их дальнейшему прогрессированию. В связи с этим, актуальным становится выявление групп риска развития когнитивных нарушений. В этом отношении внимание привлекает кардиальная патология, которая является одной из важнейших причин развития хронической цереброваскулярной недостаточности и когнитивного дефицита.

**Цель настоящего исследования** – изучение связи когнитивных нарушений и состояния кардиальных функций, а также их прогностическая роль в прогрессировании когнитивных нарушений у больных с СН.

**Материалы и методы:** в исследование было включены 45 пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы в сочетании с хронической цереброваскулярной патологией в возрасте от 44 года до 79 лет (средний – 58,48±8,19 года), получавшие лекарственную терапию, включавшую прием ацетилсалициловой кислоты в дозировке 75–100 мг 1 раз в сутки, а также при необходимости гипотензивные и гиполипидемические препараты. Всем больным проводилось клинико-лабораторное и неврологическое обследование, нейропсихологическое обследование с качественной и количественной оценкой полученных результатов. Это обследование включало мини-тест оценки когнитивных функций (MMSE), адаптированный А. Н. Беловой, тест запоминания пяти слов, тест на зрительную память, тест рисования и копирования часов. Также всем больным проводили эхокардиографию (ЭхоКГ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ) головного мозга.

**Результаты:** наиболее значимыми факторами риска цереброваскулярной патологии были артериальная гипертензия (82,8% больных), атеросклероз (79,5%), гиперхолестеринемия (77,2%), ожирение (58,2%), сахарный диабет (22,5%), в анамнезе инфаркт

миокарда (9,1%), курение (8,4%) и отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям (61,5%). По шкале MMSE когнитивные нарушения отсутствовали у 8 (18%) пациентов, легкие когнитивные нарушения отмечались у 26 (58%), деменция легкой степени – у 7 (15%), умеренная деменция – у 4 (9%). Наибольшие трудности возникли в субтестах «повторение слов» и «серийный счет». Когнитивные расстройства чаще отмечались и были более выражены у лиц старше 70 лет и пациентов с ожирением. У 15% пациентов, по данным МРТ, определялись зоны глиозных изменений в задне-лобных и теменных долях диаметром до 1,2 см, что сопровождалось когнитивными нарушениями в виде деменции умеренной и легкой степени. Все больные с деменцией (100%) страдали артериальной гипертензией, с наибольшей тенденцией к повышению диастолического артериального давления, при этом, у 4 пациентов в анамнезе был СД 2 типа. По данным ЭхоКГ, показатели ФВ и конечного диастолического размера ЛЖ в группе больных с когнитивными нарушениями были достоверно выше, по сравнению с группой больных с деменцией. Выраженность деменции так же была выше в группе больных с увеличением конечного диастолического размера ЛЖ.

**Выводы:** когнитивные расстройства определяются возрастом больного, уровнем АД, наличием атеросклероза и сопутствующей коморбидной патологией. Основным кардиальным фактором, определяющим выраженность нарушений когнитивных функций, является снижение фракции выброса левого желудочка.

## П 24. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

КОРЫТЬКО И. Н., МИРОШНИЧЕНКО Е. П.,  
КОРНИЕНКО Н. В., КУЗНЕЦОВ Э. С., РЕЗАНОВА Н. В.

КРЫМСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМЕНИ  
С. И. ГЕОРГИЕВСКОГО  
ФГАОУ ВО «КРЫМСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
В. И. ВЕРНАДСКОГО» СИМФЕРОПОЛЬ, РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ.

**Цель:** сравнить эффективность профилактики кардиоэмболических, повторных тромботических и геморрагических осложнений на фоне тройной антитромботической терапии (ТАТ): варфарин, аспирин и клопидогрель и двойной антитромботической терапии (ДАТ): варфарин и клопидогрель у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) без подъема сегмента ST и фибрилляцией предсердий (ФП).

**Материал и методы исследования:** В исследование включено 62 пациента (женщин – 18, мужчин – 44) с ОИМ без подъема сегмента ST с постоянной формой ФП (продолжительностью в среднем – 4,2±1,2 года) в возрасте 62±4,4 года. До поступления в стационар больные варфарин не получали. Терапия проводилась согласно действующим рекомендациям по ведению пациентов с ОИМ без ↑ ST. За 5 дней до отмены инъекционных антикоагулянтов к лечению добавляли варфарин (стартовая доза 5 мг/сутки) под контролем международного нормализованного отношения (МНО). Доза варфарина зависела от МНО (целевой уровень от 2.0 до 2,5). ТАТ была показана всем пациентам в связи с высоким риском развития инсульта и системных эмболий (сумма баллов по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc у женщин ≥3, у мужчин ≥2). Риск кровотечений соответствовал низкому и среднему (по шкале HAS-BLED



<3 баллов). Больных разделили на 2 группы: 1 группа – пациенты без указаний на патологию желудочно-кишечного тракта (42 человека), 2 группа (20 человек) – пациенты с риском желудочно-кишечного кровотечения: с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, эрозивным гастритом в анамнезе. Пациенты 1 группы получали ТАТ, а 2 группе больных была назначена ДАТ (аспирин был отменен через 7 дней от начала лечения). С гастропротекторной целью назначали блокаторы протонной помпы всем пациентам. Группы не отличались по гендерному составу, а также по степени риска инсульта и геморрагических осложнений. Наблюдение вели в течение 6 месяцев. Оценивали сердечно-сосудистые события, а также большие (внутричерепные и желудочно-кишечные) и малые (носовые и десневые кровотечения, кровоизлияния на коже, макро- и микрогематурия) кровотечения.

**Результаты:** в течение 6 месяцев в 1 группе пациентов фиксировали малые кровотечения у 11 человек (26%), они были проходящими и не требовали изменений в ТАТ: десневое – 2 случая, мелкие единичные кровоизлияния на коже – 6 случаев, микрогематурия – 2 случая, макрогематурия – 1 случай. У больных с гематурией фиксировали уровень МНО выше целевого. Изменения в анализах мочи нивелировались после изменений дозы варфарина. У 2 (5%) пациентов из первой группы в процессе наблюдения была диагностирована анемия. Произведена ФГДС – в обоих случаях выявлены множественные эрозии желудка с налетом фибрина, что расценено как большое кровотечение, явившееся причиной отмены АСК (варфарин и клопидогрель продолжены). У больных 2 группы большие кровотечения отсутствовали, а малые – незначительное носовое кровотечение – зафиксировано у 1 пациентки. За период наблюдений у пациентов обеих групп ишемические инсульты, системные эмболии, острые коронарные события и летальные исходы не наблюдались.

**Выводы.** ТАТ и ДАТ проводимая пациентам с ОИМ без  $\uparrow$  ST в течение 6 месяцев сопоставимо эффективны в плане профилактики ишемических инсультов, системных эмболий, острых коронарных событий и летальных исходов. ДАТ имела лучший профиль в отношении профилактики как больших, так и малых кровотечений. Пациенты, которым проводится ТАТ, учитывая возможные геморрагические осложнения, требуют более тщательного динамического наблюдения.

## П 25. ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭКГ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С $V_{12}$ -ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

СТОЛЯРОВА В. В., МОГУРОВА М. А., КУРКИНА Н. В., ЦЫГАНОВА М. В.

ФГБОУ ВО «НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МОРДОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. Н. П. ОГАРЕВА», МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ, САРАНСК, РОССИЯ

**Цель.** Изучить поздние потенциалы желудочков (ППЖ) у пациентов с  $V_{12}$ -дефицитной анемией ( $V_{12}$ -ДА).

**Материалы и методы.** Обследование проводилось в ГБУЗ «РКБ № 4» г. Саранск. Исследование ППЖ проведено у 32 человек. Исследуемые были разделены на группы: контрольная группа здоровые ( $n=15$ ); исследуемая пациенты с  $V_{12}$ -ДА ( $n=17$ ). Критерии включения: мужчины и женщины с диагнозами:  $V_{12}$ -ДА средней степени тяжести, без жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы и нарушений ритма сердца. Критерии исключения: больные

с хроническими заболеваниями в стадии обострения, с онкологическими заболеваниями, патологией легких, печени, почек, сахарным диабетом.

Всем пациентам проведено суточное мониторирование ЭКГ. Регистрировались параметры с использованием экспертной системы «Инкарт» КТ-07-3/12Р. Критериями ППП считали  $P_{Total} \geq 120$  мс – длительность фильтрованного зубца Р и  $RMS_{20} < 3,5$  мкВ – среднеквадратичная амплитуда за последние 20 мс зубца Р.

Для определения ППЖ оценивали  $TotQRSF > 120$  мс – продолжительность фильтрованного комплекса QRS;  $RMS_{40} < 25$  мкВ – средняя квадратичная амплитуда последних 40 мс в комплексе QRS;  $LAS_{40} > 39$  мс – продолжительность низкоамплитудных (<40 мкВ) сигналов в конце комплекса QRS. Критериями наличия ППЖ считали выявление не менее двух показателей.

### Результаты.

- По возрасту и полу группы достоверно между собой не отличались. Показатели, свидетельствующие о наличии ППП, регистрировались в группе здоровых у 16,7% и у 50,0% у пациентов с  $V_{12}$ -ДА ( $p < 0,05$ ). Показатель  $RMS_{20}$  у пациентов с  $V_{12}$ -ДА выявлялся в 5 раз ( $p < 0,01$ ) чаще по сравнению со здоровыми.
- Показатель  $TotQRSF$  в зоне ППЖ в 4 раз чаще встречается у больных с  $V_{12}$ -ДА, чем у здоровых ( $p < 0,05$ ). Среднее значение  $TotQRSF$  составило  $72,67 \pm 0,76$  и  $85,00 \pm 0,00$  мс в группе контроля и у больных с  $V_{12}$ -ДА соответственно.
- У пациентов  $V_{12}$ -ДА имеется тенденция к увеличению частоты встречаемости значения  $RMS_{40}$  в зоне ППЖ в 6 раз ( $p < 0,1$ ). А средние значения в группе здоровых и у пациентов с  $V_{12}$ -ДА  $37,25 \pm 4,49$  и  $32,50 \pm 3,75$  мкВ соответственно. Показатель  $LAS_{40}$  составил у пациентов  $V_{12}$ -ДА  $27,00 \pm 0,00$  мс, у здоровых –  $31,33 \pm 1,87$  мс. Данный показатель в зоне ППЖ регистрируется в 3 раз чаще у больных  $V_{12}$ -ДА, чем у здоровых.
- Частота регистрации ППЖ составила 16,67% в группе контроля и 37,50% у больных  $V_{12}$ -ДА.

**Заключение.** У пациентов с  $V_{12}$ -дефицитной анемией ППП и ППЖ регистрируются чаще в 2,5 и 4 раза соответственно по сравнению со здоровыми.

## П 26. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ САКУБИТРИЛ/ВАЛСАРТАНА ПРИ ДОКСОРУБИЦИНОВОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

ЧЕПУРНИКОВ С. А., ШАВКУТА Г. В.

ГБОУ ВО «РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ГБУ РО «РОСТОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» г. РОСТОВ-НА-ДОНУ.

В последнее время успехи современной онкологии привели к существенному улучшению выживаемости онкологических пациентов, в результате выросло количество больных, у которых в клинической симптоматике на первое место начинает выходить отсроченное кардиотоксическое действие противоопухолевых препаратов. В результате основной причиной смерти пациентов, переживших рак, становятся сердечно-сосудистые осложнения, вызванные химиотерапией.

**Цель работы:** сравнение эффективности различных схем медикаментозной терапии хронической сердечной недостаточности

**Материалы и методы:** рассмотрим клинический случай пациента с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), состояние

которого резко ухудшилось после терапии доксорубицином. Больной 3, 65 лет наблюдался у кардиолога с 5.11.2015 г. с диагнозом ИБС. Стенокардия напряжения ФК II. Постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) 2007 г. Стентирование передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии в 2008 г. Гипертоническая болезнь III ст, достигнутая степень 2, риск 4. ХСН IIa. ФК II. По результатам эхокардиоскопии (ЭХОКС) от 5.11.2015 г.: конечный диастолический размер правого желудочка (КДР ПЖ) 29 мм. Левое предсердие (ЛП) 48 мм. Левый желудочек: конечный диастолический размер (КДР ЛЖ) 62 мм, конечный диастолический объем (КДО ЛЖ) 194 мл, фракция выброса (ФВ) 43%. Тест шестиминутной ходьбы (ТШХ) 380 м.

**Результаты:** путем титрования удалось выйти на следующие целевые дозы препаратов: рамиприл 10 мг, эплеренон 50 мг, бисопрол 5 мг. Кроме того пациент получал розувастатин 20 мг, кишечнорастворимую форму ацетилсалициловой кислоты 100 мг. Самочувствие стабилизировалось. По данным ЭХОКС 7.06.16 г. КДР ЛЖ уменьшился до 58 мм, и КДО ЛЖ до 166 мл, ФВ увеличилась до 50%. ТШХ составил 490 м. Состояние резко ухудшилось после операции по поводу рака предстательной железы и курса химиотерапии, включающей доксорубицин. По данным ЭХОКС от 12.09.16 г. – выявлено увеличение КДР ЛЖ до 63 мм, КДО ЛЖ до 200 мл, снижение ФВ до 45%. ТШХ 340 м. Предприняты различные медикаментозные способы стабилизации состояния пациента: включение в схему терапии торасемида 5 мг, замена эплеренона 50 мг на 100 мг спиронолактона, однако никакого положительного эффекта это не дало. Принято решение о замене рамиприла на сакубитрил/валсартана (юпериио) в дозе 100 мг×2 р., согласно рекомендациям по приему препарата. Однако больной не смог принимать препарат в указанной дозе в связи с гипотонией. Доза уменьшена до 50 мг×2 р. в сутки. Кроме того, из терапии был исключен петлевой диуретик торасемид и снижена доза спиронолактона до 50 мг в сутки. Уже через 1 мес. от начала приема пациент отметил уменьшение одышки и улучшение сна. По данным ЭХОКС, КДР ПЖ 27 мм, ЛП 42 мм, КДР ЛЖ 61 мм, КДО ЛЖ 170 мл, ФВ 46–47%. В дальнейшем удалось увеличить дозу юпериио до 100 мг×2 р. В динамике по данным ЭХОКС от 21.02.18 г. наблюдалось уменьшение размеров ЛП до 40 мм, КДР ЛЖ до 57 мм, КДО ЛЖ до 160 мл, однако ФВ не увеличилась и составляла 42%. Пациент чувствовал себя значительно лучше, наблюдалось увеличение толерантности к физической нагрузке. ТШХ составил 540 м.

**Выводы:** представитель нового класса препаратов ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибиторов (АРНИ) – сакубитрил/валсартан может быть использован для усиления терапии хронической сердечной недостаточности у пациентов с доксорубициновой кардиомиопатией, когда другие методы (добавление петлевых диуретиков, перевод на максимальные дозы спиронолактона) оказываются не эффективны.

## П27. ОСОБЕННОСТИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

СОЛОДОВНИКОВА С. В.,

ШПИГУН Н. В., СОЛОДОВНИКОВА О. И.

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ», Г. ВИТЕБСК, БЕЛАРУСЬ

**Цель:** изучить морфо-функциональные параметры сердца и липидный спектр крови у пациентов с нестабильной стенокардией (классификация по Браунвальду) при прогрессировании недостаточности кровообращения.

**Материалы и методы:** обследовано 197 пациентов НС (128 мужчин и 69 женщин), госпитализированных в отделение кардиологии ВОКБ за период с 2013 по 2017 год, средний возраст – 57,5±2,3 лет. Все пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа – впервые возникшая стенокардия (77 пациентов), 2 группа – прогрессирующая стенокардия (91 пациент) и 3 группа – стенокардия покоя (29 пациентов). Критерии исключения из исследования: возраст старше 70 лет, наличие перманентной формы фибрилляции предсердий, инфаркта миокарда в анамнезе, хронических обструктивных заболеваний легких. Обследование перед выпиской из стационара включало в себя: клинический мониторинг, анализ ЭКГ, проведение ЭХО-КГ, лабораторное определение липидного спектра крови (ХС общ., ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП, ТГ, ИА).

**Результаты:** несмотря на увеличение массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ – с 219,6 до 297,3 г) по мере сравнения 1, 2, и 3 групп относительная толщина стенок желудочка (ОТСЛЖ) прогрессирующе уменьшалась, о чем свидетельствует достоверное снижение индекса ОТСЛЖ (с 0,44 до 0,40). У пациентов 2 и 3 групп происходил нарастающий по сравнению с первой группой рост ударного объема ЛЖ ( $p < 0,05$ ), одновременно с этим отмечено статистически значимое снижение фракции выброса (ФВ) ЛЖ в этих же группах пациентов (с 62 до 46,5%). Прогрессирующее нарастание объема ЛЖ сопровождалось повышением нагрузки на его внутреннюю стенку, о чем свидетельствовало наблюдавшееся статистически значимое увеличение миокардиального стресса (МС) с 126,4 до 179,2 дин/см<sup>2</sup>. Заметно выражено нарастание уровня холестерина у пациентов со стенокардией покоя, не только превышающим нормативы, но и уровень гиперлипидемии у пациентов с прогрессирующей стенокардией. У пациентов с впервые возникшей стенокардией, в среднем, не отмечено изменения уровня липидов крови выше пределов нормы. Во 2 группе были замечены статистически значимые различия с 1 группой только по уровню липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) ( $p > 0,05$ ).

**Выводы:** выявлена связь между прогрессированием патологического ремоделирования сердца и развитием сердечной недостаточности не только для ЭхоКГ-их параметров (увеличение конечно-диастолического объема ЛЖ, снижение ФВ ЛЖ, нарастание МС), но и липидного спектра крови (уровня общего холестерина и в особенности ЛПНП) у пациентов с нестабильной стенокардией.

## П28. ИЗУЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.

АЛЯВИ А. А., ТУЛЯГАНОВА Д. К., РАДЖАБОВА Д. И., ШОДИЕВ Ж. Д., ТОШЕВ Б. Б.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ МЗ РУЗ, ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

**Цель.** Изучить особенности цитокинового статуса и определить их взаимосвязь с доплерографическими данными у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

**Материалы и методы.** В исследование включено 35 больных ИБС, осложненной ХСН: из них 14 – со стабильной стенокардией II функционального класса (ФК), 11 – со стабильной стенокардией III–IV функционального класса. Контрольную группу составили 10 здоровых лиц.

С целью изучения состояния цитокинового статуса методом иммуноферментного анализа оценивали концентрацию С-реактивного белка (СРБ), противовоспалительных (ИЛ-4, ИЛ-10) и провоспалительных (ИЛ-6, ФНО- $\alpha$ ) цитокинов в сыворотке крови. Проводилось ультразвуковое сканирование брахиоцефальных сосудов для определения толщины комплекса интима-медиа (КИМ) и визуализации атеросклеротических бляшек.

**Результаты.** У больных стенокардией напряжения II ФК выявлены высокие значения противовоспалительных цитокинов при нормальных показателях провоспалительных цитокинов, тогда как у больных с более тяжелой стенокардией напряжения III–IV ФК уровни провоспалительных цитокинов увеличивались, а параметры ИЛ-4 и ИЛ-10 снижались. Так уровень маркеров воспаления СРБ определялся в количестве  $20,9 \pm 1,5$  мкг/мл ( $p < 0,05$ ), ИЛ-4  $3,9 \pm 1,2$  пг/мл ( $p < 0,05$ ) и ИЛ-10  $5,6 \pm 0,9$  пг/мл ( $p < 0,05$ ) соответственно. Концентрация ФНО- $\alpha$  составила  $14,38 \pm 1,5$  пг/мл, ИЛ-6  $4,29 \pm 2,4$  пг/мл ( $p < 0,05$ ) соответственно.

У больных с более тяжелым течением стенокардии толщина КИМ была больше, чем в группе больных с легким течением и составила  $1,1 \pm 0,1$  мм, против  $0,8 \pm 0,1$  мм соответственно.

При корреляционном анализе, проведенном у больных с тяжелым течением ИБС, установлены взаимосвязи между уровнем цитокинов и толщиной КИМ: прямая корреляционная связь с ИЛ-6 и обратная отрицательная связь с активностью ФНО- $\alpha$ .

С увеличением степени стенозов магистральных артерий определяется тенденция к повышению в сыворотке ИЛ-6 и СРБ. У пациентов стенокардией напряжения III и IV ФК со значимым поражением брахиоцефальных сосудов с наличием атеросклеротических бляшек выявлено достоверно значимое повышение ИЛ-10 – этот показатель в 2 раза выше по сравнению с пациентами без поражения брахиоцефальных сосудов.

**Выводы.** Таким образом, с увеличением степени поражения брахиоцефальных артерий повышается активность воспалительных процессов, в большей степени это касается маркера клеточного звена воспаления-ИЛ10, что может быть одним из механизмов развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у пациентов с тяжелым течением ИБС, осложненной ХСН и позволяет рекомендовать определение этих показателей в качестве маркеров дестабилизации течения болезни.

## П 29. ДИСПАНСЕРНОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ В г. АРХАНГЕЛЬСКЕ

ЩЕРБИНА А. В.<sup>1</sup>, СЕРДЕЧНАЯ Е. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> – ФГБУЗ СМКЦ им. Н.А. СЕМАШКО ФМБА, Г.АРХАНГЕЛЬСК, РОССИЯ

<sup>2</sup> – ФГБОУ ВО СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, Г. АРХАНГЕЛЬСК, РОССИЯ

**Цель исследования** – оценить эффективность ведения пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) в амбулаторном звене г. Архангельска.

**Материалы и методы.** Проведено когортное исследование за период январь 2017г – январь 2018г. на базе 1 городской клиниче-

ской поликлиники с использованием амбулаторных карт формы 025/у пациентов из различных поликлиник г. Архангельска. В данное исследование вошли 76 пациентов с ФП, из них 39 (51,3%) женщины и 37 мужчин (48,6%). В возрасте до 65 лет были 29 человек (38%), старше 65 лет – 47 человек (62%). Оценивались такие параметры диспансерного ведения пациентов с ФП, согласно рекомендациям Бойцова С.А. и Чучалина А.Г., как наличие планового визита 1 р/6 мес, вычисление индекса массы тела

(ИМТ), проведение в течение года таких анализов, как общего анализа крови (ОАК), назначение креатинина крови, определение скорости клубочковой фильтрации (СКФ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспаратаминотрансферазы (АСТ), общего холестерина, измерение уровня тиреотропного гормона (ТТГ), свободного тироксина (Т4), проведение электрокардиографии (ЭКГ) 1 р/6мес, холтеровского мониторирования (ХМ) 1 раз/6мес, эхокардиографии (ЭхоКГ) 1 раз/12 мес, оценка терапевтом/кардиологом показаний к антикоагулянтной терапии согласно CHA<sub>2</sub>DS-VAS<sub>2</sub> и оценка риска кровотечений согласно шкале HAS-BLED, коррекция антиаритмической терапии. Также оценивался такой важный параметр, как профилактика тромбоэмболических осложнений на амбулаторном этапе. Для оценки эффективности ведения пациентов с ФП на амбулаторном этапе использовалась специально разработанная для исследования анкета. Статистический анализ был выполнен с помощью SPSS 15.0 software.

**Результаты.** Планово посещали терапевта 1 раз в 6 месяцев почти половина пациентов – 37 (48%) человек, потребность во внеплановых визитах возникла у 51 (67%) пациента, вычисление ИМТ участковым терапевтом было выполнено у 60 (79%) пациентов, определение ОАК в течение года было проведено у 69 (90%) пациентов, проведение креатинина крови – у 63 (82%) пациентов, определение СКФ было проведено у 11 (14,5%) пациентов. Показатели АСТ и АЛТ были оценены у 60 (78%) пациентов, общего холестерина – у 65 (85%) пациентов, ТТГ – у 26 (34%) пациентов, свободного Т4-у 8 (10%) пациентов. Оценка показаний к антикоагулянтной терапии согласно CHA<sub>2</sub>DS-VAS<sub>2</sub> была произведена у 18 (23%) пациентов, оценка риска кровотечений согласно шкале HAS-BLED-у 17 (22%) пациентов. Проведение ЭКГ 1 раз в 6 месяцев было выполнено у 23 (30%) пациента, 1 раз/12 мес – у 18 (33%) пациентов, ХМ-1 раз в 6 мес- у 8 (11%) пациентов, 1 раз в 12 мес – у 7 (10%) пациентов, ЭХО-КГ 1 раз в 12 мес- у 33 (43%) пациентов. Для профилактики тромбоэмболических осложнений у 13 (17%) пациентов был назначен варфарин, у 4 больных (5,4%) применялся ривароксабан, у 2 (2,6%) пациентов-апиксабан, у 46 (60,4%) пациентов был назначен аспирин, у 3 (4,1%) пациентов – комбинация аспирина с клопидогрелем, 8 (10,5%) пациентов не получали никакой антикоагулянтной или антиагрегантной терапии.

**Выводы.** Таким образом, данное исследование показало недостаточную эффективность диспансерного ведения пациентов с ФП. Так, планово посещали терапевта каждые полгода только половина пациентов. Функция СКФ была оценена только в каждом шестом случае и только в трети случаев был определен уровень ТТГ. Оценка показаний к антикоагулянтной терапии согласно CHA<sub>2</sub>DS-VAS<sub>2</sub> и оценка риска кровотечений согласно шкале HAS-BLED были проведены только у каждого пятого пациента. ЭКГ была проведена только у трети пациентов 1 раз в 6 месяцев, у такого же числа больных – 1 раз в год. ХМ было назначено только в каждом десятом случае. ЭхоКГ за год диспансерного ведения было проведено меньше, чем у половины пациентов. Для профилактики тромбоэмболических осложнений в подавляющем проценте случаев (60%) исполь-



зовалась антиагрегантная терапия в виде препаратов ацетилсалициловой кислоты, в 10% не было назначено как ни антикоагулянтной, так ни антиагрегантной терапии, варфарин был назначен меньше, чем в четверти случаев (17%), а доля назначения новых антикоагулянтов составила 8%, что является неприемлемым для ведения пациентов данной группы на современном этапе развития медицины.

### П 30. СНИЖЕННАЯ ФРАКЦИЯ ВЫБРОСА У ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

ХОРОЛЕЦ Е. В., ШЛЫК С. В.

ФГБОУ ВО РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ МИНЗДРАВА РОССИИ, г. РОСТОВ-НА-ДОНУ, РОССИЯ.

**Цель** – изучить клинико-лабораторные особенности острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпСТ) с сниженной фракцией выброса (ФВ).

**Материалы и методы.** Включено 150 пациентов ОИМпСТ. Клинический диагноз подтвержден согласно: данным клиники болевого синдрома, динамики электрокардиографии, оценки маркеров некроза – тропонина Т, МВ-КФК. Критерии включения: ОИМпСТ первые сутки заболевания, артериальная гипертония, ОСН Killip II–IV степени. Критерии исключения: осложненное чрескожное коронарное вмешательство, терминальная стадия почечной недостаточности, печеночная недостаточность, женщины фертильного возраста, заболевания соединительной ткани, сахарный диабет. Пациенты разделены на группы: с сниженной ФВ <50% и с сохраненной фракцией выброса ФВ ≥50%. Риск госпитальной летальности оценивали по шкале GRACE. Пациентам сделана эхокардиография. Изучали лабораторные показатели: биохимический анализ крови, маркеры некроза миокарда. Уровень NTproBNP определяли иммунометрическим методом с использованием реактивов иммунодиагностических продуктов VITROS. Статистическая обработка проводилась с применением пакета статистических программ «Statistica 6.0 for Windows». Количественные данные представлены в виде средних значений  $M \pm \sigma$ . Статистически значимые отличия считали, при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** В группах со сниженной и сохраненной ФВ: средний возраст пациентов ОИМпСТ (62,40±1,13 года и 59,72±1,77 года); гемодинамические показатели (артериальное давление, частота сердечных сокращений) статистически значимо не отличались. В изучаемых группах, с сниженной и сохраненной ФВ, получено статистически значимое снижение ФВ 44,12±0,31% и 54,37±1,38% соответственно ( $p < 0,05$ ), другие показатели эхокардиографии не имели различий. В сравниваемых группах, при оценке госпитальной летальности по шкале GRACE 166,66±3,80 и 161,2±4,65 баллов ( $p > 0,05$ ) различий не получено. При сравнительном анализе лабораторных показателей пациентов ОИМпСТ в группе с сниженной ФВ выявлено значимое увеличение маркеров некроза миокарда (МВ-КФК 69,48±19,52 ЕД/л и тропонин I 14,91±1,77 нг/мл) по сравнению с пациентами с сохраненной ФВ (МВ-КФК 37,15±6,32 ЕД/л и тропонин I 8,19±1,59 нг/л) ( $p < 0,05$ ). Иные изучаемые биохимические показатели: АЛТ, АСТ, креатинин, мочевины, билирубин, параметры липидного обмена не имели статистически значимых отличий. У пациентов ОИМпСТ со сниженной ФВ полученные данные подтверждает больший объем повреждения миокарда. Уровень NTproBNP у больных с сниженной ФВ составил 3095,1±629,2 пг/мл, что было статистически значимо выше, чем с сохраненной ФВ (NTproBNP 1306,5±408,1 пг/мл).

Выводы. Увеличение маркеров некроза миокарда у больных ОИМпСТ со сниженной фракцией выброса подтверждает больший объем повреждения миокарда. Уровень NTproBNP увеличивается в первые сутки острого инфаркта миокарда. У больных со сниженной фракцией выброса уровень NTproBNP выше, чем с сохраненной фракцией выброса.

### П 31. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

ХОРОЛЕЦ Е. В., ШЛЫК С. В.

ФГБОУ ВО «РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНЗДРАВА РОССИИ, г. РОСТОВ-НА-ДОНУ, РОССИЯ.

**Цель** – изучить возрастные клинико-лабораторные особенности острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпСТ).

**Материалы и методы.** В исследование включено 150 пациентов ОИМпСТ в первые сутки от начала заболевания. Критерии включения: ОИМпСТ и артериальная гипертония, ОСН Killip I–IV степени. Критерии исключения: женщины фертильного возраста, терминальная стадия почечной недостаточности, печеночная недостаточность, сахарный диабет. Больные разделены на группы согласно возрастной классификации ВОЗ: до 60 лет, от 60 до 75 лет и 75 лет и старше. Изучались объективные, лабораторные показатели пациентов, уровень NTproBNP при госпитализации в кардиологическое отделение. Оценивали госпитальную летальность пациентов по шкале GRACE. Статистическая обработка проводилась с применением пакета статистических программ «Statistica 6.0 for Windows». Статистически значимые отличия считали, при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Средний возраст больных в группах до 60 лет – 51,1 лет; от 60 до 75 лет – 67,4 лет; старше 75 лет – 78,8 лет. По шкале GRACE количество баллов в возрастной группе до 60 лет – 142,4±2,6, что ниже чем в возрастной группе 60–75 лет 174,7±3,4 и статистически значимо отличалось от группы старше 75 лет – 193,14±6,12 ( $p < 0,05$ ). При оценке объективных и лабораторных данных в возрастной группе до 60 лет: уровень САД (135,3±2,7 мм рт ст), ДАД (78,2±1,5 мм рт ст), ЧСС (82,1±2,1 ударов в минуту), АСТ (82,7±10,5 ЕД/л), АЛТ (48,8±3,5 ЕД/л), КФК (286,8±47,3 ЕД/л), МВ-КФК (41,7±6,5 ЕД/л), креатинина (79,8±3,03 ммоль/л), мочевины (10,2±2,4 мкмоль/л) и скорость клубочковой фильтрации (92,1±2,8 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) при сравнении изучаемых значений в возрастной группе 60–75 лет, отмечается тенденция к увеличению: значений САД (135,8±4,2 мм рт ст), ДАД (82,0±1,8 мм рт ст), пульсового ЧСС (79,9±2,4 ударов в минуту), АСТ (80,8±15,2 ЕД/л), АЛТ (45,9±5,02 ЕД/л), КФК (355,2±57,9 ЕД/л), МВ-КФК (49,2±7,5 ЕД/л), креатинина (87,5±3,4 ммоль/л), мочевины (9,03±1,7 мкмоль/л) ( $p > 0,05$ ) и снижение (скорость клубочковой фильтрации (74,7±2,8 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) ( $p < 0,05$ ). При сравнении возрастной группы пациентов 60–75 лет с группой пациентов старше 75 лет выявлено увеличение показателей: САД (130,8±5,7 мм рт. ст.), ДАД (80,3±4,1 мм рт. ст.), ЧСС (85,8±4,2 ударов в минуту), АСТ (86,7±24,1 ЕД/л), АЛТ (40,1±4,6 ЕД/л), КФК (300,7±94,6 ЕД/л), МВ-КФК (133,3±71,3 ЕД/л), креатинина (91,01±9,9 ммоль/л), мочевины (7,6±0,65 мкмоль/л) ( $p > 0,05$ ) и снижение скорости клубочковой фильтрации (68,32±4,58 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) ( $p < 0,05$ ). Сравнивая уровень NTproBNP на первом визите пациентов

ОИМпСТ в возрастных группах до 60 лет ( $1991,1 \pm 363,9$  пг/мл) и старше 60 лет до 75 лет ( $2555,9 \pm 401,4$  пг/мл) статистически группы не отличались. При этом в возвратной группе старше 75 лет уровень NTproBNP  $4479,3 \pm 486,6$  пг/мл был выше, чем в других возрастных группах ( $p < 0,05$ ).

**Вывод** При сопоставимых гемодинамических данных у больных в первые сутки заболевания ОИМпСТ с возрастом отмечается снижение скорости клубочковой фильтрации. На этапе госпитализации пациентов ОИМпСТ с возрастом отмечается увеличение уровня NTproBNP. Выявление увеличения уровня NTproBNP отражает наиболее неблагоприятный прогноз сердечной недостаточности у пациентов старше 75 лет.

### П 32. ВЛИЯНИЕ ЛИЗИНОПРИЛА И КАРВЕДИЛОЛА НА МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ХОДЖАНОВА ШАХНОЗА ИСКАНДАРОВНА,  
КАДЫРОВА ШОИРА АБДУРАХМАНОВНА.

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ. ТАШКЕНТ. УЗБЕКИСТАН

**Цель.** Оценить динамику параметров эхокардиографии у пациентов диастолической сердечной недостаточностью (ХСН) II функциональных классов (ФК) на фоне терапии лизиноприлом и карведилолом.

**Материалы и методы.** В исследовании были обследованы 24 пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II функциональных классов и нормальной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) (ФВ ЛЖ  $\geq 55\%$ ). У всех больных хроническая сердечная недостаточность была обусловлена гипертонической болезнью (ГБ) в сочетании ишемической болезни сердца (ИБС). Из них 14 мужчин и 10 женщин. Средний возраст составил  $56,4 \pm 7,2$  года. Исходно и через 6 месяцев комбинированного применения лизиноприла в дозе  $5,6 \pm 4,4$  мг/сутки и карведилола в дозе  $4,15 \pm 2,2$  мг/сутки проводилась ЭхоКГ на аппарате SonoScape S 22. Полученные результаты обработаны с помощью компьютерного пакета Statistica 6.0 (Statsoft, USA): определялись средние значения показателей, среднее квадратическое отклонение, статистическая значимость по критерию Манна-Уитни для независимых выборок. Показатели представлены как  $M \pm SD$ . Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты:** По результатам эхокардиографии к концу 6-го месяца исследования увеличивались ФВ ЛЖ (на  $5,2\%$ ;  $p < 0,05$ ); скорость трансмитрального диастолического потока E (VE) (на  $12,3\%$ ) отношение VE к скорости трансмитрального диастолического потока A (VA) (VE/VA) (на  $4,1\%$ ;  $p < 0,05$ ), уменьшались конечный диастолический размер ЛЖ (на  $3,3\%$ ;  $p < 0,05$ ) и время изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRT) (на  $8,6\%$ ;  $p < 0,05$ ). Толщина МЖП, передне-задний диаметр левого предсердия и время замедления трансмитрального диастолического потока E (DTE) достоверно не изменялись.

**Выводы:** Наиболее позитивное влияние на морфо-функциональные показатели сердца оказывало комбинированное лечение с лизиноприлом и карведилолом у больных с диастолической ХСН (II ФК) на фоне ГБ и ИБС.

### П 33. ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ФИТОТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ СТРЕССОВОЙ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

ИВАНОВА Л. Н., СИДОРЕНКО Ю. В.,  
ЛУГОВСКОЕ Е. А., ХОЛИНА Е. А., СОЛОП Е. А.

ГУ «ЛУТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТЫТЕЛЯ ЛУКИ», ЛУТАНСК

**Целью исследования** было изучение эффективности применения фитопрепарата герботон в комплексе реабилитации больных с сердечной недостаточностью (СН), обусловленной ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), проживающих в зоне военного конфликта.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 84 пациента с ИБС, стабильной стенокардией напряжения ФК I-III, в сочетании с ХОБЛ, осложненной СН IIА стадии (ФК II-III по NYHA). Все больные проживали в регионе, где проходили военные действия в течение 2014–2015 гг., т. е. имели посттравматическое стрессовое расстройство. Диагноз ИБС и ХОБЛ выставляли на основе клинико-инструментальных данных, для исследования психоэмоционального состояния пациентов использовали шкалу оценки влияния травматического события (ШОВТС) – Impact of Event Scale (IES). Все больные были распределены на 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту и сопутствующей патологии. Пациенты основной группы (44 больных) дополнительно к оптимальной медикаментозной терапии дополнительно получали герботон 30 капель утром и днем в течение 14 дней.

**Результаты.** До начала реабилитации у больных обеих групп по показателям субшкал ШОВТС подтверждались проявления ПТСР. При этом симптомы избегания ( $18,5-14,0/22,0$ ) и вторжения ( $15,0-12,0/24,0$ ) статистически значимо не различались, в то время как симптомы избегания были более выражены, чем симптомы гипертоничности ( $15,5-11,0/21,0$ ). После завершения курса фитотерапии, у больных коморбидной патологией, которые дополнительно получали герботон, симптоматика ПТСР практически не определялась в течение 6 мес. наблюдения, у 4 пациентов (9%) за этот период констатированы обострение ХОБЛ, 3 (7%) были госпитализированы в кардиологический стационар по поводу прогрессирования стенокардии и СН. В группе сопоставления симптоматика ПТСР сохранялась у 28 больных (70%), 15 пациентов (37,5%) обратились в течение 3 месяцев за помощью к пульмонологу, и 13 (32,5) потребовалась дополнительная коррекция терапии патологии сердечно-сосудистой системы.

**Выводы:** учитывая негативное влияние на состояние внутренних органов и систем ПТСР, необходима дополнительная коррекция психо-соматического состояния, в том числе и препаратами растительного происхождения в период реабилитации больных с коморбидной патологией, осложненной СН. Применение герботона показывает перспективу для коррекции как психо-эмоционального статуса, так и соматического состояния.

### П 34. ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

ПРОСЯНИК В. И., СЕРЕБРЯКОВА О. В.,  
СЕРКИН Д. М., ХАЧЕРЯН М. К., БАКАЛОВА Ю. В.  
ФГБОУ ВО «ЧИТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ  
АКАДЕМИЯ», ЧИТА, РОССИЯ

**Целью исследования** явилась оценка диастолической дисфункции левого желудочка у больных сахарным диабетом 1 типа.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на базе эндокринологического отделения ГУЗ «Краевая клиническая больница» г. Читы. В исследование включено 68 пациентов с сахарным диабетом 1 типа обоего пола в возрасте  $38,9 \pm 8,3$  лет. В зависимости от длительности СД 1 типа больные были распределены следующим образом: стаж заболевания до 5 лет – 14 больных (20,6%), от 6 до 10 лет – 23 больной (33,8%), более 10 лет – 31 человек (45,5%). Уровень  $HbA_{1c}$  составил  $9,1 \pm 2,7\%$ . Контрольную группу составили 16 здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Всем пациентам с сахарным диабетом проводилось эхокардиографическое исследование по стандартной методике на аппаратах «Acuson SC 2000». Для оценки диастолической функции левого желудочка измерялись скоростные и временные показатели: максимальная скорость кровотока раннего пика (Е), максимальная скорость предсердной систолы (А), время замедления кровотока раннего диастолического наполнения ЛЖ (DT), соотношение Е/А, время изоволюметрического расслабления (IVRT). Диастолическую дисфункцию ЛЖ (ДДЛЖ) устанавливали при уменьшении соотношения  $E/A < 1,0$ , увеличении  $IVRT > 100$  мс,  $DT > 220$  мс. Статистическая обработка данных при помощи статистических пакетов программы Statistica 10, применяли критерии Манна–Уитни, Крускала–Уолиса. Отличия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Полученные результаты.** По результатам стандартной ЭхоКГ нарушение диастолической функции левого желудочка было выявлено у 52% больных. При анализе показателей диастолической функции в зависимости от длительности заболевания установлена достоверная разница в группах больных с длительностью заболевания СД от 6 до 10 лет и более 10 лет, по сравнению с показателями контрольной группы и составила, соответственно, 15% и 20%. Нами выявлена достоверная разница всех показателей оценки диастолической функции: пика Е, А и соотношения Е/А, IVRT, а также DT, по сравнению с контрольной группой, только у больных с длительностью заболевания более 10 лет. Кроме этого, были сформированы группы с выделением типов диастолической дисфункции ЛЖ: первую группу составили пациенты с пиковыми соотношениями Е/А ниже 1,0–20 человек (29%), вторую группу – больные СД 1 типа с Е/А от 1,07 до 1,5–48% больных и третья группа с нарушениями по «рестриктивному» типу, когда пиковые соотношения Е/А превышает 1,5–23% больных. Изменения диастолической функции по рестриктивному типу больше наблюдались в группе больных с наибольшей продолжительностью заболевания, и составил 74,2%.

#### **Выводы:**

1. Наши данные свидетельствуют о высоком уровне распространения ДДЛЖ среди больных СД 1 типа, которая по данным различных исследований, является маркером диабетической кардиомиопатии.
2. Тяжесть изменений диастолической функции миокарда зависит от продолжительности заболевания: появляется при длительности заболевания более 5 лет и прогрессирует с увеличением его длительности.

### П 35. ОБЗОР РЕТРОСПЕКТИВНОГО ФАРМАКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДИАГНОСТИКИ ХСН У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В СТАЦИОНАР г. МОСКВЫ В 2016 ГОДУ

ЕРЕМИНА Ю. Н., ЕГОРОВА Н. А.

РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н. И. ПИРОГОВА, МОСКВА, РФ.

**Цель:** оценка использования критериев современных методов диагностики хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациентов артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС), госпитализированных в стационар ГКБ г. Москвы.

**Материалы и методы.** Скрининг прошло 274 истории болезни (ИБ) госпитализированных пациентов обоего пола старше 18 лет 28 мужчин ( $59 \pm 16$ ) и 61 женщина ( $70 \pm 10$ ), с сердечно-сосудистой патологией: АГ (согласно международной классификации болезней (МКБ X): I 11) и/или хронической ИБС (МКБ X: I 25). Не включались пациенты с острой сердечно-сосудистой патологией, инфекционными заболеваниями, хирургическими вмешательствами, тяжелым обострением бронхиальной астмы и/или хронической обструктивной болезни легких, анемиями при снижении гемоглобина менее 70 г/л, почечной недостаточностью при скорости клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> по формуле СКД-ЕРІ, гипотиреозом, гипертиреозом, феохромоцитомой, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками. Алгоритм подтверждения диагноза ХСН включал учет анамнестических данных, физикального осмотра, электрокардиографию (ЭКГ), рентгенографию органов грудной клетки, Эхо-кардиографию (ЭхоКГ). Методом расчета фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) в 36% случаев было правило Симпсона, в остальных 64% – Teichholz. Анализ полученных данных проводился с использованием пакета статистических программ Excell 7.0, IBMSPSS Statistics 20. Для количественных показателей рассчитывали среднее арифметическое значение, стандартное отклонение. Качественные переменные описаны абсолютными (n) и относительными значениями (%).

**Результаты.** При выписке основной диагноз с шифром по МКБ 10: I11 – у 38 больных, I25–51. ХСН была диагностирована у 70% (n=62) пациентов. 89% пациентов с ХСН характеризуются коморбидностью: АГ страдали 95% больных. У пациентов с ХСН и низкой ФВ (ХСН-нФВ) отмечалась АГ и ИБС, перенесенный инфаркт миокарда, у большинства – постоянная форма фибрилляции предсердий. Указание на наличие ХСН в анамнезе, по данным выписок из историй болезни от предыдущих госпитализаций было у 5 больных (8%). Изменения на ЭКГ были не специфичны и характеризовали основное сердечно-сосудистое заболевание. Симптомы и признаки ХСН отмечались в 32,6% случаев (n=29). При рентгенографии признаки застойных явлений выявлены только у 12 больных (19,4%). Основопологающим критерием для подтверждения ХСН была двухмерная Эхо-КГ с доплеровским анализом. Среди больных имеющих сердечную недостаточность (n=62) распределение по уровню ФВ ЛЖ представилось следующим образом: больных с низкой ФВ ЛЖ (ХСН-нФВ  $\leq 39\%$ ) было – 11% (n=7), со средней (ХСН-срФВ=40–49%) – 5% (n=3), большинство составили пациенты с сохраненной ФВ (ХСН-сФВ  $\geq 50\%$ ) – 84% (n=52).

**Выводы.** По результатам данного исследования у больных с АГ и ИБС ХСН была диагностирована в 70%. По данным ЭхоКГ среди пациентов с ХСН больных с низкой ФВ ЛЖ было 11%, со средней – 5%, с сохраненной – 84%.



## П 36. РАЗВИТИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗИ У ПАЦИЕНТОВ С РАННЕ ДИАГНОСТИРУЕМОЙ ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ

АМАНАТОВА ВАЛЕРИЯ АЛЕКСАНДРОВНА

ФГАОУ ВО «ПЕРВЫЙ МГМУ ИМ. И. М. СЕЧЕНОВА» МИНЗДРАВА РОССИИ (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ), МОСКВА, РОССИЯ

**Введение.** Артериальная гипертензия (АГ) является одним из самых распространенных заболеваний в мире. Частота встречаемости АГ в общей популяции от 15 до 34 лет составляет 7–15%, от 35 до 59 лет – 25–30% и возрастает до 50% у лиц старше 60 лет. В нашей стране АГ выявляется примерно у 30–50% взрослого населения. Эссенциальная АГ у лиц моложе 45 лет протекает с ранним вовлечением в процесс органов – мишеней, что определяет развитие осложнений и неблагоприятный прогноз заболевания. Зачастую наличие АГ маскируется диагнозом вегетососудистая дистония (ВСД) по гипертоническому типу, что приводит к недостаточному контролю за уровнем АД.

**Цель данного исследования** заключалась в определении количества больных, у которых диагностированная в молодом возрасте ВСД являлась на самом деле начальной стадией гипертонической болезни.

**Материалы и методы.** Первичное обследование проводилось в с 2001 г по 2004 в ГКБ № 61 (УКБ № 4). В исследовании было включено 59 молодых мужчин в возрасте от 18 до 35 лет, средний возраст составил 22,1±4,54 лет, которые предъявляли жалобы на эпизодическое повышение артериального давления. Длительность заболевания колебалась от одного года до 6 лет, в среднем 4,14±2,1 лет. Критериями исключения считали симптоматический характер АГ, наличие обменных и воспалительных заболеваний почек (сахарный диабет, пиело- и гломерулонефрит) и ХПН. Пациентам проводилась скинтиграфия почек, суточное мониторирование АД, холтеровское мониторирование ЭКГ, исследовалась функция почек, щитовидной железы. Лечение АГ не проводилось. В момент поступления по данным выписок из амбулаторных карт и предыдущих госпитализаций у 60% из 59 больных с АГ на амбулаторном этапе была диагностирована ВСД по гипертоническому типу. В феврале 2018 года были осуществлены телефонные контакты с пациентами.

**Результаты:** Телефонный контакт состоялся с 10 из ранее исследуемых пациентов. Все они имеют подтвержденный диагноз гипертонической болезни, вторичный генез артериальной гипертензии не подтвердился. Осложнений гипертонической болезни в виде инфаркта миокарда, инсульта не было ни у кого. Постоянно у кардиолога наблюдаются 4 пациента. 7 человек (70%) имеют ГБ 2 стадии 2 степени; 3 (30%) ГБ 2 стадии 3 степени. Постоянную антигипертензивную терапию (лозартан 25 мг 2 р/д) принимают 2 пациента (20%) с достижением целевого АД 130–135/80–85 мм.рт.ст., остальные 8 (80%) эпизодически применяют капотен при повышении АД выше 150 мм.рт.ст., то есть не получают полноценной терапии.

**Выводы.** У обследованных нами молодых мужчин в возрасте до 35 лет с ВСД по гипертоническому типу через 15 лет подтвердился диагноз ГБ высокой степени, возникло поражение органов-мишеней (2 стадия), при этом отмечается низкая приверженность к терапии, не достигаются целевые цифры АД и таким образом, они имеют высокий риск сердечно-сосудистых событий в будущем.

## П 37. СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В АНАМНЕЗЕ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ КОРОНАРНЫМИ СОБЫТИЯМИ (ДАННЫЕ РЕГИСТРА «РОКСИМ-УЗ»)

НАГАЕВА Г. А., МАМУТОВ Р. Ш.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ МЗ РУЗ, ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

**Цель.** Сравнительный анализ клинических данных больных с острым коронарным синдромом/острым инфарктом миокарда (ОКС/ОИМ) и оценка тромболитической терапии (ТЛТ) в зависимости от наличия или отсутствия в анамнезе хронической сердечной недостаточности (ХСН).

**Материал и методы.** Материалом исследования явилась база данных 449 пациентов с ОКС/ОИМ одного из районов г.Ташкента, госпитализированных в ЛПУ за 1 календарный год. В зависимости от наличия в анамнезе ХСН были выделены две группы: 1 гр. – 189 больных без ХСН и 2гр. – 223 пациента с ХСН в анамнезе. Оценивались клинический статус, суммарная составляющая факторов риска (ΣФР) и параметры гемодинамики (ср.ЧСС, ср.систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) артериальное давление). Статистические методы анализа проводились с использованием программы «Statics-6,0».

**Результаты.** Установлено, что пациенты 1 гр. оказались моложе, чем во 2 гр. (ср.возраст в 1 гр.=56,9±9,0 лет и во 2 гр.=59,7±7,2 лет;  $p<0,001$ ). При вычислении ИМТ существенных различий между группами выявлено не было, но, пациенты 2гр. характеризовались несколько большими значениями, чем пациенты 1гр. ( $p>0,05$ ). Из анамнеза было установлено, что в 1гр. АКШ никому из больных не выполнялось, а ЧКВ было проведено 9 (4,8%) респондентам, при этом у 8 (88,9% от общего числа больных с ЧКВ) имелись стенотические сужения объемом >50%. Во 2 гр. АКШ было проведено 12 (5,4%) больным, а ЧКВ – 27 (12,1%) больным, при этом у 22 (81,5% от количества больных с ЧКВ) имелись стенотические сужения объемом >50% (все  $p<0,05$ ). Оценка ΣФР выявила явное превалирование у пациентов 2гр, а именно ΣФР во 2 гр. составила 3,3±1,3, а в 1 гр. – 2,9±1,3 ( $p<0,05$ ). ТЛТ в 1гр. была проведена у 86 (45,5%) человек, при этом у 57 (66,3% от количества больных с ТЛТ) – успешно. Во 2гр. аналогичные показатели составили 117 (52,5%) и 68 (58,1%) больных, соответственно (все  $p>0,05$ ). Корреляционный анализ между успешностью ТЛТ и временным интервалом от момента начала болевого синдрома и до госпитализации с проведением ТЛТ установил обратную зависимость ( $p=0,039$ ;  $t=-2,070$ ;  $r=-0,149$ ), т. е. чем быстрее и чем раньше пациентам выполнялась ТЛТ, тем успешнее был её результат. Тем не менее, наличие ХСН в анамнезе было более сопряжено с безуспешностью ТЛТ ( $p=0,239$ ;  $t=-1,17$ ;  $r=-0,082$ ). Количество больных, госпитализированных в 1е сутки от начала болевого синдрома в 1гр. оказалось 79 (41,8%) и во 2 гр. – 90 (40,4%);  $p>0,05$ . Однако из этого числа в первые 6 часов в 1 гр. были госпитализированы 40 (50,6% от 79) человек и во 2гр. – 31 (34,4% от 90);  $p<0,05$ .

**Выводы.** При ОКС/ОИМ наличие в анамнезе ХСН усугубляет течение ИБС, что подтверждено большим количеством хирургических вмешательств и большей регистрацией стенозов объемом >50% именно среди пациентов с ХСН. Суммарная составляющая ФР оказалась выше у больных с ХСН, что, вероятно, было обусловлено более старшей возрастной категорией. ХСН является негативным фактором для успешности ТЛТ.

### П 38. ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ; КОМПЛАЕНТНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ; ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ПРИ ВЫПИСКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ КОРОНАРНЫМИ СОБЫТИЯМИ (ДАННЫЕ РЕГИСТРА «РОКСИМ-УЗ»)

НАГАЕВА Г. А.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ МЗ РУЗ, ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

**Цель.** Провести сравнительный анализ состояния диагнозов пациентов с острым коронарным синдромом/острым инфарктом миокарда (ОКС/ОИМ) во взаимосвязи с комплаентностью в зависимости от наличия или отсутствия в анамнезе хронической сердечной недостаточности (ХСН).

**Материал и методы.** Материалом исследования явилась база данных 449 пациентов с ОКС/ОИМ одного из районов г. Ташкента, госпитализированных в ЛПУ за 1 календарный год. В зависимости от наличия в анамнезе ХСН были выделены две группы: 1 гр. – 189 больных без ХСН и 2 гр. – 223 пациента с ХСН в анамнезе. Оценивались диагнозы (ОИМ с/без зубца Q – ОИМсQ и ОИМбQ; ОКС с/без подъема ST-сегмента – ОКСсST и ОКСбST, нестабильная стенокардия – НС), выставленные больным при поступлении и их трансформация при выписке (стабильная стенокардия напряжения – ССН, ИБС исключена, выставлен другой диагноз – Др), во взаимосвязи с уровнем комплаентности и наличием ХСН в анамнезе. Статистические методы анализа проводились с использованием программы «Statics-6,0».

**Результаты:** На момент госпитализации диагностическая структура пациентов 1гр. была представлена следующим: ОИМ подразумевался у 24 больных (ОИМсQ – 10 и ОИМбQ – 14); ОКС – у 34 больных (ОКСсST – 14 и ОКСбST – 20); НС – у 124 респондентов и 7 человек изначально были госпитализированы с др.д/зом. Во 2 гр. аналогичные показатели составили: ОИМ – 35 (ОИМсQ – 23 и ОИМбQ – 12), ОКС – 29 (ОКСсST – 15 и ОКСбST – 14), НС – 153 больных и 6 пациентов изначально имели др.д/зы. При выписке нозологическая структура была следующей. В 1 гр. ОИМ был установлен 50 респондентам, при этом у 18 – ОИМсQ и у 32 – ОИМбQ; ССН – у 130; в оставшихся 9 случаях ИБС была исключена. Во 2 гр. аналогичные ОИМ был диагностирован у 47 пациентов, из которых у 28 – ОИМсQ и у 19 – ОИМбQ; ССН – у 168 больных и в 8 случаях ИБС была исключена. Показатели комплаентности в 1 гр. составили  $1,92 \pm 1,65$  и во 2 гр. –  $2,54 \pm 1,56$  уе. ( $p < 0,001$ ). При проведении корреляционного анализа между установленным при выписке д/зом и наличием ХСН в анамнезе была установлена прямая зависимость, но не достигавшая уровня достоверности ( $p = 0,190$ ;  $t = 1,312$ ;  $r = 0,064$ ). Т.е. несмотря на то, что среди лиц с наличием ХСН в анамнезе количество больных с подозрением на ОИМ было выше (12,6% в 1 гр vs 15,7% во 2 гр.), тем не менее, при выписке – д/з ОИМ был установлен в 21,1% случаев во 2 гр. vs 26,5% – в 1 гр., что доказывает отсутствие влияния ХСН на развитие ОИМ. Между уровнем приверженности пациентов к терапии и выставленными при выписке д/зами была выявлена прямая зависимость ( $p = 0,050$ ;  $t = 1,956$ ;  $r = 0,096$ ), т.е. чем выше была комплаентность пациентов, тем меньше наблюдалось трансформаций д/зов в ОИМ. Между уровнем приверженности к терапии и наличием ХСН в анамнезе также была выявлена положительная корреляция ( $p < 0,001$ ;  $t = 3,925$ ;  $r = 0,190$ ).

**Выводы.** Несмотря на то, что среди лиц с наличием ХСН в анамнезе количество больных с подозрением на ОИМ было выше, тем не менее, при выписке – д/з ОИМ им выставлялся реже, что доказывает отсутствие влияния ХСН на развитие ОИМ. Однако, между уровнем комплаентности и наличием ХСН в анамнезе была установлена прямая корреляционная зависимость, что, вероятно, послужило причиной меньшего развития ОИМ в данной группе пациентов.

### П 39. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ПИКС С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ДАДАБАЕВА Н. А., НАДИРОВА Ю. И.

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ, ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН.

Несмотря на достигнутые за последние 20 лет успехи в лечении сердечно-сосудистых заболеваний, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) продолжает оставаться важной клинической проблемой. У пациентов сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) довольно часто отмечается нарушения функции почек, особенно при хронической сердечной недостаточности (ХСН). Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) рассматривают в качестве маркера неблагоприятного прогноза ССЗ, что вполне соответствует утвердившейся концепции кардио-ренальных взаимоотношений.

**Цель исследования.** Изучить функциональное состояние почек у больных ПИКС с хронической сердечной недостаточностью.

**Материал и методы.** В исследовании участвовало 50 больных ХСН II–III ФК в возрасте 59,5–90,1 лет, 30 мужчин и 30 женщин, проходивших стационарное лечение в кардиологическом отделении I клиники ТМА. Давность ХСН составляла в среднем  $5,05 \pm 1,9$  лет и соответствовало II–III ФК Нью-Йоркской классификации кардиологов. Все больные принимали ингибиторы АПФ,  $\beta$ -блокаторы, диуретики, антиагреганты, статины, препараты калия, метаболики. У больных индекс массы тела был  $26 \pm 3$ , систолическое артериальное давление (САД)  $140 \pm 10$  мм рт. ст., диастолическое артериальное давление (ДАД)  $90 \pm 10$  мм рт. ст., пульс от 82 до 104 ударов в минуту. Дигноз устанавливали по клиническим данным (ШОКС, ГШХ) и лабораторно-инструментальным исследованиям. Определяли общие анализы крови и мочи, биохимические анализы, суточную протеинурию, СКФ по формуле MDRD и Кокрофта–Гаулта, ЭКГ и ЭхоКГ.

**Результаты исследования.** На ЭКГ у всех больных были рубцовые изменения после перенесенного инфаркта миокарда левого желудочка. КДО составлял от 5,2 до 6,1 см, ФВ от 55 до 48%. Диастолическая дисфункция левого желудочка отмечалась у 64% больных. У 40% была анемия, микроальбуминурия у 66%, у 22% повышено содержание мочевины и креатинина. СКФ была снижена до 60 мл/мин у 56% больных, до 30 мл/мин у 39% и только у 5% находилась в пределах нормы.

**Выводы.** Повышение экскреции альбумина с мочой является одним из основных проявлений дисфункции почек у больных ХСН. Хроническая сердечная недостаточность является одним из значимых факторов, приводящих к нарушению функционирования клубочкового аппарата почек. У этих больных наблюдается снижение СКФ по нашим данным соответствующее 2–3 стадии хронической болезни почек, согласно классификации Kidney Foundation.



#### П40. ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.

ДАДАБАЕВА Н. А., НАДИРОВА Ю. И., РАМАЗАНОВА Н. А.  
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ, ТАШКЕНТ,  
УЗБЕКИСТАН.

В связи с тем, что при ИБС растет число больных сахарным диабетом (СД), наблюдается увеличение частоты ХСН, которое приводит к ухудшению качества и продолжительности жизни. Изучение структурно-функционального состояния миокарда является актуальным. **Цель исследования.** Оценка влияния сахарного диабета у больных ИБС на структурно-морфологические и функциональные показатели состояния миокарда.

**Материал и методы.** В исследование были включены 40 больных в возрасте от 45–65 лет. Из них, 20 пациентов ИБС с клиническими проявлениями СД 2-типа (1-группа) и 20 пациентов ИБС без СД (2-группа). Пациенты обеих групп были сопоставимы по степени артериальной гипертензии, клиническим проявлениям ИБС и СД. Всем больным проведены лабораторные и инструментальные методы исследования. Для оценки состояния функции миокарда левого желудочка (ЛЖ) проводили эхокардиографию (ЭхоКГ). Рассчитывали массу миокарда ЛЖ по формуле R. V. Devereux. Наличие СД диагностировали по гипергликемии и глюкозурии.

**Результаты исследования.** Структурно-морфологические показатели соответственно по группам составляли: ТЗСЛЖД, см  $1,17 \pm 0,03$  и  $1,03 \pm 0,02$  ( $p < 0,001$ ); ТЗСЛЖС, см  $1,53 \pm 0,03$  и  $1,41 \pm 0,02$  ( $p = 0,0021$ ); ТМЖПД, см  $1,18 \pm 0,04$  и  $1,07 \pm 0,03$  ( $p = 0,0026$ ); ТМЖПС, см  $1,55 \pm 0,04$  и  $1,46 \pm 0,02$  ( $p = 0,0040$ ). У пациентов ИБС и СД и ИБС без СД выявлены статистически значимые различия по толщине задней стенки в систолу и диастолу левого желудочка (ТЗСЛЖС и ТЗСЛЖД) и по толщине межжелудочковой перегородки в систолу и диастолу (ТМЖПС и ТМЖПД). Так, у пациентов ИБС и СД эти показатели были достоверно выше, чем у пациентов 2 группы. Средний показатель массы миокарда у пациентов с проявлениями СД составлял  $308,14 \pm 11,98$  и также был достоверно выше у пациентов без СД  $275,42 \pm 9,36$  ( $p = 0,001$ ).

Функциональные показатели были следующие: КДР, см  $5,67 \pm 0,07$  и  $5,35 \pm 0,09$  ( $p = 0,294$ ); КСР, см  $3,50 \pm 0,08$  и  $3,80 \pm 0,09$  ( $p = 0,994$ ); ФВ, %  $55,82 \pm 0,76$  и  $60,32 \pm 1,25$  ( $p = 0,722$ ). У больных ИБС с СД отмечалось снижение всех функциональных показателей.

**Выводы.** Сахарный Диабет 2-типа оказывал влияние как на изменения структурно-морфологических и функциональных параметров ЛЖ, проявляющееся увеличением линейных размеров ЛЖ и массы миокарда и снижением функциональных показателей. Выявление и своевременное лечение СД может предупредить усугубление процессов ремоделирования ЛЖ и развитие ХСН.

#### П41. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ВАРИАбельНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ПЕРВИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ

СКАРЖИНСКАЯ Н. С., ЧЕСНИКОВА А. И.,  
КОЛОМАЦКАЯ О. Е., САФРОНЕНКО В. А.  
ФГБОУ ВО «РОСТГМУ» МИНЗДРАВА РОССИИ, г. РОСТОВ-НА-ДОНУ,  
РОССИЯ.

**Цель исследования:** оценить влияние разных комбинаций антигипертензивных препаратов на вариабельность ритма сердца (ВРС) и ремоделирование левого желудочка (ЛЖ) у больных с артериальной гипертензией (АГ) и первичным гипотиреозом (ГТ) в стадии медикаментозной компенсации.

**Материал и методы:** для достижения поставленной цели в исследование были включены 73 пациента с АГ 1–2 степени и первичным ГТ. Средний возраст пациентов  $62,84 \pm 1,04$  года. Все больные с АГ и первичным ГТ получали гормонозаместительную терапию (ГЗТ) L-тироксина в средней дозе  $97,95 \pm 4,70$  мкг в сутки, и по достижению эутиреоза были рандомизированы на три группы, сопоставимые по степени АГ. В схему лечения 1-й группы (25 пациентов) входили  $\beta$ -адреноблокатор метопролол и ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) рамирил. Пациенты 2-й группы (24 больных) получали комбинированную терапию, включавшую антагонист кальция (АК) амлодипин и иАПФ рамирил. Больным 3-й группы (24 пациента) были назначены  $\beta$ -адреноблокатор метопролол и АК амлодипин. Титрование дозы препаратов проводили с учетом степени АГ. Динамическое наблюдение – в течение 12 недель. Определяли уровень тиреотропного гормона и свободного тироксина, проводили суточное электрокардиографическое мониторирование и эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ). Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программы «Statistica 10.0».

**Результаты:** анализ ЭхоКГ показателей у пациентов с АГ и первичным ГТ, получавших метопролол и рамирил (1-я группа), регистрировалось уменьшение индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) и снижение миокардиального стресса (МС). Кроме того, отмечалась положительная динамика показателей ВРС, свидетельствующая о снижении активности симпатoadrenalовой системы (САС), что способствовало нормализации вегетативной активности и стабилизации суточного сердечного ритма. У пациентов 2-й группы, получавших амлодипин и рамирил наблюдалось достоверное снижение индекса конечно-систолического и конечно-диастолического объемов, уменьшение ИММЛЖ, индекса относительной толщины стенок ЛЖ, снижение МС, увеличение ударного выброса, а также изменение скоростных показателей кровотока (увеличение соотношения пиковых скоростей на митральном клапане  $V_e/V_a$ ). Важно отметить, что у больных 2-й группы определялось повышение активности САС, что может приводить к учащению частоты сердечных сокращений (ЧСС) и повышению риска сердечно-сосудистых осложнений. На фоне применения метопролола и амлодипина к концу периода наблюдения регистрировалось достоверное снижение ИММЛЖ, однако влияния терапии на ЧСС не наблюдалось.

**Выводы:** таким образом, применение комбинации метопролола и рамирила у пациентов с АГ и первичным гипотиреозом в стадии медикаментозной компенсации сопровождалось не только положительным влиянием на морфометрические показатели ЛЖ, но и улучшением ВРС, что позволяет считать данную терапию наиболее патогенетически обоснованной.

#### П42. СООТНОШЕНИЕ СИСТОЛЫ И ДИАСТОЛЫ, КАК МАРКЕР ХАРАКТЕРА КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, НА ФОНЕ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА



**Цель.** Оценить соотношение систолы и диастолы у пациентов с острой декомпенсацией сердечной недостаточности на фоне промежуточной функции левого желудочка

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 195 пациентов. Гендерное распределение исследуемой выборки было представлено 51 мужчиной и 54 женщинами. Средний возраст исследуемой когорты составил  $64,6 \pm 14,8$  лет. По уровню фракции выброса (ФВ) все больные были поделены на две группы: с промежуточной ФВ (СН ПФВ) – 98 человек, с низкой ФВ (СН НФВ) – 97 больных. Всем пациентам определялась электрокардиограмма при поступлении, на  $5 \pm 2$  день и при выписке.

**Результаты.** В подгруппе выживших (93 человека) с СН ПФВ при поступлении систола преобладала над диастолой (52,9% против 47,1%), и к  $5 \pm 2$  дню данный тренд изменялся в пользу диастолического показателя (46,8% против 53,2%)  $p < 0,05$ . К моменту выписки это доминирование еще больше увеличилось (45,3% против 54,7%),  $p < 0,05$ . В группе умерших (5 человек) наблюдалось доминирование электромеханической систолы на всех этапах наблюдения, однако, к  $5 \pm 2$  дню отмечалось снижение этого превосходства (54,9% против 45,1%), по сравнению с поступлением (73,3% против 26,6%),  $p < 0,05$ , и к моменту летального исхода доминирование систолы над диастолой сохранялось (52,9% против 47,1%),  $p > 0,05$ . Различия достоверны на всех этапах,  $p < 0,05$ . В выборке СН НФВ в подгруппе выживших систола несколько превосходила диастолу (51,2% против 48,8%), при этом, к  $5 \pm 2$  дню госпитализации систолический показатель составил 68,9%, против диастолического 31,1%,  $p < 0,05$ . Однако, к моменту выписки отмечалось доминирование диастолы над систолой (46,2% против 53,8%)  $p < 0,05$ .

Среди умерших в выборке с СН НФВ (10 человек) имелись оба тренда: снижение превалирования систолы над диастолой как у выживших этой группы и доминирование систолы над диастолой к моменту летального исхода, как СН ПФВ, подгруппе умерших. Обращает на себя внимание, что при поступлении систола также преобладала над диастолой (58,9% против 41,1%),  $p < 0,05$  при этом, доминирование систолы снижалось к  $5 \pm 2$  дню (52,9% против 47,1%),  $p > 0,05$  но к моменту летального исхода вновь повышалось до 60,4% против 39,6%,  $p < 0,05$  но  $p > 0,05$ . Таким образом, видно, что в группе СН НФВ в подгруппе выживших отмечался рост преобладания систолы на  $5 \pm 2$  сутки, а в подгруппе умерших – к моменту летального исхода.

**Заключение.** В группе СН ПФВ среди выживших при поступлении электрическая систола доминировала над диастолой. На  $5 \pm 2$  сутки и при выписке достигались нормативные значения преобладания диастолы над систолой, а именно в диастолу осуществлялся коронарный кровоток.

#### **Выводы:**

1. На фоне проведенного лечения у таких больных диастола начинает преобладать над систолой, а значит улучшается коронарный кровоток.
2. В выборке СН НФВ сохраняется тот же тренд, но референсные значения, однако, не достигают достоверности различий.
3. К концу  $5 \pm 2$  суток время сокращения и расслабления миокарда почти равно и к выписке диастола начинает незначительно доминировать над систолой.

## П43. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

ИБАТОВ А. Д.

ПЕРВЫЙ МГМУ ИМ. И. М. СЕЧЕНОВА, (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ),  
МОСКВА, РОССИЯ

**Цель:** изучить факторы, влияющие на развития сердечной недостаточности у больных с постинфарктным кардиосклерозом.

**Материалы и методы.** Обследовано 88 больных, перенесших инфаркт миокарда в анамнезе, давностью более 1 года, средний возраст составил в выборке  $54,17 \pm 1,23$  года, среди них 27,3% были женщины. У 30 пациентов диагностирована сердечная недостаточность II–III ФК по NYHA. Выборка была разделена на 2 группы по наличию и отсутствию сердечной недостаточности. В первую группу вошли пациенты с ПИКС, имеющие сердечную недостаточность, средний возраст в группе составил  $55,07 \pm 1,45$  лет. Во вторую группу вошли 58 больных с ПИКС без СН, средний возраст в группе составил  $53,27 \pm 1,01$  года.

**Результаты.** Достоверность различий между выборками оценивали с применением t- критерия Стьюдента. Для выявления предикторов использовали вычисление отношения шансов (ОШ), достоверность рассчитывали с помощью таблиц сопряженности  $2 \times 2$ , с вычислением двустороннего варианта точного критерия Фишера. Достоверными считали различия при  $p < 0,05$ . При расчетах использовали пакет статистических программ «Statistica 6,0» и «Excel 2007».

Группы не различались по полу, по возрасту. Анализ выявленных факторов с помощью таблиц сопряженности и вычисления отношения шансов (ОШ) развития СН показал следующие результаты. Высокий риск развития сердечной недостаточности имеют пациенты, перенесшие инфаркт миокарда с зубцом Q передней стенки (ОШ=4,38,  $p < 0,05$ ), перенесшие инфаркт миокарда с зубцом Q независимо от пораженной стенки (ОШ=2,78,  $p < 0,05$ ) перенесшие повторный инфаркт миокарда (ОШ=15,43,  $p < 0,05$ ), ночной инфаркт миокарда (ОШ=27,0  $p < 0,01$ ), сопутствующий сахарный диабет (ОШ=10,18,  $p < 0,01$ ), а также имеющие избыточную массу тела (ИМТ  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup>) (ОШ=2,95,  $p < 0,05$ ). Вместе с тем, такие прогностические неблагоприятные факторы как наследственная отягощенность по ИБС, курение и сопутствующая артериальная гипертензия в нашем исследовании не показали дополнительного негативного влияния на вероятность развития сердечной недостаточности. В наших исследованиях не было выявлено прогностически неблагоприятного влияния и таких факторов как пол, пожилой возраст и предшествующая инфаркту миокарда стенокардия напряжения.

**Выводы.** Таким образом, по нашим данным важными факторами развития сердечной недостаточности у больных, перенесших инфаркт миокарда, являются, в частности, время возникновения инфаркта миокарда (ночью во время сна) и метаболические нарушения на фоне которых протекает инфаркт миокарда (сахарный диабет и ожирение), а также размеры поражения и локализация инфаркта миокарда.

## П44. ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ АМЛОДИПИН, ИНДАПАМИД И ПЕРИНДОПРИЛ, НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

ЗАКИРОВА А. Н., НИКОЛАЕВА И. Е., ЗАКИРОВА Н. Э.,  
ФЕДОРОВА Е. А., ФАХРЕТДИНОВА Е. Р., КУТДУСОВ Р. Ф.,  
КАБИРОВА Р. Р.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР, УФА, РОССИЯ  
БГМУ, УФА, РОССИЯ

**Целью исследования** было оценить эффективность и безопасность терапии больных гипертонической болезнью (ГБ) комбинированным гипотензивным препаратом, включающим в себя периндоприла аргинин, индапамид и амлодипин.

**Материалы и методы.** В исследовании принимало участие 29 пациентов. Все пациенты с гипертонической болезнью 2–3 стадии 3 степени. Среди них 10 мужчин (34%) и 19 женщин (66%), средний возраст  $54 \pm 9,6$  года. Диагноз гипертонической болезни был верифицирован на основании объективного осмотра, данных ЭКГ, СМАД, ЭХОКГ, УЗДС МАГ, лабораторных данных (уровень креатинина, микроальбуминурия, скорость клубочковой фильтрации), осмотра невролога. В исследование включены не были пациенты с нарушением функции почек, печени, ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом. Среди пациентов со второй стадией ГБ было 12 человек (41%) и 12 – с ГБ 3 степени (59%), причем госпитализированы они были в связи с рефрактерностью к лечению для коррекции лечения. Всем больным была продолжена комбинированная терапия, начатая на амбулаторном этапе и включающая ингибиторы АПФ, антагонисты кальция (амлодипин), бетаблокаторы, диуретики. Ингибитор АПФ, диуретик и амлодипин были заменены на комбинированный гипотензивный препарат, включающим в себя периндоприла аргинин, индапамид и амлодипин (трипликсам) в дозе 2,5 мг/0,625 мг/5 мг в сутки. Эффективность лечения оценивалась по уровню снижения АД и изменению самочувствия. Больным (13 человек), у которых АД не достигло целевого уровня (140/90 мм рт. ст.), дозу препаратов увеличивали до 5 мг/1,25 мг/5 мг в сутки. Исходно в стационаре и через 10–12 недель лечения в условиях поликлиники проводилось суточное мониторирование АД, изучали динамику показателей углеводного и липидного метаболизма.

**Результаты.** При первичном осмотре средние АД систол. было  $188,4 \pm 13,74$  мм рт. ст. и АД диаст. –  $95,4 \pm 10,35$  мм рт. ст., ЧСС  $79 \pm 9,07$  в мин. В результате лечения были достигнуты следующие параметры: средние АД систол –  $126 \pm 5,8$  мм рт. ст. и АД диаст. –  $75 \pm 2,6$  мм рт. ст., ЧСС –  $73 \pm 4,0$  в мин. При этом отличные результаты (снижение уровня АД до 135/85 мм рт. ст. и ниже) были получены у 23 пациентов (79%), хорошие результаты (снижение уровня АД менее, чем на 20% от исходного) у 5 человек (17%), удовлетворительный результат (снижение уровня АД менее, чем на 10%) – 1 больной (3%), неудовлетворительных результатов получено не было. По данным СМАД через 10–12 недель терапия способствовала более эффективной коррекции ночной диастолической АД в виде уменьшения значений индекса времени: диастолическое АД ночное от 65,7 (38,5; 87,5) до 18,2 (6,7; 50,0) %. На фоне комбинированной терапии, включающей себя периндоприла аргинин, индапамид и амлодипин, на ЭКГ в динамике существенных изменений не отмечалось, уровень калия, креатинина, показатели липидного и углеводного обмена существенно не менялись. Побочных эффектов, требовавших отмены препарата, выявлено не было. Все пациенты отмечали улучшение самочувствия после начала лечения. Побочных эффектов, требующих отмены препарата не выявлено.

**Выводы.** Терапия, основанная на комбинации периндоприла аргинина, индапамида и амлодипина, имеет преимущества в силу эф-

фективного и безопасного снижения давления до целевого уровня, более эффективной коррекции ночной АД, при этом не оказывает существенного влияния на липидный и углеводный обмен.

#### П 45. ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА С САКУБИТРИЛОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ИНФАРКТ МИОКАРДА

ЗАКИРОВА А. Н., НИКОЛАЕВА И. Е., ЗАКИРОВА Н. Э.,  
ФАХРЕТДИНОВА Е. Р., ФЕДОРОВА Е. А.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР, УФА, РОССИЯ  
БГМУ, УФА, РОССИЯ

**Целью исследования** было повысить эффективность фармакотерапии у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), перенесших инфаркт миокарда, на госпитальном этапе в условиях Республиканского кардиологического центра города Уфы.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 19 пациентов с ХСН 2 А и выше ФК2–4, перенесших инфаркт миокарда. Все пациенты, проходили лечение в Республиканском кардиологическом центре города Уфы ухудшения течения ХСН – усилились одышка и слабость, появились отеки на ногах, чувство тяжести в правом подреберье. Средний возраст больных составил  $48,1 \pm 5,7$  лет. У всех пациентов в анамнезе был инфаркт миокарда, а 8 больных (42%) перенесли по-вторный инфаркт миокарда. 12 пациентов (63%), включенных в исследование, состояли на диспансерном учете с гипертонической болезнью различной степени. Всем больным помимо общеклинических исследований проводилось мониторирование ЭКГ, ЭХОКГ, УЗИ органов брюшной полости (ОБП). В исследование не были включены пациенты с почечной и печеночной недостаточностью, не связанной с ХСН. Все пациенты получали традиционную терапию ХСН, включающую ингибиторы АПФ, бетаблокаторы, АМКР, торасемид, статины и другие препараты по показаниям. Наряду с другими препаратами традиционно входящими в схему лечения больных ИБС, к лечению вместо ингибитора АПФ был добавлен комбинированный препарат, включающий валсартан и сакубитрил (юперо). Доза препарата подбиралась индивидуально. Вначале всем отменялись ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину, а через минимум 36 часов назначался препарат Юперо в дозе 100 мг 2 раза в день. Эффективность препарата оценивалась по субъективному самочувствию больных, уменьшению одышки, уменьшению нарушений ритма и количеству эпизодов ишемии по данным Холтеровского мониторирования ЭКГ, уровню артериального давления, данным УЗИ ОБП, наличию периферических отеков. Самочувствие и состояние больных оценивалось ежедневно на стационарном этапе лечения и через 14 дней после выписки.

**Результаты.** Нами установлено, что у 14 больных (73%) после проведенного лечения уменьшились одышка и отеки, увеличилась толерантность к физической нагрузке, не предъявлялось жалоб на ангинозные боли, эпизодов ишемии по результатам мониторирования ЭКГ выявлено не было. Кроме того, из нарушений ритма выявлялись только редкие наджелудочковые и желудочковые экстрасистолы. По данным УЗИ ОБП и рентгенографии ОГК уменьшились явления гидроторакса и асцита. У 15 больных (79%) АД стабилизировалось на уровне 90–120/80–60 мм рт. ст., у 4 пациентов (21%) АД снизилось ниже 110/70 мм рт. ст. и потребовалось уменьшить дозы других препаратов, снижающих АД, диуретиков и бетаблокаторов. Препарат также хорошо переносился больными. Из побочных действий отмечались головные боли у 4 больных. У всех сни-



жением дозы препарата этот эффект был нивелирован. Побочных эффектов, требующих отмены препарата нами не наблюдалось.

**Выводы.** Таким образом, комбинированный препарат, включающий валсартан и сакубитрил, хорошо переносится больными и в дозе 100 мг 2 раза в день и может быть включен в комбинированной терапии больных с ХСН, перенесших инфаркт миокарда.

#### П46. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РИВАРОКСАБАНА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

ЗАКИРОВА А. Н., НИКОЛАЕВА И. Е., ФАХРЕТДИНОВА Е. Р., ФЕДОРОВА Е. А., КИЛЬМАМАТОВА В. В, КУТДУСОВ Р. Ф, КАБИРОВА К. Р., ГАДЕЛЬШИНА М. Ф.

БГМУ, УФА, РОССИЯ,

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР, УФА, РОССИЯ,

Целью исследования было оценить безопасность применения антикоагулянта ривароксабана у пациентов с различными формами ФП. Внедрение в клиническую практику шкалы CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc и шкалы HAS-BLED позволяет обеспечить индивидуальный подход к тромبوпрофилактике у больных с различными формами фибрилляцией предсердий (ФП).

**Материал и методы.** В исследование были включены 48 больных, из них 20 мужчин и 28 женщин. Все пациенты были разделены на 2 группы – 19 человек (40%) работоспособного возраста (средний возраст 51±8,5 года) и 22 человека (60%) пожилого возраста (средний возраст 69±9,0 года). Причиной ФП у всех пациентов была ишемическая болезнь сердца. В исследование были включены 27 человек с пароксизмальной и персистирующей формами ФП и 21- с постоянной ФП. Стаж ФП колебался от 1 года до 15 лет. Шесть человек имели в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда. Современные клинические рекомендации предполагают использовать шкалу CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc (≥2 балла) для выявления пациентов с возможностью развития инсульта и одновременно у больных с ФП определять риск кровотечения по шкале HAS-BLED (≥3 баллов). Всем пациентам проводилось обследование, включающее в себя, помимо клинического минимума, трансторакальную и чреспищеводную ЭхоКГ, коагулограмму. Критерием исключения были выраженные нарушения функции печени, почек, когнитивные нарушения и высокая степень сердечной недостаточности. При мониторинговании ЭКГ выявлены различные формы ФП, редкие желудочковые экстрасистолы. Всем пациентам проводилось лечение бетаадреноблокаторами, ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента, блокаторами рецепторов ангиотензина, статинами в рекомендованных дозах. Антикоагулянтная терапия проводилась ривароксабаном в индивидуально подобранной дозе от 15 до 20 мг в день.

**Результаты.** Все пациенты хорошо переносили лечение. У 3 пациентов (6%) наблюдалось усиление кровоточивости десен, у 1 больного (2%) – наличие крови в моче. При этом все побочные эффекты выявлены в группе больных пожилого возраста. При снижении дозы препарата до 15 мг в день состояние пациентов нормализовалось. Побочных эффектов, требовавших отмены препарата, в исследовании не наблюдалось. Все пациенты были осмотрены через 3 и 6 месяцев после начала лечения ривароксабаном. Повторные осмотры выявили хорошую переносимость препарата, отсутствие ухудшений самочувствия. Важно отметить высокую приверженность лечению, отказа от приема препарата в нашем исследовании выявлено не было. Проведенные рутинные лабораторные исследо-

вания показали отсутствие отклонений, которые можно было бы связать с приемом ривароксабана. Применение данного антикоагулянта у пациентов с ФП, в том числе пожилого возраста безопасно. В связи с большим количеством осложнений у лиц пожилого возраста терапия ривароксабаном возможна при условии использования дозировки 15 мг в день и тщательного наблюдения за больным в процессе лечения.

**Выводы.** Ривароксабан может быть рекомендован в качестве антикоагулянта для больных с различными формами ФП, в том числе пациентов пожилого возраста. Удобство приема препарата 1 раза в день увеличивает приверженность к лечению.

#### П47. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

ЗАКИРОВА А. Н., НИКОЛАЕВА И. Е., ФАХРЕТДИНОВА Е. Р., ЯРУЛЛИНА А. Р., ФАЙРУЗОВА А. М., УСМАНОВА А. З.

БГМУ, УФА, РОССИЯ

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР, УФА, РОССИЯ

Целью исследования было оценить эффективность стационарного этапа реабилитации больных с фибрилляцией предсердий, подвергшихся эндоваскулярным вмешательствам (ЭВВ).

**Материал и методы.** Нами обследованы 54 пациента ИБС с фибрилляцией предсердий, подвергнутых ЭВВ, в возрасте от 43 до 76 лет. Среди них 38 мужчин (58%) и 16 женщин (42%). У 31 больного (57%) была диагностирована пароксизмальная и персистирующая фибрилляция предсердий, у 23 (43%) – постоянная фибрилляция предсердий. Все пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли те 25 больных (46%), которым ЭВВ проводилось по экстренным показаниям по поводу острого коронарного синдрома. Во вторую группу отобраны 29 пациентов (54%), которым ЭВВ проводилось в плановом порядке по поводу стенокардии высокого функционального класса, рефрактерной к лечению. В первой группе проводилось стентирование инфаркт-ответственной артерии, во второй проводилась полная реваскуляризация или неполная, но с достижением удовлетворительного клинического результата. Всем больным наряду с общеклиническими методами комплексного обследования функционального состояния сердечно-сосудистой системы ее резервные возможности оценивали по показателям теста с шестиминутной ходьбой и эхокардиографии (ЭхоКГ). Всем проводилась «двойная» антиагрегантная терапия аспирином и клопидогрелем, терапия статинами, бетаблокаторами, ингибиторами АПФ или антагонистами рецепторов ангиотензина II, оральными антикоагулянтами. По показаниям к лечению добавлялись верошпирон, амиодарон, сотагексал. Программа физических тренировок включала лечебную гимнастику, дозированную ходьбу, ходьбу по лестнице. Она была строго индивидуальной и строилась по принципу постепенного увеличения нагрузок.

**Результаты.** В результате проведенных ЭВВ болевой синдром больше не повторялся у всех пациентов из 1 группы. Во второй группе у одного больного рецидивировала стенокардия, что ограничило объем и темпы восстановления физической активности. Основными формами применения физических упражнений в отделении были: утренняя гигиеническая гимнастика, лечебная гимнастика, тренировки на различных тренажерах, дозированная ходьба. Все переносили физическую нагрузку без осложнений. За время на-

хождения в отделении реабилитации пациенты отмечали улучшение самочувствия, нормализацию частоты сокращения желудочков, систолического и диастолического артериального давления, увеличение толерантности к физической нагрузке. По данным ЭхоКГ регистрировалось достоверное увеличение фракции выброса по сравнению с показателями до ЭВВ в 1 группе с  $42 \pm 7,4\%$  до  $46 \pm 5,2\%$ , во второй группе с  $49 \pm 8,1\%$  до  $54 \pm 7,5\%$ . Тест с 6 минутной ходьбой увеличился в средней на 50–75 м. Медикаментозное лечение переносилось в основном хорошо. В наших наблюдениях частота геморрагических осложнений на фоне «двойной» антиагрегантной терапии и терапии оральными антикоагулянтами составила 7,4% (4 человек), причем все больные из первой группы. У 3 больных появилась гематурия и у одного – носовое кровотечение, для лечения которых было достаточно уменьшения дозы оральных антикоагулянтов. Переносимость нагрузок у всех больных была удовлетворительной.

**Выводы.** Таким образом, эффективность лечения и реабилитации больных ИБС с фибрилляцией предсердий обеспечивается комплексным подходом, включающим в себя ЭВВ, терапию основного заболевания, антиагрегантную и антикоагулянтную терапию, программу физических тренировок.

#### П48. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

ЗАКИРОВА А. Н., НИКОЛАЕВА И. Е., ЯНБАЕВА С. М., ГАРЕЕВА Н. Х., ФАХРЕТДИНОВА Е. Р., ИШМАНОВА А. Р., ЗАЛААДИНОВА А. Д.  
БГМУ, УФА, РОССИЯ

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР, УФА, РОССИЯ

**Цель:** оценить эффективность и безопасность антикоагулянтной терапии у больных ТЭЛА и комбинированного использования тромболитической и антикоагулянтной терапии. **Материалы и методы.** В исследование были включены 19 больных (7 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 43 до 80 лет (средний возраст  $61,4 \pm 11,4$  года). Все пациенты были госпитализированы в Республиканский кардиологический центр г.Уфы по поводу ТЭ-ЛА. Диагноз был верифицирован с помощью рентгенографии органов грудной клетки, ЭХО-КГ, УЗДС вен нижних конечностей (УЗДС), исследования уровня Д-димера крови, перфузионной сцинтиграфии легких, компьютерной томографии с контрастированием (КТ-ангиопульмонография). Тромболитическая терапия была проведена 5 (26,3%) пациентам препаратом актилизе. В качестве антикоагулянтной терапии всем пациентам назначался ривароксабан в дозе 15 мг 2 раза в сутки в течение 21 дня, затем 20 мг в день. Кроме того, лечение включало в себя ингибиторы АПФ, бетаблокаторы, статины, антагонисты кальция и верошпирон по показаниям.

**Результаты.** Наиболее распространенными клиническими симптомами у больных ТЭЛА были одышка (92%), тахипноэ (86%), тахикардия (79%), боли в грудной клетке (56%), кашель (48%). При проведении ЭхоКГ у 14 (73,7%) пациентов была выявлена дилатация правых камер сердца с признаками перегрузки; СДПЖ составило от 32 до 71 мм рт. ст. (в среднем  $47,1$  мм рт. ст.). По данным КТ-легких у 5 (26,3%) больных имела место двусторонняя ТЭЛА, инфаркт-пневмония диагностирована у 6 больных (31%). 15 больных (79%) пациентов наблюдалось ожирение от 75 до 124 кг (средний вес 102 кг), причем 9 из них – это женщины. Уровень Д-димера

в крови был повышен у 18 пациентов и в пределах нормы у 1 пациента. Все пациенты отмечали улучшение самочувствия – уменьшение одышки и сердцебиения, болей в груди. За период стационарного лечения у всех наблюдаемых больных была отмечена положительная клиническая динамика, по данным ЭхоКГ выявлено снижение РДПЖ в среднем на 12%, уменьшение признаков перегрузки правых камер сердца, рецидивов ТЭЛА отмечено не было. Все пациенты хорошо переносили лечение. У 2 пациентов наблюдалось усиление кровотока десен. При этом все побочные эффекты выявлены у больных пожилого возраста. При снижении дозы препарата до 10 мг 2 раза в день состояние пациентов нормализовалось. Побочных эффектов, требовавших отмены препарата, в исследовании не наблюдалось. Все пациенты были осмотрены через 3 и 6 месяцев после начала лечения ривароксабаном. Повторные осмотры выявили хорошую переносимость препарата, отсутствие ухудшений самочувствия. Важно отметить высокую приверженность. **Выводы.** Применение ривароксабана у пациентов с ТЭЛА эффективно и безопасно, способствует достоверному уменьшению степени легочной гипертензии и предотвращению развития рецидивов ТЭЛА. Комбинированное использование тромболитической и антикоагулянтной терапии не вызывает осложнений, требующих отмены препаратов.

#### П49. ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРФУЗИОННОЙ СЦИНТИГРАФИИ МИОКАРДА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

ЗАКИРОВА А. Н., НИКОЛАЕВА И. Е., ЯНБАЕВА С. М., ГАРЕЕВА Н. Х., ИСХАКОВА Э. Ф., ФАХРЕТДИНОВА Е. Р.  
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР, УФА, РОССИЯ

**Целью работы** было провести сравнительную оценку жизнеспособности миокарда по данным ЭХОКГ и одновременно параметров сократительной функции левого желудочка с помощью ПСМ методом ЭКГ-синхронизированной однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ).

**Материал и методы.** В исследование были включены 106 больных ИБС с постинфарктным кардиосклерозом, фракцией выброса ЛЖ менее 40%, хронической сердечной недостаточностью II–III функционального класса по NYHA, из них 95 (89,6%) мужчин, 11 женщин (10,3%), средний возраст пациентов составил  $56,7 \pm 7,8$  лет. Из обследованных 91 (85,8%) были прооперированы: 35 больным (38%) была выполнена операция аортокоронарного шунтирования (АКШ), 56 больным (6%) – комбинированная операция-АКШ в сочетании с реконструкцией левого желудочка. Всем больным до операции и через 7–14 дней после вмешательства проводились эхокардиография (ЭхоКГ) и ЭКГ –синхронизированная ОФЭКТ миокарда с Тс-Технетрилом на аппарате ОФЭКТ «Symbia Е». В процессе анализа оценивали локализацию и глубину дефектов миокардиальной перфузии (ДП), вычислялся конечно-диастолический объем (КДО) ЛЖ, фракция выброса (ФВ). Все пациенты были разделены на 2 группы. 1 группа включала в себя 70 человек, тех у кого были выявлены признаки передней аневризмы ЛЖ – обширная зона акинезии/дискинезии, в среднем – 5,5 сегмента (3–9 сегментов, что соответствует 18–53% общей площади ЛЖ). В 2 группу вошли 36 больных с признаками жизнеспособности диссинергичного миокарда,



**Результаты.** Была проведена сравнительная оценка ЭхоКГ и ЭКГ-синхронизированной ОФЭКТ: показатели КДО ЛЖ по ЭхоКГ были ниже, чем при ОФЭКТ и составили, соответственно 186,46 мл и 252,74 мл ( $p < 0,05$ ); ФВ ЛЖ по ЭхоКГ была выше (33,6 и 26,7%;  $p < 0,05$ ); выявлена статистически значимая связь между количеством диссинергичных сегментов по данным ЭхоКГ и ЭКГ-синхронизированной ОФЭКТ – до операции ( $r = 0,62$ ;  $p < 0,05$ ). В первой группе в 31% случаев было подтверждено наличие аневризмы ЛЖ, еще в 14% была избрана тактика медикаментозной терапии. У всех пациентов I группы, с учетом интраоперационной визуальной оценки аневризмы ЛЖ, была проведена реконструктивная операция с дифференцированным подходом в выборе метода пластики АЛЖ в зависимости от обширности аневризмы. 5 пациентам, которые по результатам ПСМ были определены в группу с крайне высоким риском и сомнительным результатом хирургического лечения (более 50% от общей площади миокарда ЛЖ – нежизнеспособный миокард и выраженной дилатацией ЛЖ), была выбрана тактика медикаментозной терапии. 36 пациентам (II группа) с признаками жизнеспособности диссинергичного миокарда, в т.ч. 14 пациентам с неподтвержденной (ПСМ) аневризмой левого желудочка, было проведено коронарное шунтирование без реконструкции ЛЖ. **Выводы.** Проведение у пациентов ИБС с постинфарктным кардиосклерозом ПСМ позволяет оценить дооперационное состояние пораженного миокарда для определения показаний к реваскуляризации миокарда, позволяет взвешенно отнестись к выбору объема реконструктивной пластики левого желудочка, что не всегда возможно с помощью рутинных методов диагностики (в частности ЭхоКГ).

## П 50. ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХОБА

НАЖЕВА М. И., ОСИПОВ Е. В., АНУФРИЕВ И. И.

ФГБОУ ВО «РОСТГМУ» МИНЗДРАВА РОССИИ, РОСТОВ-НА-ДОНУ, РОССИЯ

**Цель работы:** изучить частоту встречаемости и характер желудочковых нарушений ритма как фактора внезапной смерти у больных ХОБА.

**Материалы и методы:** Проведен анализ ЭхоКГ, холтеровского мониторинга, велоэргометрии, ФВД у 158 6-х ХОБА (GOLD, 2017). Группы 6-х: I (легкая степень ХОБА, риск А, В) – 68 человек, (ср. возраст  $51,3 \pm 4,8$ ), II – 57 6-х со средней степенью тяжести ХОБА, риск С (ср. возраст  $53,9 \pm 7,1$ ), III – 33 6-х с тяжелой степенью ХОБА, риск D (ср. возраст  $56,6 \pm 6,1$  лет). Критерии исключения: ИБС, АГ II–III степени, пороки сердца, фибрилляция предсердий в анамнезе, ХЛС, ХСН III и IV ФК. Нарушения ритма оценивались по Lown и Wolf (1971), «прогностической» классификации желудочковых аритмий (ЖА) J. Bigger (1984г).

**Результаты:** У больных I группы ЖА обнаруживаются в 15,5% случаев: 1 класс ЖА по Lown-Wolff, по J. Bigger – «доброкачественные» ЖА. У больных II группы ЖА зарегистрированы в 20,3% случаев: 1 класса – в 10,2%, 2 класса – в 6,8%, 3 класса – в 3,3% случаев по Lown-Wolff. По J. Bigger у больных II группы в половине случаев диагностированы «доброкачественные» ЖА, а у 10,2% «потенциально злокачественные» желудочковые аритмии. У пациентов III группы регистрируются желудочковые аритмии у 27,3%: 1 класс –

са – у 9,1% больных, 2 класса – у 12,1% больных, 3 класс – у 6,1% больных по Lown-Wolff, по классификации J. Bigger при тяжелой степени ХОБА преобладают «потенциально злокачественные» желудочковые аритмии.

**Выводы:** у больных ХОБА ухудшение бронхиальной проходимости способствует повышению эктопической активности миокарда, регистрируется прямая зависимость тяжести нарушений ритма от выраженности вентиляционных расстройств.

## П 51. ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ – ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ ХОБА

АНУФРИЕВ И. И., НАЖЕВА М. И., ОСИПОВ Е. В.

ФГБОУ ВО «РОСТГМУ» МИНЗДРАВА РОССИИ, РОСТОВ-НА-ДОНУ, РОССИЯ

**Цель:** изучить фенотип больных хронической обструктивной болезни легких (ХОБА), для которого характерно развитие фибрилляции предсердий (ФП).

**Методы исследования:** 94 больных ХОБА 2–4 степени (GOLD 2017), вне обострения ХОБА, как с ФП, так и без нее. В исследование не включались пациенты с наличием патологии щитовидной железы, стенокардией, системными заболеваниями, опухолями, пороками сердца, кардиомиопатиями, синдромом слабости синусового узла, сахарным диабетом. У всех больных имелись анамнестические указания на артериальную гипертензию. Всем больным проводились спирометрия, суточное мониторирование ЭКГ (ХМ-ЭКГ) и артериального давления, оценка симптомов ХОБА с использованием шкалы одышки mMRC и вопросника CAT; учитывалось количество перенесенных тяжелых обострений ХОБА за предшествующий год, проводился тест с шестиминутной ходьбой с оценкой параметров пульсоксиметрии, пройденной дистанции, индекса VODE, одышки по шкале Борга.

**Результаты:** По данным ХМ-ЭКГ у 46 пациентов из 94 были выявлены пароксизмы ФП, при этом 22 имели бессимптомное течение ФП. В результате кластерного анализа выборка была поделена на 2 кластера: больные ХОБА с ФП и ХОБА без ФП. В результате суточного мониторирования ЭКГ оба кластера были сопоставимы по уровню систолического и диастолического артериального давления. Для больных ХОБА с ФП были характерны большая бронхообструкция ( $FEV_1 - 47,0 [40,0; 56,0]$  ( $p < 0,001$ ), в сравнении с кластером без ФП ( $FEV_1 - 65,0 [48,0; 74,0]$ ), большое количество обострений ХОБА (2 [1;3] у больных с ФП и 1 [0;1] у больных без аритмии ( $p = 0,038$ )), большая выраженность симптомов ХОБА (CAT ( $p < 0,001$ ) и mMRC ( $p = 0,007$ ) и индекса VODE ( $p < 0,001$ ). Также у больных ХОБА с аритмией отмечались выраженная гипоксемия (мин %  $SpO_2$   $82,0 [80,5; 84,0]$  у больных с ФП и  $86,0 [83,0; 88,0]$  в кластере без ФП, ( $p = 0,012$ )), большая одышка по шкале Борга ( $p < 0,001$ ) и снижение пройденной дистанции ( $264,0 [198,5; 365,0]$  в кластере с ФП и  $485,0 [403,0; 526,0]$  в кластере без ФП ( $p < 0,001$ )) в тесте с 6-минутной ходьбой в сравнении с кластером без ФП.

**Выводы:** Для больных ХОБА с пароксизмальной ФП характерны высокая частота обострений ХОБА, выраженное снижение  $FEV_1$ , выраженное снижение толерантности к физической нагрузке с повышением индекса VODE, баллов по вопросам mMRC и CAT. Все вышеперечисленные характеристики должны служить поводом для исключения бессимптомных пароксизмов ФП.

## П 52. ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ У БОЛЬНЫХ С ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ОСИПОВ Е. В., АНУФРИЕВ И. И., НАЖЕВА М. И.

ФГБОУ ВО «РОСТГМУ» МИНЗДРАВА РОССИИ, РОСТОВ-НА-ДОНУ, РОССИЯ

**Цель:** Определение эффективности коротких курсов различных сердечных гликозидов при недостаточности правого желудочка (ПЖН).

**Материал:** 89 больных ХОБЛ с клиническими признаками ПЖН. 80 больным проведен 10-дневный курс гликозидотерапии (ГТ) (строфантин К, коргликон, дигоксин или изоланид) в дозе, составляющей 75% от применяемой при ЛЖН; 9 человек – контрольная группа (КГ) без гликозидов. Оценивалась клиническая и ЭКГ-динамика и Ср.дЛА. Достоверность различий определялась по критерию согласия ( $\chi^2$ ) Пирсона и по t-критерию Стьюдента.

**Результаты:** По завершению курса ГТ у 21 человека (31,4%) клинико-функциональные признаки ПЖН остались без перемен, у 36 (55,4%) отмечена положительная, а у 9 (13,2%) – отрицательная динамика. В КГ: 4 (44,4%), 3 (33,3%) и 2 (22,3%) соответственно. То есть, при ГТ уменьшение признаков ПЖН наблюдается в 1,7 раза чаще, чем в КГ ( $p < 0,05$ ), т.е. имела место умеренная тенденция к увеличению эффективности ГТ с увеличением выраженности ПЖН. Частота эффективного применения строфантина К составила 9 из 12 человек (77,3%), коргликона – 11 из 25 (46,3%), дигоксина – 7 из 20 (61,1%), изоланида – 5 из 12 (40,9%) против 6 из 18 (33,3%) в КГ ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,05$  соответственно).

**Выводы:**

1. Применение СГ при лечении пульмонологических больных с признаками ПЖН является обоснованным.
2. СГ наиболее эффективны на выраженных стадиях хронического легочного сердца (при III ФК ПЖН).
3. Наиболее часто положительный терапевтический эффект наблюдается при применении строфантина К и дигоксина. Реже положительная динамика, не превышающая частоту в КГ, отмечается при использовании коргликона и изоланида.

## П 53. ЗНАЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ХОБА И ИБС

ОСИПОВ Е. В., НАЖЕВА М. И., АНУФРИЕВ И. И.

ФГБОУ ВО «РОСТГМУ» МИНЗДРАВА РОССИИ, РОСТОВ-НА-ДОНУ, РОССИЯ

**Цель исследования:** оценить влияние комплексной терапии с применением физических тренировок (ФТ) по методике свободного выбора нагрузки (СВН) на реабилитационный потенциал больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБА), сочетанной с ишемической болезнью сердца (ИБС).

**Материал и методы:** обследовано 42 амбулаторных больных с ХОБА среднетяжелого течения, сочетанной со стабильной стенокардией II ФК, которые в зависимости от объема реабилитационной программы были разделены на 2 равноценные группы: 1-я группа больных ( $n=18$ ) получала обычную программу диспансеризации, в схему ведения больных 2-й группы ( $n=20$ ) включена ФТ со СВН (частотой педалирования и мощностью нагрузки) на велотренаже-

ре курсом 10–15 занятий по 10–20 минут. Анализировались респираторные симптомы (кашель, мокрота, одышка), частота эпизодов стенокардии в месяц и число возникших обострений ХОБА в сравнении с частотой обострений в предыдущем году. Длительность наблюдения составила 3 месяца. Полученные математические данные обработаны с помощью программного пакета Statistica 6.1. Критический уровень значимости принимали равным 0,05.

**Результаты:** Установлено, что усовершенствованная реабилитационная программа ведения пациентов с ХОБА и ИБС оказывала более существенное положительное влияние на клиническое течение сочетанной патологии и частоту обострений ХОБА. Так во 2-й группе, по сравнению с исходными данными, снизились интенсивность кашля на 18,7% ( $p < 0,01$ ), продукция мокроты на 24,1% ( $p < 0,001$ ), выраженность одышки на 17,4% ( $p < 0,01$ ), частота эпизодов стенокардии на 54,4% ( $p < 0,001$ ), что было достоверно меньше чем в 1-й группе ( $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$ ;  $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$ , соответственно). За наблюдаемый период в 1-й группе обострение ХОБА возникло у 11,1% больных, в то время как во 2-й группе ни одного больного.

**Заключение:** Применение ФТ с СВН в составе комплексной терапии больных с ХОБА и ИБС способствует существенному улучшению клинического течения коморбидной патологии, снижению частоты обострения ХОБА и увеличивает реабилитационный потенциал данной категории пациентов.

## П 54. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

НАЖЕВА М. И., ОСИПОВ Е. В., АНУФРИЕВ И. И.

ФГБОУ ВО «РОСТГМУ» МИНЗДРАВА РОССИИ, РОСТОВ-НА-ДОНУ, РОССИЯ

**Цель:** сравнить диагностическую ценность рентгенографии (РГ) и спиральной компьютерной томографии (СКТ) органов грудной клетки (ОГК) при внебольничной пневмонии (ВП) на фоне хронической сердечной недостаточности (ХСН).

**Методы исследования:** в проспективное исследование включались взрослые пациенты с ХСН, госпитализированные с клиническим диагнозом ВП. Всем больным при поступлении в стационар выполнялась РГ ОГК в прямой проекции. С целью окончательной верификация диагноза ВП дополнительно проводилась СКТ ОГК. **Результаты:** в исследование включено 68 пациентов с ХСН (средний возраст –  $74,52 \pm 10,01$  лет, доля женщин – 65,7%). Совпадение результатов обоих методов исследования ОГК было получено в 44,3% случаев: подтверждение ВП – 40%, исключение ВП – 4,3%. Расхождение рентгенологического диагноза имело место у 55,7% пациентов: положительный результат РГ / отрицательный результат СКТ – 45,7%, отрицательный результат РГ / положительный результат СКТ – 10%. В подгруппе больных с подтвержденной обоими методами ВП совпадение диагноза по типу выявляемой пневмонической инфильтрации (альвеолярная vs интерстициальная) отмечалось в 85,7%, по ее локализации – в 46,4%, по наличию плеврального выпота – в 74,3%, по его локализации – в 84,6% случаев соответственно.

**Заключение:** РГ ОГК является недостаточно информативной для выявления ВП у лиц с ХСН вследствие риска гипердиагностики. В алгоритм обследования данной категории пациентов целесоо-



бразно включать дополнительные методы (например, определение биомаркеров воспаления), а в случаях сомнительного диагноза – СКТ ОГК.

## П 55. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ

ДЗЮРИЧ Т. А., ЧЕСНИКОВА А. И., КОЛОМАЦКАЯ О. Е.,  
ФГБОУ ВО «РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ» МИНЗДРАВА РОССИИ, г. РОСТОВ-НА-ДОНУ, РОССИЯ

**Цель.** Изучить особенности диагностики хронической сердечной недостаточности (ХСН) у коморбидных пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и фибрилляцией предсердий (ФП).

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 28 пациентов с ХСН и ФП и 27 пациентов с ХСН, ФП и ХОБЛ, находившихся на лечении в МБУЗ «Городская поликлиника №10» г. Ростова-на-Дону, пульмонологическом и кардиологическом отделениях Ростовской областной клинической больницы. Пациентов включали в исследование на этапе стабилизации состояния, перед выпиской. В разработанной индивидуальной анкете пациента указывали данные амбулаторной карты, факторы риска, жалобы, основное и сопутствующие заболевания, описывали объективные данные и проводимое лечение. Диагностику ХОБЛ проводили в соответствии с критериями постановки диагноза GOLD-2016г. Диагноз ХСН был установлен на основании клинических признаков, уровня маркеров сердечной недостаточности (MR-proANP, NT-proBNP) и данных эхокардиографического исследования (ЭхоКС). Наличие постоянной формы ФП подтверждено выполнением электрокардиограммы и/или суточного мониторинга ЭКГ.

В исследование не включались пациенты, имеющие один из следующих критериев: наличие гемодинамически значимых пороков сердца, инфаркта миокарда или нестабильной стенокардии в течение последних 6 месяцев, имплантированного электрокардиостимулятора, острого нарушения мозгового кровообращения или транзиторной ишемической атаки в течение последних 6 месяцев, злокачественного новообразования, тяжелой патологии печени, почек.

**Результаты.** Средний возраст пациентов в группах достоверно не различался и составил: 73,8±6,1 лет – в 1 группе (ХСН и ФП) и 67,2±9,9 лет – во 2-ой группе (ХСН, ФП и ХОБЛ). При определении уровня маркеров сердечной недостаточности были получены следующие результаты: в 1 группе больных уровень NT-proBNP составил 377±18,7 пг/мл, MR-proANP 8,7±2,03 нмоль/л, в группе 2 – 564±23,2 пг/мл и 4,6±1,1 нмоль/л соответственно. Согласно современным рекомендациям, пограничные значения для диагностики ХСН: NT-proBNP – 125 пг/мл и 2,4 нмоль/л – MR-proANP. Различия между показателями в группах достоверны (p<0,05). Уровни маркеров сердечной недостаточности коррелировали с показателями ЭхоКС: объем левого предсердия в 1 группе – 95,6±26 см<sup>3</sup>, во 2 группе – 67,4±19,7 см<sup>3</sup> (p=0,023); объем правого предсердия 73,2±18,2 см<sup>3</sup> и 56,6±24,6 см<sup>3</sup> в 1 и 2 группе соответственно (p=0,035). Таким образом, объемы предсердий в группе пациентов с ХСН и ФП без ХОБЛ были достоверно больше. В литературе имеются данные, объясняющие выявленные различия и указывающие на влияние медикаментозной терапии ХОБЛ на объемные параметры предсердий (Бурнашкина О.Н., Селезнёва Н.М., 2015). Достоверных различий в значениях параметров систолической

функции левого желудочка получено не было. Тем не менее, имела тенденция к увеличению объема правого желудочка (ПЖ) в группе пациентов с ХСН, ФП и ХОБЛ (p>0,05), ввиду увеличения нагрузки на ПЖ при сопутствующей ХОБЛ.

**Выводы.** Для диагностики ХСН у пациентов с ФП без ХОБЛ следует использовать MR-proANP как более информативный критерий в условиях данной сочетанной патологии. Вместе с тем диагностическим маркером ХСН у пациентов с коморбидной бронхолегочной патологией является определение уровня NT-proBNP.

## П 56. КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

МАЛЬЧЕНКОВА А. О.<sup>1</sup>, ЕФРЕМУШКИНА А. А.<sup>1</sup>,  
ТОЛСТИХИНА Т. А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> – ФГБОУ ВО «АЛТАЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ», г. БАРНАУЛ

<sup>2</sup> – КГБУЗ «КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА СКОРОЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ», г. БАРНАУЛ

**Цель исследования:** Провести ретроспективный анализ распространенности коморбидной патологии среди больных с ФП с большими кровотечениями на фоне приема ОАК.

**Материалы и методы:** Данные из архивных историй болезней пациентов с ФП, принимающих ОАК, госпитализированных в КГБУЗ «ККБСМП» в 2015–2017 гг. с клинически значимыми кровотечениями. Проанализировано 42 случая развития клинически значимых кровотечений, приведших к неотложной госпитализации и потребовавших хирургического вмешательства или гемотрансфузий у пациентов с ФП, принимающих ОАК. Анализируемая группа представлена 22 женщинами (52,4%) и 20 мужчинами (47,6%), средний возраст которых составил 70,7±10,9 года. ФП постоянной формы имела у 25 больных (59,5%), пароксизмальной – у 14 (33,3%), персистирующей – у 3 (7,1%). Длительность анамнеза ФП была установлена по медицинской документации лишь у 11 пациентов, которая составила в среднем 6,36±1,91 лет.

**Результаты.** У 16 больных (38,1%) ФП сопутствовала ишемической болезни сердца, стенокардии напряжения – у 9 (56,2%) из них 44,4% у мужчин и 55,6% у женщин, среди которых 55,6% исследуемых принимали варфарин и 44,4% НОАК, постинфарктному кардиосклерозу – у 7 (43,8%), из них 57,1% у мужчин и 42,9% у женщин, среди которых 85,7% исследуемых принимали варфарин и соответственно 14,3% НОАК, имплантированному электрокардиостимулятору – 6 (14,3%), из них 16,7% у мужчин и 83,3% у женщин, среди которых 83,3% исследуемых принимали варфарин и соответственно 16,7% НОАК, хронической ревматической болезни сердца – у 3 (7,1%) с преобладанием стеноза митрального клапана – у 2 пациентов, среди которых 100% женщины, из них 66,7% принимали варфарин и соответственно 33,3% НОАК. Гипертоническая болезнь имела у 36 пациентов (85,7%), 45,7% представлены мужчинами, 54,3% – женщинами, варфарин среди них принимали – 71,4%, НОАК – 28,6%, сахарный диабет – у 9 (21,4%) человек, 22,2% – мужчины, 77,8% – женщины, варфарин принимали – 77,8%, НОАК – 22,2% соответственно. В анамнезе у 5 пациентов присутствовали системные тромбоэмболии (11,9%), острое нарушение мозгового кровообращения – в 12 случаях (28,6%), представленных 60,0% мужчин и 40,0% женщин, принимающих варфарин в 7,0% случаев и НОАК в 30,0%; периферический атеросклероз – в 4 (9,5%); язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки – в 13 (31,0%);





заболевания печени – в 1 (2,4%); злокачественные новообразования – в 2 (4,8%) из них 50,0% мужчин и женщин соответственно, принимающих варфарин и НОАК в соотношении 50,0% к 50,0%; переломы – в 2 (4,8%). У 28 человек (64,1%) в анамнезе были различные оперативные вмешательства, давность которых составляла  $15,98 \pm 3,39$  лет. Индекс коморбидности (Чарлсона) составил  $2,26 \pm 0,36$ .

#### **Выводы:**

1. Все пациенты, госпитализированные в связи с развитием клинически значимых кровотечений при приеме ОАК, были пожилого возраста с индексом коморбидности  $2,26 \pm 0,36$ , в 64,1% проценте случаев имевшие в анамнезе оперативные вмешательства.
2. По результатам проведенного анализа 4 пациента из 42 (9,5%) умерло в стационаре.

### **П 57. ДИУРЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ**

ЕЛИСЕЕВА А. Н., БЛЕДНОВА А. Ю.

ФГБОУ ВО «КУБГМУ» МИНЗДРАВА РОССИИ, КРАСНОДАР

**Цель исследования:** изучение особенностей применения различных групп диуретиков при хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациентов терапевтических отделений стационаров

**Материалы и методы:** в рамках проведенного нами исследования коморбидности у пациентов терапевтических отделений стационаров дополнительно проанализирована частота использования диуретиков различных групп у пациентов с ХСН. Было проведено анкетирование, клиническое обследование и анализ медицинской документации 209 пациентов в 20 административно-территориальных единиц Краснодарского края. Полученные данные обрабатывались статистическими методами с помощью программы Microsoft Excel.

**Результаты.** В группе обследованных 60,8% составили женщины (средний возраст  $56,2 \pm 3,3$  года) и 39,2% – мужчины ( $60,4 \pm 4,1$  года); наиболее часто встречались больные среднего (28%) и пожилого возраста (34%) по классификации ВОЗ. Кардиологические заболевания выявлены у 54,1% больных (основное и сопутствующие заболевания), при этом ХСН диагностирована у 48,3% пациентов. Причиной госпитализации в терапевтические отделения стационаров сердечно-сосудистые заболевания стали в 27,8%, что, вероятно, обусловлено профилем отделений. При этом ИБС диагностирована в 19,1% случаев, гипертоническая болезнь (ГБ) – в 7,2%, другие (ХРБС, ТЭЛА, дегенеративные пороки сердца) – в 1,4% соответственно. Сопутствующие заболевания выявлены у (67,5%), в среднем  $1,8 \pm 0,3$  у одного пациента. Кардиоваскулярные заболевания диагностированы у 39,7% больных, из них гипертоническая болезнь – 32,1%, ИБС- 11,4%, другие 0,2%. Среди обследованных пациентов клинические проявления ХСН I стадии (по классификации Н. Д. Стражеско–В. Х. Василенко) имели 47 пациента, IIА – 36, IIБ–III – 22 соответственно; I функциональный класс по NYHA 36 больных, II – 41 и III–IV – 24 обследованных. По результатам исследования установлено, что диуретические препараты получали 47,5% пациентов с ХСН. Среди препаратов из группы диуретиков спиролактон – в 37,6% случаев (доза 25–100 мг), фуросемид – 18,8% (доза 40 мг), торасемид – 14,8% (доза от 5 до 20 мг, в среднем 11 мг), тиазидные и тиазидоподобные диуретики в 28,7% индапами (доза 1,5–2,5 мг), гипотиазид (12, – 25 мг). В отдельных случаях

имело место комбинированное назначение диуретических средств: торасемид в сочетании со спиролактоном – 10,9%, фуросемид в сочетании со спиролактоном) – 8,9%, гипотиазид в сочетании со спиролактоном – 3,9%. При этом у пациентов с застойными явлениями петлевые диуретики назначались в 100% случаев.

**Выводы.** Таким образом, у пациентов терапевтических отделений стационаров выявлена широкая распространенность основных и сопутствующих кардиоваскулярных заболеваний, осложненных ХСН. У больных с хронической сердечной недостаточностью в отделениях терапевтического профиля была установлена высокая частота назначения диуретиков различных групп в соответствии с зарегистрированными показаниями, действующими национальными и международными рекомендациями; возможно, в отдельных случаях требовалось использование больших доз петлевых диуретиков.

### **П 58. ВЫРАЖЕННОСТЬ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ СПОСОБАМИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЧЕРЕЗ ГОД НАБЛЮДЕНИЯ С УЧЕТОМ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ**

ЧЕСНИКОВА А. И., ХРИПУН А. В., ГОДУНКО Е. С., САФРОНЕНКО В. А., КОЛОМАЦКАЯ О. А.

ФГБОУ ВО «РОСТГМУ» МИНЗДРАВА РОССИИ, ГБУ РО «РОКБ» МИНЗДРАВА РОССИИ, г. РОСТОВ-НА-ДОНУ, РОССИЯ

**Цель:** оценить выраженность систолической дисфункции у больных с разными способами реvascularизации в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ) через год наблюдения с учетом приверженности к терапии.

**Материалы и методы:** в исследование были включены пациенты (n=301), находившиеся на лечении в областном сосудистом центре (ОСЦ) ГБУ РО «РОКБ» по поводу острого ИМ с подъемом ST. Возраст больных, из которых 81,9% были мужчины, составил  $56 \pm 9,99$  лет. Все пациенты с учетом способа реvascularизации были разделены на 3 группы: 1-ю составили больные, которым была проведена ТЛТ (n=34; 11,4%), пациентам 2-й группы выполнена ЧКВ (n=217; 72,1%). В 3-ю группу вошли больные, которым не проводилась реvascularизация миокарда (n=50; 16,5%). После выписки из стационара всем пациентам было рекомендовано продолжить прием оптимальной медикаментозной терапии, приверженность оценивали с помощью шкалы-опросника Мориски–Грина. Через год наблюдения всем пациентам было повторно проведены эхокардиография и доплер-эхокардиография. Статистическую обработку полученных результатов осуществляли с использованием программы «Statistica 8.0».

**Результаты:** анализ данных, что у приверженных к терапии больных 2-й группы в динамике было отмечено достоверное повышение ФВ на 5,91% (p=0,000), что существенно отличалось от динамики у приверженных пациентов 3-й группы (p=0,0004), у которых даже при регулярном приеме препаратов фракция выброса (ФВ) снизилась на 4,41% (p=0,049). Кроме того, у неприверженных больных 3-й группы показатель ФВ в динамике уменьшился на 7,09% (p=0,045), что не отличалось достоверно от динамики у приверженных. У неприверженных к терапии пациентов 2-й группы было выявлено повышение ФВ на 4,96% (p=0,046), различия достоверны по сравнению с динамикой у больных 3-й группы, неприверженных к лечению (p=0,049). Вместе с тем у пациентов, не имевших

реперфузии в острый период ИМ в анамнезе и неприверженных к лечению в постинфарктном периоде, через 1 год было выявлено не только существенное снижение ФВ ЛЖ, но и повышение миокардиального стресса (МС) на 15,52% ( $p=0,042$ ), динамика которого существенно отличалась от соответствующего показателя у неприверженных больных 1-й ( $p=0,003$ ) и 2-й ( $p=0,014$ ) групп. у пациентов 1-й группы в динамике достоверного ухудшения систолической функции не отмечалось.

**Выводы:** ЧКВ в остром периоде ИМ способствует в дальнейшем улучшению систолической функции ЛЖ. ТЛГ предотвращает в динамике ухудшение исследуемых показателей. При отсутствии реваскуляризации в остром периоде ИМ в последующем имеет место прогрессирование систолической дисфункции. Применение регулярной оптимальной терапии улучшает показатели по всем изучаемым параметрам у пациентов всех групп, тогда как ее отсутствие способствует процессу выраженного дезадаптивного ремоделирования, преимущественно у пациентов без реваскуляризации миокарда ЛЖ в анамнезе.

## П 59. ВЛИЯНИЕ СПОСОБОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ДИНАМИКУ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ И УРОВЕНЬ NT-proBNP ЧЕРЕЗ ГОД НАБЛЮДЕНИЯ

ГОДУНКО Е. С., ЧЕСНИКОВА А. И., ХРИПУН А. В., КОЛОМАЦКАЯ О. Е., СКАРЖИНСКАЯ Н. С.

ФГБОУ ВО «РОСТГМУ», ГБУ РО «РОКБ», РОСТОВ-НА-ДОНУ  
ГБУ РО «РОКБ» МИНЗДРАВА РОССИИ, г. РОСТОВ-НА-ДОНУ, РОССИЯ

**Цель:** Изучить влияние способов реваскуляризации у больных в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ) на динамику показателей систолической функции и уровень NT-proBNP через год наблюдения.

**Материалы и методы:** выполнен ретроспективный анализ 301 истории болезни пациентов с ОИМ с подъемом ST, находившихся на лечении в областном сосудистом центре (ОСЦ) ГБУ РО «РОКБ» с января по декабрь 2011 года. Были отобраны 83 пациентов, которым через 1 год после перенесенного ИМ повторно выполнили ЭХОКГ и доплер-ЭхоКГ. Возраст больных, из которых 81,9% были мужчины, составил  $57\pm 9,99$  лет. Все пациенты были разделены на 3 группы: 1-ю составили больные с ТЛГ ( $n=21$ ), пациентам 2-й группы выполнено ЧКВ ( $n=42$ ), в 3-ю группу вошли больные без реваскуляризации ( $n=20$ ). Через 1 год после перенесенного ИМ у больных выполнен анализ с измерением концентрации NT-proBNP. Пороговое значение NT-proBNP было принято менее 125 пг/мл. Больные каждой из групп были разделены на 3 подгруппы: а – с ФВ >50%, б – пациенты с ФВ от 35 до 50%, в – больные с ФВ <35%. Приверженность к 4-компонентной терапии оценивали с помощью шкалы-опросника Мориски–Грина. Статистическую обработку полученных результатов осуществляли с использованием программы «Statistica 8.0». Достоверными считали различия при  $p<0,05$ .

**Результаты:** анализ данных показал, что у наибольшего числа пациентов в каждой из групп имела место ФВ=35–50% с максимальным процентом случаев в 1-й группе ( $p=0,013$ ;  $p=0,000$ ;  $p=0,038$ ). Кроме того, во 2-й группе наблюдалось наибольшее количество больных с сохранной ФВ, а ФВ менее 35%, вообще, не регистрировалась. У больных 3-й группы в динамике достоверно чаще встре-

чалась низкая ФВ (менее 35%) по сравнению показателями пациентов 2-й группы ( $p=0,037$ ). Анализ значений НУП в подгруппах с показателями ФВ>50% и ФВ=35–50%, показал, что у больных 2-й группы была выявлена достоверно меньшая концентрация НУП по сравнению с показателями у пациентов 1-й и 3-й групп. В свою очередь, у пациентов 1-й группы с показателями ФВ=35–50% и ФВ<35% регистрировалась достоверно более низкая концентрация NT-proBNP по сравнению со значениями в указанных подгруппах больных 3-й группы. Анализ концентрации NT-proBNP у больных с сохранной ФВ выявил, что значения  $NT-proBNP\geq 125$  пг/мл отмечались у 19,07% больных 1-й группы, во 2-й – у 21,45%, в 3-й – у 20% пациентов, что позволило с высокой долей вероятности подтвердить у них наличие СН-СФВ. Вместе с тем, у 9,53% больных 1-й группы, у 21,45% – из 2-й и у 15% пациентов 3-й группы с показателем ФВ>50% была выявлена концентрация  $NT-proBNP<125$  пг/мл.

**Выводы:** при выполнении ЧКВ в дальнейшем отмечается наименьшее снижение систолической функции и более низкие показатели NT-proBNP. При отсутствии реваскуляризации наблюдается более выраженное снижение ФВ и более высокие значения NT-proBNP, что свидетельствует о прогрессировании ХСН через год наблюдения.

## П 60. РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА И ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ИДИОПАТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА

ЧЕСНИКОВА А. И., КОЛОМАЦКАЯ О. Е., ГОДУНКО Е. С., ДЗИЮРИЧ Т. А., СКАРЖИНСКАЯ Н. С.

ФГБОУ ВО «РОСТГМУ» МИНЗДРАВА РОССИИ, г. РОСТОВ-НА-ДОНУ

Идиопатические нарушения ритма сердца (НРС) встречаются во время беременности до 40% случаев всех аритмий. Однако недостаточно изученными остаются механизмы развития нарушений ритма сердца (НРС) в разные периоды беременности, неоднозначны суждения специалистов о влиянии идиопатических нарушений ритма на ремоделирование сердца и его функцию.

Целью исследования явилось изучение влияния идиопатических нарушений ритма на структурно-функциональное ремоделирование и сердца у женщин в разные периоды беременности.

**Материал и методы.** В исследование включены 105 женщин, из них: 43 женщины – беременные с НРС (средний возраст –  $29,93\pm 2,32$  года), 41 женщина – беременные без НРС ( $28,7\pm 2,14$  года). Контрольная группа – 21 женщина без признаков ССЗ, небеременные и не имеющие беременность в анамнезе ( $28,53\pm 3,11$  лет). Всем женщинам проведено эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование, для оценки диастолической функции помимо общепринятых критериев – определение дополнительных показателей высокоамплитудных отраженных сигналов движения (ВОСД) (пики Ea и Aa, Sa), а также показатель МФДИ, основанный на двух диагностически значимых эхомаркерах – размер ЛП и пик Ea ВОСД. Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием пакета программ STATISTICA 10.0.

**По результатам** ЭхоКГ исследования установлено, что у женщин с НРС во II триместре, помимо ИММЛЖ, отмечено увеличение ИАП по сравнению с группой контроля ( $p=0,000$ ). Значения ИКДР, ИКДО, толщины ЗСЛЖ, УИ и СИ превышали соответствующие показатели и в группе контроля, и в группе женщин без НРС ( $p<0,005$ ). Медиана МФДИ была достоверно выше в обеих группах



беременных в сравнении с контролем, однако, у женщин с НРС показатель был более 1,2 (при норме – до 1,1), что говорит о начальных проявлениях диастолической дисфункции у беременных с НРС уже во II триместре.

При оценке ЭхоКГ показателей в III триместре установлено, что у женщин без НРС выявлены достоверно более высокие значения ИАП, ИММЛЖ, толщины МЖП и ЗСЛЖ, а также ИКДО по сравнению с показателями в контрольной группе, которые, однако, не выходили за пределы физиологической нормы. В III триместре у женщин с НРС показатели ИКДР, ИКСР, ИКДО, ИКСО, ИАП были достоверно выше, чем у беременных без НРС.

При сравнении результатов ЭхоКГ в группе женщин с НРС в III триместре по сравнению со II отмечено достоверное увеличение значений ИАП ( $p=0,000$ ), ИКДО ( $p=0,036$ ), ИНО ( $p=0,002$ ), ИММЛЖ ( $p=0,047$ ). У 34,8% женщин с НРС в III триместре определялся ИММЛЖ  $>95$  г/м<sup>2</sup>, что при ИОТ  $>0,42$  соответствует эксцентрической гипертрофии миокарда ЛЖ. Значения УИ и СИ в обеих группах беременных женщин были достоверно выше по сравнению с группой контроля, а у беременных с НРС – выше по сравнению с показателями у женщин без НРС (УИ – на 13,9%,  $p=0,000$ , СИ – на 24,3%,  $p=0,000$ ). Кроме того, у беременных с НРС МФДИ превышали границы нормы (1,2), что указывает на развитие диастолической дисфункции у изучаемой категории женщин.

**Выводы.** Таким образом, выявлено, что для беременных женщин с нарушениями ритма сердца характерно ремоделирование миокарда левых отделов сердца, которое характеризовалось более выраженной гипертрофией миокарда ЛЖ, а также установлено ухудшение диастолической функции и снижение функциональной активности миокарда левого желудочка уже со второго триместра беременности.

## П 61. ОСОБЕННОСТИ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

СТАЦЕНКО М. Е., ФАБРИЦКАЯ С. В., РЫНДИНА Ю. А.  
ФГБОУ ВО «ВОЛГОГРАДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНЗДРАВА РОССИИ, ВОЛГОГРАД, РОССИЯ

**Цель:** изучить и кардиоренальные связи у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с сопутствующим сахарным диабетом (СД) 2 типа.

**Методы исследования.** В исследовании участвовали 120 больных ХСН I–III функционального класса (ФК) ишемического генеза в возрасте от 45 до 65 лет: 1-я группа (основная) – 60 пациентов с ХСН и сопутствующим СД 2 типа и 2-я группа (контрольная) – 60 пациентов с ХСН без нарушений углеводного обмена. Всем больным проведено эхокардиографическое исследование, оценка эластических свойств крупных артерий, функционального состояния почек и показателей углеводного, липидного и пуринового обмена.

**Результаты.** При оценке структурно-функциональных параметров сердца отмечены достоверные различия по частоте встречаемости гипертрофии левого желудочка: 87,5% среди пациентов с ХСН и СД 2 по сравнению с 52,3% больных с изолированной ХСН. Установлены достоверные корреляционные связи между повышением индекса массы миокарда и уровнем альбуминурии, мочевой кислоты. Все пациенты с ХСН и СД имели диастолическую дисфунк-

цию ЛЖ, в отличие от пациентов с ХСН без нарушений углеводного обмена,  $p<0,05$ . При анализе эластичности сосудистой стенки крупных артерий установлено достоверное повышение скорости распространения пульсовой волны артерий эластического и мышечного типа (СРПВэ и СРПВм) среди больных с ХСН и СД 2-го типа по сравнению с больными с изолированной ХСН. Выявлены корреляционные связи между уровнем альбуминурии и СРПВэ и СРПВм ( $r=0,21$  и  $r=0,23$ ;  $p<0,05$ ). Среди больных основной группы отмечен более высокий уровень альбуминурии и более низкий уровень СКФ по сравнению с контрольной группой,  $p<0,05$ . Количество больных с ХБП 3а и 3б стадии достоверно чаще встречалось среди больных с ХСН и СД 2-го типа по сравнению с больными с изолированной ХСН (39,7 vs 21,4% соответственно). При этом по мере прогрессирования ХБП увеличивалась частота встречаемости неблагоприятных типов ремоделирования ЛЖ (концентрической и эксцентрической ГЛЖ).

**Выводы.** Исследование подтверждает наличие тесных кардиоренальных связей у больных с ХСН с сопутствующим СД 2 типа, что следует учитывать при оптимизации лечения данной категории пациентов.

## П 62. АКТИВНАЯ ДИУРЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ВНУТРИГОСПИТАЛЬНОЙ ГИПОНАТРИЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

ШЕВЕЛЁК А. Н.<sup>1,2</sup>, ЗАГОРУЙКО А. Н.<sup>1</sup>,  
ПЁРЫШКИНА К. Е.<sup>1</sup>, РЕШЕТНЯК Е. А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> – ГОУ ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО», г. ДОНЕЦК, ДНР

<sup>2</sup> – ИНСТИТУТ НЕОТЛОЖНОЙ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ИМ. В. К. ГУСАКА, г. ДОНЕЦК, ДНР

**Цель исследования** – определить влияние диуретической терапии на риск развития гипонатриемии у пациентов с декомпенсацией хронической сердечной недостаточности (ХСН).

**Материал и методы.** Проведено проспективное исследование с участием 302 пациентов (118 мужчин и 184 женщины, средний возраст  $68,3\pm 6,4$  лет), госпитализированных по поводу декомпенсации ХСН. В основную группу были включены 70 больных, у которых на фоне стационарного лечения развилась гипонатриемия (уровень натрия  $<135$  ммоль/л). Контрольную группу составили 232 пациента, у которых уровень натрия крови был в пределах нормы при поступлении и в течение всего периода госпитализации. У всех больных анализировали вид и дозу диуретиков, а также оценивали потерю массы тела, сопряженную с диурезом.

**Результаты.** Медиана среднесуточной дозы петлевого диуретика в пересчете на фуросемид в период активной диуретической терапии была достоверно выше в основной группе по сравнению с контрольной (80 (40; 120) мг против 40 (40; 80) мг соответственно;  $p=0,001$ ). В контрольной группе число больных, принимавших фуросемид в дозе  $>80$  мг/сут, составило 27,6%, а в основной – достигло 70,0% ( $\chi^2=39,52$ ;  $p<0,001$ ). Среднесуточная доза спиронолактона не различалась между группами (75 (50; 100) мг в обеих группах;  $p>0,05$ ).

Темпы потери массы тела за счет диуреза были существенно выше в основной группе по сравнению с контрольной ( $981,6\pm 58,4$  г/сут против  $672,4\pm 49,9$  г/сут соответственно;  $p<0,001$ ). Среди лиц



с гипонатриемией снижение массы тела > 1 кг/сут имело место у 57,1% пациентов, в то время как среди больных с нормальным уровнем натрия крови – лишь у 27,6% ( $\chi^2 = 19,52$ ;  $p < 0,001$ ). По данным многофакторного анализа после поправки на возраст, тяжесть ХСН и сопутствующую патологию применение фуросемида в дозе > 80 мг/сут и сопряженная с ним потеря массы тела > 1 кг/сут явились независимыми факторами риска развития внутригоспитальной гипонатриемии (отношение шансов 3,8 и 5,4; 95% доверительный интервал 2,11–9,04 и 2,91–13,74 соответственно;  $p < 0,001$ ).

**Выводы.** У пациентов с декомпенсацией ХСН активная диуретическая терапия и быстрая потеря массы тела за счет диуреза являются независимыми факторами риска развития внутригоспитальной гипонатриемии.

### П 63. УСПЕШНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

СИНЬКОВА М. Н., ИСАКОВ А. К., ЛЕБЕДЕВА Н. Б., ТАРАСОВ Н. И.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КЕМЕРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, г. КЕМЕРОВО, РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

**Цель исследования.** Оценить влияние контролируемых физических тренировок на успешность психологической реабилитации больных ИБС на фоне СД 2-го типа.

**Материалы и методы.** В программу 6-месячного проспективного клинического наблюдения вошло 88 пациентов с ИБС, ассоциированной с СД 2-го типа. В группу А (n=42) вошли пациенты, которым на фоне стандартной терапии ИБС назначались контролируемые физические тренировки, в группу В (n=46) включены пациенты, получавшие только стандартную медикаментозную терапию ИБС. Все пациенты были обследованы с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), субъективной шкалы оценки астении (MFI-20) и шкалы субъективной оценки сна.

**Результаты.** На момент включения в исследование результаты оценки пациента с использованием специализированных опросников не различались, за исключением шкалы HADS ( $p = 0,001$ ). При этом, у 92,9% (n=39) больных группы А и у 95,7% (n=42) больных группы В выявлялся субклинически выраженный уровень тревожности (8,6–8,8 баллов по HADS) и клинически значимый уровень депрессии (более 11 баллов по HADS). Кроме того, у пациентов обеих групп имелось нарушение сна, что соответствовало 17 и более баллам по шкале субъективной оценки качества сна. К тому же, согласно шкале MFI-20, у всех больных отмечалась состояние астении (более 12 баллов) по всем контрольным показателям, таким как общая, психическая, физическая астения. По итогам 6-месячного периода наблюдения программа с добавлением физических упражнений у больных ИБС показала свою клиническую эффективность. Среди пациентов группы А регулярные физические упражнения обеспечивали уменьшение тревожно-депрессивной симптоматики в 85,7% (n=36) случаев, в группе В – регресс тревожно-депрессивной симптоматики достигался только в 69,5% (n = 32) случаев. Согласно госпитальной шкале HADS, в группе физических тренировок показатель тревожности составил 6,5 балла, депрес-

сии – 3,2 балла. В группе В – на стандартной медикаментозной терапии данные показатели составили 7,2 и 10,8 балла, соответственно. В группе А регулярные физические тренировки сопровождались снижением уровня показателя астении по шкале MFI-20 до клинически незначимого (менее 12 баллов). При этом произошло более выраженное уменьшение физического компонента астении (разница около 1 балла). В группе В показатель тревожности и депрессии по шкале HADS снизился, но это не повлияло на результаты оценки по шкале астении. Уменьшение тревожно-депрессивной симптоматики повлияло на такой показатель, как улучшение сна. При этом субъективное улучшение сна, а именно улучшение засыпания, прекращение пробуждений ночью, отметили 24,4% пациентов в группе А на фоне физических тренировок, в группе В на стандартной медикаментозной терапии – 18,2% пациентов. По результатам опроса, с использованием шкалы субъективной оценки сна, достигалось улучшение самооценки качества сна в группе А до 24,8 баллов, в группе В – до 18,8 баллов ( $p = 0,001$ ).

**Заключение.** Своевременная коррекция психосоциальных факторов риска даже с умеренным улучшением психологического профиля личности сопровождалась улучшением жизнеспособности, приводившей к улучшению переносимости физических нагрузок, повышению качества жизни и тем самым предотвращая необходимость в дорогостоящих госпитализациях.

### П 64. ВЛИЯНИЕ РОЗУВАСТАТИНА И ЭЗЕТИМИБА НА ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

СИНЬКОВА М. Н., ИСАКОВ А. К., ЛЕБЕДЕВА Н. Б., ТАРАСОВ Н. И.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КЕМЕРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, г. КЕМЕРОВО, РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

**Цель исследования.** Изучить влияние комбинации розувастатина и эзетимиба на динамику уровня липопротеинов и триглицеридов плазмы крови у больных сахарным диабетом (СД) 2-го типа.

**Материалы и методы.** В проспективное исследование 70 пациентов старше 40 лет с клиникой умеренной хронической сердечной недостаточности и сопутствующим СД 2-го типа. Методом простой рандомизации сформированы две группы: группа комбинированного лечения розувастатином в дозе 20 мг/сут. в сочетании с приемом эзетимиба 20 мг/сут. (n=35), группа изолированной терапии розувастатином в дозе 20 мг/сут. (n=35). Среднее значение общего холестерина у пациентов обеих групп на момент включения в исследование составило  $245,1 \pm 38,7$  мг/дл, липопротеиды низкой плотности (ХС-ЛПНП)  $155,2 \pm 38,5$  мг/дл, липопротеиды высокой плотности (ХС-ЛПВП)  $58,9 \pm 13,1$  мг/дл, триглицериды (ТГ)  $142,9 \pm 74,8$  мг/дл и статистически значимо не различались у пациентов обеих групп. Продолжительность исследования составила 12 месяцев. Плановые визиты осуществлялись через 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала приема препаратов. Оценивали долю пациентов достигших уровень ХС-ЛПНП менее 100 мг/дл, изменение от исходного уровня ХС-ЛПНП, изменение от исходного уровня ХС-ЛПВП и ТГ.

**Результаты.** Статистически значимое снижение ХС-ЛПНП в обеих группах произошло уже к концу первого месяца приема препаратов, различия по уровню ХС-ЛПНП между исследуемыми группами были выявлены к концу третьего месяца и наблюдались до окончания исследования. В группе изолированной терапии розувастатином уровень ХС-ЛПНП статистически значимо снизился через 1 месяц после начала приема препарата и в дальнейшем существенно не отличался на протяжении всего периода наблюдения. В группе комбинированной терапии наблюдалось выраженное снижение уровня ХС-ЛПНП в течение 3 месяцев приема препаратов, однако в дальнейшем средние значения показателя существенно не отличались. Преимущество комбинированной терапии розувастатином и эзетимибом было получено к концу 3 месяца наблюдения и сохранялось до окончания исследования. Наиболее выраженное снижение ХС-ЛПНП (медиана – более 50%) произошло в группе с сочетанием розувастатина и эзетимиба к 12 месяцу исследования. При этом, начиная с 3 месяца приема препаратов, наблюдалось снижение уровня ХС-ЛПНП более чем на 45%. К концу 12 месяца наблюдения произошло уменьшение концентрации ТГ крови в группе комбинированной терапии розувастатином и эзетимибом на 15,8%, в группе изолированной терапии розувастатином на 8,9%. Но, указанные изменения были статистически не значимы, как при сравнении с исходным значением уровня ТГ так и при сравнении групп между собой на момент окончания исследования.

**Выводы.** Проведенное исследование показало, что в группе больных старше 40 лет с клиникой умеренной хронической сердечной недостаточности и сопутствующим СД 2-го типа назначение комбинированной липидемической терапии розувастатином (20 мг/сут.) и эзетимибом (20 мг/сут.) приводит к достоверному снижению уровня в крови ХС-ЛПНП по сравнению с изолированным назначением только Розувастатина в дозе 20 мг/сут. в сроке наблюдения до 12 месяцев.

## П 65. ТИПЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ТИРЕОТОКСИКОЗА

ПАЩЕНКО Е. В.<sup>2</sup>, ЧЕСНИКОВА А. И.<sup>1</sup>, КУДИНОВ В. И.<sup>1</sup>, ТЕРЕНТЬЕВ В. П.<sup>1</sup>, ДЕВЕТЬЯРОВА Е. А.<sup>2</sup>, ЛАНКИНА М. С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> – ФГБОУ ВО «РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНЗДРАВА РОССИИ, Г. РОСТОВ-НА-ДОНУ, РОССИЯ

<sup>2</sup> – ГБУ РО «РОСТОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА», Г. РОСТОВ-НА-ДОНУ, РОССИЯ

**Цель исследования.** Изучить встречаемость различных типов ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на фоне ишемической болезни сердца (ИБС) и тиреотоксикоза.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 111 пациентов в возрасте от 45 до 65 лет (58,3±5,6 лет). Все они были распределены в 4 группы: основную группу составили 25 пациентов с ИБС, признаками хронической сердечной недостаточности (ХСН) II–III ФК и тиреотоксикозом, 1-ю группу сравнения – 30 пациентов с ИБС и клиническими признаками ХСН II–III ФК без патологии щитовидной железы, 2-ю группу сравнения – 30 пациентов с тиреотоксикозом без сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), 3-ю группу сравнения – 26 пациентов с тиреотоксикозом и ИБС,

без клинических признаков ХСН. ЭхоКГ и доплерЭхоКГ исследования выполняли на ультразвуковом аппарате MyLab70 («Esaote», Италия). На основании показателей индекса массы миокарда ЛЖ и индекса относительной толщины стенки ЛЖ определяли типы ремоделирования.

**Результаты исследования.** У больных с ИБС, ХСН и тиреотоксикозом (основная группа) и у пациентов с ХСН ишемического генеза без патологии щитовидной железы (1-я группа сравнения) ремоделирование ЛЖ представлено лишь двумя типами: концентрическое ремоделирование ЛЖ (КГЛЖ) и эксцентрическая гипертрофия (ЭГЛЖ). В обеих группах преобладала КГЛЖ (84,0% и 70,0%, соответственно). ЭГЛЖ, напротив, чаще встречалась в 1-й группе сравнения – 30,0%, чем в основной группе – 16,0% (p=0,01). В 3-й группе сравнения (пациенты с тиреотоксикозом и ИБС без ХСН) также преобладала КГЛЖ (76,9%), однако встречались и другие типы ремоделирования. Особенностью пациентов 2-й группы сравнения (тиреотоксикоз без ССЗ) было явное преобладание нормальной геометрии (НГЛЖ, 46,7%) и КРЛЖ (30,0%).

**Выводы.** Таким образом, у пациентов с ИБС и ХСН выявлены прогностически наиболее неблагоприятные типы ремоделирования ЛЖ: КГЛЖ и ЭГЛЖ. Следует отметить, что в условиях коморбидности (при сочетании ИБС и тиреотоксикоза) встречаемость КГЛЖ была достоверно выше. У пациентов с тиреотоксикозом без ССЗ преобладали НГЛЖ и КРЛЖ.

## П 66. ДЕФОРМАЦИОННЫЕ СВОЙСТВА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНЫХ С СОХРАННОЙ И СНИЖЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

СОХИБНАЗАРОВА В. Х., САИДОВА М. А., ТЕРЕЩЕНКО С. Н. ФГБУ «НМИЦ КАРДИОЛОГИИ» МИНЗДРАВА РОССИИ.

**Введение (Цели и задачи).** Изучить параметры деформации левого предсердия у больных ХСН с сохранной и сниженной систолической функцией ЛЖ по данным недоплерографического изображения миокарда в двумерном режиме (2D Speckle Tracking Imaging).

**Материал и методы.** В исследование было включено 70 больных (27 женщин и 43 мужчин) ХСН в возрасте 68 [42;71] лет. Больные были разделены на 2 группы: I группа (n=25) – больные с сохранной систолической функцией (ФВ ЛЖ≥45%) и II группа (n=25) – больные со сниженной систолической функцией (ФВ ЛЖ<40%), а также контрольная группа (КГ) – 20 здоровых добровольцев (ФВ ЛЖ≥60%). Всем больным выполнялась стандартная трансторакальная ЭхоКГ из апикальных позиций на уровне 4-х и 2-х и 3-х камер. Для оценки ЛП изучались показатели, характеризующие геометрию (объемы), функцию (изменение объемов) и механику ЛП (продольную деформацию GLS, %). Также проводился векторный анализ продольной деформации (strain, S, %) во время четырех фаз работы ЛП. Для оценки деформации левого предсердия (ЛП) использовался двумерный режим недоплерографического изображения миокарда (2D Speckle Tracking), последующей постобработкой на рабочей станции EchoPac.

**Результаты.** Сравнительный анализ параметров ЛП показал, что у больных обеих групп отмечалось увеличение объема ЛП (ОЛП), индекса объема ЛП (иОЛП) по сравнению с КГ. У больных I группы объем ЛП и иОЛП были (77,0±11,2%) (39,3±5,9%). У больных II группы ОЛП (87,0±27,0%) и иОЛП (43,1±12,4%) были достоверно ниже. В случае КГ, ОЛП (50,0±5,6%) и иОЛП



составляли (29,3±2,0%). Статистический анализ показателя глобальной продольной деформации (GLS, %) ЛП показал, что GLS у больных I группы (-6,68±3,0%) и II группы (-6,63±3,3%) был ниже КГ (-9,3±7,3%). Кондуктивная фаза у больных I группы составила 8,13±4,1%, у больных II группы - 6,19±4,5%, а в КГ составила 14,1±8,8%. Контрактивная фаза составила у больных I группы (-0,32±0,8%), у больных II группы (-0,48±0,7%) и в КГ (-1,30±2,2%). Резервуарная фаза составила у больных I группы (16,7±6,8%), у больных II группы (12,8±6,1%) и у КГ (29,3±5,1%). При проведении сравнительного анализа между GLS ЛП (-6,68±3,0%) с параметром отражающего давления наполнения ЛЖ (E/Em), которая составила (16±4%) (r=0,12, p=0,0) и уровнем мозгового натрийуретического пептида (BNP) (124,3±12,0) (r=0,24, p=0,08) у больных I группы отсутствовали корреляционные взаимосвязи. Однако, выявлена положительная корреляционная связь GLS ЛП с ФВ ЛЖ у больных II группы (r=0,35) (p<0,001). **Заключение.** В рамках настоящего исследования показано, что у больных ХСН с сохранной и сниженной систолической функцией ЛЖ параметры деформации ЛП оказались ниже по сравнению с КГ. Установлено, что при снижении ФВ ЛЖ также снижаются и показатели деформации ЛП, что, возможно, свидетельствует об ухудшении прогноза больных ХСН. Выявлено, что у пациентов I группы отмечается снижение резервуарной фазы ЛП ≤17%, по сравнению с КГ, что может быть одним из ранних предикторов диагностики ХСН с сохранной систолической функцией ЛЖ. Также у больных со сниженной систолической функцией ЛЖ данный параметр может свидетельствовать о прогрессировании ХСН.

## П 67. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

БУЛАЕВА Ю. В., НАУМОВА Е. А.,  
СЕМЕНОВА О. Н., ЕГИАЗАРЯН А. С.

ФГБОУ ВО «САРАТОВСКИЙ ГМУ ИМ. В. И. РАЗУМОВСКОГО», САРАТОВ,  
РОССИЯ

**Цель** – изучить различные характеристики метаболического синдрома у пациентов с доказанной ишемической болезнью сердца с наличием или отсутствием сахарного диабета 2 типа. **Материалы и методы.** Выполнялся физикальный осмотр, сбор анамнеза, анкетирование пациентов с использованием опросника, разработанного на кафедре, для возможности дальнейшей оценки их приверженности терапии, проанализированы лабораторные данные респондентов, находящихся на госпитализации в отделении кардиологии клинической больницы клиники медицинского университета г.Саратова, которые дали свое согласие на участие, не имели критериев исключения. Помимо стандартных лабораторных результатов всем пациентам проводилось исследование уровня гликированного гемоглобина (HbA<sub>1c</sub>), тиреотропного гормона (ТТГ) и инсулина. Пациенты находились на госпитализации по поводу одной из острых форм ИБС, включение происходило после стабилизации их состояния. Критерии исключения: тяжелая сопутствующая патология, неспособность заполнить опросник. В исследование было включено 40 пациентов с перенесенным инфарктом миокарда с сахарным диабетом (СД) и 40 пациентов с перенесенным инфарктом миокарда без сахарного диабета (СД). Возраст 76 (95%) опрошенных превышает 50 лет. Половой состав пациентов: без СД женщин 16 (65%), с СД – 26 (40%).

**Результаты.** Среди пациентов без СД достоверно больше женщин: 16 (65%) vs 26 (40%) (p=0,02517). Большинство пациентов обеих группы перенесли ангинозный вариант инфаркта миокарда без СД – 32 (80%) vs 28 (70%) (p=0,40202). Стенокардия напряжения – без СД 28 (70%) vs 34 (85%) (p=0,10818). Хроническая сердечная недостаточность – без СД 32 (80%) vs 40 (100%) (p=0,00287). Ожирение у пациентов без сахарного диабета встречается 6 (15%), избыток массы тела – 20 (50%) vs ожирение у пациентов с сахарным диабетом 30 (75%), избыток массы тела 4 (10%) (p=0,00000). Абдоминальный вариант ожирения: без СД – 26 (65%), с СД – 36 (90%) (p=0,00079). Пациенты утверждали, что не курят – без СД 30 (75%) vs 40 (100%) и не злоупотребляют алкоголем без СД – 30 (75%) vs 40 (100%) (p=0,00072). Показатель венозной глюкозы натощак, относился к диабетическому уровню у 8 (21%) пациентов без СД и 20 (50%) с СД (p=0,00062) (норма согласно рекомендациям ВОЗ). HbA<sub>1c</sub> 4 (13%) респондентов без СД соответствовал диабетическому уровню и 34 (85%) с СД (p=0,00000). Инсулин повышен у 2 (6%) без СД и 14 (35%) с СД (p=0,00355). ТТГ превышал норму у 6 (19%) без СД и 6 (15%) с СД (p=0,67137). Пациенты обеих групп имели дислипидемию: ЛПНП без СД выше 1,5 ммоль/л – 34 (90%) vs с СД – 36 (90%) (p=0,93896), ЛПВП менее 1,0 ммоль/л у 28 (74%) без СД и 38 (95%) с СД (p=0,00911), ТАГ выше 1,7 ммоль/л без диабета – 6 (16%) vs с СД – 10 (25%) (p=0,31397). Индекс инсулинорезистентности (НОМА IR) более 2,52 у 10 (31%) без СД vs 36 (90%) с СД (p=0,00000).

**Выводы.** Пациенты с ишемической болезнью сердца имеющие сахарный диабет 2 типа достоверно имеют более высокие показатели ИМТ, чаще это абдоминальный вариант. Показатели глюкозы, HbA<sub>1c</sub>, инсулина, выраженность дислипидемии и показатель индекса инсулинорезистентности пациентов с СД значимо выше. Распространенность метаболического синдрома высока.

## П 68. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

СТЕПИН А. В., ФЛИКОВА Е. В.,  
МАТВЕЕВ С. А., МАМОНТОВ Д. А.

ОТДЕЛЕНИЕ КАРДИОХИРУРГИИ, ГБУЗ СО «УРАЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ  
КАРДИОЛОГИИ» г. ЕКАТЕРИНБУРГ

**Цель.** Оценить результаты оперативного лечения у пациентов с ишемической кардиомиопатией, которым реконструкция левого желудочка были выполнены, как компонент симультанных хирургических процедур на базе одного лечебного учреждения

**Материал и методы.** Проспективное исследование 82 пациентов, последовательно оперированных на базе ГБУЗ СО «УРИК» за период с 01.2012 по 08.2017 г.

Протокол исследования включал оценку клинического статуса пациентов, предсердный натрийуретический пептид, коронароангиографию, левую киневентрикулографию. ЭхоКГ по стандартному протоколу и транспищеводную ЭхоКГ в операционной до и после процедуры для оценки митральной недостаточности в динамике. Отдаленные результаты оценивались на основании повторного кардиологического осмотра, исследования натрийуретического пептида и трансторакальной ЭхоКГ по стандартному протоколу.

**Результаты и обсуждение.** Летальность в исследуемой группе составила 2,5%. ПНМК в бассейне левой ВСА возникли у 2 пациентов в послеоперационном периоде с последующим восстановлением нормального неврологического статуса. Инфекционные осложнения возникли у 1 пациента. NYHA класс сердечной недостаточности улучшился в отделенном периоде с 3,14±0,7 до 1,3±0,4. В результате комплексного хирургического лечения наблюдалось значительное улучшение гемодинамических показателей: улучшение фракции выброса (35,2±5,9% до операции против 45,1±11,1% после операции;  $p<0,05$ ), снижение среднего давления в легочной артерии (с 30,4±8,9 мм рт. ст. до 25,9±8,9 мм рт. ст.;  $p<0,05$ ), уменьшение конечно-систолического (83,9±21,6 мл/м<sup>2</sup> до операции против 54,9±20,2 мл/м<sup>2</sup> после операции,  $p<0,01$ ) и конечно-диастолического индекса объема левого желудочка (145,6±32,4 мл/м<sup>2</sup> до операции против 96,3±25,6 мл/м<sup>2</sup> по-

сле операции;  $p<0,05$ ). Степень митральной недостаточности до операции составила 1,9±0,8 против 1,4±0,7 через 6 месяцев после операции ( $p<0,05$ ). Уровень натрийуретического пептида до операции составил 1200±280 пг/мл, 7200±3200 пг/мл на 3-и сутки послеоперационного периода и 450±150 пг/мл в отдаленном периоде

**Заключение:** Реконструкция левого желудочка, как симультантное вмешательство у пациентов с комплексной коррекцией ишемической кардиомиопатии является высокоэффективной и безопасной процедурой со значительным улучшением объема и функции левого желудочка, а также клинического статуса пациентов через 6 месяцев после операции

**Ключевые слова:** реконструкция левого желудочка, линейная пластика левого желудочка, измерение объема левого желудочка, геометрия левого желудочка, недостаточность митрального клапана.

## СТЕНДОВЫЕ ДОКЛАДЫ

### С 1. ВЗАИМОСВЯЗЬ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОГО ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК И НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ОТДАЛЕННОГО ПРОГНОЗА ПОСЛЕ ПЛАНОВЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ВЕРШИНИНА Е. О., РЕПИН А. Н.

НИИ КАРДИОЛОГИИ ТОМСКОГО НИМЦ, ТОМСК

**Цель исследования.** Оценить частоту и влияние на отдаленные исходы контраст-индуцированного острого повреждения почек (КИ-ОПП) при плановых чрескожных коронарных вмешательствах.

**Материалы и методы.** Проведено ретроспективное исследование, включившее 148 пациентов, которые были направлены на плановое эндоваскулярное вмешательство на коронарных артериях в отделение реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями НИИ кардиологии с 2009 по 2011 гг. Контрастными средствами, использованными при вмешательствах, были Омнипак (Iohexol) и Ксенетикс (Iobitridol). КИ-ОПП диагностировали при увеличении сывороточного креатинина (сКр)  $\geq 26,5$  мкмоль/л или 150%, или снижение СКФ более чем на 25% и более от исходного в течение 3 дней после внутрисосудистого назначения контраста при отсутствии альтернативных причин. Риск развития КИН оценивался по шкале R. Mehran. Профилактика КИН осуществлялась согласно рекомендациям по профилактике контраст-индуцированной нефропатии Европейского Кардиологического общества (ESC) 2010 г. Конечные точки оценивались через 7 лет после индексного ЧКВ. Конечными точками исследования считали общую и сердечно-сосудистую смертность, а также частоту развития больших неблагоприятных сердечно-сосудистых событий или МАССЕ (Major Adverse

Cardiac and Cerebrovascular Events), включающую в себя комбинацию сердечно-сосудистой смерти (ССС), острого коронарного синдрома и острого нарушения мозгового кровообращения. Анализ частоты конечных точек в группах проводили с помощью метода Каплана–Мейера, для сравнения двух кривых использовали логранговый критерий. Критический уровень значимости  $p$  для всех используемых процедур статистического анализа данных принимали равным 0,05.

**Результаты.** КИ-ОПП было выявлено у 23 пациентов (15,5%), у которых сКр увеличился в среднем на 37,8 мкмоль/л (42,5%), в то время как у остальных больных среднее увеличение сКр после вмешательства составило 3,3 мкмоль/л (5%). Через 7 лет после индексного ЧКВ в группе пациентов без КИ-ОПП общая выживаемость составила 87,6%, выживаемость без фатальных сердечно-сосудистых событий – 89,4%, частота МАСЕ – 39,8%. В группе пациентов с КИ-ОПП общая выживаемость составила 70%, выживаемость без фатальных сердечно-сосудистых событий – 80%, частота МАСЕ – 45%. При оценке с помощью кривых Каплана–Мейера по данным семилетнего наблюдения за пациентами влияния постпроцедурного КИ-ОПП на общую выживаемость, выживаемость без фатальных сердечно-сосудистых событий, а также на частоту МАССЕ, было показано, что все три отдаленные конечные точки развивались статистически значимо чаще в группе пациентов с КИ-ОПП, чем при его отсутствии ( $p<0,05$ ).

**Заключение.** При сравнении кривых Каплана–Мейера неблагоприятные исходы после плановых эндоваскулярных вмешательств на коронарных артериях, такие как смерть от любых причин, сердечно-сосудистая смерть и МАССЕ (ССС+ОКС+ОНМК) в течение 7-летнего периода наблюдения развиваются значимо чаще у пациентов, перенесших острое перипроцедурное повреждение почек.

## С 2. РОЛЬ АНТИТЕЛ К ЛЕЙКОЦИТАРНЫМ ДОНОРСКИМ АНТИГЕНАМ И С4d КОМПОНЕНТА КОМПЛИМЕНТА В РАЗВИТИИ БОЛЕЗНИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПЕРЕСАЖЕННОГО СЕРДЦА

ТХАТЛЬ А. К., КОСМАЧЕВА Е. Д.

ФГБОУ ВО «КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНЗДРАВА РФ, УЛ. СЕДИНА, Д. 4, КРАСНОДАР, РОССИЯ

**Цель.** Выявление значимости факторов риска развития болезни коронарных артерий пересаженного сердца.

**Материалы и методы.** В исследование включены 182 реципиента сердца, из них 149 мужчин и 33 женщины (81,87%  $m \pm 2,86$  и 18,12%  $m \pm 3,50$  соответственно). Средний возраст составил  $4805 \pm 1105$  лет. Предтрансплантационный диагноз дилатационной кардиомиопатии установлен 76 реципиентам, 74 – имели ишемическую кардиомиопатию, у 32 пациентов диагностирована другая сердечная патология (42%, 40% и 18% соответственно). Для диагностики кризов отторжения проводилось морфологическое и иммуногистохимическое исследование биоптатов миокарда с помощью эндомикардиальной биопсии (ЭМБ). Гуморальное отторжение (AMR) диагностировано у 44 пациентов (24,18,  $m \pm 3,12$ ). Криз клеточного отторжения (ACR) у 61 реципиента (33,52  $m \pm 3,50$ ). Экспрессия С4d компонента комплимента выявлена у 64 пациентов (35,16  $m \pm 3,54$ ). ACR выставялось в соответствии с классификацией WF- ISHLT в 2004 года, с пересмотром критериев диагностики по Стэнфордской классификации. AMR диагностировалось согласно классификациям ISHLT от 2005 года и пересмотра 2015 года. Антитела к лейкоцитарным донорским антигенам (антитела к HLA) I и II классов идентифицировались с помощью метода Люминекс. Наличие антител выявлено у 47 реципиентов (25,88,  $m \pm 3,24$ ). Для выявления БКАПС всем реципиентам ежегодно проводилось исследование методом коронароангиографии, 41 пациенту диагностирована БКАПС различной степени тяжести по ISHLT. Использовались методы статистической обработки – хи-квадрат Пирсона с поправкой Йе Йтса, точный критерий Фишера, показатель отношение шансов с 95% доверительным интервалом, коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

**Результаты.** Пациенты разделены на группы в зависимости от наличия БКАПС и влияния факторов риска – антител к HLA, С4d компонента комплимента и кризов отторжения. 22 реципиента имели антитела к HLA с экспрессией С4d (12,09,  $m \pm 2,42$ ), у 13 из них криз AMR (59,09,  $m \pm 10,42$ ). Выявлена статистическая значимость влияния антител к HLA с экспрессией С4d на развитие БКАПС, 7 пациентов имели БКАПС против 3 реципиентов без факторов риска ( $\chi^2$  с поправкой 10,410, критическое значение  $f 3,841$ ,  $p < 0,05$ ,  $\phi - V-R 0,377$ ). В группе пациентов с антителами к HLA и без С4d статистической значимости не выявлено ( $\chi^2$  с поправкой 1,688;  $p > 0,05$ ). Шансы развития БКАПС у пациентов с наличием экспрессии С4d в 3 раза выше, чем без экспрессии компонента комплимента, но наблюдаемая зависимость оказалась статистически незначимой (OR = 3,44, 95% ДИ 0,76–15,389). В противовес у пациентов в группе с антителами к HLA и одномоментной экспрессией С4d шансы развития БКАПС в 10 раз выше, чем у пациентов без антител и при наличии С4d (OR = 10,422, 95% ДИ 2,411–45,050). При определении корреляции С4d и антител к HLA в развитии БКАПС,

выявлена прямая статистическая корреляционная связь, теснота по шкале Чеддока высокая ( $P=0,804$ ,  $f=11$ , критическое значение 0,56;  $p < 0,05$ )

**Выводы.** Антитела к донорским лейкоцитарным и экспрессия С4d компонента комплимента увеличивают риск развития болезни коронарных артерий пересаженного сердца, в частности наличие антител к HLA с одномоментной экспрессией С4d или без нее значительно увеличивают риск развития БКАПС и связанной с ней дисфункцией трансплантата.

## С 3. ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЮНОШЕЙ-СТУДЕНТОВ С УЧЁТОМ ДАВЛЕНИЯ В АОРТЕ.

ЕВСЕВЬЕВА М. Е., СЕРГЕЕВА О. В., ГАЛЬКОВА И. Ю., БАРАБАШ И. В., КУДРЯВЦЕВА В. Д.

ФГБОУ ВО «СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНЗДРАВА РОССИИ, СТАВРОПОЛЬ, РОССИЯ

**Актуальность.** Скрытая гипертензия, которая при определении центрального давления (ЦД) характеризуется изолированным его повышением в аорте при сохранении нормального давления на плече, остаётся мало изученным феноменом. Цель – изучить встречаемость скрытой гипертензии/прегипертензии среди молодёжи и значения индекса аугментации у носителей указанной формы повышения ЦД.

**Материал и методы.** В условиях вузовского центра здоровья обследован 51 юноша в возрасте от 19 и до 23 лет с оценкой параметров ЦД с помощью диагностического комплекса BPLab Vasotens (ООО «Пётр Телегин», Россия). Оценивались такие показатели, как систолическое аортальное (SYSao), диастолическое аортальное давление (DIAao), индекс аугментации давления в аорте (AI<sub>ao</sub>), индекс амплификации (PPA) и другие. По результатам анализа периферического и ЦД сформировано 3 группы: 1 гр. – стойкая нормотензия; 2 гр. – системная артериальная гипертензия/прегипертензия (АГ/ПГ – одновременное повышение давления в аорте и на плечевой артерии) и 3 гр. – скрытая АГ/ПГ (изолированное повышение давления в аорте при его нормальных значениях на плечевой артерии). Данные обработаны с помощью пакета программ «Statistica 10.0».

**Результаты.** Оказалось, что среди юношей системная нормотония выявлена у 24 (47,1%), а системная, скрытая и ложная формы повышения давления зарегистрированы у 18 (35,3%), 5 (9,8%) и 4 (7,8%). Индекс аугментации AI<sub>ao</sub> у юношей-нормотоников составил  $-1 [-8,5; 4,5]$ , при системной же АГ/ПГ равнялся  $2 [-4,3; 5,0]$  и при скрытой также  $2 [-3,8; 5,4]$ . Примечательно, что при этом уровень как периферического, так и аортального давления у носителей скрытой АГ/ПГ был несколько ниже, чем при системной форме повышения АД. У лиц с ложной АГ/ПГ указанный показатель почти не отличался от такового у нормотоников. Заключение. Практически у каждого десятого юноши-студента имеется изолированное повышение ЦД, что диктует необходимость введения инструментальной технологии его оценки в процесс студенческой диспансеризации. Указанная технология также полезна для своевременной дифференциации ложной формы повышения давления, не влияющей существенно на риск развития СС осложнений в дальнейшем. Индекс же аугментации при скрытой АГ/ПГ практически такой же, как



при системной форме повышения давления, что свидетельствует о заметном увеличении ригидности аортальной стенки при данной форме АГ / ПГ.

#### С 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО СКРИНИГА СОСУДИСТОГО ВОЗРАСТА СРЕДИ СТУДЕНТОВ СТГМУ

ЕВСЕВЬЕВА М. Е., ФУРСОВА Е. Н., РУСИДИ А. В., МУРАВЬЁВ К. А., ХАРЧЕНКО М. Н.

ГБОУ ВО «СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНЗДРАВА РОССИИ, СТАВРОПОЛЬ, РОССИЯ

**Актуальность.** По причине широкого распространения случаев преждевременного постарения артериальной стенки без клинических проявлений необходимо обоснование применения современных диагностических технологий, позволяющих осуществлять широкий ангиологический скрининг среди различных групп населения.

**Цель.** Определить статистические параметры массовой оценки сосудистой ригидности у студенческой молодежи в рамках университетского профилактического проекта.

**Материал и методы.** Обследованы 224 студента на базе Центра студенческого здоровья СтГМУ в рамках проекта «Вуз здорового образа жизни». Использован аппарат VaSera VS-1500 ("Fukuda Denshi", Япония), который позволяет оценить такой показатель жёсткости как сердечно-лодыжечный сосудистый индекс или Cardio-Ankle Vascular Index (CAVI) слева (L) и справа (R), не зависящий от уровня растягивающего АД, действующего на стенку в момент регистрации пульсовой волны. Аппарат также даёт заключение о сосудистом возрасте обследуемых, что позволяет выявлять случаи раннего сосудистого постарения или синдрома EVA (early vascular aging). Группы формировали по половой принадлежности. Проводили описательную статистику данных, а также перцентильный и квартильный анализ. Полученные данные обработаны с помощью пакета статистических программ «Statistica 10.0» (StatSoft Inc, USA).

**Результаты.** Установлено, что среди студентов-медиков признаки синдрома EVA имеют место у 12,7% юношей и 7,8% девушек. Средние значения R-CAVI и L-CAVI для юношей составили  $5,80 \pm 0,09$  и  $6,01 \pm 0,09$ , а для девушек –  $5,58 \pm 0,06$  и  $5,90 \pm 0,05$ . Медиана для юношей по R-CAVI и L-CAVI равнялась 5,8 и 6,0, а для девушек – 5,7 и 5,9 соответственно. Перцентильный анализ показал, что 90-й перцентиль по R-CAVI и L-CAVI для юношей составил 7,0 и 7,1, а для девушек – 6,4 и 6,7 соответственно. Носителей таких значений и выше по изученному показателю среди студентов оказалось 11,3% и 8,5%, а среди девушек – 7,8% и 9,2%. При этом особо значимые различия обсуждаемого параметра между левыми и правыми конечностями отмечены у представительниц слабого пола. Среди студентов-юношей в верхний квартиль по R-CAVI и L-CAVI попали 25,4% и 23,9%, а среди девушек – 19,6% и 17,0%, то есть практически на треть меньше. Охват обучением принципам здорового образа жизни в школе студенческого здоровья достоверно выше среди лиц, прошедших указанное обследование.

**Заключение.** Среди студентов-медиков каждый девятый-десятый является носителем синдрома EVA. Предварительная оценка сосудистого возраста повышает вовлеченность студентов в образовательный процесс в школе здоровья. Полученные данные полезно учитывать при формировании групп повышенного сердечно-сосу-

дистого риска среди учащейся молодежи в процессе её диспансеризации с целью дальнейшего формирования более индивидуализированных программ профилактического вмешательства для каждого молодого человека.

#### С 5. ПОКАЗАТЕЛИ СОСУДИСТОЙ ЖЕСТКОСТИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С УЧЕТОМ РЕПРОДУКТИВНОГО СТАТУСА

ЕВСЕВЬЕВА М. Е., ПРОХОРЕНКО-КОЛОМОЙЦЕВА И. И., СЕРГЕЕВА О. В., ЗАТОНСКАЯ Л. М., МАЛАХОВА Е. А., КАЛАШНИКОВА А. С.

ФГБОУ ВО «СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНЗДРАВА РОССИИ, СТАВРОПОЛЬ, РОССИЯ

**Цель:** изучить особенности изменения показателей сосудистой жесткости у женщин с репродуктивной дисфункцией (РД).

**Материал и методы.** В исследование включены 103 женщины (Ж) в возрасте от 18 до 35 лет, которые проходили оценку сосудистой жесткости в процессе суточного мониторинга с помощью аппарата BPLabVasotens (Пётр Телегин, Н-Новгород). Выполнялась оценка таких показателей, как индекс аугментации (Aix), индекс аугментации в аорте (Aixa), амплификация пульсового давления (PPA), время распространения отраженной волны (RWTT), скорость распространения пульсовой волны в аорте (PWVao), индекс ригидности артерий (ASI), максимальная скорость нарастания артериального давления (dP/dt) и др. Сформировано две группы наблюдения: 1я группа – Ж, обратившиеся к гинекологу по причине РД (66 чел.) и 2я группа (контроль) – Ж без указанной дисфункции (37 чел.). Данные обработаны с помощью пакета программ MicrosoftOfficeExcel 2007 (Microsoft, USA).

**Результаты.** Оказалось, что в двух группах наблюдений показатель PWVao составил  $9,50 \pm 0,1$  и  $10,36 \pm 0,2$  м/с, при этом различия достигли уровня высокой достоверности  $<0,001$ . Показатель Aixa у женщин с РД оказался незначительно выше, чем у женщин в контрольной группе –  $7,26 \pm 1,0\%$  и  $6,05 \pm 1,6\%$ ; в отличие от Aixa, приведенного к ЧСС, который в основной и контрольной группах составил  $14,56 \pm 2,3\%$  и  $8,28 \pm 1,8\%$ , то есть различия выявлены почти двукратные, однако они не достигли достоверного уровня. Показатель PPA незначительно отличался в двух группах –  $137,02 \pm 0,9$  и  $135,81 \pm 1,1$ . При этом PPA, приведенная к ЧСС, составила  $134,75 \pm 0,6$  и  $135,84 \pm 0,8$ . Периферический показатель Aix в двух группах наблюдения равнялся  $(-)$   $38,32 \pm 2,0$  и  $(-)$   $42,89 \pm 2,6\%$ ; в отличие от Aix, приведенного к ЧСС, который продемонстрировал более выраженные различия –  $(-)$   $31,33 \pm 5,3$  и  $(-)$   $44,63 \pm 4,6\%$  (н/д). Показатель ASI в основной и контрольной группах составил –  $134,26 \pm 2,2$  и  $124,05 \pm 1,5$  ( $p < 0,01$ ) соответственно. Параметр ASI, приведенный к ЧСС, в указанных двух группах равнялся  $126,08 \pm 4,2$  и  $112,54 \pm 2,5$  ммрт. ст. ( $p < 0,05$ ). Показатель dP/dt в первой группе –  $640,83 \pm 14,4$  – оказался значительно выше, чем во второй –  $518,95 \pm 15,5$  ммрт. ст. в сек ( $p < 0,001$ )

**Заключение.** У молодых Ж, обратившихся по поводу РД, выявлены значительные изменения в большинстве показателей сосудистой жесткости. Такие нарушения касаются показателей ригидности как центральных, так и периферических артерий. Эти данные целесообразно использовать для оптимизации программы комплексного ведения указанной категории женщин в процессе коррекции их репродуктивной дисфункции.



## С 6. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

ГОДУНКО Е. С., ЧЕСНИКОВА А. И., САФРОНЕНКО В. А., КОЛОМАЦКАЯ О. Е., ХРИПУН А. В., ТЕРЕНТЬЕВ В. П.  
ФГБОУ ВО «РОСТГМУ» МИНЗДРАВА РОССИИ

У значительной части больных после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) развивается хроническая сердечная недостаточность (ХСН) т. к. процесс ремоделирования сердца приобретает дезадаптивный характер с прогрессирующей дилатацией левого желудочка, нарушением его геометрии и снижением насосной функции. Важным диагностическим критерием для выявления ХСН, особенно при сохранной фракции выброса левого желудочка, является определение концентрации мозгового натрийуретического пептида (МНУП), секреция которого возрастает при увеличении выраженности постинфарктных изменений сердца.

**Цель исследования:** изучение особенностей развития ХСН в течение года после перенесенного инфаркта миокарда у пациентов с разной тактикой ведения в остром периоде заболевания.

**Методы:** в исследование включен 101 пациент с ИМ с подъемом сегмента ST, у которых при выписке из стационара и в динамике через 1 год оценивали клинические симптомы ХСН, толерантность к физической нагрузке, а также определяли уровень МНУП. Возраст больных –  $56 \pm 9,99$  лет, 81,9% – мужчины. Все пациенты в зависимости от наличия и способа реваскуляризации в остром периоде ИМ были распределены в 3 группы: 1-ю ( $n=28$ ; 27,7%) составили больные, которым была проведена только тромболитическая терапия (ТАТ), пациентам 2-й группы ( $n=42$ ; 41,6%) было выполнено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ), в 3-ю группу включали больных, которым не проводилась реваскуляризация миокарда ( $n=31$ ; 30,7%).

**Результаты.** При анализе содержания NT-proBNP выявлено превышение его пороговых значений ( $NT\text{-}proBNP \geq 125$  пг/мл) на момент окончания исследования у 76,2% пациентов в 1-й группе, у 69% – во 2-й, у 85% больных в 3-й группе. Средняя концентрация NT-proBNP была достоверно ниже у пациентов, которым выполнили ЧКВ ( $150 \pm 90,1$  пг/мл), по сравнению со средним значением NT-proBNP ( $470 \pm 117,6$  пг/мл) у больных без реперфузии ( $p=0,000$ ). При сравнении средних показателей NT-proBNP между 1-й и 2-й группами отмечалась отчетливая тенденция к достоверности ( $p=0,072$ ) с наименьшими значениями у пациентов с ЧКВ в анамнезе. Анализ концентрации NT-proBNP у больных с ФВ > 50% выявил, что значения  $NT\text{-}proBNP \geq 125$  пг/мл отмечались у 19,07% больных 1-й группы, во 2-й – у 21,45%, в 3-й – у 20% пациентов, что позволило с высокой долей вероятности подтвердить наличие СН с сохранной ФВ.

Анализ клинических проявлений ХСН показал, что у больных 1-й и 2-й групп через год наблюдения отмечалось достоверное уменьшение среднего балла по шкале оценки клинических состояний на 24% ( $p=0,000$ ) и 30% ( $p=0,000$ ) соответственно и увеличение среднего расстояния при оценке результатов теста шестиминутной ходьбы (ТШХ) в 1-й группе на 10,5% ( $p=0,000$ ), во 2-й – на 11,7% ( $p=0,000$ ), что свидетельствует об уменьшении выраженности симптомов ХСН и увеличении толерантности к физической нагрузке. Вместе с тем у пациентов 3-й группы в динамике наблюдалось ухудшение переносимости физической нагрузки ( $p=0,021$ ) и увеличение выраженности симптомов ХСН ( $p=0,022$ ).

**Выводы.** У пациентов с выполненным ЧКВ отмечались менее выраженные симптомы ХСН и более низкий уровень NT-proBNP по сравнению с показателями в группах сравнения, что позволяет судить о положительном влиянии инвазивной стратегии на развитие и прогрессирование СН. Установлено более частое развитие ХСН с ФВ менее 40% в группе больных без реваскуляризации в остром периоде ИМ.





ОБЩЕСТВО  
СПЕЦИАЛИСТОВ  
ПО СЕРДЕЧНОЙ  
НЕДОСТАТОЧНОСТИ  
+7 495 7652428  
info@ossn.ru  
www.ossn.ru

# РОСТОВ-НА-ДОНУ



13.04.2018

Генеральный спонсор



Главные спонсоры



NOVARTIS  
PHARMACEUTICALS