

ОРГАНИЗАТОРЫ МЕРОПРИЯТИЯ

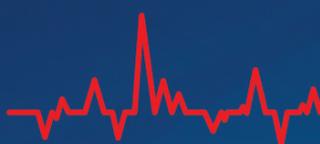
Российское кардиологическое общество, Министерство здравоохранения Самарской области,
Самарский Государственный Медицинский Университет,
Самарская Областная Ассоциация Врачей,
ESC cardiologists of tomorrow



4-я ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

ПРОТИВОРЕЧИЯ
СОВРЕМЕННОЙ
КАРДИОЛОГИИ

«СПОРНЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ»



3-й ФОРУМ МОЛОДЫХ КАРДИОЛОГОВ

«КАРДИОЛОГИЯ НА СТЫКЕ НАСТОЯЩЕГО И БУДУЩЕГО»

16-17 ОКТЯБРЯ 2015

г. САМАРА

ТЕХНИЧЕСКИЙ ОРГАНИЗАТОР

MICE Partner
MEETINGS INCENTIVES CONFERENCES EVENTS

Материалы IV Всероссийской конференции «Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы» (16-17 октября 2015года). - Самара, 2015. – 223 с.

УДК: 616.12-008+616.12-089

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

Содержание

РАЗДЕЛ I. ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Синдромальные формы гипертрофии миокарда, связанные с мутациями в протоонкогенах...19
Букаева А. А., Заклязьминская Е. В.
2. Ассоциации субфракционного спектра аполипопротеин в-содержащих липопротеинов с каротидным и коронарным атеросклерозом.....20
Гаврилова Н. Е., Метельская В. А., Озерова И. Н., Бойцов С. А.
3. Полиморфизм генов-кандидатов у пациентов с атеросклерозом различной локализации.....21
Гараева Л. А.
4. Влияние различных частот храпа на показатели гемодинамики22
Горбунова М. Л., Попова Н. А., Шкарин В. В.
5. Клинико-патогенетическая значимость стимулирующего фактора роста st2 в оценке раннего прогноза у пациентов с инфарктом миокарда23
Груздева О. В., Дылева Ю. А., Учасова Е. Г., Каретникова В. Н., Федорова Н. В., Каиталан В. В., Барбараиш О. Л.
6. Закономерности морфофункциональных изменений сердца человека в старших возрастных группах с ибс умерших внезапно.....24
Николаева А. В.
7. Днк-диагностика синдрома марфана.....25
Рогожина Ю. А., Румянцева В. А., Букаева А. А., Заклязьминская Е. В.
8. Противоречия современной электрокардиологии. Кардиометрия - новое фундаментальное научноенаправление.....26
Руденко М. Ю., Зернов В. А., Воронова О. К.

РАЗДЕЛ II. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ

9. Особенности артериальной гипертензии у пациентов, поступающих в приемное отделение....27
Бакшеев М. Г., Лосев И. И., Булгакова С. В., Рубаненко А. О., Кириченко Н. А.
10. Ранние маркеры электрической нестабильности миокарда у мужчин с артериальной гипертензией по данным динамической электрокардиограммы.....28
Бородин Н. В., Костенко И. И., Лышова О. В.
11. Артериальная гипертензия и факторы риска.....29
Васкес Абанто А. Э., Арельяно Васкес С., Васкес Абанто Х.
12. Цереброваскулярный кровоток у людей молодого возраста с гипертонической болезнью i-ii стадиями: влияние антигипертензивной терапии.....31
Давидович И. М., Процык О. М., Воронова Т. А.

13. Физические методы профилактики артериальной гипертензии у лиц группы риска32
Лобасов Р. В., Чернышев А. В., Быков А. Т., Вартазарян М. А.
14. Ремоделирование сосудистой стенки при наследственной отягощенности по артериальной гипертензии.....33
Маянская С. Д., Гребенкина И. А., Лукаш Е. Б., Попова А. А., Егорова Л. С.
15. Цитоархитектоника эритроцитов у больных артериальной гипертензией с нарушением толерантности к глюкозе, получающих спираприл.....34
Медведев И. Н., Гамolina О. В.
16. Поверхностная геометрия эритроцитов у больных артериальной гипертензией с дислипидемией на фоне флувастатина.....35
Медведев И. Н., Скорятин И. А.
17. Рациональная диета и регулярные физические тренировки в коррекции метаболического синдрома.....35
Медведев И. Н., Солдатова О. А.
18. Терапевтическая коррекция эректильной дисфункции и тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с артериальной гипертензией36
Петрова Е. В., Вакина Т. Н.
19. Показатели базального кровотока у мужчин с артериальной гипертензией.....38
Тренева Е. В., Захарова Н. О.
20. Анализ амплитудного спектра колебаний микрокровоотока у мужчин с артериальной гипертензией.....39
Тренева Е. В., Захарова Н. О., Николаева А. В.
21. Суточный профиль артериального давления у мужчин с гипертонической болезнью II стадии в зависимости от уровня тестостерона.....40
Федорова Н. Н., Хабибулина М. М.
22. Показатели инсулинорезистентности, активности жировой ткани и дисфункции эндотелия у молодых пациентов с артериальной гипертензией в сочетании с абдоминальным ожирением.....41
Чулков В. С., Сумеркина В. А., Чулков В. С., Телешева Л. Ф., Вереина Н. К.
23. Патогенетическая роль вариантов суточного профиля артериального давления у рабочих промышленных предприятий.....42
Шилова Ю. Е., Коневских Л. А.
- РАЗДЕЛ III. ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА**
24. Особенности состояния локальной сосудистой жесткости в зависимости от длительности ишемической болезни сердца.....43
Гусаковская Л. И., Хромова А. А.

25. Изменения микроциркуляции у престарелых больных ибс в период геомагнитных возмущений.....44
Захарова Н. О., Курмаев Д. П.
26. Влияние геомагнитных возмущений на агрегационную функцию тромбоцитов и микроциркуляторное русло у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих ибс.....45
Захарова Н. О., Курмаев Д. П.
27. Возрастные особенности агрегатного состояния крови и микроциркуляторного русла у лиц старческого возраста.....47
Захарова Н. О., Николаева А. В., Курмаев Д. П., Пустовалова О. В.
28. Взаимосвязь параметров отрицательного ишемического стресс-теста, расчетного сердечно-сосудистого риска и субклинического атеросклероза сонных артерий.....48
Катамадзе Н. О., Берштейн Л. Л.
29. Психоэмоциональное состояние пациентов старческого возраста, страдающих ибс в период геомагнитных возмущений.....49
Курмаев Д. П.
30. Клинико-лабораторные показатели престарелых больных, страдающих ишемической болезнью сердца на фоне геомагнитных возмущений.....51
Курмаев Д. П., Захарова Н. О.
31. Предикторы умеренных когнитивных расстройств у пациентов с ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом 2-го типа.....52
Малева О. В.
32. Роль ригидности артериальной стенки и эндотелиальной дисфункции в течении ибс53
Макеева А. С., Липатова Т. Е.
33. Данные коронарографии у больных с гипотериозом и ибс.....54
Мунир А. Р., Суман О. С., Виджаярагаван Г., Калягин А. Н.
34. Predominant risk factors and its distribution among indian population with ischemic heart disease and hypothyroidism.....55
Muneer A. R., Suman O. S., Mujeeb A. M., Vijayaraghavan G., Kalyagin A. N.
35. Значение тромбоцитарного гемостаза у больных с сердечно-сосудистой патологией при старении.....56
Овчинникова Е. А., Ивкина О. Н., Захарова Н. О.
36. Обоснование одномоментного проведения коронарографии и ангиографии почечных артерий у пациентов высокого риска.....57
Осипенко А. А., Каменев Е. В., Крюков Н. Н.
37. Фармакоэпидемиологический анализ гипополипидемических средств, применяемых для вторичной профилактики инфаркта58
Решетько О. В., Михеева Н. В.

38. Роль клинической оценки в выявлении значимых поражений коронарных артерий перед сосудистыми операциями промежуточного и высокого риска59
Сумин А. Н., Евдокимов Д. О., Безденежных А. В., Корок Е. В., Барбараи Л. С.

39. Чувствительность и специфичность неинвазивных методов диагностики ишемической болезни сердца на современном этапе развития фармакотерапии.....60
Цоколов А. В., Азаров А. А., Вертёлкин А. В., Стариков В. Н.

40. Значение мочевого липокалина в оценке прогноза госпитальных осложнений у пациентов с ишемической болезнью сердца, подвергшихся коронарному шунтированию.....61
Шафранская К. С., Кузьмина О. К., Каиталан В. В., Барбараш О. Л.

РАЗДЕЛ IV. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

41. Исследование сердечной гемодинамики в послеоперационном периоде в зависимости от метода коронарного шунтирования62
Абзалова Г. Ф., Маянская С. Д., Давлятина Н. З., Ардыханова А. Ф.

42. Динамическое наблюдение агрегации тромбоцитов после приема препарата клопидогрел.....64
Акобян Т. Л., Шнейдер Ю. А.

43. Факторы риска госпитальных больших сердечно-сосудистых событий после коронарного шунтирования у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.....65
Безденежных Н. А., Сумин А. Н., Безденежных А. В., Иванов С. В., Кузьмина А. А., Барбараи О. Л.

44. Уровень тревожности как предиктор неблагоприятного течения ишемической болезни сердца после аортокоронарного шунтирования.....66
Белан И. А., Барбухатти К.О., Порханов В.А.

45. Ближайшие результаты хирургического лечения больных с аневризмой аорты в самарском клиническом кардиологическом диспансере.67
Зыбин А. А., Семагин А. П., Кузнецов Д. В., Белый В. С., Хохлунов С. М.

46. Выявление интактных коронарных артерий при плановой коронарной ангиографии: частота и причины68
Корок Е. В., Сумин А. Н., Синьков М. А., Нагирняк О. А., Чичкова Т. Ю., Барбараи Л. С.

47. Гендерные особенности выявления интактных коронарных артерий в диагностике ишемической болезни сердца при плановой коронароангиографии69
Корок Е. В., Сумин А. Н., Барбараи Л. С.

48. Оценка риска геморрагических осложнений с помощью системы verifynow aru® у пациентов подвергшихся аорто-коронарному шунтированию на фоне пролонгированной аспириротерапии70
Кривошапова К. Е.

49. Proinflammatory status in recipients of cardiac valve bioprosthesis.....71
Кузьмина О. К.
50. Умеренная ишемическая митральная регургитация: изолированная реваскуляризация миокарда или сочетание реваскуляризации миокарда с пластикой митрального клапана72
Кузнецов Д. В., Геворгян А. А., Ляс М. Н., Щербакова Л. А., Михайлов К. М., Суслина Е. А., Карпушкина Е. М., Белый В. С., Хохлунов С. М.
51. Послеоперационная фибрилляция предсердий при разных методах реваскуляризации миокарда73
Рубаненко О. А.
52. Хирургическое лечение механических осложнений острого инфаркта миокарда.....74
Семагин А. П., Поляков П. В., Зыбин А. А., Лавров А. В., Сидоренко Н. Н.
53. Мультидисциплинарный подход в лечении больных с сочетанным поражением коронарных и каротидных артерий.....75
Хохлунов С.М., Кириллов В.И., Михайлов М.С., Кузнецов Д.В., Ридель В.Ю., Михайлов К.М.
54. Ожирение ухудшает психокогнитивный статус и качество жизни пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование.....76
Чугунова Ю. В., Чумакова Г. А., Деменко Т. Н.
55. Факторы риска неблагоприятного прогноза после стентирования коронарных артерий у пациентов с ожирением.....77
Чумакова Г. А., Веселовская Н. Г., Гриценко О. В.
56. Факторы макро- и микроэкологии ассоциированные с врожденными пороками сердца.....78
Шабалдин А. В., Шмулевич С. А., Табакаев М. В., Максимов С. А.
57. Эффективность перевязки ушка левого предсердия у больных ишемической болезнью сердца с фибрилляцией предсердий при выполнении коронарного шунтирования off-pump.....79
Энгиноев С.Т., Кондратьева О.В., Уртаев Р.А., Магомедов Г.М., Козьмин Д.Ю., Макеев С.А., Стомпель Д.Р., Калмыкова О.В., Чернов И.И., Тарасов Д.Г.

РАЗДЕЛ V. ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ И ИНФАРКТ МИОКАРДА

58. Распространенность, предикторы развития и прогностическое значение контрастиндуцированного острого повреждения почек после первичных чрескожных коронарных вмешательств.....80
Гаскина А. А., Веланги П. С., Богдель А. М.
59. Профилактика розувастатином контрастиндуцированного острого повреждения почек при остром коронарном синдроме без подъема сегмента st и отсроченным чрескожным коронарным вмешательством.....81
Гаскина А. А., Богдель А. М., Веланги П. С.

60. Эффективность ишемического посткондиционирования в интервенционном лечении оим с подъемом сегмента st.....	82
<i>Гореликов А. В., Карпелев Г. М., Чегерова Т. И., Туля Е. О., Марочков А. А., Клишевич Ф. Н., Ковалкин А. Е., Островский Ю. П.</i>	
61. Инсулинорезистентность и уровень адипокинов при инфаркте миокарда	84
<i>Груздева О. В., Учасова Е. Г., Каретникова В. Н., Дылева Ю. А., Кузьмина А. А., Шурыгина Е. А., Белик Е. В.</i>	
62. Длительность комбинированной анти-тромбоцитарной терапии у пациентов с окс п st, перенесших чкв.....	85
<i>Гусева Г.Н., Павлова Т.В., Хохлунов С.М., Тухбатова А.А., Пензякова М.В.</i>	
63. Когнитивная функция у пациентов, при инфаркте миокарда осложненным острым повреждением почек.....	86
<i>Евстигнеева А. Ю.</i>	
64. Особенности лечения пациентов мужского и женского пола в остром периоде инфаркта миокарда	87
<i>Елисеева М. А., Курочкина О. Н.</i>	
65. Особенности лечения острого инфаркта миокарда среди пациентов разных возрастных групп.....	88
<i>Елисеева М. А., Курочкина О. Н.</i>	
66. Клинико-гемодинамические параметры у женщин среднего и пожилого возраста с инфарктом миокарда.....	89
<i>Желтова И.Н., Сукманова И.А.</i>	
67. Роль генетических полиморфизмов нарушений липидного обмена и артериальной гипертензии в оценке тяжести и госпитального прогноза инфаркта миокарда с подъемом сегмента st.....	90
<i>Иноземцева А. А., Кашталап В. В., Усольцева Е. Н., Груздева О. В., Барбараиш О. Л., Гордеева Л. А.</i>	
68. Генетические факторы в оценке тяжести инфаркта миокарда с подъемом сегмента st	91
<i>Кашталап В. В., Иноземцева А. А., Барбараиш О. Л., Гордеева Л. И.</i>	
69. Ассоциированный с беременностью протеин плазмы-а остром коронарном синдроме осложненном сердечной недостаточностью.....	92
<i>Каюмова Г. Х., Разин В. А.</i>	
70. Динамика global longitudinal strain у больных острым первичным передним инфарктом миокарда с подъемом сегмента st.....	94
<i>Керчева М. А.</i>	
71. Влияние характера распределения жировой ткани на степень поражения коронарного русла у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента st.....	95
<i>Керчев В. В., Ларина С. Н.</i>	

72. Догоспитальный тромболизис: в поисках точки приложения.....96
Кислухин Т.В., Горохов А.А., Костырин Е.Ю., Чернявский Д.П., Книжник Н.И., Туманов А.И., Джинибалаева Ж.В., Муллова И.С., Дупляков Д. В, Хохлунов С.М.
73. Гендерные особенности атеросклеротического поражения почечных артерий у больных острым коронарным синдромом97
Кобзева Н. Д., Фоменко Е. П., Терентьев В. П.
74. Генетические основы прогнозирования осложнений у пациентов с острым коронарным синдромом с подъёмом сегмента st после чрескожного коронарного вмешательства.....98
Круглов В. Н., Хохлунов С. М., Рубаненко А. О., Шавкунов С. А.
75. Показатели адипокинов сыворотки крови у больных острым инфарктом миокарда (оим) и хронической ишемической болезнью сердца (хибс).....99
Лебедев П. А., Вербовой А. Ф., Матеев К. А., Малкова О. О., Щербакова Н. Ф.
76. Клинические состояния, ассоциированные с нестабильной стенокардией при интактных коронарных артериях.....100
Леонова Е. Э., Мазурова О. В., Сапожников А. Н., Разин В. А.
77. Инфаркт миокарда у лиц пожилого и старческого возраста по данным госпиталя ветеранов войн г. Самары101
Николаева А. В.
78. Турбулентность сердечного ритма у пациентов с острым инфарктом миокарда различной локализации.....102
*Круглов В. Н., Хохлунов С. М., Рубаненко А. О., Шавкунов С. А.
Олейников В. Э., Лукьянова М. В., Душина Е. В., Томашевская Ю. А.*
79. Клинико-прогностическое значение изменения концентрации некоторых биоэлементов в сыворотке крови больных острыми формами ибс.....103
Прокопенко Н. А., Панова Т. Н., Ибрагимова Д. М., Печеров А. А., Печерова О. В., Чернышова Е. Н.
80. Динамическая оценка глобальной продольной деформации миокарда у больных stemi после проведения реваскуляризации.....104
Романовская Е. М., Сорокин А. А., Олейников В. Э.
81. Табакокурение – основной фактор риска острой коронарной недостаточности и полиморбидности у больных с острым коронарным синдромом.....105
Сапожников А. Н., Разин В. А., Мазурова О. В., Гимаев Р. Х.
82. Анализ взаимосвязи между риском по шкале gгаге и тяжестью поражения коронарного русла.....106
Скопец И. С., Везикова Н. Н., Марусенко И. М., Барышева О. Ю., Игнатенко О. В.
83. Особенности динамики маркеров воспаления и неоангиогенеза у пациентов с острым инфарктом миокарда107
Слатова Л. Н., Шилева Н. В., Бойцова Е. Я., Ямщикова Е. Н.

84. Клинико-патогенетическая значимость окислительно-модифицированных липопротеинов низкой плотности и антител к ним в оценке клинического течения инфаркта миокарда.....108
Учасова Е. Г., Дылева Ю. А., Груздева О. В., Каретникова В. Н., Белик Е. А., Кузьмина А. А.
85. Особенности диастолической функции левого желудочка у больных острым инфарктом миокарда без зубца q.....109
Хомякова Д. А., Сайганов С. А.
86. Динамика спектральных показателей variability сердечного ритма при фармако-инвазивной реваскуляризации у пациентов со stemi.....110
Шиготарова Е. А., Душина Е. В., Кулюцин А. В.
87. Первый опыт догоспитального тромболитического лечения фортелизином в сравнении с тенектеплазой при инфаркте миокарда с подъемом сегмента st.....111
Юневич Д. С., Аксентьев С. Б., Салтыкова И. И., Новикова С. А., Федулаев Р. Б., Юневич Е. А., Варенова Ж. А.

РАЗДЕЛ VI. ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ ПАТОЛОГИЯ

88. Прогностическое значение артериальной гипертензии у пациентов с фибрилляцией предсердий, перенесших кардиоэмболический инсульт.....113
Золотовская И. А., Давыдкин И. Л.
89. Показатели артериальной ригидности как предиктор восстановления неврологических функций.....114
Майорова С. В., Липатова Т. Е.
90. Тревожно-депрессивные расстройства у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения и хронической ишемией мозга.....115
Повереннова И.Е., Ананьева С. А.
91. Транскраниальная магнитная стимуляция в ранней постинсультной реабилитации.....116
Репина Л. А.

РАЗДЕЛ VII. ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

92. Безопасность четырехкомпонентной комбинированной терапии хсн: результаты исследования бастион.....117
Аверин Е. Е.
93. Удовлетворенность диуретической терапией торасемидом или фуросемидом амбулаторных больных с хсн: результаты исследования бастион.....118
Аверин Е. Е.
94. Оценка когнитивной дисфункции у пациентов с остро декомпенсированной хронической сердечной недостаточностью в отделении реанимации и интенсивной терапии.....120
Беляков К. С., Русякова И. А., Епифорова В. П.

95. Выраженность системного воспаления у пациентов с фибрилляцией предсердий и постинфарктной сердечной недостаточностью.....121
Боченина Ю. А., Кузнецов Г. Э.
96. Гендерные различия в качестве жизни у пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью.....122
Галяутдинов Г. С., Лонкин М. А.
97. Клинические последствия центрального апноэ сна при сердечной недостаточности.....122
Захаров А. В., Повереннова И. Е., Дзюбенко А. Ю.
98. Изменение комплекса qrs у больных с декомпенсацией хронической сердечной недостаточности.....123
Ларионова Н. В., Шутов А. М., Мензоров М. В.
99. Маркеры дисфункции почек при хронической сердечной недостаточности.....124
Мацкевич С. А., Барбук О. А., Бельская М. И., Серченя Т. С.
100. Взаимосвязь галектина-3 с маркерами окислительного стресса и воспаления у пациентов с хронической сердечной недостаточностью125
Медведева Е. А., Шукин Ю. В., Дьячков В. А., Айдумова О. Ю.
101. Исследование влияния горького шоколада на эмоциональный статус пациентов с хронической сердечной недостаточностью.....126
Михель Н. Д.
102. Оценка прогностической значимости биохимических маркеров хсн у пациентов с сочетанной патологией сердечно-сосудистой и бронхо-легочной систем.....127
Пустоветова М. Г., Березикова Е. Н., Шилов С. Н., Пионтковская К. А., Самсонова Е. Н.
103. Гемостазиологические показатели и генетические полиморфизмы у больных с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью128
Рубаненко А. О., Шукин Ю. В.
104. Транзиторная артериальная гипотония и функциональное состояние почек у больных с хронической сердечной недостаточностью.....129
Серов В. А., Серова Д. В., Шутов А. М., Картунова М. Ю.
105. Взаимосвязь эритроцитарных индексов и показателей эхо-кардиоскопии у пациентов с диастолической дисфункцией левого желудочка.....130
Смирнова М. П., Чижов П. А.
106. Ассоциации сердечно-печеночного синдрома с нарушением функции почек при декомпенсации сердечной недостаточности131
Соловьева А. Е., Бондарь С. А.
107. Сердечно-печеночный синдром у пациентов с декомпенсацией сердечной недостаточности: распространенность и предикторы.....132
Соловьева А. Е., Алиев А. Х., Атумани Х. М.

108. Клинико-лабораторные и эхокардиографические ассоциации механической диссинхронии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.....133
Ставцева Ю. В., Воробьев А. С., Виллевальде С. В., Свешников А. В., Кобалава Ж. Д.
109. Влияние сопутствующих заболеваний на лечение сердечной недостаточности среди индийского населения.....135
Суман О. С., Мунир А. Р., Муджиб А. М., Калягин А. Н.
110. Etiology of chronic heart failure in indian subjects.....136
Suman O. S., Muneer A. R., Mujeeb A. M., Vijayaraghavan G., Kalyagin A. N., Shaskova O. N.
111. Age and gender wise distribution of patients with ischemic and non ischemic heart failure in indian subjects.....137
Suman O. S., Muneer A. R., Mujeeb A. M., Vijayaraghavan G., Kalyagin A. N., Shaskova O. N.
112. Прогностическое значение высокой межвизитной вариабельности систолического артериального давления у больных с хронической сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса.....138
Троицкая Е. А., Котовская Ю. В., Бабаева Л. А., Кобалава Ж. Д.
113. Влияние тревожно-депрессивных расстройств на уровень мозгового натрийуретического пептида у пациентов с хронической сердечной недостаточностью139
Христиченко М. А., Гончарук М. С.
114. Колебания тиреоидных гормонов в течение дня у пациентов с ишемической болезнью сердца, фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью.....139
Царева Ю. О.

РАЗДЕЛ VIII. НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА

115. Фибрилляция предсердий у больных старческого возраста: распространенность и особенности лечения140
Бунин Ю.А., Зюляева Н.Н., Таранова З.В., Бурова Е.А., Парфенова А.Н., Рогачев А.Н.
116. Оценка показателей морфо-функционального состояния миокарда у пациентов с ав-блокадой 2 и 3 степеней.....141
Горбунова А.В., Санталова Г.В., Стадлер Е.Р., Шорохов С.Е.
117. Факторы воспаления в патогенезе фибрилляции предсердий у пациентов с ишемической болезнью сердца.....142
Дедкова А. А., Борисова Е. В., Баталов Р. Е., Попов С. В., Сулова Т. Е.
118. Имеют ли новые антикоагулянты преимущества по влиянию на качество жизни у больных фибрилляцией предсердий.....143
Долгова Е. Л.
119. Особенности отбора пациентов с фибрилляцией предсердий на интервенционное лечение с учетом возможных предикторов рецидива аритмии144
Долгинина С. И., Хохлунов С. М.

120. Особенности антральной изоляции легочных вен с использованием навигационной системы ensite velocity145
Иванченко А.В., Ляшенко В.В., Благой Д.А., Постол А.С., Выговский А.Б., Шнейдер Ю.А.
121. Частота назначаемости антикоагулянтов для профилактики ишемического инсульта и системных эмболий у стационарных больных, страдающих неклапанной формой фибрилляции предсердий.....146
Каращук Н. П., Киселева М. В., Селезнева А. С., Чупик М. А., Новикова Т. Н.
122. Состояние симпатической иннервации сердца у пациентов с артериальной гипертонией и фибрилляцией предсердий до и после радиочастотной абляции фибрилляции предсердий.....148
Кистенева И. В., Баталов Р. Е., Попов С. В., Саушкина Ю. В., Минин С. М., Ефимова И. Ю., Лишманов Ю. Б.
123. Частота возникновения и факторы риска развития фибрилляции предсердий после радиочастотной катетерной абляции кавотрикуспидального истмуса у больных с «изолированным» типичным трепетанием предсердий.....149
Новиков П. С.
124. Реалии назначения антитромботической терапии в поликлинической практике по данным регистр кардиоваскулярных заболеваний (рекваса)150
Переверзева К. Г.
125. Возможности ранней диагностики различных событий у пациентов с имплантированными устройствами с помощью системы удаленного мониторинга carelink.....151
*Постол А.С. Иванченко А.В., Ляшенко В.В., Благой Д.А.,
Постол А.С., Выговский А.Б., Шнейдер Ю.А.*
126. Отдаленные результаты (follow-up через 6-8 месяцев) после имплантации crtd с применением альтернативного способа имплантации левожелудочкового электрода.....152
*Постол А.С., Иванченко А.В., Ляшенко В.В., Благой Д.А.,
Выговский А.Б., Шнейдер Ю.А.*
127. Лабораторный контроль: роль фибринолиза в эффективности и безопасности приема дабигатрана.....153
Суханов В. А., Власова Н. В.
128. Математическое моделирование биоэлектрического генератора сердца по данным поверхностного электрокардиографического картирования.....155
Угнич К. А.
129. Спектр мутаций в генах rkr2 и dsg2 у больных с аритмогенной кардиомиопатией правого желудочка.....156
*Шестак А. Г., Благова О. В., Яковлева М. В., Фролова Ю. В.,
Дземешкевич С. Л., Заклязьминская Е. В.*

РАЗДЕЛ IX. НЕКОРОНАРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

130. Перипартальная кардиомиопатия: особенности клинического течения, прогноз157
Веселовская Н. Г., Чумакова Г. А., Миронова Н. Г., Гриценко О. В., Никулина Е. Г.
131. Ассоциация желудочковой аритмии со снижением региональной миокардиальной функции по данным метода двухмерной деформации у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией.....158
Комиссарова С. М., Захарова Е. Ю., Севрук Т. В., Устинова И. Б.
132. Исследование генетического риска развития инфекционного эндокардита.....159
Мальцева Н. В., Лапутенко Т. А., Горбатовский Я. А., Лыкова О. Ф.
133. Различия экг-признаков у больных с подтвержденной и неподтвержденной тромбоэмболией легочной артерии.....160
Муллова И.С., Куракина Е.А., Павлова Т.В., Дупляков Д.В.
134. Наличие двух мутаций в генах саркомерных белков как прогностический фактор тяжести заболевания при гипертрофической кардиомиопатии – днк-диагностика в двух семьях.161
Поляк М. Е., Огородникова Н. А., Шестак А. Г., Румянцева В. А., Заклязьминская Е. В., Дземешкевич С. Л.
- 135.Современные представления о тромбофилии.....162
Сироткина О.В., Вавилова Т.В.

РАЗДЕЛ X. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

136. Центральное аортальное систолическое давление у больных с гипотиреозом.....163
Вахмистрова Т. К., Баталина М. В., Горбачева О. Н., Баталина И. А., Полькин В. И.
137. Оценка реологических свойств крови у больных истинной полицитемией.....164
Козлова Н. С., Давыдкин И. Л., Ройтман Е. В., Лимарева Л. В., Колесникова И. М., Румянцев С. А., Дегтярева Ю. Е.
138. Особенности состояния эндотелия и тромбоцитарного гемостаза при полиморбидности.....165
Овчинникова Е. А., Захарова Н. О., Строкова А. Ю., Николаева А. В.
139. Эластичность сосудистой стенки и эндотелий-зависимая дилатация у беременных на разных сроках гестации.....166
Шанченко С. А., Липатова Т. Е.

РАЗДЕЛ XI. ВЕГЕТАТИВНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА

140. Предикторы внезапной смерти у пожилых больных страдающих ибс.....167
Николаева А. В., Захарова Н. О.

141. Применение кардиоваскулярных тестов для дифференциальной диагностики артериальных гипертензий у машинистов.....169
Пешикова С. В., Щербакова О. А., Брянцева Е. Н.

РАЗДЕЛ XII. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

142. Случай успешной гемодинамической коррекции сложного врожденного порока сердца у 3-х месячного ребенка.....170
Акатов Д. С., Белов В. А., Ганюкова Н. В., Болховской Д. В., Тонконогов Д. А., Харсика А. А., Котов С. Н.
143. Острый миокардит в практике врача.....171
Бахчоян М. Р., Космачева Е. Д., Славинский А. А., Скопец А. А., Рафф С. А., Порханов В. А.
144. Случай повторного хирургического лечения лейомиосаркомы легочной артерии.....172
Белан И.А., Барбухатти К.О., Порханов В.А.
145. Двухэтапное хирургическое лечение двустворчатого аортального клапана в сочетании с коарктацией и кинкингом нисходящего отдела грудной аорты и сопутствующей ибс.....173
Буданова В. А., Кадыкова А. В., Козлова К. А.
146. Апикальная форма гипертрофической кардиомиопатии.....174
Газизова Л.Ю., Валеев И.Г.
147. Дилатационная кардиомиопатия – существует ли возможность предотвратить фатальные осложнения?.....175
Гарькина С.В.
148. Случай успешной диагностики и лечения идиопатической фасцикулярной желудочковой тахикардии.....176
Долгина С. И., Солдаткина И. П., Лапина Н. В.
149. Клинический случай инфарктоподобного дебюта синдрома гийена-барре.....177
Ефремова Е. В., Шутов А. М., Мензоров М. В., Макеева Е. Р., Михайлова Е. В., Серова Д. В.
150. Кардиомиопатия такотсубо: современные возможности диагностики в кардиологии.....179
Исаева Е. Н., Ахунова С. Ю., Калимуллина Г. Х., Таняшина А. В., Галеев А. А.
151. From pneumonia, through acute abdomen, to cardiac pathology.....180
Ceasovschih A. V., Grib L. F., Grejdieru A. V., Samohvalov E. M.
152. Случай обструктивной гипертрофической кардиомиопатии, впервые выявленной у женщины в 94 года.....181
Ковалевская Е. А., Крылова Н. С., Потешкина Н. Г., Шеянов М. В., Маркина Т. А.

153. Клиническое наблюдение редкой причины сердечной недостаточности.....182
Коротин А. С., Кошелева Н. А., Ребров А. П.
154. STEMI during pregnancy.....183
Кочергина А. М., Кочергин Н. А., Барбараиш О. Л.
155. Случай успешного системного тромболизиса при остром тромбозе механического протеза клапана сердца.....184
Кузьмина О. К., Кондюкова Н. В.
156. Возможности использования blue-протокола для дифференциальной диагностики одышки.....185
Макеева Е. Р.
157. Клинический случай ведения молодого пациента с инфарктом миокарда и сопутствующей патологией почек.....186
Муллова И.С., Тухбатова А.А., Пензякова М.В., Осина Н.И.
158. Диагностика семейного случая синдрома удлинённого интервала qt 2 типа.....188
Поляк М. Е., Фетисова Е. А., Заклязьминская Е. В.
159. Рецидивирующая тромбоземболия легочной артерии на фоне гематогенной тромбофилии.....189
Рубаненко О. А.
160. Инфаркт миокарда у молодой женщины190
Саввина Л. Э., Семёнов А. А.
161. Клинический случай планирования беременности у женщины с осложнённым полиморбидным фоном191
Сеялова А. С., Чельдиева Е. И., Унарова Е. Н.
162. Клинический случай возникновения кардиомиопатии после химиотерапии.....192
Селиверстова Д. В., Евсина О. В.
163. Сердечно-печеночный синдром у пациента с тяжелой сердечной недостаточностью.....193
Соловьева А. Е., Галочкин С. А., Данилова М. Г.
164. Нейроэндокринная опухоль у пациента с неходжкинской лимфомой.....195
Таняшина А. В., Калимуллина Г. Х., Исаева Е. Н., Галявич А. С.
- РАЗДЕЛ XIII. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В КАРДИОЛОГИИ И КАРДИОХИРУРГИИ**
165. Особенности сестринского ухода за больными детьми после кардиохирургических вмешательств.....196
Блинкова И.А., Иноземцева С.В.
166. Роль сестринского персонала в профилактике осложнений после стентирования коронарных сосудов.....198
Грызлова Н.В.

167. Имидж медицинской сестры, как часть имиджа лечебного учреждения.....	199
<i>Иноземцева С.В.</i>	
168. Роль сестринского персонала в улучшении качества жизни пациентов с нейроциркуляторной дистонией	202
<i>Караян А.Д.</i>	
169. Особенности организации службы централизованного обезболивания в условиях оказания стационарной помощи.....	204
<i>Карасева Л.А.</i>	
170. Роль медицинской сестры в первичной профилактике гипертонической болезни.....	205
<i>Левакова Е.С.</i>	
171. Организация работы рентгеноперационной.....	207
<i>Тютерева Н.А., Смагина Ж.Е.</i>	
172. Инфекционный контроль при проведении микробиологического мониторинга в кардиохирургической практике на примерах детского отделения и отделения реанимации.....	209
<i>Шнейдер В.А., Сагарева Е.А., Трemasкина О.В., Тонконогов Д.А., Белов В.А., Бабак С.В., Цыганкова Е.Н., Шнейдер Ю.А.</i>	
173. Маршрутизация пациентов с острым коронарным синдромом. Реорганизация работы приемного отделения с изменением функциональных обязанностей медицинских сестер.....	210
<i>Шнейдер В.А., Выговский А.Б., Шнейдер Ю.А.</i>	
РАЗДЕЛ XIV. РАЗНОЕ	
174. Возрастная динамика показателей, характеризующих структурно-функциональные свойства общих сонных артерий, у здоровых лиц.....	211
<i>Гусаковская Л. И., Мельникова Е. А., Елисеева И. В.</i>	
175. Взаимосвязь изменений липидного спектра, ожирения и приверженности к лечению у пациентов кардиологического профиля.....	212
<i>Заковряшина И. Н., Орехова Ю. Н., Иванченко Д. Н.</i>	
176. Ранняя диагностика почечной дисфункции у пациентов с острым инфарктом миокарда, перенесших чрезкожные коронарные вмешательства, и возможности коррекции на санаторном этапе реабилитации.....	213
<i>Исхаков Н. Н., Галушков С. В., Исхаков Э. Н.</i>	
177. Кардиологические аспекты долечивания пациентов после острого нарушения мозгового кровообращения в санаторных условиях.....	214
<i>Исхаков Н. Н., Казачанская Е. Ф., Маркешина Ю. В., Юркеник Р. А.</i>	

178. Частота выявления бессимптомного атеросклероза брахиоцефальных артерий у машинистов железнодорожного транспорта.....214
Качковская Т.А., Качковский М.А. Струкова Ю.Н.
179. Клинико-демографические факторы и приверженность в лечении сердечно-сосудистых заболеваний.....215
Наумова Е. А., Семенова О. Н., Булаева Ю. В.
180. Неинвазивный маркер инсулинорезистентности у пациентов с ожирением.....216
Отт А. В., Чумакова Г. А., Веселовска Н. Г., Гриценко О. В.
181. Искусственные нейросети в выборе информативных параметров при решении частных медицинских задач.....217
Розыходжаева Г. А., Розыходжаева Д. А.
182. Вопросы поддержки принятия решения в современной эхокардиографии.....218
Розыходжаева Г. А., Розыходжаева Д. А.
183. Факторы, определяющие выбор и применение низкомолекулярных гепаринов.....219
Ройтман Е. В.
184. Локализация атеросклеротического поражения сосудов у пациентов с различным расположением жировой ткани.....220
Ройтберг Г. Е., Дорош Ж. В., Рожков Д. Е.
185. Переживание болезни пациентами с сердечно-сосудистыми заболеваниями и их приверженность в лечении.....221
Семенова О.Н.
186. Материальные факторы и приверженность в лечении сердечно-сосудистых заболеваний.....223
Семенова О.Н.

РАЗДЕЛ I. ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1 СИНДРОМАЛЬНЫЕ ФОРМЫ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА, СВЯЗАННЫЕ С МУТАЦИЯМИ В ПРОТООНКОГЕНАХ

Букаева А. А., Заклязьминская Е. В.

ФГБНУ РНЦХ им.акад. Б.В. Петровского, Москва, Россия

Введение. Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) – одно из наиболее частых заболеваний в кардиологической практике. До 10% случаев ГКМП развивается как компонент наследственно обусловленной синдромальной патологии. Среди многообразия генетических заболеваний, сопровождающихся развитием ГКМП, выделяются синдромы, связанные с мутациями в протоонкогенах – генах, кодирующих белки, обеспечивающие рост и дифференцировку клеток. Протоонкогены универсальны, повсеместно экспрессируются и широко вовлечены в клеточный сигналинг, что обуславливает полиморфизм клинических проявлений изменений в этих генах. Классическим примером может служить ген *RTPN11*, кодирующей тирозинфосфатазу *SHP-2* – компонент универсального клеточного сигнального пути *Ras-MAPK*. Аллельная серия заболеваний, вызываемых мутациями в гене *RTPN11*, включает такие аутосомно-доминантные наследственные патологии, как синдром Нунан 1 типа (ОМIM: #163950; 1:1000-1:2500) и синдром LEOPARD 1 типа (ОМIM: #151100; частота не установлена). Наиболее клинически значимым проявлением обоих синдромов является ГКМП, но механизмы нарушения клеточного сигнального каскада и, как следствие, сопутствующие нарушения при синдромах Нунан и LEOPARD различны; тактика лечения и наблюдения для таких пациентов напрямую зависит от точно установленного молекулярно-генетического диагноза.

Цель. Изучение спектра мутаций в гене *RTPN11* у пациентов с ГКМП, демонстрирующих признаки синдромальной генетической патологии, и коррекция тактики лечения и наблюдения отдельных больных по результатам исследования.

Материалы и методы. Выборка из 10 пациентов с ГКМП была сформирована по результатам медико-генетического консультирования на основании признаков внекардиальной наследственной синдромальной патологии, таких, как низкорослость, скелетный и лицевой дисморфизм, множественные лентиго/участки гиперпигментации. Всем пациентам был выполнен поиск мутаций в кодирующей и прилегающих интронных областях гена *RTPN11* методом прямого секвенирования по Сенгеру.

Результаты. У пациента 17 лет, имеющего ГКМП с обструкцией выносящего тракта, множественные лентиго, скелетный дисморфизм, обнаружена мутация p.T468M в 12 экзоне, ответственная за развитие синдрома LEOPARD. Пациенту было выполнено комплексное поэтапное хирургическое вмешательство: протезирование МК механическим двухклапанным протезом; резекция выносящего тракта ЛЖ с иссечением субаортальной мембраны; имплантация двухкамерного частотно-адаптивного ИКД. Пациент информирован врачом-генетиком о 50% риске передачи патогенной мутации потомству, а также о необходимости наблюдения онкологом ввиду повышенного риска лимфопролиферативных заболеваний. В связи с тем, что сопутствующей патологией при синдроме LEOPARD является глухота, рекомендован регулярный мониторинг уровня слуха.

У пациентки 8 месяцев с тяжелой гипертрофией обоих желудочков, комбинированными стенозами аорты и легочной артерии, множественными структурными аномалиями сердца была выявлена мутация p.Q510E в 13 экзоне, приводящая к развитию синдрома Нуан. Проведено исследование ДНК родителей, установлено происхождение данной мутации de novo, риск повторного рождения ребенка с такой же патологией в данной семье не превышает общепопуляционного. Родители пациентки консультированы врачом-генетиком по поводу планирования семьи.

Заключение. Тактика лечения и наблюдения пациентов с синдромальными формами гипертрофии миокарда должна разрабатываться индивидуально с учетом специфики конкретного генетического заболевания. В рутинной практике наследственные синдромы зачастую остаются вне поле зрения врачей, в том числе по причине высокой гетерогенности их клинических проявлений. Своевременное и корректное медико-генетическое консультирование пациентов с ГКМП позволяет уточнить диагноз и выработать оптимальную тактику ведения каждого конкретного пациента.

2 АССОЦИАЦИИ СУБФРАКЦИОННОГО СПЕКТРА АПОЛИПОПРОТЕИН В СОДЕРЖАЩИХ ЛИПОПРОТЕИНОВ С КАРОТИДНЫМ И КРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Гаврилова Н. Е., Метельская В. А., Озерова И. Н., Бойцов С. А.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины МЗ РФ», Москва, Россия

Введение. Липопротеины низких плотностей представляют собой гетерогенный класс липопротеинов, различающихся по липидному и белковому составу, заряду, размеру и функциональной активности. Высокое содержание в крови мелких плотных частиц липопротеинов низкой плотности (ЛНП) сопряжено с повышением риска коронарной болезни сердца в 3-5 раз независимо от уровня холестерина.

Цель. выявить и изучить связь между характером распределения различных субфракций аполипопротеин В-содержащих липопротеинов и наличием поражения каротидных и коронарных артерий.

Материалы и методы. В исследование включено 310 пациентов (62,5±9,3 лет), которым выполнены дуплексное сканирование каротидных артерий и коронароангиография (М/Ж 203/107). Субфракционный спектр липопротеинов определяли с помощью электрофореза в трубочках с 3% полиакриламидным гелем (Липопринт-система, Quantimetrix Lipoprint LDL System, США). Степень выраженности коронарного атеросклероза определяли при помощи шкалы Gensini (GS).

Результаты. При анализе ассоциаций между данными дуплексного сканирования каротидных артерий выявлена достоверная положительная корреляция между значением толщины интима-медиа и долей липопротеинов промежуточной плотности (ЛПП) С ($r=0,401$, $p=0,000$), ЛПП В ($r=0,167$, $p=0,022$) и отрицательная корреляция с ЛПП А ($r=-0,155$, $p=0,033$) и крупными частицами ЛНП1 ($r=-0,282$, $p=0,000$). Анализ корреляционных взаимосвязей между степенью поражения коронарного русла и субфракционным спектром липопротеинов низких плотностей выявил наличие положительной достоверной корреляции между количеством баллов по шкале GS и ЛПП С ($r=0,148$, $p=0,009$). Оценка распределения субфракций липопротеинов низких плотностей в зависимости от количества атеросклеротических бляшек (АСБ) в каротидных артериях показала, что среди пациентов, имеющих ≥ 3 АСБ, снижена доля ЛПП С (9,86±3,19 против 11,37±3,67%, $p=0,003$) и крупных частиц

ЛНП1 ($17,80 \pm 4,02$ против $16,15 \pm 3,96\%$, $p=0,005$), а также увеличена доля ЛПП А ($9,28 \pm 2,55$ против $8,36 \pm 2,46\%$, $p=0,013$) по сравнению с пациентами, имеющими менее 3 АСБ. С помощью балльной шкалы GS были сформированы группы пациентов с отсутствием ($GS=0$, $n=68$) и наличием коронарного атеросклероза ($GS>0$, $n=242$); пациентов с коронарным атеросклерозом разделили на подгруппы с минимальным или умеренным ($GS 1-34$, $n=81$) и выраженным поражением коронарных артерий ($GS \geq 35$, $n=161$). В группе с наличием коронарного атеросклероза ($GS>0$) доля ЛПОИП ($p=0,004$) и ЛПП С ($p=0,047$) была выше, а доля ЛПП А ($p=0,006$) и крупных частиц ЛНП1 ($p=0,013$) ниже по сравнению с группой без атеросклероза ($GS=0$). В группе с выраженным коронарным атеросклерозом ($GS \geq 35$) доля частиц ЛПП С оказалась достоверно выше по сравнению с лицами из подгруппы $GS < 35$ ($p=0,008$). Результаты многофакторной логистической регрессии показали, что риск наличия выраженного коронарного атеросклероза ($GS \geq 35$) сопряжен с увеличением доли ЛПОИП (ОШ=1,1, 95% ДИ 1,0–1,2, $p=0,039$), мелких плотных частиц ЛНП3-7 (ОШ=1,3, 95% ДИ 1,0–1,6, $p=0,049$), а повышение доли ЛНП2 снижает риск наличия выраженного коронарного атеросклероза по шкале GS на 10% (ОШ=0,9, 95% ДИ 0,8–1,0, $p=0,014$).

Заключение. Наличие каротидного атеросклероза (≥ 3 АСБ) ассоциируется со сниженной долей крупных физиологически активных липопротеинов низких плотностей. При нарастании степени атеросклеротического поражения коронарных артерий отмечается сдвиг спектра липопротеинов в сторону накопления мелких плотных частиц.

3 ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ-КАНДИДАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Гараева Л. А.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Введение. Известно, что патогенез атеросклероза многогранен. На сегодняшний день достаточно хорошо изучены традиционные факторы риска (ФР) атеросклеротического поражения. В последние годы актуальность приобретает изучение новых ФР, в частности, полиморфизмы генов-кандидатов, ответственных за различные патогенетические механизмы, в частности участвующие в процессе воспаления сосудистой стенки, и регуляции системы гемостаза.

Цель. Изучить особенности полиморфизма генов цитокинового ряда: тумор-некротизирующего фактора- α (TNF α), трансформирующего фактора роста- β (TGF β) и генов системы гемостаза β -цепи фибриногена (FGB β), тромбоцитарного гликопротеина IIIa (Gp3a) у пациентов с атеросклерозом сосудов брахиоцефального ствола и артерий нижних конечностей.

Материалы и методы. Обследованы 65 человек с атеросклерозом различной локализации, из них мужчин – 43 (66%), женщин – 23 (34%), в возрасте от 44 до 73 лет. В исследование вошли пациенты с верифицированным атеросклеротическим поражением периферических сосудов – по данным клинического осмотра и ангиографии сосудов.

Всем пациентам проводилась ангиография сосудов шеи и нижних конечностей, а также забор крови для определения полиморфизма генов-кандидатов.

Результаты. По данным ангиографического исследования у 36 (70 %) человек был обнаружен атеросклероз сосудов брахиоцефального ствола различной локализации со степенью стеноза сосуда более 30% или полной окклюзией на одном или нескольких участках. У 29 (38 %) пациентов было выявлено атеросклеротическое поражение сосудов нижних конечностей. В исследование не вошли пациенты с сочетанным поражением обоих бассейнов.

По данным генотипирования были получены следующие варианты аллелей генов. В группе пациентов с атеросклерозом брахиоцефальных артерий: ген TNF α (rs1800629) был представлен

в гомозиготном G/G (31(86%) человек) и A/G (5 (14%) человек) гетерозиготном вариантах; ген TGFβ (rs1800469) – в гомозиготных C/C (9(25%)), T/T (3(8%)) и гетерозиготном C/T (24(66%)) вариантах; ген FGBβ (rs1800788) – в C/C (18(50%)), T/T (2(6%)), и C/T (16(44%)) вариантах; ген Gr3a (rs5918) - T/T (27(75%)) и C/T (9(25%)) вариантах, в группе с атеросклерозом сосудов нижних конечностей : ген TNFα (rs1800629) был представлен в гомозиготном G/G (25(86%)) и гетерозиготном A/G (4 (14%)) вариантах; ген TGFβ (rs1800469) – в гомозиготных C/C (17(57%)), и гетерозиготном C/T (12(41%)) вариантах; ген FGBβ (rs1800788) – в C/C (18(62%)), T/T (5(17%)), и C/T (6(20%)) вариантах; ген Gr3a (rs5918) - в C/C (1(2%)), T/T (20(69%)) и C/T (8(28%)) вариантах.

Заключение. 1. Гетерозиготная аллель гена TGF rs1800469 статистически достоверно ассоциирована с частотой возникновения атеросклероза брахиоцефальных сосудов.

2. Гомозиготная аллель гена C/C TGF rs1800469 более часто встречается у пациентов с атеросклеротическим поражением сосудов нижних конечностей.

3. Полиморфный вариант гена FGB rs1800788 имеет статистически значимую связь с развитием атеросклероза сосудов шеи.

Результаты исследования позволяют предположить неоднородность влияния различных патогенетических механизмов на атерогенез на различных участках сосудистого русла. Изучаемые гены-кандидаты представляют интерес как диагностические маркеры развития и преимущественного места локализации атеросклероза, что необходимо для оптимизации персонализированного подхода к профилактике и лечению пациентов с этим заболеванием, а также представляют интерес для дальнейшего изучения влияния этих полиморфизмов на спектр других заболеваний.

4 ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ЧАСТОТ ХРАПА НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ

Горбунова М. Л., Попова Н. А., Шкарин В. В.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Россия

Известно, что звуковые волны оказывают различные воздействия на организм человека. Храп человека во время сна представлен диапазоном звуковых колебаний, т.е. определенным акустическим спектром.

С позиций акустики храп характеризуется основной звуковой частотой (ОЗЧ), шириной частотного диапазона (ШД), амплитудой ОЗЧ (А1), частотой дискретизации храпа (ЧД) – количество циклов храпа в минуту, вторичными звуковыми частотами (ВЗЧ).

Цель исследования – изучение связей между акустическими характеристиками храпа, показателями эхо-кардиографии и показателями АД по данным суточного мониторирования (СМАД).

Обследовано 65 пациентов, страдающих ночным храпом. Всем пациентам проводилось суточное мониторирование АД, а также эхо-КГ сердца (эхо-КГ), осуществлялась аудиозапись храпа в ночное время, с последующей компьютерной обработкой. Полученные данные подвергались стратификации с помощью кластерного анализа, однофакторного дисперсионного анализа. Анализировались корреляционные связи между основными аудио характеристиками (АХ) храпа и показателями СМАД: систолическим дневным, ночным и случайным АД (САДд, САДн, САДс), аналогично диастолическим (ДАДд, ДАДн, ДАДс), суточными индексами САД и ДАД (СИСАД, СИДАД).

Для оценки влияния фактора ЧД на показатели АД проводили однофакторный дисперсионный анализ, который выявил значимо меньшие величины СИСАД и СИДАД 1.58 % и 0.033 % при ЧД менее 16 в мин. Аналогичные показатели при ЧД >16 в мин составили 11.78 % и 15.05 %.

При анализе корреляционных связей между аудио характеристиками храпа и показателями эхо-КГ выявлены следующие значимые коэффициенты:

ЧД – ОПСС – $p=0.05$ (-0.661), ФБН – $p=0.02$ (0.772)

ЧХр. – ДЗЛК – $p=0.02$ (-0.855), VCF – $p=0.02$ (-0.102)

Др.Ч – ДЦ – $p=0.03$ (-0.734), FBN – $p=0.03$ (-0.775), ИММЛЖ – $p=0.03$ (0.783).

Т.о. частота дискретизации храпа достоверно влияет на показатели ночного АД, причём как САД, так и ДАД, не влияя на их дневные величины, а посредством этого, влияет и суточный ритм АД. Для ЧД менее 16 в мин достоверно чаще встречается при суточной кривой АД типа non-dipper и night peaker. Выявлено достоверное влияние ЧД на величину ОПСС и продолжительность ФБН, а также достоверное влияние ЧХр. на ДЗЛК и на миокардиальную сократимость и показатели давления в малом круге кровообращения.

Следовательно, акустические характеристики храпа оказывают влияние на показатели центральной и внутрисердечной гемодинамики, возможно за счет влияния различных частот по принципу резонанса\антирезонанса.

5 КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СТИМУЛИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА ST2 В ОЦЕНКЕ РАННЕГО ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Груздева О. В., Дылева Ю. А., Учасова Е. Г., Каретникова В. Н., Федорова Н. В., Кашталап В. В., Барбараш О. Л.

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

Цель исследования: определить содержание ST2 и его взаимосвязь с клиническим течением инфаркта миокарда в динамике госпитального периода.

Материалы и методы. Обследовано 88 пациента с инфарктом миокарда (ИМ), средний возраст которых составил $59\pm 8,36$ лет. Верификацию диагноза проводили на основании клинических, электрокардиографических, эхокардиографических и биохимических характеристик ИМ. На 1-е и 12-е сутки ИМ в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом содержание ST2 и NT-proBNP с помощью тест-систем фирм Critical diagnostics (США) и Biomedica (Словакия) соответственно. Контрольную группу составили 30 человек, сопоставимых по полу и возрасту. Статистический анализ данных проводился с помощью непараметрических критериев. Значение уровня $p<0,05$ свидетельствовало о статистической значимости.

Результаты. На 1-е сутки госпитального периода ИМ концентрация ST2 и NT-proBNP увеличивалась по сравнению с контролем в 2,4 раза и в 4,5 раза, соответственно. К 12-м суткам выявлено значимое снижение уровня ST2 в 2,5 раза, в то время как уровень NT-proBNP значимо не изменялся. В течение госпитального периода фиксировали осложнения ИМ (острую сердечную недостаточность, раннюю постинфарктную стенокардию, рецидив ИМ, жизнеопасные нарушения ритма сердца), по наличию которых пациенты были распределены на группы благоприятного ($n=58$) и неблагоприятного ($n=30$) течения ИМ. Содержание ST2 при неблагоприятном исходе госпитального периода на 1 сутки было в 2 раза выше, чем у больных с благоприятным течением ИМ. У пациентов с неблагоприятным течением ИМ содержание

ST2 было выше в 3,7 раза относительно показателей здоровых лиц. При этом неблагоприятное течение ассоциировалось с более высоким уровнем ST2, по сравнению с благоприятным течением. На 12-е сутки в обеих группах наблюдалось снижение уровня маркера (в 3,5 и 2 раза соответственно), однако группы между собой значимо не различались. На 1 сутки ИМ уровень NT-proBNP был в 6,8 раза выше у пациентов с неблагоприятным прогнозом, чем в контрольной группе и 1,8 раза, чем в группе благоприятного течения. На 12-е сутки уровень NT-proBNP оставался повышенным в обеих группах.

В настоящее время концентрация ST2 выше 35 нг/мл свидетельствует о существовании повышенного риска осложнений при ИМ. Среди пациентов вошедших в исследование больных, уровень ST2 которых был < 35 нг/мл было 32 человека, выше 35 нг/мл – 56. Индивидуальный анализ данных пациентов показал, что неблагоприятный исход ИМ был в обеих группах пациентов: у 5-ти человек с уровнем ST2 < 35 нг/мл и у 25 больных с содержанием ST2 > 35 нг/мл.

С помощью логистического регрессионного анализа было выявлено, что увеличение концентрации ST2 повышало риск развития госпитальных осложнений в 1,7 раза (ОШ 1,7; 95%-й ДИ (1,6-2,8) AUG равно 0,78, $p=0,003$). В то время как увеличение NT-proBNP сопровождалось повышением развития неблагоприятного исхода лишь в 1,2 раза (ОШ 1,2; 95%-й ДИ (1,1-1,6) AUG равно 0,69, $p=0,034$). Определение ST2 в комбинации с NT-proBNP увеличивает их диагностическую значимость (ОШ 1,92; 95%-й ДИ (1,7-3,2) AUG равно 0,89, $p=0,004$).

Заключение. Таким образом, более чувствительным показателем течения госпитального периода ИМ является уровень ST2, по сравнению с NTproBNP. Выявлена высокая диагностическая чувствительность и специфичность комбинированного использования ST2 и NTproBNP. Наиболее неблагоприятное течение госпитального периода характерно для одновременного увеличения ST2 и NT-proBNP.

6 ЗАКОНОМЕРНОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ С ИБС УМЕРШИХ ВНЕЗАПНО

Николаева А. В.

Кафедра гериатрии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара, Россия

Введение: внезапная коронарная смерть (ВКС) занимает важное место в структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Старость – состояние, при котором увеличивается вероятность наступления внезапной смерти. Самой частой причиной внезапной смерти у лиц пожилого возраста является ИБС, на долю, которой приходится более 80% случаев ВКС.

Цель: изучение особенностей морфофункционального состояния миокарда у лиц пожилого и старческого возраста с ИБС при внезапной смерти.

Материалы и методы: для решения этой цели был использован аутопсийный материал (сердце) внезапно умерших людей с ИБС в пожилом и старческом возрасте. Материал для гистологического исследования забирали через час после смерти, окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофусцином по Ван Гизону, по Нисслю.

Результаты: анализ структурных изменений в миокарде желудочков сердца проявлялись в атеросклеротическом поражении артерий, наличии спазма и полного закрытия их просвета

за счет бляшек и признаков кардиосклероза, отека стромы, гипертрофии сохранных кардиомиоцитов. Иногда встречаются рубцы от бывших некрозов, фрагментация мышечных волокон по вставочным дискам. В некоторых участках имеет место вакуольная дистрофия кардиомиоцитов, пикноз и, в ряде случаев гипертрофия ядер и клеток. Деструктивно измененные участки перемежались с гипертрофированными или мало измененными волокнами. Структурные сдвиги при внезапной сердечной смерти нередко захватывали все тканевые компоненты. В артериях встречались атеросклеротические бляшки. Элементы микроциркуляторного русла были резко расширены с форменными элементами крови на одних участках и запустеванием просвета и небольшим количеством капилляров на других. В венах и атеросклеротически измененных артериях встречаются тромбы. Межуточные пространства нередко расширены за счет отека стромы или развития жировой ткани. В связи с тем, что ишемия миокарда сопровождается тяжелыми нарушениями сердечного ритма, представляет интерес выявление структурных признаков морфофункциональных повреждений в предсердиях. В исследованном миокарде дистрофические изменения проявлялись в наличии участков повышенной эозинофилии и фуксинофилии саркоплазмы кардиомиоцитов. Волнообразный характер волокон встречается часто и нередко сочетается с их фрагментацией. Часть фрагментированных волокон подвергается лизису. В миокарде предсердий наблюдается наличие очагов молодой соединительной ткани, окружающей фрагментированные волокна и рубцов из более зрелой ткани, что является признаком некрозов различной давности. Фрагментация мышечных волокон захватывает значительные пространства миокарда. Иногда она сочетается с выраженной эозинофилией и фуксинофилией волокон, особенно ядер.

Заключение: полученные данные свидетельствуют о глубоких изменениях миокарда предсердий при внезапной сердечной смерти у лиц пожилого и старческого возраста. Наряду с признаками ишемического повреждения сосудов за счет атеросклероза представляют интерес изменения, которые относят к непосредственно приводящим к фибрилляции. К таковым мы относим выраженную фрагментацию волокон миокарда и деструктивные признаки в нейронах интрамуральных ганглиев. Последние являются постганглионарными двигательными клетками парасимпатической системы, передающими вагусное влияние, что способствует преобладанию влияния катехоламинов в симпатической иннервации. В связи с возможностью возникновения очагов некроза (инфаркта) в предсердиях, возможен и феномен реперфузии ишемизированного миокарда с выявлением аритмогенных субстанций, приводящих к фибрилляции и внезапной смерти.

7 ДНК-ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА МАРФАНА

Рогожина Ю. А., Румянцева В. А., Букаева А. А., Заклязьминская Е. В.
ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского», Москва, Россия

Введение. Синдром Марфана (СМ) – одно из самых частых заболеваний из группы дисплазий соединительной ткани. Для этого синдрома характерны поражение сердечно-сосудистой системы, изменения скелета (длинные конечности, деформация позвоночника и грудной клетки) и аномалии глаз (подвывих хрусталика, миопия). Основные факторы ограничения продолжительности жизни - осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы. Сердечно-сосудистые проявления включают дилатацию аорты на уровне синусов Вальсальвы, высокий риск аневризм/разрывов аорты и других крупных сосудов, пролапс митрального клапана с регургитацией или без нее, пролапс трехстворчатого клапана и расширение проксимальных отделов легочной артерии. У большинства пациентов обнаруживается мутация в гене *FBN1*, состоящем из 65 кодирующих экзонов. В связи с большой продолжительностью гена и отсутствием «горячих» участков диагностика СМ затруднена.

Цель. Разработка оптимального протокола диагностического поиска мутаций с использованием секвенирования нового поколения (NGS) и оценка спектра мутаций в российской выборке больных с синдромом Марфана.

Материалы и методы. Поиск мутаций во всех кодирующих экзонах FBN1 был проведен 21 пациенту, для 10 пациентов был исследован только кластер из 9 экзонов (24-32). У всех пациентов полностью выполнялись диагностические критерии СМ. Молекулярно-генетический анализ полной последовательности гена проводился методом высокопроизводительного полупроводникового секвенирования на платформе Ion Torrent с проверкой найденных замен путем прямого секвенирования по Сенгеру. Исследовались кодирующие участки и прилегающие интронные области гена FBN1. Все генетические варианты проанализированы с помощью Гентских критериев и ресурсов NetGene2, PolyPhen2 и Sift.

Результаты. При исследовании девяти экзонов гена FBN1 миссенс-мутации обнаружены у 4 пациентов (p.C921R, p.C950S, p.A986T, p.I1048T). При исследовании полной последовательности значимые генетические изменения найдены у 18 пациентов из 21. У 6 пациентов обнаружено 6 преждевременных стоп-кодона, у 3 пациентов делеции со сдвигом рамки считывания, у 9 пациентов найдены новые несинонимичные замены. По Гентским критериям и данным биоинформатических ресурсов все найденные замены оцениваются как патогенные.

Заключение. Европейские рекомендации по диагностике и лечению заболеваний аорты (2014) выделяют пациентов с СМ и другими дисплазиями соединительной ткани в отдельную группу больных, имеющих особенности при выборе тактики оперативного вмешательства. Одним из больших критериев для постановки диагноза является обнаружение патогенной мутации в гене FBN1. При отсутствии «горячих» экзонов, внедрение NGS позволяет оптимизировать поиск мутаций даже в таких протяженных генах, как ген FBN1. Медико-генетическая консультация и ДНК-диагностика являются интегральными методами для оказания мультидисциплинарной помощи.

8 ПРОТИВОРЕЧИЯ СОВРЕМЕННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОЛОГИИ. КАРДИОМЕТРИЯ - НОВОЕ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЕ НАУЧНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ.

Руденко М. Ю., Зернов В. А., Воронова О. К.

НОУ ВПО «Российский Новый Университет», Москва, Россия

Введение. Данная работа описывает метод диагностики функционирования сердечно-сосудистой системы, лежащий в основе кардиометрии – принципиально нового направления, позволяющего решить многие проблемы современной кардиологии.

Цель. Значительное повышение точности и информативности диагностики и контроля качества имплантируемых устройств новым мультипараметрическим методом фазового анализа сердечного цикла.

Материалы и методы. В основе метода лежит научное открытие режима сверхтекучести крови в крупных кровеносных сосудах, которое обеспечивается фазовым функционированием сердечно-сосудистой системы. Метод является первым косвенным методом измерения фазовых объемов крови. Высокая точность обеспечивается математическими уравнениями описывающими режим сверхтекучести. Регистрируя только одно отведение ЭКГ, но в оригинальном отведении, которым является восходящая аорта, а также синхронно с ней реограмму восходящей аорты, метод позволяет не только измерять 7 фазовых объемов крови в каждом сердечном цикле, но и качественно оценивать функции каждого сегмента сердца и аорты.

Результаты. Метод прошел сравнительные клинические исследования с прямыми методами измерения термодилуции и Фика. Результаты показали значительное превосходство нового косвенного метода измерения, получившего название мультипараметрического, за счет его возможностей диагностики. Разработанный прибор, основанный на теории сверхтекучести крови, выпускается серийно с 2004 года. Имеет сертификаты РФ и ЕС. Прибор, позволяет с высокой точностью отслеживать любые изменения в работе сердечно-сосудистой системы. При имплантации различных устройств, таких как электрокардиостимуляторы или клапаны аорты, оперативно отслеживает качество их функционирования.

Заключение. Мультипараметрический метод фазового анализа сердечного цикла впервые предоставил возможность точно оценивать качество работы имплантируемых устройств. Особенно важно, что с его помощью можно отслеживать точность функционирования механизма регуляции диастолического артериального давления и систолического. Это дает возможность совершенствовать имплантируемые устройства и приближать замещаемые ими функции к реальным.

РАЗДЕЛ II. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ

9 ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОСТУПАЮЩИХ В ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Бакшеев М. Г., Лосев И. И., Булгакова С. В., Рубаненко А. О., Кириченко Н. А.
ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Цель. Оценить возрастные и гендерные особенности пациентов с артериальной гипертензией (АГ) пожилого и старческого возраста, поступающих в приемное отделение.

Материалы и методы. За 2014 год в приемное отделение клиник СамГМУ поступило 10004 пациентов терапевтического профиля, из них 1507 пациентов с АГ (15,1%). Среди пациентов с АГ пожилого возраста было 607 человек (40,3%), старческого возраста - 351 человек (23,3%). В дальнейшем в исследование было включено 958 пациентов с АГ пожилого и старческого возраста, подписавших протокол информированного согласия на участие в исследовании, среди них 854 (88,5%) пациента было госпитализировано по экстренным показаниям и 111 (11,5%) - в плановом порядке. Среди каналов госпитализации преобладали пациенты, доставленные скорой помощью в экстренном порядке (45,5%), в то время как 33,3% пациентов направлялись экстренно поликлиникой. На другие каналы госпитализации приходилось 21,2% пациентов.

Результаты исследования. Среди пациентов, доставленных скорой помощью, пациентов пожилого возраста было на 23,5% больше ($p < 0,05$), среди пациентов, направленных из поликлиники в экстренном порядке - на 16,2% больше ($p < 0,05$), среди пациентов, поступивших самотеком - на 36,1% больше ($p < 0,05$), среди пациентов поступивших в плановом порядке - на 59,6% больше, чем пациентов старческого возраста ($p < 0,05$).

При анализе гендерных различий у пациентов с АГ было выявлено, что среди всех пациентов, включенных в исследование, по всем каналам госпитализации преобладали женщины, при этом, среди всех пациентов, поступивших по скорой помощи женщин было на 61,2% больше ($p < 0,05$), при направлении поликлиникой экстренно - на 53,8% больше ($p < 0,05$), при обращении самотеком - на 46,8% больше ($p < 0,05$), при плановой госпитализации - на 42,4% больше ($p < 0,05$), чем мужчин.

Следует отметить, что среди всех пациентов с АГ, поступивших по скорой помощи, 47,1% были женщины пожилого возраста ($p < 0,05$) и 32,6% - женщины старческого возраста ($p < 0,05$). Похожая картина наблюдалась также и у пациентов, направленных экстренно поликлиникой. У пациентов, поступивших самоотеком, также преобладали женщины пожилого возраста (46,9%), однако разница между мужчинами пожилого возраста и женщинами старческого возраста оказалась статистически незначимой (4,3%), в отличие от двух предыдущих групп. В тоже время, хотя для пациентов, поступивших в плановом порядке, женщин пожилого возраста также оказалось подавляющее большинство (55,9%), около одной четверти пациентов составили мужчины пожилого возраста и только 15,3% - женщины старческого возраста, что является наименьшим процентом для всех групп.

Обсуждение и выводы. Артериальная гипертензия является причиной для госпитализации 15,1% пациентов терапевтического профиля, из них 64% пациентов имеют возраст от 60 лет и старше. При этом практически половина пациентов с артериальной гипертензией поступают по скорой помощи и только 11,5% пациентов поступают в плановом порядке на подбор антигипертензивной терапии. По всем каналам госпитализации у пациентов с артериальной гипертензией пожилого и старческого возраста в гендерном аспекте значительно преобладают женщины, при этом женщины пожилого возраста составляют практически половину всех пациентов в возрасте от 60 лет и старше при госпитализации с артериальной гипертензией по скорой помощи и самоотеком, чуть меньше половины - при госпитализации в экстренном порядке по направлению из поликлиник и больше половины - при плановой госпитализации. При этом пациентов старческого возраста, поступающих в стационар по поводу артериальной гипертензии на 26,5% меньше, по сравнению с пациентами пожилого возраста.

10 РАННИЕ МАРКЕРЫ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПО ДАННЫМ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ

Бородин Н. В., Костенко И. И., Лышова О. В.

ГБОУ ВПО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, Воронеж, Россия,

Введение. Замедление атриовентрикулярного проведения и реполяризации являются ранними маркерами функциональных и структурных заболеваний миокарда. В зарубежной литературе описаны случаи удлинения интервалов PQ и QTc (≥ 450 мсек) на электрокардиограмме (ЭКГ) во время сна, ассоциированные с обструктивными апноэ. Однако причинно-следственные связи изучены недостаточно.

Цель. Определить частоту встречаемости транзиторной атриовентрикулярной блокады первой степени у мужчин с артериальной гипертензией (АГ) и подозрением на синдром обструктивного апноэ-гипопноэ сна (СОАГС).

Материалы и методы. В период с сентября 2013 г. по май 2015 г. по данным ежегодного диспансерного наблюдения у 134 мужчин впервые диагностирована АГ 1-й (74,7%), 2-й (18,7%) и 3-й (6,7%) степени. Все пациенты предъявляли жалобы на храп и дневную сонливость. Возраст пациентов от 22 до 59 лет ($M \pm \sigma$; $40,5 \pm 7,0$ лет); индекс массы тела от 24,7 до 50,5 кг/м² ($34,5 \pm 4,7$ кг/м²). Среди них нормальная (1,5%) и избыточная (14,2%) масса тела, ожирение 1-й (40,3%), 2-й (30,6%) и 3-й (13,4%) степени. Всем пациентам выполнялось 24-х часовое полифункциональное исследование с кардиореспираторным мониторингом во время сна («Кардиотехника-07»),

ИНКАРТ, Санкт-Петербург). Анализ длительности интервалов PQ и QTc проводили в автоматическом режиме по динамической ЭКГ (по 5 и 8 отведениям соответственно), во взаимосвязи с частотой сердечных сокращений (ЧСС) на протяжении цикла «сон-бодрствование». Обработку данных осуществляли с помощью программного обеспечения «КТ Result 3». Достоверность различий по критерию Манна-Уитни и критерию z считали при уровне $p < 0,05$.

Результаты. Среди обследованных пациентов у 50 (37%) выявлена транзиторная атриовентрикулярная блокада первой степени. Из них у 30 (60%) – на протяжении всего цикла «сон-бодрствование» (от 3 мин до 15,6 ч), у 6 (12%) – только в период бодрствования (от 1 до 12 мин) и у 14 (28%) – во время сна (от 1 мин до 1,5 ч). По данному признаку пациенты разделены на две группы: 1-я группа – изучаемая ($n=50$) и 2-я группа – сравнения ($n=84$). При этом 1-я группа отличалась от 2-й по максимальным значениям PQ-интервала днем ($210,1 \pm 25,1$ против $173,5 \pm 16,3$ мсек) и ночью ($217,3 \pm 26,9$ против $174,8 \pm 17,5$ мсек), во всех случаях $p < 0,05$. Группы сопоставимы по возрасту; индексу массы тела; продолжительности цикла «сон-бодрствование»; встречаемости СОАГС (84 против 69 %) и по числу пациентов, принимающих бета-блокаторы (18 против 15 %). Пациенты 1-й группы, по сравнению со 2-й, имели тенденцию к более высоким значениям индексов апноэ-гипопноэ (Me; P25-P75; 16,5; 7,0-45,0 против 9,0; 3,0-23,0 в ч) и гипоксемии (14,5; 5,0-34,0 против 9,5; 1,5-26,5 в ч). Исследуемые группы не имели значимых различий по уровню среднего систолического АД днем ($141,0 \pm 14,6$ против $143,8 \pm 23,9$ мм рт.ст.) и ночью ($128,3 \pm 17,9$ против $126,6 \pm 17,7$ мм рт.ст.), диастолического АД днем ($83,9 \pm 9,9$ против $84,5 \pm 10,1$ мм рт.ст.) и ночью ($72,4 \pm 11,7$ против $70,9 \pm 11,4$ мм рт.ст.), минимальной ЧСС днем ($60,5 \pm 9,3$ против $63,0 \pm 8,9$ в мин) и ночью ($56,9 \pm 7,9$ против $55,3 \pm 6,9$ в мин), максимальным значениям QTc-интервала (maxQTc) ночью ($451,6 \pm 24,8$ против $459,5 \pm 25,4$ мсек). Однако 1-я группа отличалась от 2-й по maxQTc днем ($457,2 \pm 27,6$ против $468,0 \pm 25,2$ мсек) и за весь цикл «сон-бодрствование» ($460,8 \pm 28,5$ против $468,0 \pm 25,2$ мсек), во всех случаях $p < 0,05$.

Заключение. Встречаемость транзиторной атриовентрикулярной блокады первой степени в цикле «сон-бодрствование» у мужчин с АГ составила 37 % ($n=50$). В группе пациентов, не имеющих и имеющих замедление атриовентрикулярного проведения, отмечалось удлинение QTc-интервала, но у последних наблюдалась сравнительно меньшая

11 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА

Васкес Абанто А. Э¹, Арельяно Васкес С. ², Васкес Абанто Х. ³

¹КГКБ № 8, кардиологическое отделение, Киев, Украина,

²Universidad San Pedro. Escuela académico-profesional de tecnología médica, Лима, Перу,

³Отделение НМП Оболонского района, Киев, Украина

На уровне первичного звена оказания медицинской помощи, в частности в медицине неотложных состояний (НМП, СМП), собственный опыт авторов показывает, что по болезням органов кровообращения фиксируется 40,84% вызовов, среди которых вызовы по артериальной гипертензии (АГ) с кризами выделяется у 25,74% пациентов (см. тезисы авторов, в материалах всероссийской конференции в Самаре, 7-8 ноября 2014 г.). Необходимо отметить, что АГ, чаще всего в виде сопутствующего диагноза, встречается практически среди всех случаев вызова по болезням кровообращения.

Начиная от уже известной концепции об артериальном давлении, АД (сила, которой воздействует кровь на стенки кровеносных сосудов, в частности артерий, когда она выбрасывается сердцем), чем выше оно, тем больше усилий нужно сердцу для того, чтобы перекачивать кровь. Нормальное АД у взрослых считается 120 мм. рт.ст. (систолическое давление, САД) и 80 мм рт.ст. (диастолическое давление, ДАД), высокое или повышенное, когда САД \geq 140 мм. рт.ст. и / или ДАД \geq 90 мм. рт.ст.

Относительно факторов риска (ФР) в многоцентровом исследовании с участием 6762 пациентов с АГ, без доказанных предыдущих сердечно-сосудистых событий (авторы: de la Sierra A., González-Segura D.), опубликованном в журнале «Medicina clínica» de la Facultad de Medicina de Barcelona в мае 2011 года, где большинство пациентов положительно отвечали критериям высокого или очень высокого сердечно-сосудистого риска, чаще всего выявлялись факторы дислипидемии (73,6%), пожилого возраста (50,8%) и абдоминального ожирения (31,7%). Что касается повреждений в органах-мишенях, больше всего наблюдались аномалии функции почек (24,1%), гипертрофии левого желудочка (16,4%) и микроальбуминурии (10,7%).

В другом исследовании (авторы: Martell-Claros N., Galgo-Nafria A.), опубликованном в журнале European journal of preventive cardiology в июне 2012 года было отмечено, что вновь диагностированные пациенты среди гипертоников (< 55 лет) на уровне ПМСП в Испании имеют выраженную ассоциацию ФР сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и высокий сердечно-сосудистый риск. В этом исследовании, из всех пациентов с АГ, 5,8% не имели ФР ССЗ, у 23,2% был зафиксирован как минимум 1 ФР, связанный с высоким АД, у 32,8% – 2, у 24,7% – 3, у 11,3% – 4, а у 2,3% было выявлено 5 ФР ССЗ. Наиболее распространенным ФР ССЗ была дислипидемия, которая встречается у 80,4% (у 37,9% с лечением), с последующим абдоминальным ожирением, у 45,9% случаев пациентов с АГ. Распространенность метаболического синдрома составила 44,4%. Сердечно-сосудистый риск встречался в среднем у 0,2% выборки, с низким содержанием у 5%, умеренной у 26,1%, с высоким содержанием у 47,3%, и очень высоким содержанием у 21,4%.

В результате высокого или повышенного АД, тем более, если оно уже перешло к гипертонии и не контролируется врачом, отрицательные последствия для здоровья могут усугубляться такими ФР, которые повышают вероятность развития осложнений и прогрессирования такого состояния: потребление табака, неправильное питание, злоупотребление алкоголем, незначительная физическая активность и воздействие непрерывного стресса, также как и ожирение, высокий уровень холестерина и сахарный диабет.

В своем докладе по случаю Всемирного дня здоровья 2013 «Общие сведения о гипертонии в мире», ВОЗ четко заявляет о своей озабоченности этой проблемой, что нашло свое отражение в 40 страницах информации, фактов и цифр.

Все эти понятия и сведения о гипертонии периодически подвергаются пересмотру международным медицинским сообществом, в соответствии с исследованиями и накопленным опытом в повседневной практике. ВОЗ в своем рапорте «Общая информация о гипертонии в мире. Всемирный день здоровья 2013» рассматривает в качестве причин гипертонии ФР, связанные с поведением, социально-экономические факторы, а также группу факторов, которые могут скрыть генетическое составляющее вторичного характера (к примеру, почечные или эндокринные болезни), или, возможно, факторы, связанные с временной тревогой (страхом) перед медицинской консультацией («синдром белого халата»).

Фактор риска по утверждению ВОЗ – это какое-либо свойство или особенность у конкретного человека или какое-либо воздействие на него, повышающие вероятность в будущем развития болезни или травмы. Согласно исследованиям ВОЗ, значительно повышают риск внезапной смерти три основных фактора: гипертония, гиперхолестеринемия и курение. Основными ФР возникновения ССЗ (более 80% случаев) считаются нездоровое и несбалансированное питание, малоподвижность и употребление табака. Следствием неправильного питания и малоподвижного образа жизни является повышение АД, рост уровня глюкозы в крови, повышенное

количество жиров в крови, избыточный вес и ожирение. Все это объединяют одним общим термином «промежуточные факторы риска». Существует также множество основополагающих причин, оказывающих непосредственное влияние на формирование хронических болезней (в т.ч. и АГ) – глобализация, урбанизация, старение населения, а также нищета и стресс.

12 ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЙ КРОВОТОК У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ I-II СТАДИЯМИ: ВЛИЯНИЕ АНТИ-ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Давидович И. М¹., Процык О. М²., Воронова Т. А³.

¹ГБОУ ВПО ДВГМУ МЗ РФ, Хабаровск, Россия,

²КГБУЗ «Консультативно-диагностический центр «Вивея», Хабаровск, Россия

Цель исследования: оценить влияние антигипертензивной терапии фиксированной низкодозовой комбинацией лизиноприла и амлодипина на ауторегуляцию тонуса сосудов и церебральное венозное кровообращение у людей молодого возраста с гипертонической болезнью (ГБ) I-II стадией.

Материал и методы: Обследовано 15 человек, средний возраст 39 лет с ГБ I-II стадиями, исходно не леченные. Всем было проведено суточное мониторирование АД (СМАД) на аппарате VpLab («Петр Телегин»). Состояние кровотока в общих, наружных и внутренних сонных артериях (СА), передних, средних и задних мозговых артериях (МА), центральных артериях сетчатки и позвоночных артериях (ПА), венозный отток во внутренних яремных (ВЯВ) и позвоночных венах (ПзВ), венах Розенталя (ВР), центральных венах сетчатки (ЦВС) и прямом синусе (ПС) - ультразвуковым методом на интракраниальном уровне секторным фазированным датчиком с частотой 1,5-3,5 МГц, на экстракраниальном уровне линейным датчиком 5-10 МГц на аппарате Logiq 9 (GE Healthcare, USA). Во ВЯВ определяли площадь сечения, % ее прироста в пробе Вальсальвы и усредненную по времени максимальную скорость кровотока (V_{mean}). В ПзВ - диаметр вены и усредненную по времени максимальную скорость кровотока (V_{mean}). В ВР, ЦВС и ПС – пиковую систолическую скорость кровотока (V_{ps}). Все пациенты получали терапию фиксированной низкодозовой комбинацией лизиноприла и амлодипина в течение 12 недель с повторной оценкой кровотока. Статистический анализ

Результаты: у лиц с ГБ I-II стадии наблюдалось снижение скорости кровотока (V_{ps}) в разных ветвях СА. Расчёт относительно риска (ОР) показал, что ОР снижения АД в различных ветвях СА, по сравнению с лицами с нормальным АД, составляет от 4,42 до 8,04, что свидетельствовало об адекватном функционировании у них механизмов ауторегуляции мозгового кровотока. Это подтверждалось наличием обратных корреляционных связей между V_{ps} в разных ветвях СА и средним систолическим АД. Оценка состояния кровотока во ВЯВ выявила, что вне зависимости от стадии ГБ площадь ВЯВ с обеих сторон превышала показатели в контрольной группе. Растяжимость ВЯВ у больных ГБ была меньше, чем у лиц с нормальным АД, при проведении пробы Вальсальвы у них наблюдался достоверно меньший процент прироста площади сечения ВЯВ. Снижение растяжимости стенки ВЯВ было отмечено в основном при II стадии ГБ. У больных ГБ II стадии снижение податливости ВЯВ сопровождалось и снижением в них усредненной по времени максимальной скорости кровотока и ростом процента асимметрии линейной скорости кровотока между ВЯВ и соотношением $S_{вяв}/S_{са}$ ($3,8 \pm 0,05$ и $4,6 \pm 0,1$, $p=0,001$; $2,89 \pm 0,06$ и $3,4 \pm 0,05$, $p=0,001$ соответственно). 12 недельная терапия фиксированной низкодозовой комбинацией лизиноприла и амлодипина

(Экватор) способствовала достоверному снижению систолического и диастолического АД в целом по всей группе. При этом существенных изменений со стороны цереброваскулярного кровотока отмечено не было.

Заключение: у людей молодого возраста с ГБ I-II стадией фиксированная низко-дозовая комбинация лизиноприла и амлодипина эффективно контролировало АД и не оказывало принципиального влияния на цереброваскулярный кровоток.

13 ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ГРУППЫ РИСКА

Лобасов Р. В., Чернышев А. В., Быков А. Т., Варгазарян М. А.

ГБОУ ВПО Кубанский Государственный Медицинский Университет Минздрава России, Краснодар, Россия

Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти населения в большинстве развитых стран мира, включая Россию. В настоящее время убедительно доказана взаимосвязь между развитием сердечно-сосудистых заболеваний, преждевременной смертью и так называемыми факторами риска. Гипертоническая болезнь занимает особое место среди сердечно-сосудистых заболеваний, т.к. является одним из наиболее распространённых патологических состояний среди трудоспособного населения, началом сердечно-сосудистого континуума. Именно гипертоническая болезнь и её осложнения приводят к наибольшей смертности и инвалидизации в нашей стране. Нормализация образа жизни и применение корректирующих профилактических немедикаментозных технологий (гидробальнеотерапия, газовая терапия, санаторно-курортное лечение и т.д.) препятствуют развитию гипертонической болезни, и могут нормализовать «мягкую» артериальную гипертензию, «высокое нормальное» артериальное давление без применения фармакологических препаратов на уровне популяции и отдельных групп населения.

Цель работы. Оптимизировать методологию раннего выявления и немедикаментозный комплекс профилактики и коррекции нарушений у лиц группы риска артериальной гипертензии.

Материал и методы исследования. В исследование вошли жители г. Сочи, в количестве 226 человек. Обследуемые были разделены на 2 группы, основную (n=118) и контрольную (n=108), женщин 56%, мужчин 44%, в возраст старше 25 лет. Параметры включения – наличие факторов риска и бессимптомное поражение органов мишеней артериальной гипертензии; параметры исключения – верифицированное заболевание сердечно-сосудистой системы и здоровые лица. Пациентам из основной группы проводили комплекс немедикаментозных лечебно-профилактических мероприятий в течение 1 года, включающий рациональное питание, оптимизацию двигательной активности, климатолечение - в течение всего периода исследования, гиперкапнотерапию, психотерапию и обучающие программы – циклами в начале и конце исследования. Лица из контрольной группы образ жизни не меняли и каким-либо лечебно-профилактическим воздействиям не подвергались. Контроль клинико-функциональных и лабораторно-инструментальных показателей производился всем пациентам дважды, перед началом и в конце исследования. Использовались следующие методы исследования: сбор анамнеза для выявления отягощённой наследственности, статуса курения и употребления алкоголя, питания, включая употребление соли, соблюдения режима труда и отдыха. Оценка физической активности с помощью международного опросника (IPAQ). Определение психоэмоционального статуса с помощью опросника САН (самочувствие-активность-настроение). Осмотр окулиста (глазное дно), дерматолога (псориаз), психоневролога (неврологический статус, тип личности); антропометрические исследования;

инструментально-функциональные – измерение артериального давления (клиническое, домашнее, суточное, вариабельность); выявление поражения органов мишеней - электро- и эхокардиография, ультразвуковое исследование магистральных артерий головы, щитовидной железы, почек, надпочечников. Капилляроскопия; полисомнография по показаниям; магниторезонансная томография головного мозга; клинические, биохимические, иммунологические анализы крови и мочи.

Результаты. В контрольной группе среднесуточное артериальное давление (мм рт.ст.) до проведения профилактических мероприятий составило $111,3 \pm 2,7$; после лечения - $113,0 \pm 2,5$ (повысилось на $1,7$ мм рт.ст); в основной группе, соответственно $110,3 \pm 3,1$ и $102,3 \pm 2,3$ (снизилось на 8 мм рт.ст) ($p < 0,05$). В течение исследования в основной группе диагноз «Гипертоническая болезнь» был верифицирован у 4 человек (3,4%), а в контрольной группе у 13 человек (12%).

Заключение. Полученные данные свидетельствуют в пользу эффективности разработанного комплекса физических методов профилактики у лиц группы риска артериальной гипертензии. Таким образом, оптимизированная методология ранней диагностики факторов риска и поражения органов мишеней артериальной гипертензии позволила выявлять и стратифицировать лиц группы риска, для более эффективной профилактики, а разработанный комплекс лечебно-профилактических немедикаментозных мероприятий позволил снизить заболеваемость гипертонической болезнью и её осложнения, что обосновывает её более широкое применение в первичном звене здравоохранения.

14 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Маянская С. Д¹., Гребенкина И. А²., Лукша Е. Б³., Попова А. А³., Егорова Л. С³.

¹ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», Казань, Россия,

²ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», Новосибирск, Россия

Цель исследования. Изучить эндотелий-зависимую вазодилатацию (ЭЗВД) и эндотелий-независимую вазодилатацию (ЭНВД) у лиц молодого возраста с наследственной отягощенностью (НО) по артериальной гипертензии (АГ) с нормальным артериальным давлением (АД) (НАД), высоким нормальным АД (ВНАД) и АГ, сопоставив с толщиной комплекса интима-медиа (ТКИМ) общей сонной артерии (ОСА).

Материалы и методы. В исследование включено 95 потомков больных с АГ: 38 больных с АГ (группа 1-Д), 22 исследуемых с ВНАД (группа 2-Д) и 35 человек с НАД (группа 3-Д). В группах 1-Д, 2-Д и 3-Д курили 63%, 35% и 37% лиц соответственно, избыточную массу тела имели 70%, 45% и 28% исследуемых соответственно. Группу контроля составили 24 здоровых лиц без НО по АГ. Группы были сопоставимы по возрасту (средний возраст $24,5 \pm 2,7$ лет) и полу. Проводилось суточное мониторирование АД, дуплексное сканирование плечевой артерии (ПА) на аппарате «Vivid 3» («GE») с оценкой ЭЗВД с использованием пробы постокклюзионной реактивной гиперемии на ПА и ЭНВД с введением нитроглицерина по методике Celermayer et al., ультразвуковое сканирование сонных артерий на аппарате «SonoAce-8000Ex» («Medison»).

Результаты: В основных группах исследуемых ЭЗВД была достоверно ниже, чем в группе контроля. В группах 1-Д и 2-Д среднее значение ЭЗВД ПА составило $12,1 \pm 0,6\%$ и $11,8 \pm 4,5\%$ соответственно, что было ниже на 25,3%, на 27% соответственно по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$). Гипоспастический тип реакции эндотелия сосудов наблюдался у 28,6% пациентов из

группы 1-Д, у 27,8% лиц из группы 2-Д и у 11,5% исследуемых из группы 3-Д. Среднее значение ЭНВД ПА в группах 1-Д и 2-Д составило $19,1 \pm 2,1\%$ и $18,3 \pm 1,4\%$ соответственно, что на 21,2% и 24,3% соответственно было меньше по сравнению с контролем ($p < 0,001$). Между нормотониками с НО по АГ и без НО по АГ достоверных различий по значению ЭЗВД и ЭНВД не наблюдалось.

У лиц из группы 1-Д величина ТКИМ ОСА на 12,5% достоверно превышала аналогичный показатель в контроле. При этом, 2-ая, 3-ая и 4-ая квантили распределения ТКИМ ОСА наблюдались у 40%, 6% и 6% пациентов группы 1-Д соответственно. Первая квантиль распределения ТКИМ ОСА чаще регистрировалась в группах 2-Д и 3-Д (у 79% и 87% лиц соответственно).

Выводы. Таким образом, отмечалось снижение функциональной активности эндотелия сосудов у молодых лиц с НО по АГ не только при АГ, но и при высоко нормальном АД. ТКИМ ОСА увеличивалась по мере повышения уровня АД. Следовательно, исследование функционального состояния эндотелия сосудов и определение ТКИМ ОСА у молодых лиц из семей больных АГ, позволяет выявить у них ранние признаки субклинической формы атеросклероза.

15 ЦИТОАРХИТЕКТОНИКА ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ, ПОЛУЧАЮЩИХ СПИРАПРИЛ

Медведев И. Н., Гамолина О. В.

Курский институт социального образования (филиал) ФГБОУ ВПО, Курск, Россия

Введение. Остается не ясно влияние ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента на развивающиеся у больных артериальной гипертонией (АГ) с нарушением толерантности к глюкозе (НТГ) нарушения цитоархитектоники эритроцитов.

Цель – оценить динамику цитоархитектоники эритроцитов у больных АГ с НТГ с помощью длительного приема спираприла.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 23 больных АГ 1-2 степени с НТГ и 27 здоровых людей. Содержание измененных и нормальных форм эритроцитов оценивалось фазовым контрастом с последующим расчетом индекса трансформации (ИТ), индекса обратимой трансформации (ИОТ), индекса необратимой трансформации (ИНОТ), индекса обратимости (ИО). Всем больным назначался спираприл бмг 1 раз в сутки с оценкой в исходе и через 52 недели терапии. Статистическая обработка велась t-критерием Стьюдента.

Результаты. У больных АГ с НТГ на фоне спираприла за год лечения отмечено нарастание в крови уровня дискоидных эритроцитов на 26,2%. При этом у них понижалось суммарное количество обратимо и необратимо измененных форм эритроцитов на 32,6% и 69,8%, соответственно, при уменьшении ИТ с $0,43 \pm 0,12$ до $0,33 \pm 0,20$. Это сопровождалось снижением ИОТ на 36,8% и ИНОТ в 2,16 раза при нарастании ИО на 28,2%.

Заключение. У больных АГ с НТГ годовой прием спираприла оказывает выраженное оптимизирующее влияние на цитоархитектонику эритроцитов, полностью не выводя ее на уровень контроля.

16 ПОВЕРХНОСТНАЯ ГЕОМЕТРИЯ ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ НА ФОНЕ ФЛУВАСТАТИНА

Медведев И. Н., Скорятина И. А.

Курский институт социального образования (филиал) ФГБОУ ВПО, Курск, Россия

Введение. У больных артериальной гипертонией (АГ) с дислипидемией (Д) нередко развиваются изменения формы эритроцитов, оказывая влияние на особенности реологии крови, динамика которой под действием традиционно применяемой у них терапии неизвестна.

Цель – исследовать возможность коррекции цитоархитектоники эритроцитов у больных АГ с Д с помощью флувастатина.

Материалы и методы. В исследование включено 32 больных АГ и Д. Контроль представлен 26 здоровыми людьми. Оценивалось содержание в крови патологических и нормальных форм эритроцитов с фазовым контрастом с расчетом индекса трансформации (ИТ), индекса обратимой трансформации (ИОТ), индекса необратимой трансформации (ИНОТ). Больным назначался флувастатин 40 мг на ночь с оценкой показателей в исходе и через 52 недели терапии. Статистическая обработка велась t-критерием Стьюдента.

Результаты. Применение флувастатина у больных АГ с Д увеличило в крови уровень дискоцитов за год до $78,8 \pm 0,11\%$. Суммарное количество в их кровотоке обратимо и необратимо измененных форм эритроцитов снижалось до $13,5 \pm 0,25\%$ и $7,7 \pm 0,30\%$, соответственно. Это сопровождалось у пациентов понижением ИТ с $0,45 \pm 0,023$ в исходе до $0,27 \pm 0,019$ к году наблюдения при уменьшении ИОТ до $0,24 \pm 0,021$ и слабом снижении величины ИНОТ (на 3,1%).

Заключение. У больных АГ с Д, принимающих 1 год флувастатин, отмечается значимое улучшение цитоархитектоники эритроцитов, не позволяющее достичь ей уровня контроля.

17 РАЦИОНАЛЬНАЯ ДИЕТА И РЕГУЛЯРНЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВКИ В КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Медведев И. Н.¹, Солдатова О. А.².

¹Курский институт социального образования (филиал) ФГБОУ ВПО, Курск, Россия,

²РЕАВИЗ г. Самара, Самара, Россия

Метаболический синдром (МС) – это сочетание патогенетически связанных и взаимоотягчающих нарушений обмена веществ: тканевая инсулинорезистентность (ИР), гиперинсулинемия, нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) или сахарный диабет типа 2 (СД типа 2), артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия, гиперлипидемия и абдоминальное ожирение.

В этой связи на первый план в лечении больных с МС выходят немедикаментозные методы терапии.

Приоритетным фактором в лечении ожирения при МС является диета с низкой энергетической ценностью и высоким содержанием биоантиоксидантов. Количество энергии, получаемой с пищей за сутки, определяется степенью ожирения. Так, у больных с ожирением I-II степени

(индекс массы тела (ИМТ) – 27-34 кг/м²) энергетическая ценность суточного рациона должна составлять 1000-1200 ккал, т. е. 15-20 ккал на 1 кг идеального веса. При более выраженном ожирении (ИМТ 35—39 кг/м²) назначается диета 800-1000 ккал, т. е. 10-15 ккал на 1 кг идеального веса. Следует иметь в виду, что значительное снижение энергетической ценности диеты – до 330 ккал в день – может привести к усугублению ИР.

В рационе больных с МС должно содержаться 15-20% белка, 25-30% жира и 55-60% углеводов, причем две трети жиров должно быть растительного происхождения.

В употребляемых продуктах должно содержаться большое количество пищевых волокон (более 30 г/сут).

Рекомендуется употреблять продукты богатые биоантиоксидантами и в первую очередь витамином Е (суточная доза 100-800 ЕД). Антиоксиданты ингибируют образование свободных радикалов и перекисное окисление липидов, улучшают эндотелийзависимую дилатацию артерий, повышают чувствительность тканей к инсулину и задерживают атерогенез.

Больным с МС и артериальной гипертензией необходимо настоятельно рекомендовать ограничение употребления поваренной соли до 3-5 г/сут.

Увеличение физической активности должно обязательно входить в комплекс лечебных мероприятий больных МС. Назначение рациональных физических нагрузок возможно после адекватного контроля гликемии и тщательной оценки состояния сердечно-сосудистой системы, толерантности к физическим нагрузкам, с учетом наличия безболевого ишемии миокарда и эпизодов нарушения ритма.

Предпочтительны динамические нагрузки (быстрая ходьба, езда на велосипеде, ходьба на лыжах и др.). При хорошей адаптации возможно выполнение легких статических нагрузок. Неукоснительным условием проведения тренировок является их хорошая переносимость. Необходимо постепенное увеличение объема нагрузок. Через 1 месяц занятий больной должен тренироваться не менее 4 раз в неделю. Длительность однократных нагрузок – не менее 20 минут. При проведении физических упражнений число сердечных сокращений не должно превышать 50-70% от максимального. Лицам с дислипидемиями некоторые авторы рекомендуют умеренные физические занятия сразу после приема пищи для уменьшения посталиментарных гипергликемии и гиперлипидемии.

Таким образом, регулярные физические нагрузки в сочетании с рациональной диетой у большей части больных МС способны снизить массу тела, ослабить инсулинорезистентность, восстановить обменные нарушения и задержать развитие сосудистых осложнений.

18 ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Петрова Е. В., Вакина Т. Н.

ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» МЗ РФ, Пенза, Россия

Введение. Возросший в настоящее время интерес к проблеме взаимосвязи эректильной дисфункции (ЭД), психоэмоциональных расстройств и артериальной гипертензии (АГ) обусловлен их широкой распространенностью, социальной значимостью и определяется результатами клинических исследований, свидетельствующих об общности их некоторых патогенетических механизмов. Дефицит тестостерона и его производных, участвующих в синтезе оксида азота (NO),

способствует развитию как васкулогенной эректильной дисфункции, так, через дисфункцию эндотелия - артериальной гипертензии, при этом ЭД и АГ часто сопровождаются такими психоэмоциональными явлениями, как повышенная тревожность, снижение настроения, анергия и ангедония. Коморбидные ЭД и тревожно-депрессивные состояния значительно утяжеляют течение основной кардиоваскулярной патологии и требуют адекватного лечения.

Цель исследования: клинико-динамическая оценка эректильной дисфункции и тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с артериальной гипертензией на фоне применяемой комплексной терапии.

Материал и методы. Исследованы 75 мужчин (средний возраст $50,2 \pm 8,1$ лет) с АГ I-III стадии, ЭД и тревожно-депрессивными расстройствами. Эректильную функцию определяли с помощью опросника «Сексуальная формула мужская» (СФМ), опросника МИЭФ-5 (краткий вариант Международного Индекса Эректильной Функции), шкалы состояния половой функции. Тревожно-депрессивную симптоматику оценивали Госпитальной шкалой тревоги и депрессии (HADS). Проводилось определение гормонального статуса. В терапии, наряду с антигипертензивными препаратами согласно рекомендациям ВНОК, применяли комбинированный адаптоген отечественного производства, содержащий трутневый расплод, цветочную пыльцу, корень женьшеня, L – аргинин.

Результаты. У основной части исследуемых установлен слабый (48%) и ослабленный вариант средней половой конституции (24%). Легкая эректильная дисфункция диагностирована у 38 больных (50,7%), умеренная ЭД - у 29 (38,6%), тяжелая – у 8 (10,7%). У 58 пациентов (77,3%) был выявлен низкий уровень тестостерона - $13,5$ нмоль/л и ниже.

Большинство пациентов в анамнезе имели значительные психические и физические нагрузки, стрессовые события как дома, так и на работе, при этом клинико-психопатологическое исследование позволило диагностировать расстройство адаптации у 58,6% больных, смешанное тревожно-депрессивное расстройство у 30,7%, тревожно-фобическое - у 10,7%.

На фоне комплексной терапии 49 пациентов (65,3 %) уже к 7-10 дню лечения отметили субъективное улучшение настроения, повышение самооценки и уверенности в себе, снижение напряженности в семейных отношениях. Изучение гормонального статуса к 28 дню терапии показало достоверное повышение содержания общего тестостерона (с $11,8 \pm 4,4$ до $17,1 \pm 5,7$ нмоль/л, $p < 0,02$) и дегидроэпиандростерона сульфата (с $1,2 \pm 0,3$ до $1,4 \pm 0,7$ мкг/мл, $p < 0,05$) на фоне снижения уровня пролактина (с 548 ± 136 до 285 ± 60 мЕ/л, $p < 0,02$). Был отмечен значимый прирост показателей шкалы оценки состояния половой функции: либидо – $4,0 \pm 1,2$ баллов против исходных $2,8 \pm 0,9$ ($p < 0,02$); эрекции – $3,8 \pm 1,1$ против исходных $2,9 \pm 1,0$ ($p < 0,032$). Эректильная функция согласно опроснику МИЭФ выросла с $15,8 \pm 3,4$ до $19,8 \pm 3,7$ баллов, $p < 0,05$. На фоне терапии суммарный балл сексуальной функции мужской увеличился с $17,7 \pm 2,5$ до $23,8 \pm 2,9$, $p < 0,02$. Среди структурных показателей СФМ более значимо улучшились нейрогуморальная и психическая составляющие мужского копулятивного цикла, что обусловило в первую очередь усиление либидо и общее удовлетворение половыми отношениями. По шкале HADS у изучаемого контингента установлено значительное редуцирование уровня тревоги и депрессии ($p < 0,02$).

Выводы. Комбинированное лечение с использованием комбинированного адаптогена природного происхождения, содержащий такие активные компоненты, как трутневый расплод, цветочную пыльцу, корень женьшеня и L-аргинин, значительно повышает уровень тестостерона, уменьшает симптомы эректильной дисфункции и тревоги/депрессии у мужчин с артериальной гипертензией.

19 ПОКАЗАТЕЛИ БАЗАЛЬНОГО КРОВОТОКА У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Тренева Е. В., Захарова Н. О.

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Актуальность. Патологические изменения нутритивного русла играют важную роль в возникновении и прогрессировании артериальной гипертонии (АГ).

Цель исследования: изучить особенности базального кровотока у мужчин, страдающих артериальной гипертонией.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленной цели нами обследовано 93 пациента мужского пола, средний возраст $54,23 \pm 3,6$ лет. Основная (I) группа, 31 человек - представлена пациентами, страдающими гипертонической болезнью II стадии, АГ 1-2 степени, высокого риска, принимавшими участие в боевых действиях на территории Афганистана (1979 - 1989 гг.) и Чеченской Республики (1994 – 2002 гг.) (ВБД). II группу (сравнения) составили 32 человека с аналогичным диагнозом без факта участия в боевых действиях. Группу контроля (III) составили 30 здоровых добровольцев, не принимавших участие в боевых действиях.

Всем включенным в исследование пациентам проводилось исследование микроциркуляции методом лазерной доплеровской флоуметрии на аппарате ЛАКК – 01 (г.Москва) на тыльной стороне предплечья.

Полученные результаты. При изучении базального кровотока отмечается снижение перфузии в группах пациентов, страдающих АГ по сравнению с контролем. Однако достоверное уменьшение на 19,16% перфузионной способности выявлено только для пациентов - ветеранов боевых действий ($5,02 \pm 0,31$ п.е.) по сравнению со здоровыми добровольцами ($6,21 \pm 0,12$ п.е.), ($p=0,015$). У больных АГ II группы ($5,34 \pm 0,31$ п.е.) отмечается недостоверное снижение перфузии на 14% при сравнении с контролем ($p=0,70$). Межгрупповое различие у больных с АГ заключается в снижении показателя базального кровотока на 6% в группе комбатантов по сравнению с невоинвазивными пациентами ($p=0,875$). Для оценки вариабельности базального кровотока, отражающего напряженность механизмов регуляции микроциркуляции, изучали среднее квадратичное отклонение амплитуды колебаний кровотока от значения показателя микроциркуляции (σ , п.е.) и коэффициент вариации (K_v), определяемый по отношению величины степени вариабельности тканевого кровотока к тканевой перфузии. Сигма показателя микроциркуляции позволяет оценить выраженность нарушений механизмов регуляции тканевого кровотока. Статистически значимое отклонение от значений контрольной группы, $0,75 \pm 0,03$ п.е., наблюдалось у комбатантов и невоинвазивных пациентов с артериальной гипертонией, и составило $1,87 \pm 0,10$ п.е. и $1,54 \pm 0,09$ п.е., что в 2,49 раз и в 2,05 раз, соответственно, выше аналогичного показателя группы контроля ($p<0,001$). Однако максимальное значение зафиксировано для пациентов с АГ и перенесенным фактом участия в боевых действиях, также достоверно отличимое от результатов II группы на 21,42% ($p=0,038$). Отмечается достоверное увеличение значений K_v в исследуемых группах по сравнению с контролем: в I группе 2,92 раз, в III – в 2,15 раз ($p<0,001$). Наибольшая напряженность функционирования регуляторных систем микроциркуляторного русла отмечается у комбатантов, страдающих АГ (37,33%), что достоверно выше аналогичных показателей III группы (27,38%) на 36,34% ($p<0,001$).

Выводы. Таким образом, при анализе базального кровотока отмечается достоверное снижение перфузионной способности микроциркуляторного русла только у пациентов с перенесенным ПЭСБ. Повышение сигмы и коэффициента вариации во всех исследуемых группах по сравнению с контролем отражает напряженность механизмов адаптации у больных с АГ. Наиболее неблагоприятные

изменения микрокровотока зафиксированы у комбатантов, страдающих АГ. Подобные трансформации обусловлены снижением влияния активных механизмов регуляции кровотока и преобладание пассивных в группах пациентов, страдающих АГ, что позволяет предполагать снижение variability регуляции микрокровотока за счет более низкой эндотелиальной активности.

20 АНАЛИЗ АМПЛИТУДНОГО СПЕКТРА КОЛЕБАНИЙ МИКРОКРОВотоКА У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Тренева Е. В., Захарова Н. О., Николаева А. В.

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Актуальность. Ведущей характеристикой нутритивного русла, отражающей возможность оптимального поддержания микрокровотока на фоне меняющихся условий внутренней и внешней среды, является спектральный анализ колебаний, представленный активными и пассивными механизмами. Проведение вейвлет-анализа медленных (эндотелиальных, миогенных и нейрогенных влияний) и быстрых (пульсовые и дыхательные влияния) колебаний микрокровотока позволяет оценить функционирование механизмов регуляции деятельности микроциркуляторного русла.

Цель исследования: изучить спектральные характеристики микрокровотока у мужчин, страдающих артериальной гипертонией.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленной цели нами обследовано 93 пациента мужского пола, средний возраст $54,23 \pm 3,6$ лет. Основная (I) группа, 31 человек - представлена пациентами, страдающими гипертонической болезнью II стадии, АГ 1-2 степени, высокого риска, принимавшими участие в боевых действиях на территории Афганистана (1979 - 1989 гг.) и Чеченской Республики (1994 – 2002 гг.) (ВБД). II группу (сравнения) составили 32 человека с аналогичным диагнозом без факта участия в боевых действиях. Группу контроля (III) составили 30 здоровых добровольцев, не принимавших участие в боевых действиях.

Всем включенным в исследование пациентам проводилось исследование микроциркуляции методом лазерной доплеровской флоуметрии на аппарате ЛАКК – 01 (г.Москва) на тыльной стороне предплечья.

Полученные результаты. Амплитуда колебаний кровотока всех активных факторов регуляции приняла наибольшие значения в группе здоровых пациентов ($0,93 \pm 0,02$ перф.ед.). В I и II группах отмечалась тенденция к снижению влияния активных механизмов на регуляцию микрокровотока, однако достоверное уменьшение соответствующего параметра на 6,45% по сравнению со значениями группы контроля зафиксированы только для комбатантов, страдающих АГ, $0,87 \pm 0,01$ перф.ед. ($p=0,011$). Снижение показателя медленных колебаний кровотока I группы по сравнению со значениями II ($0,89 \pm 0,01$) группы не имели статистически значимых различий, $p=0,850$. Амплитуда колебаний пассивных факторов имея непосредственную взаимосвязь с показателями активных факторов, приняла наибольшее значение в группах пациентов, страдающих АГ I ($0,51 \pm 0,00$ перф.ед.) и II ($0,49 \pm 0,01$ перф.ед.) групп. Достоверное увеличение влияния пассивных факторов на 8,5% по сравнению с контролем ($0,47 \pm 0,02$ перф.ед.) зафиксировано только для пациентов с перенесенным психоэмоциональным стрессом боевой обстановки и АГ ($p=0,050$). Статистически значимых различий для ВБД с АГ и II ($p=0,645$) группой выявлено не было. Недостоверное повышение влияния высокочастотных и пульсовых колебаний отмечается по сравнению с контрольной группой во II группе на 4,25% ($p=0,493$).

Выводы. Таким образом, у больных АГ отмечается снижение влияния активных механизмов регуляции кровотока и преобладание пассивных. Флаксомии в высокочастотном диапазоне, т.е. пассивный механизм регуляции микрокровоотока, обусловлены действием механического фактора — передаточной пульсации венозного кровотока в зависимости от его изменений в связи с актом дыхания. Увеличение преобладания в регуляции высокочастотных колебаний обусловлено увеличением притока крови к сердцу на высоте вдоха и уменьшением на высоте выдоха, что, скорее всего, связано с застоем крови в венах и развитием ишемизации тканей у больных АГ. Наибольшие изменения в амплитудно-частотном спектре колебаний кровотока зафиксированы для пациентов с АГ и перенесенным психоэмоциональным стрессом боевой обстановки, что может косвенно свидетельствовать об эндотелиальной дисфункции и атеросклеротическом поражении сосудистой стенки.

21 СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МУЖЧИН С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ II СТАДИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ТЕСТОСТЕРОНА

Федорова Н. Н.¹, Хабибулина М. М.²

¹ГБУЗ СО «СОКБ №1», Екатеринбург, Россия,

²ГОУ ВПО УГМУ, Екатеринбург, Россия

Введение. Гипертоническая болезнь (ГБ) - одно из самых распространенных заболеваний среди населения, которое является одним из главных факторов развития сердечно-сосудистых осложнений и приводит к изменению геометрии миокарда левого желудочка (ЛЖ). Так же, Rosmond R и соавторы выявили, что низкий уровень тестостерона у мужчин имеет достоверную обратную связь с уровнем артериального давления и ассоциирован с увеличением риска сердечно - сосудистых событий.

Цель исследования - сравнение изменений суточного профиля АД у мужчин с различным уровнем тестостерона

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 49 мужчин трудоспособного возраста (средний возраст 50,4±6,9 лет) с гипертонической болезнью II степени (длительность 6,9±7,1 лет): с нормальным уровнем тестостерона 37 человек, со сниженным уровнем тестостерона 12 человек. Всем было выполнено суточное мониторирование ЭКГ и АД по стандартным методикам. По суточному индексу (СИ) систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления определялись типы суточного ритма: «dipper» - СИ 10-20%, «non-dipper»-СИ<10%, «night-peaker»-СИ<0, «over-dipper»-СИ>20%.

Полученные результаты. В первой группе, у мужчин с нормальным уровнем тестостерона по СИ САД и ДАД преобладали «dipper» - 70,2% (26 человек), «non-dipper» составили соответственно 16,2% (6 человек) и 13,5% (5 человека), «night-peaker» – 13,5% (5 человека), и 8,1% (3 человека), «over-dipper» по СИ САД не встречался, по СИ ДАД – у 8,1% (3 человека). В свою очередь, в группе с пониженным уровнем тестостерона, «dipper» по СИ САД зафиксирован у 25% (3 человек), по СИ ДАД у 33,3% (4 человек), «non-dipper» по САД у 75% (9 человек), по ДАД у 58,3% (7 человек), «night-peaker» и по САД, и по ДАД у 8,3% (1 человек), «over-dipper» не встречался.

Заключение. Таким образом, более неблагоприятный тип – «non-dipper» преобладал у мужчин с пониженным уровнем тестостерона. Возможно, причина кроется в непосредственном влиянии полового гормона на сосудистую стенку.

22 ПОКАЗАТЕЛИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ, АКТИВНОСТИ ЖИРОВОЙ ТКАНИ И ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Чулков В. С., Сумеркина В. А., Чулков В. С., Телешева Л. Ф., Верейна Н. К.
ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск, Россия

Цель исследования. Оценить показатели инсулинорезистентности, активности жировой ткани и дисфункции эндотелия у пациентов в возрасте 18-44 лет с изолированной артериальной гипертензией (АГ), изолированным абдоминальным ожирением (АО) и с артериальной гипертензией в сочетании с абдоминальным ожирением.

Материалы и методы. В исследование включено 154 пациента (79 мужчин и 75 женщин), которые были разделены на 4 группы: 1 группа – с АГ на фоне АО (n 35), 2 группа – с изолированной АГ (n 25), 3 группа – с изолированным абдоминальным ожирением (n 22), 4 группа - практически здоровые (контрольная группа) (n 72). Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Всем пациентам исследовали уровень глюкозы и инсулина крови с расчетом индекса НОМА-IR; определяли концентрацию лептина, адипонектина, ингибитора активатора плазминогена 1 типа (РАI-1), ангиотензина II и эндотелина в сыворотке крови методом твердофазного иммуноферментного анализа. Статистический анализ данных проводился при помощи пакета статистических программ STATISTICA 10,0 (StatSoftInc., 2011, США). Применялись критерии Стьюдента, Манна-Уитни, хи-квадрат (χ^2) в зависимости от характера распределения и типа данных. Данные в тексте представлены в виде средней арифметической и ее среднеквадратичного отклонения ($M \pm \sigma$) – при параметрическом распределении; медианы и интерквартильного размаха (Me ; 25-75%) – при непараметрическом распределении. Для всех видов анализа статистически достоверными считались значения $p < 0,05$.

Результаты исследования. Уровень глюкозы ($6,17 \pm 1,77$; $5,16 \pm 0,47$; $5,00 \pm 0,50$ и $5,03 \pm 0,44$ ммоль/л соответственно, $p_{1-2,3,4} < 0,05$), базальная инсулинемия ($16,1$; $10,0-25,3$; $10,2$; $8,2-17,9$; $8,4$; $7,0-11,5$ и $10,3$; $7,1-20,3$ мкМЕ/л соответственно, $p_{1-2,3,4} < 0,05$) и индекс НОМА-IR ($5,76 \pm 1,45$; $4,75 \pm 1,75$; $4,50 \pm 1,24$ и $2,11 \pm 0,49$, $p_{1-2,3,4} < 0,05$) были выше в группе 1 по сравнению с другими группами. Уровень лептина также оказался выше в группе 1 ($35,9 \pm 25,5$ нг/мл) по сравнению с группой 2 ($16,3 \pm 10,6$ нг/мл, $p_{1-2} < 0,05$), с группой 3 ($18,1 \pm 12,8$ нг/мл, $p_{1-3} < 0,05$) и группой 4 ($11,8 \pm 9,4$ нг/мл, $p_{1-4} < 0,05$). Уровень адипонектина был ниже в группе 1 по сравнению с другими группами ($7,8 \pm 4,8$, $12,2 \pm 7,4$, $13,5 \pm 4,3$ и $11,8 \pm 4,9$ нг/мл соответственно). Наиболее высокие уровни РАI-1 обнаружены у пациентов группы 1 ($456,0 \pm 186,9$ нг/мл) и группы 2 ($418,4 \pm 189,1$ нг/мл) в сравнении с группой 3 ($374,1 \pm 157,1$ нг/мл) и с контрольной группой ($316,2 \pm 145,5$ нг/мл), $p_{1,2-3,к} < 0,05$. Повышение уровня ангиотензина II выявлено среди пациентов группы 2 ($86,4$; $44,6-89,6$ пг/мл) в сравнении с группой 1 ($25,7$; $7,4-46,5$ пг/мл, $p_{2-1} < 0,05$), группой 3 ($5,9$; $4,2-9,6$ пг/мл, $p_{2-3} < 0,05$) и контрольной группой ($7,7$; $5,7-9,7$ пг/мл, $p_{2-к} < 0,05$). В этой же группе обнаружено повышение концентрации эндотелина ($3,2$; $0,39-11,1$ фмоль/мл) в сравнении с группой 1 ($0,55$; $0,34-2,3$ фмоль/л, $p_{2-1} < 0,05$), группой 3 ($0,50$; $0,41-1,90$ фмоль/мл, $p_{2-3} < 0,05$) и контрольной группой ($0,47$; $0,29-1,68$ фмоль/мл, $p_{2-к} < 0,05$).

Заключение. У молодых пациентов с артериальной гипертензией на фоне абдоминального ожирения в сравнении с изолированной артериальной гипертензией и изолированным абдоминальным

ожирением оказались выше показатели инсулинорезистентности, выявлены признаки паракринной дисфункции жировой ткани (повышение лептина и снижение адипонектина) и повышение концентрации PAI-1. При изолированной артериальной гипертензии выявлены более выраженные признаки дисфункции эндотелия (повышение концентрации эндотелина и ангиотензина II). У пациентов с изолированным абдоминальным ожирением не выявлено особенностей углеводного обмена, адипокинового профиля и изменений маркеров дисфункции эндотелия по сравнению с контрольной группой.

23 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ВАРИАНТОВ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У РАБОЧИХ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

Шилова Ю. Е., Коневских Л. А.

ФБУН ЕМНЦ ПОЗРПП Роспотребнадзора, Екатеринбург, Россия

Горнодобывающая промышленность характеризуется тяжелыми и вредными условиями труда, оказывающими отрицательное влияние на организм человека: шум, вибрация, воздействие пониженной температуры воздуха. Такие условия труда не могут не отразиться на состоянии здоровья работающих и обуславливают высокую распространенность как профессиональных (вибрационная болезнь (ВБ), пылевой бронхит, пневмокониоз), так и общесоматических заболеваний. Среди последних наибольший удельный вес занимает патология сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, ИБС, метаболический синдром), которая при сочетании с вибрационной болезнью относится к производственно обусловленным. В связи с этим выявление изменений сердечно-сосудистой системы на ранних (доклинических) стадиях развития у горнорабочих виброопасных профессий представляется актуальной задачей, направленной на сохранение здоровья работающего человека.

Целью нашей работы явилась оценка взаимосвязи между показателями суточного мониторинга артериального давления (СМАД) со структурно-геометрическими и функциональными изменениями миокарда левого желудочка у горнорабочих виброопасных профессий.

Материал и методы. В клинике ЕМНЦ проведено углубленное обследование 60 горнорабочих виброопасных профессий производственного объединения «Севуралбокситруда» в возрасте от 44 до 57 лет и стажем работы от 14 до 33 лет. Среди обследованных рабочих были больные ВБ, ВБП и рабочие группы риска по развитию ВБ. Всем рабочим регистрировалась электрокардиограмма (ЭКГ), эхокардиография для определения типов ремоделирования левого желудочка. По данным суточного мониторинга артериального давления анализировали средние показатели систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления за дневные и ночные часы, вариабельность артериального давления, показатели гипертонической нагрузки САД и ДАД на протяжении суток, степень ночного снижения САД и ДАД.

Результаты: Среди обследованных выявлена высокая вариабельность САД и ДАД на протяжении суток, суточный ритм САД *dipper* у больных ВБ зарегистрирован в 58% случаев, *non-dipper* – 29% и *over-dipper* – в 13% случаев. У больных ВБП суточный ритм САД *dipper* зарегистрирован в 51%, *non-dipper* – в 36% случаев. При этом средние значения и индекс площади САД и ДАД у больных ВБ и ВБП не отличались от значений нормы. У рабочих группы риска по развитию ВБ средние значения ДАД, показатели нагрузки давлением ДАД на протяжении суток и САД в ночные часы достоверно превышали нормальные значения, что свидетельствует о стабилизации артериального давления и преимущественном повышении диастолического АД. В структуре

суточного ритма САД преобладал суточный ритм non-dipper (51%). Выявлена корреляционная связь показателей артериального давления с функциональными и структурными изменениями миокарда (диастолической дисфункцией, увеличением индекса массы миокарда левого желудочка). Зарегистрированы нарушения ритма сердца среди обследованных рабочих, которые могли быть связаны с ростом массы миокарда ЛЖ, приводящей к возникновению электрической гетерогенности миокарда, а также с диастолической дисфункцией левого желудочка.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о взаимосвязи повышенной вариабельности артериального давления у горнорабочих виброопасных профессий и нарушений суточного ритма артериального давления с процессами ремоделирования и дисфункции миокарда левого желудочка.

РАЗДЕЛ III. ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

24 ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЛОКАЛЬНОЙ СОСУДИСТОЙ ЖЕСТКОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Гусаковская Л. И., Хромова А. А.

¹ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия

Введение: важной проблемой современной кардиологии является наличие множества случаев бессимптомного развития ишемической болезни сердца (ИБС), когда первым проявлением становится острый инфаркт миокарда или внезапная коронарная смерть. Около половины пациентов с ИБС имеют сопутствующее поражение магистральных сосудов.

Цель: проанализировать влияние длительности анамнеза ИБС на показатели локальной сосудистой ригидности общих сонных артерий по данным ультразвукового исследования методом echotracking.

Материалы и методы: всего обследовано 60 человек (49 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 40 до 69 лет. Обследуемые были разделены на две группы. В группу 1 вошли 32 человека, у которых заболевание манифестировало острым коронарным синдромом (в истории развития болезни данных пациентов отсутствовало указание на наличие ИБС). Группу 2 составили 28 больных с предшествующим длительным анамнезом ИБС, который в среднем составил 4 (0,4; 6) года. Сравнимые пациенты были сопоставимы по возрасту и росту. Локальную артериальную жесткость оценивали на ультразвуковом аппарате My Lab 90 («Esaote», Италия) с использованием программы echotracking по показателям: loc P sys – локальное систолическое давление в общей сонной артерии (ОСА), loc P dia – локальное диастолическое давление, P (T1) – давление в локальной точке, индексы жесткости α и β , DC – коэффициент поперечной растяжимости, CC – коэффициент поперечной податливости, индекс аугментации AIx, локальная скорость распространения пульсовой волны (PWV).

Результаты: согласно результатам анализа в группе 2 в 89% случаев диагностирована артериальная гипертензия, и, соответственно, зарегистрированы более высокие цифры офисного артериального

давления (АД): 145 (125; 150) и 90 (80; 90) мм рт.ст. У сравниваемых лиц гипертоническая болезнь выявлена в 9% (средние значения АД – 112,5 (110; 130) и 77,0 (70; 85) мм рт.ст.). По данным ультразвукового исследования методом эхотрекинг уровень параметра $\log P_{\text{sys}}$ в группе 1 составил 101,9 (96,4; 115,2) мм рт.ст., в группе 2 – 124,5 (117,7; 134,6) мм рт.ст., $\log P_{\text{dia}}$ – 75 (70; 80) и 90 (80; 90) мм рт.ст., $P(T1)$ – 97,4 (90,9; 105,4) и 115,3 (99,3; 125,5) мм рт.ст., соответственно ($p < 0,01$). Индексы жесткости α и β преобладали у лиц с длительным анамнезом ИБС: в группе 1 – 3,8 (3,0; 5,3) и 7,7 (6,2; 10,7), в группе 2 – 5,5 (4,9; 8,4) и 10,9 (9,3; 15,9) ($p < 0,01$). Показатели каротидной растяжимости (DC) и податливости (CC) у пациентов с длительным анамнезом ИБС составили 0,01 (0,01; 0,02) 1/кПа и CC 0,7 (0,5; 1,1) $\text{mm}^2/\text{кПа}$, у лиц с манифестацией заболевания острым коронарным синдромом – 0,02 (0,02; 0,03) 1/кПа и 1,1 (0,7; 1,3) $\text{mm}^2/\text{кПа}$, соответственно ($p < 0,01$). Индекс аугментации в ОСА, характеризующий скорость возврата отраженной от бифуркации пульсовой волны, имел максимально высокие значения в группе 2 – (7,2 (0,6; 13,6) %), у больных группы 1 – 0,8 (-0,9; 2,5) % ($p < 0,01$). Показатель локальной PWV преобладал у пациентов с длительным анамнезом ИБС – 9,0 (8,1; 10,5) м/с, у сравниваемых лиц – 6,5 (5,7; 7,8) м/с, соответственно ($p < 0,01$).

Заключение: по данным ультразвукового исследования с применением технологии echotracking у больных ИБС с длительным анамнезом заболевания выявлено преобладание показателей локального давления в ОСА, снижение параметров сосудистой податливости и повышение ригидности, что свидетельствует о выраженной потере эластичности стенки артерий.

25 ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПРЕСТАРЕЛЫХ БОЛЬНЫХ ИБС В ПЕРИОД ГЕОМАГНИТНЫХ ВОЗМУЩЕНИЙ

Захарова Н. О., Курмаев Д. П.

Кафедра гериатрии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара, Россия

Введение: к важным факторам риска развития сердечно-сосудистых нарушений относятся изменения солнечной активности, приводящие к магнитным бурям. При сильных магнитных бурях спорадическое электромагнитное излучение на минуты и десятки минут возрастает в 10000 раз и более. Таким образом, перепады уровня электромагнитного излучения Солнца составляют 10...40 дБ и более. Сбои ритмов электромагнитного поля вызывают адаптационный стресс, приводящий к стабилизации сердечного ритма, повышению вязкости крови, падению сократительной силы сердца, изменениям сосудистого тонуса.

Цель: представляет интерес изучение состояния микроциркуляции при магнитных бурях.

Материалы и методы: с помощью метода лазерной доплеровской флоуметрии нами обследовано 66 пациентов среднего, пожилого и старческого возраста, страдающих ИБС, стабильной стенокардией напряжения 2 функционального класса, ХСН 2 А. Группы пациентов: 1-я группа: пациенты среднего возраста. Количество: 28 человек. Возраст от 48 до 59 лет. Средний возраст $56,1 \pm 2,2$ лет. Клинический диагноз: Ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения стабильная 1-2 ф. кл.

2-я группа: пациенты пожилого и старческого возраста. Количество: 38 человек. Возраст от 68 до 89 лет. Средний возраст $82,3 \pm 4,7$ лет. Клинический диагноз: Ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения стабильная 2 ф. кл.

В нашем исследовании проводилось изучение параметров микроциркуляции с помощью метода лазерной доплеровской флоуметрии. Измерения для каждого пациента проводили дважды: в день спокойной геомагнитной обстановки и в день магнитной бури. Оценивались средний уровень микроциркуляции, среднеквадратичное отклонение, постоянная составляющая микроциркуляции, переменная составляющая микроциркуляции, амплитудно-частотный спектр с проведением вейвлет-преобразования (вейвлет-анализ); проводилась окклюзионная проба по стандартному протоколу. Статистическая обработка данных проводилась в среде программного пакета Statistica 6.0.

Результаты: при спокойных геомагнитных условиях у больных 2-ой группы отмечалось повышенные по сравнению с первой группой показатели постоянной составляющей перфузии (М) – $4,5 \pm 0,9$ по сравнению с $6,2 \pm 0,6$; $p < 0,05$. Снижение показателей нейрогенного (НТ) и миогенного (МТ) тонуса. Показатель шунтирования во 2-ой группе ($1,4 \pm 0,21$) был достоверно больше, чем в первой группе ($1,2 \pm 0,28$) $p < 0,05$. Индекс эффективности микроциркуляции (ИЭМ) во 2-ой группе ($1,49 \pm 0,17$) меньше, чем в 1-ой группе; $p < 0,05$. Резерв капиллярного кровотока во 2-ой группе (157 ± 18) больше, чем в 1-ой группе (125 ± 30); $p < 0,05$. Не выявлены статистически значимые различия между показателями K_v , $A_{max} CF1/A_{max} LF$ и $A_{max} HF1/A_{max} LF$ между группами.

В магнитовозмущенные дни нами выявлены следующие изменения: у больных в обеих группах наблюдалось снижение коэффициента вариации кровотока, резерва капиллярного кровотока, индекса эффективности микроциркуляции. Наиболее выраженные изменения наблюдались во 2-ой группе. В обеих группах наблюдалось повышение нейрогенного и миогенного тонуса, наиболее выраженное во 2-ой группе. Достоверное увеличение показателя шунтирования наблюдалось только во 2-ой группе пациентов. Постоянная составляющая перфузии во время геомагнитных возмущений достоверно не изменялась в 1-ой группе пациентов и повышалась во 2-ой группе.

Заключение:

1. Наиболее сильные изменения были выявлены во 2-ой группе. Это свидетельствует о более выраженной реакции микрососудистого русла пациентов на геомагнитные возмущения у пациентов пожилого и старческого возраста по сравнению с пациентами среднего возраста.

2. Изменение уровней низкочастотных, средне- и высокочастотных колебаний свидетельствует о повышении тонуса симпатического отдела нервной системы как в 1-ой, так и во 2-ой группах наблюдения.

26 ВЛИЯНИЕ ГЕОМАГНИТНЫХ ВОЗМУЩЕНИЙ НА АГРЕГАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ ТРОМБОЦИТОВ И МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОЕ РУСЛО У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ИБС

Захарова Н. О., Курмаев Д. П.

Кафедра гериатрии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара, Россия

Введение: геомагнитные возмущения не вызывают специфических заболеваний, но из-за разбалансирования систем регуляции функций организма отягощают имеющиеся функциональные нарушения. Геомагнитные возмущения оказывают неблагоприятное воздействие на капиллярный кровоток: движение крови по капиллярам замедляется, эритроциты образуют агрегаты различных размеров, активируются тромбоциты, возможен стаз в микрососудах, микротромбоз, развивается тканевая гипоксия (синдром гиперагрегационной микроциркуляторной недостаточности).

Цель: выявить влияния геомагнитных возмущений на общее самочувствие, микроциркуляцию, агрегационную функцию тромбоцитов у людей пожилого и старческого возраста, страдающих ИБС, стабильной стенокардией напряжения, II функционального класса.

Материалы и методы: обследование проводилось на базе Самарского областного клинического госпиталя ветеранов войн. Нами было обследовано 41 пациент (из них 26 мужчин и 15 женщин), в возрасте от 69 до 84 лет, (средний возраст – $78,6 \pm 2,1$ лет), страдающих ИБС (стенокардия напряжения, стабильная, II ф. кл.), хронической сердечной недостаточностью II ф. кл. по NYHA. В анамнезе у 15 пациентов имеется инфаркт миокарда, у 7 пациентов – ишемический инсульт. Все больные за 2 недели до исследования не принимали дезагреганты. Субъективные показатели самочувствия отмечались следующим образом: каждый исследуемый оценивал и вносил результаты в анкету, где фиксировались физическая активность, число и интенсивность приступов стенокардии, также замерялись пульс, артериальное давление. Исследование микроциркуляции осуществлялось методом лазерной доплеровской флоуметрии на аппарате ЛАКК-02 (НПП «Лазма», Москва). ЛДФ сигнал регистрировался в зоне Захарьина – Геда для сердца на предплечье. Исходно проводилась запись показателей базального кровотока, а затем окклюзионная проба. Оценивались показатель микроциркуляции, резерв капиллярного кровотока. Агрегация тромбоцитов изучалась на аппарате «Viola» с помощью различных агонистов агрегации (коллаген, адреналин, АДФ). Исследование проводилось дважды: в день спокойной геомагнитной обстановки, в день с возмущенной геомагнитной обстановкой.

Результаты: во время геомагнитных возмущений проявлялись субъективные симптомы ухудшения состояния больных, учащались случаи приступов стенокардии, потребность в дополнительном приеме антиангинальных препаратов (81% больных), усиление головной боли, повышенная утомляемость, раздражительность (76% больных), повышения артериального давления (58%).

У всех больных ИБС в спокойные периоды геомагнитной обстановки показатели агрегации тромбоцитов отмечается усиление агрегационной функции тромбоцитов.

На фоне геомагнитных возмущений достоверно увеличивается спонтанная агрегация с $1,69 \pm 0,35$ до $1,94 \pm 0,21$; адреналин-агрегация с $8,9 \pm 0,6$ до $9,3 \pm 0,4$. Не наблюдалось достоверных изменений АДФ-, коллаген-агрегации.

При спокойной геомагнитной обстановке у 77% больных зарегистрирован нормоциркуляторный гемодинамический тип микроциркуляции (ГТМ), 11% - гиперемический, 11% - спастический.

На фоне геомагнитных возмущений отмечены следующие микроциркуляторные нарушения: у 55% больных – гиперемический ГТМ, спастический – 27%, нормоциркуляторный – 18%.

Заключение:

1. У всех больных ИБС в спокойные периоды геомагнитной обстановки показатели агрегации тромбоцитов отмечается усиление агрегационной функции тромбоцитов.

2. При сравнении показателей агрегации тромбоцитов в спокойные периоды и при возмущенной геомагнитной обстановке у больных пожилого и старческого возраста, страдающих ИБС, отмечается изменение показателей спонтанной и адреналин-агрегации в сторону усиления.

3. У больных, страдающих ИБС, в дни магнитной бури выявлено ухудшение показателей капиллярного кровотока: преобладает патологический гемодинамический тип микроциркуляции – гиперемический.

4. Полученные данные свидетельствуют о достоверном влиянии геомагнитных возмущениях на агрегационную функцию тромбоцитов, что приводит к повышению риска развития атеротромбоза у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих ИБС, в дни усиления геомагнитной активности.

27 ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АГРЕГАТНОГО СОСТОЯНИЯ КРОВИ И МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Захарова Н. О., Николаева А. В., Курмаев Д. П., Пустовалова О. В.

Кафедра гериатрии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара, Россия

Введение: старение характеризуется постепенным развитием функциональных и структурных изменений многих органов, что также сочетается со снижением приспособительных механизмов регуляции. Особое значение имеет исследование системы агрегатного состояния крови в гериатрической практике.

Цель: выявить особенности агрегатного состояния крови у лиц старческого возраста при физиологическом старении и установить взаимосвязь между показателями гемостаза и состоянием микроциркуляторного русла.

Материалы и методы: обследовано 96 мужчин, проходивших обследование и лечение в Самарском областном клиническом госпитале для ветеранов войн. Больные разделены на две группы: первую группу (основную) составили 49 пациентов старческого возраста без клинических проявлений и объективных инструментально-лабораторных изменений со стороны сердечно-сосудистой системы (средний возраст – $81,3 \pm 4,3$ лет). Вторую (контрольную) группу составили 47 практически здоровых мужчин, среднего возраста (средний возраст – $42,5 \pm 3,5$ лет).

Определение антиагрегационной активности стенки сосуда (ААСС) проводили при помощи манжеточной пробы (Балуда В. П. и соавт., 1980). Агрегационная функция тромбоцитов изучалась на лазерном агрегометре (BIOLA Ltd., модель 230 LA). Состояние микроциркуляторного русла изучили методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) с помощью аппарата ЛАКК-02 (НПП «Лазма, Москва). Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты: у лиц старческого возраста при физиологическом старении отмечалось достоверное снижение антиагрегационной активности стенки сосудов на 11% ($1,19 \pm 0,03$ отн. ед. и $1,34 \pm 0,05$ отн. ед., соответственно) по сравнению с пациентами среднего возраста ($p < 0,05$). Установлены более высокие, но не выходящие за пределы нормы, значения спонтанной агрегации тромбоцитов и индуцированной агрегации на воздействия АДФ, адреналина по кривой среднего размера агрегатов у гериатрических пациентов при физиологическом старении по сравнению с контрольной группой ($p > 0,05$).

Нами были исследованы параметры коагуляционного звена гемостаза и системы фибринолиза. Обращает на себя внимание то, что ни один из показателей не выходил за пределы нормативных значений, и при сравнении с группой контроля мы не выявили существенных различий. При оценке состояния микроциркуляторного русла у пациентов старческого возраста отмечалось снижение показателя микроциркуляции на 17% ($p < 0,05$), снижение резерва капиллярного кровотока на 16% ($p < 0,05$) по сравнению с контрольной группой, в результате разрежения с возрастом капиллярной сети. При проведении окклюзионной пробы у гериатрических больных при физиологическом старении отмечалось увеличение времени полувосстановления капиллярного кровотока на 26% по сравнению со здоровыми пациентами среднего возраста. Эти данные показывают, что с возрастом нарушается способность эндотелия к выработке вазодилаторов.

Выявлена взаимосвязь между параметрами микроциркуляции и показателями сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза. Установлена прямая зависимость средней силы между ПМ и ААСС

($r=0,41$, $p<0,05$), обратная корреляция между временем полувосстановления капиллярного кровотока и ААСС ($r=-0,53$, $p<0,05$). Обнаружена обратная умеренная зависимость РКК с АДФ индуцированной агрегацией тромбоцитов ($r=-0,47$; $p<0,05$).

Заключение:

1. При анализе особенностей сосудистого звена гемостаза, нами установлено достоверное снижение антиагрегационной активности стенки сосуда по сравнению со здоровыми пациентами среднего возраста. Выявлена статистически достоверная корреляционная связь ААСС с параметрами микроциркуляции: ПМ, со временем полувосстановления капиллярного кровотока.

2. Основные показатели тромбоцитарного звена системы гемостаза находились в пределах нормы. Изменения в параметрах коагуляционного звена гемостаза и системы фибринолиза отсутствуют.

3. В старческом возрасте при физиологическом старении наблюдается разрежение капиллярной сети.

28 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО СТРЕСС-ТЕСТА, РАСЧЕТНОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА И СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ

Катамадзе Н. О., Берштейн Л. Л.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Введение: В настоящее время электрокардиографический тест с физической нагрузкой широко используется для подтверждения диагноза ишемической болезни сердца (ИБС) при клиническом подозрении на это заболевание и не рекомендован в целях скрининга. Результаты отрицательного ишемического стресс-теста, как правило, не принимаются во внимание. Между тем, имеются данные о корреляции неэлектрокардиографических параметров теста с риском развития сердечно-сосудистых осложнений.

Цель: Изучить взаимосвязь между параметрами отрицательного нагрузочного теста, расчетного сердечно-сосудистого риска и выраженностью субклинического атеросклероза сонных артерий.

Материалы и методы: В одномоментное кросс-секционное исследование было включено 217 пациентов (52% мужчины) в возрасте $54,3\pm 8$ лет без клинических проявлений ИБС или состояний, эквивалентных по степени риска ИБС, имеющих ≥ 1 традиционных факторов риска. Для каждого обследованного определялся 10-летний суммарный сердечный риск по шкале SCORE. Выраженность атеросклеротических изменений в сонных артериях изучалась при ультразвуковом исследовании. Оценивались толщина комплекса интима-медиа (ТКИМ) в трех экстракраниальных сегментах сонных артерий, наличие и суммарная площадь атеросклеротической бляшки (СПАСБ). Нагрузочный тест выполнялся на тредмиле по стандартному протоколу Bruce. Оценивался уровень максимальной переносимой физической нагрузки и углубленно изучались параметры, отражающие гемодинамический ответ на физическую нагрузку.

Результаты: 184 (85%) обследованных имели низкий или средний риск по шкале SCORE. Величина ТКИМ в общей сонной артерии (ОСА) составила $0,8\pm 0,15$ мм, в бифуркации – $1,29\pm 0,5$ мм и

во внутренней сонной артерии (ВСА) – $0,82 \pm 0,4$ мм. Атеросклеротическая бляшка была выявлена у 83 (38%) пациентов. Медиана СПАСБ составила 0 [0,16] см². Балл по SCORE был взаимосвязан с ТКИМ в трех сегментах и наличием и площадью бляшки ($\beta=0,04$, 95% ДИ 0,035-0,05 для ОСА; 0,07, 95% ДИ 0,04-0,09 для бифуркации; 0,03, 95% ДИ 0,02-0,04 для ВСА; 0,04, 95% ДИ 0,03-0,05 для СПАСБ, соответственно, $p < 0,0001$ для всех взаимосвязей). Увеличение расчетного риска по шкале SCORE на 1% увеличивало вероятность выявления бляшки на 45% (ОШ 1,45 (1,24-1,7), $p < 0,0001$). В многофакторных моделях с учетом уровня риска по SCORE частота сердечных сокращений (ЧСС) в покое, максимальное систолическое артериальное давление (САД), прирост САД и ЧСС, уровень максимальной физической работоспособности (METs) продемонстрировали независимую взаимосвязь с ТКИМ всех трех сегментов и бляшкой. По результатам анализа множественного коэффициента корреляции (R^2), в прогнозировании ТКИМ ОСА и СПАСБ расчетный риск по SCORE превосходил параметры стресс-теста (23,9% vs. 18,7% и 15,8% vs. 7%, соответственно). Однако, толщину стенки в бифуркации и ВСА показатели нагрузочного теста предсказывали лучше расчетного риска по SCORE (8,3% vs. 6,3% и 7,7% vs. 3,6%, соответственно). Во всех случаях добавление параметров стресс-теста к суммарному риску по SCORE увеличивало его прогностическую значимость (R^2 29,1%, 12,4% и 8,3% для ТКИМ ОСА, бифуркации и ВСА, соответственно и 18,8% для СПАСБ). Параметры стресс-теста предсказывали наличие бляшки не хуже суммарного риска по SCORE (ППК 0,704 vs. 0,706, $p > 0,05$). При этом, добавление показателей нагрузочного теста к баллу по SCORE увеличивало его прогностическую значимость (ППК=0,758, $p < 0,05$).

Заключение: У бессимптомных пациентов показатели отрицательного ишемического нагрузочного теста, которые зачастую игнорируются, улучшают прогнозирование субклинического атеросклероза, основанное на традиционной оценке сердечно-сосудистого риска и могут представлять ценную в клиническом отношении информацию.

29 ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ИБС В ПЕРИОД ГЕОМАГНИТНЫХ ВОЗМУЩЕНИЙ

Курмаев Д. П.

Кафедра гериатрии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара, Россия

Введение: одним из природных абиотических факторов риска для здоровья человека являются геомагнитные возмущения, нарушающие временную последовательность информационных сигналов, которые организм использует для согласования ритмики биологических процессов с ритмикой окружающей среды. Магнитные бури оказывают влияние на состояние здоровья пациентов, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы. В периоды геомагнитных бурь начальное психоэмоциональное возбуждение у больных ИБС иногда сопровождается коротким периодом эйфории, затем сменяющейся приступами беспокойства, ухудшением настроения, страхом или агрессивностью, появлением головной боли и быстро нарастающим уровнем артериального давления. Усиление клинической симптоматики несомненно влияет на психоэмоциональное состояние пациентов и качество жизни.

Цель: оценить влияние геомагнитных возмущений на психоэмоциональное состояние и качество жизни пациентов.

Материалы и методы: нами обследовано 116 пациентов старческого возраста, страдающих ИБС, стабильной стенокардией напряжения 2 функционального класса. Из них 57 мужчин и 59 женщин. Средний возраст обследованных пациентов составил $82,1 \pm 3,8$ лет. Обследование с применением психологических опросников проводили дважды – в период со спокойной геомагнитной активностью и в период геомагнитных возмущений.

Опросник SF-36 является «золотым стандартом» в неспецифической оценке состояния здоровья и применяется в ведущих мировых университетских клиниках более 15 лет. Состояние тревожности пациентов оценивали с помощью шкалы личностной и реактивной тревожности Спилбергера-Ханина. Оценка результатов: до 30 баллов - низкая тревожность, от 31 до 45 баллов - умеренная тревожность, 46 баллов и выше – высокий уровень тревожности.

Результаты: выявлены достоверные изменения как по показателям физического компонента здоровья, так и по показателям психологического компонента здоровья по опроснику качества жизни SF-36.

По шкале «Физическое функционирование» - степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.) наблюдается снижение средних значений показателя с $55,1 \pm 5,2$ баллов до $45,3 \pm 4,7$ баллов ($p < 0,01$). Таким образом, физическая активность пациента ограничивается состоянием его здоровья. Изменения по шкале «Ролевая деятельность» недостоверны, то есть повседневная деятельность не ограничивается физическим состоянием пациента. Наблюдается достоверное ухудшение показателя по шкале «Интенсивность боли» с $52,1 \pm 9,1$ баллов до $49,2 \pm 7,8$ баллов ($p = 0,01$). У пациентов, страдающих остеоартрозом, отмечается усиление болей в области крупных суставов вследствие активации барорецепторов. Итоговый показатель общего состояния физического здоровья достоверно снижался с $58,5 \pm 3,4$ баллов до $50,3 \pm 3,5$ баллов ($p < 0,01$). Отмечены достоверные изменения по шкалам «Жизненная активность» с $56,4 \pm 7,9$ баллов до $45,2 \pm 7,7$ баллов ($p < 0,01$), «Эмоциональное состояние» с $51,6 \pm 7,2$ баллов до $42,1 \pm 5,3$ баллов ($p < 0,01$). По шкале «Социальное функционирование» изменения недостоверны. Итоговый показатель общего состояния психического здоровья достоверно снижался с $54,2 \pm 3,6$ баллов до $48,7 \pm 3,2$ баллов ($p < 0,01$).

По шкале оценки реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина отмечалось достоверное увеличение показателя с $30,1 \pm 2,8$ баллов до $43,6 \pm 3,5$ баллов ($p < 0,01$), что свидетельствует об увеличении уровня реактивной тревожности пациентов в период геомагнитных возмущений по сравнению с периодом спокойной геомагнитной активности.

Заключение: таким образом, психоэмоциональное состояние и качество жизни пациентов старческого возраста, страдающих ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией напряжения 2 ф. кл. ухудшаются в периоды повышенной геомагнитной активности. Наблюдается усиление реактивной тревожности по данным опросника Спилбергера-Ханина. Результаты применения опросника SF-36 показывают, что качество жизни пациентов снижается: наблюдается ухудшение показателей по шкалам, характеризующим физический и психологический компоненты здоровья.

30 КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРЕ-СТАРЕЛЫХ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ГЕОМАГНИТНЫХ ВОЗМУЩЕНИЙ

Курмаев Д. П., Захарова Н. О.

Кафедра гериатрии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара, Россия

Введение: изменения магнитного поля Земли во время геомагнитных возмущений оказывает влияние на состояние здоровья человека. Особенно подвержены люди пожилого и старческого возраста, страдающие хроническими заболеваниями. Сердечно-сосудистая система является одной из мишеней для воздействия колебаний геомагнитного поля.

Цель: выявить влияние геомагнитных возмущений на общее самочувствие, агрегационную функцию тромбоцитов, а также выраженность тканевой гипоксии и уровень С-реактивного белка в плазме крови у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы: было обследовано 42 пациентов, с ИБС, стенокардия напряжения стабильная II ф. кл. Определяли показатели кислотно-щелочного состояния крови, парциального давления газов крови (Medica), уровень С-реактивного белка в плазме крови количественно (Chem Well). Агрегация тромбоцитов изучалась на аппарате «Biola» с помощью различных агонистов агрегации (коллаген, адреналин, АДФ). Исследование проводилось дважды: в день спокойной геомагнитной обстановки, в день с возмущенной геомагнитной обстановкой. Прогноз предполагаемых колебаний уровня геомагнитной активности предоставлялся Институтом земного магнетизма, ионосферы и распространения радиоволн РАН.

Результаты: у всех больных в спокойные периоды геомагнитной обстановки, отмечается усиление агрегационной функции тромбоцитов, уровень С-реактивного белка выше нормы $8,63 \pm 1,18$ мкм/л. Показатели парциального давления углекислого газа в крови (pCO_2) было в пределах нормы, отмечалось достоверное снижение парциального давления кислорода крови (pO_2) = $67,0 \pm 1,9$ мм рт. ст. при норме ($95,5 \pm 12,5$ мм рт. ст.). Во время геомагнитных возмущений появлялись субъективные симптомы ухудшения состояния, что сопровождалось значительным увеличением спонтанной агрегации и индуцированной адреналином, при этом уровень С-реактивного белка повышался до $10,24 \pm 1,23$, а (pO_2) еще более снижалось до $64,25 \pm 5,63$.

Заключение: таким образом, полученные данные свидетельствуют о достоверном влиянии геомагнитных возмущений на агрегационную функцию тромбоцитов, усиливая тканевую гипоксию, что усугубляет клиническое течение ишемической болезни сердца.

31 ПРЕДИКТОРЫ УМЕРЕННЫХ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Малева О. В.

ФГБНУ НИИ КПССЗ, Кемерово, Россия

Введение: умеренные когнитивные расстройства (УКР) являются предметным нарушением познавательной сферы человека и в силу своей значительной распространенности среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями являются одной из наиболее значимых медико-социальных проблем. Сахарный диабет (СД) является фактором риска когнитивных расстройств, сосудистой деменции и болезни Альцгеймера. Доказано, что пациенты с СД в 1,5 раза чаще страдают УКР и деменцией, чем лица без СД.

Цель: определение факторов, способствующих развитию УКР у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с СД 2-го типа.

Методы: включено 54 больных ИБС и СД 2-го типа (средний возраст $56,8 \pm 4,5$ года). Всем пациентам проводилось нейрофизиологическое тестирование программным комплексом «Status PF». Оценивали внимание (корректирующая проба Бурдона), память (тесты «запоминание 10 чисел и запоминание 10 слов»), нейродинамику (сложная зрительно-моторная реакция, уровень функциональной подвижности нервных процессов и работоспособность головного мозга). Определение концентрации гликированного гемоглобина (HbA1c) проводили быстрым ионообменным методом, глюкозы – глюкозооксидазным методом, инсулина натощак в крови проводились с использованием стандартных тест-систем фирмы Thermo Fisher Scientific (Финляндия), показателей липидного обмена (общий холестерин, триглицериды, холестерин липопротеинов низкой и высокой плотности) - ферментативным колориметрическим методом. Пациенты были разделены на две группы: без УКР и пациенты с наличием УКР. Среди клинико-анамнестических показателей, предположительно влияющих на развитие когнитивных нарушений у пациентов, были отобраны: возраст, количество лет обучения, наличие стенозов сонных артерий, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), наличие артериальной гипертензии (АГ), инсулин, HbA1c, индекс инсулинорезистентности (НОМА), фруктозамин, показатели липидного спектра, тяжесть поражения коронарного русла по шкале Syntax, личностная и ситуативная тревожность. Для выявления независимых предикторов был использован метод бинарной логистической регрессии (SPSS17, модуль Binary logistic regression, пошаговый метод Forward LR). Проверка модели осуществлялась с помощью ROC-кривой.

Результаты: При проведении регрессионного анализа идентифицированы наиболее значимые факторы, определяющие риск развития УКР у пациентов с ИБС в сочетании с СД 2-го типа – уровень фруктозамина ($B = -0,020$, $Sig = 0,017$) и индекс НОМА ($B = -0,074$, $Sig = 0,047$). При проведении ROC-анализа чувствительность прогностической модели составила - 0,7, а специфичность - 0,686.

Заключение: у пациентов с ИБС в сочетании с СД 2-го типа такие показатели, как концентрация фруктозамина в плазме, индекс НОМА повышают вероятность развития умеренных когнитивных расстройств.

32 РОЛЬ РИГИДНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ТЕЧЕНИИ ИБС

Макеева А. С., Липатова Т. Е.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского Минздрава России», Саратов, Россия

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) сохраняют лидирующую позицию среди причин смерти в большинстве развитых стран. Важную роль в патогенезе многих заболеваний сердечно-сосудистой системы играют структурно-функциональные изменения на разных уровнях сосудистого русла, включая эндотелиальную дисфункцию и нарушение упруго-эластических свойств сосудистой стенки артерий.

Цель исследования – изучить функцию эндотелия и структурные изменения крупных сосудов и сосудов микроциркуляторного русла у пациентов с острым инфарктом миокарда.

Материалы и методы. Исследованы 37 больных с острым инфарктом миокарда в возрасте от 46 до 74 лет (средний возраст составил $60,5 \pm 14,5$ лет). Из них 27 мужчин (73 %) и 10 женщин (27%). У 18 больных диагностирован QMI (48.6%), у 19 (51.4%) - non-QMI. Группу контроля, сопоставимую по полу и возрасту с основной, составили 20 пациентов со стабильным течением ИБС. С помощью аппаратно-программного комплекса «Ангиоскан-01» проведён ангиологический скрининг данных больных. Оценены параметры ремоделирования стенки крупных сосудов (индекс жесткости, SI) и МЦР (индекс отражения, RI). На основании оценки эндотелий-зависимой вазодилатации в пробе с реактивной гиперемией определено состояние эндотелиальной функции периферических артерий. В исследование не были включены пациенты с постоянной формой фибрилляции предсердий, постинфарктной аневризмой, декомпенсированной ХСН IV ФК. Обследование проведено на базе экстренного кардиологического отделения ГУЗ «Городская клиническая больница №12» г. Саратова. Обработка полученных результатов проводилась с использованием непараметрических методов статистики.

Результаты. При оценки структурно-функционального состояния стенки крупных сосудов выявлено изменение их упруго-эластических свойств во всех клинических группах. Отмечено повышение скорости распространения пульсовой волны в аорте - $9,04 \pm 2,43$ м/с. Отмечено увеличение индекса аугментации – $16,9 \pm 8$. Определено повышение индекса жёсткости – $9,6 \pm 2,9$ и индекса отражения – $52,4 \pm 22,97\%$. Индекс жесткости (SI) был достоверно выше у пациентов с острым инфарктом миокарда, чем у лиц со стабильным течением ИБС ($p < 0,03$), что свидетельствует о наличии у них более выраженных структурных изменений стенки крупных сосудов (аорта). На уровне МЦР обнаружена ДЭ, снижение вазодилатирующей активности эндотелия артериол во всех клинических группах статистически не различима.

Выводы. Изменение упруго-эластических свойств крупных артерий, прогрессирование нарушений жесткости артериальной стенки и снижение вазодилатирующей активности эндотелия лежит в основе прогрессирования коронарного атеросклероза и может явиться фактором развития острого коронарного события, в т.ч. развития инфаркта миокарда.

33 ДАННЫЕ КОРОНАРОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПОТИРЕОЗОМ И ИБС

Мунир А. Р¹., Суман О. С¹., Виджаярагаван Г. ¹, Калягин А. Н².

¹Кералских институт медицинских наук, Тривандрум, Керала, Индия., Кожикод, Индия,

²Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия., Иркутск, Россия

Цель и задачи: Ишемическая болезнь сердца (ИБС) часто встречается и может быстрее прогрессировать у пациентов с гипотиреозом. Интересным представляется изучение ангиографического профиля этих пациентов. Целью данного исследования была оценка клинического и ангиографического профилей пациентов с сочетанной патологией – гипотиреозом и ИБС.

Объекты и методы: В общей сложности 100 пациентов с верифицированными диагнозами гипотиреоза и ИБС, которые были поступили в кардиологическое отделение в течение трех лет с 1 августа 2012 г. были включены в исследование. Пациенты были проанализированы на предмет наличия различных факторов риска, особенностям коронарограмм и тяжести поражения коронарной артерии.

Результаты: Средний возраст в исследуемой популяции был $58.28 \pm 17,3$ лет. Большинство обследованных составляли женщины 55 (55%). Исследование населения был разделен на четыре интервала возрастным группам, начиная от 31 до 70 лет. Среди представителей обоих полов большинства пациентов были в возрастной группе 61-70 лет, возрасте до 60 лет – преобладали женщины. Среди исследуемой популяции у 76 (76%) пациентов уже имели диагноз гипотиреоза и у 24 (24%) – диагноз выставлен впервые. Пациенты с острым коронарным синдромом (ОКС) составили 67% и остальные 33% больных были с хроническими формами ИБС. Среди пациентов с ОКС, большинство были с инфарктом миокарда без подъёма сегмента ST (NSTEMI) 26 (26%), а затем нестабильной стенокардией (UA) – 25 (25%) и с инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST (STEMI) – 16 (16%). Преобладающие факторы риска включали артериальную гипертензию – у 63 (63%), а затем дислипидемии – у 62 (62%), сахарный диабет типа II – у 58 (58%), ожирение – у 42 (42%) и курение – у 36 (37%). Ангиография коронарных сосудов была выполнена у 91 (91%) пациентов. Наиболее часто поражалась левая передняя нисходящая артерия (LAD), а затем вовлекалась правая коронарная артерия (RCA), левая огибающая (LCx) и менее вовлечен оказался основной ствол левой коронарной артерии (LM). Поражение одного сосуда зарегистрирована у 20 (20%) больных с UA, у 19 (19%) – с хронической ИБС, у 9 (9%) – STEMI и у 6 (6%) пациентов – NSTEMI. Поражение двух сосудов присутствует у 11 (11%) – NSTEMI, у 9 (9%) – с хронической ИБС, у 3 (3%) больных – STEMI и UA. Поражение трёх сосудов присутствует у 8 (8%) с хроническими формами ИБС, у 6 (6%) – NSTEMI, у 2 (2%) STEMI и UA. Поражение основного ствола левая коронарной артерии (LM) выявлено у 1 (1%) пациента с UA и у 1 (1%) с хронической формой ИБС.

Заключение: Отмечается преобладание женщин среди всех возрастных групп больных гипотиреозом и ИБС. Гипотиреоз приводит к раннему развитию ИБС среди женщин. Среди клинических форм ИБС отмечается высокая доля больных с NSTEMI. С гипотиреозом и ИБС агрегируются такие коморбидные состояния как системная гипертензия и сахарный диабет II типа. При изучении особенностей поражения коронарного русла отмечается раннее развитие однососудистых поражений.

34 PREDOMINANT RISK FACTORS AND ITS DISTRIBUTION AMONG INDIAN POPULATION WITH ISCHEMIC HEART DISEASE AND HYPOTHYROIDISM

Muneer A. R¹., Suman O. S¹., Mujeeb A. M¹., Vijayaraghavan G. ,¹., Kalyagin A. N².

¹*Kerala Institute of Medical Sciences, Trivandrum, Kerala, India.*

²*Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russia.*

Aim and Objectives: Synergistic effects of combinations of Type II diabetes, dyslipidemia, hypertension on patients with cardiovascular disease and hypothyroidism run a higher risk on the disease outcome than could be expected from their separate effects. The aim of this study was to find the predominant risk factors and its distribution among the patients with ischemic heart disease and hypothyroidism.

Subjects and Methods: It was a comparative study of 99 patients with ischemic heart disease and hypothyroidism (clinical group) and 244 patients with ischemic heart disease without hypothyroidism (control group) who were admitted in a tertiary care center over a period of three years from 1st August 2012. The study population was divided into three age group intervals ranging from 41 to 70 years and the disease patterns, risk factors and its distribution among both groups were analyzed.

Results: Mean age of the study population was 58.28±17.3 years. Females 55(55.55%) were predominant in clinical group (ie patients with ischemic heart disease and hypothyroidism) and males 199 (58.01%) were predominant in control group (ie patients with ischemic heart disease without hypothyroidism) (p=0.001). Among the clinical group, 75(75.75%) patients were previously diagnosed case of hypothyroidism with female predominance and 24(24.24%) were newly diagnosed case of hypothyroidism with male predominance (p=0.00008). Patients with acute coronary syndrome (ACS) were 67(67.67%) and the rest of the 32(32.32%) patients were with previous history of ischemic heart disease in clinical group, while in control group 132(54.09%) patients had acute coronary syndrome and 112 patients(45.90) had previous history of ischemic heart disease (p=0.021). In clinical group, the patients with acute coronary syndrome (ACS), majority had non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) 26(26.26%) followed by unstable angina (UA) 25(25.25%) and ST elevation myocardial infarction (STEMI) 16(16.16%). While in control group the patients with acute coronary syndrome, 78(31.96%) patients had ST elevation myocardial infarction (STEMI) followed by unstable angina (UA) 34(13.93%) and 20(8.19%) had non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI). Systemic hypertension 63(63.63%) followed by dyslipidemia 62(62.62%) and Type II diabetes mellitus 58(58.58%) were the predominant risk factors among the clinical group while Type II diabetes mellitus 162(66.39%) followed by systemic hypertension 157(64.34%) and dyslipidemia 136(55.73%) were the predominant risk factors among the control group. There was a female predominance with Type II diabetes mellitus (34.34%) in clinical group while male predominance (37.70%) in control group (p=0.043). Females with systemic hypertension were predominant (36.36%) in clinical group while male were predominant (37.70%) in control group (p=0.034). Likewise there was female predominance with dyslipidemia (37.37%) in clinical group and male predominance (33.60%) in control group (p=0.008).

Conclusion: Females were dominating in all age group interval with ischemic heart disease and hypothyroidism while males were dominating in the group with ischemic heart disease without hypothyroidism. Systemic hypertension followed by dyslipidemia and Type II diabetes mellitus were the predominant risk factors among group with ischemic heart disease and hypothyroidism while Type II diabetes mellitus followed by systemic hypertension and dyslipidemia were the predominant

risk factors among the group with ischemic heart disease without hypothyroidism. Females were predominant among all risk factors in the group with ischemic heart disease and hypothyroidism while males were predominant among all risk factors in the group with ischemic heart disease without hypothyroidism.

35 ЗНАЧЕНИЕ ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПРИ СТАРЕНИИ

Овчинникова Е. А., Ивкина О. Н., Захарова Н. О.

ГБОУ ВПО СамГМУ, Самара, Россия

Введение. В настоящее время сердечно-сосудистая патология занимает первое место по заболеваемости, инвалидизации и смертности у лиц старшего возраста. В свою очередь, инволютивные процессы вносят свои коррективы в течение кардиоваскулярной патологии, увеличивая риск развития осложнений.

Цель исследования: оценить влияние возрастных изменений на показатели тромбоцитарной агрегации у больных ишемической болезнью сердца.

Материал и методы исследования. Обследовано 114 пациентов в возрасте от 45 до 94 лет с диагнозом ИБС, стабильной стенокардией напряжения II функционального класса. Больные разделены на 4 возрастные группы: I группу (среднего возраста) составил 31 пациент, средний возраст $54,1 \pm 3,1$ год, II группу – 31 пациент пожилого возраста, средний возраст $66,8 \pm 4,8$ лет, III группа представлена 30 пациентами старческого возраста, средний возраст $84,1 \pm 5,2$ лет, IV – 22 пациентами – долгожителями, средний возраст $92,4 \pm 1,8$ лет (по ВОЗ, Киев 1963 г.). Группы сравнения – представлены пациентами без клинико-инструментальных проявлений ишемической болезни сердца: 31 пациентом среднего возраста, средний возраст $50,9 \pm 2,5$ лет, 30 пациентами пожилого возраста, средний возраст $66,8 \pm 1,7$ лет, 27 пациентами старческого возраста (средний возраст $79,2 \pm 2,7$ лет), 18 долгожителями, средний возраст $91,0 \pm 1,2$ лет.

Показатели тромбоцитарного гемостаза определяли на лазерном агрегометре 230 LA НПФ «Биола» методом Габбасова З.А. (1989) по среднему размеру агрегата. Рассчитывали спонтанную агрегацию тромбоцитов и с агонистами агрегации - АДФ и адреналина.

Полученные результаты. У больных ИБС выявлено достоверное повышение размеров тромбоцитарных агрегатов при спонтанной агрегации в среднем на 29% по сравнению с группами сравнения ($p < 0,001$). При исследовании скорости спонтанной агрегации выявляется наибольшее увеличение в группе больных пожилого возраста ($p < 0,001$) в сравнении с контролем ($p < 0,001$). Также в этой возрастной группе получены максимальные значения как размеров агрегатов, так и по интенсивности агрегации под воздействием адреналина ($p < 0,001$). При исследовании АДФ-индуцированной агрегации в группах больных ИБС пожилого и старческого возраста получены сопоставимые значения тромбоцитарной агрегации. В тоже время размер агрегатов и скорость агрегации были достоверно ниже, чем в контрольных группах того же возраста ($p < 0,001$).

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о снижении адаптационного потенциала стареющего организма у больных ишемической болезнью сердца, развитие гиперчувствительности к воздействию катехоламинов особенно в пожилом возрасте.

36 **ОБОСНОВАНИЕ ОДНОМОМЕНТНОГО ПРОВЕДЕНИЯ КОРОНАРОГРАФИИ И АНГИОГРАФИИ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА**

Осипенко А. А., Каменев Е. В., Крюков Н. Н.

НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Самара ОАО «РЖД», Самара, Россия

Введение. Распространенность гемодинамически значимого атеросклеротического поражения почечных артерий среди пациентов с тяжелым коронарным атеросклерозом составляет от 18,7 до 75,5%, а летальность от осложнений при сочетании этих заболеваний достигает 25-50%. Сочетанное поражение почечных и коронарных артерий ухудшает прогноз в отношении как функции миокарда, так и функции почек, тем самым влияя на прогрессирование заболеваний. Влияние повышенного артериального давления (вследствие развития вазоренальной артериальной гипертензии) на формирование коронарного атеросклероза связано с развитием эндотелиальной дисфункции коронарных артерий, увеличением потребности миокарда в кислороде и развитием гипертрофии левого желудочка.

Цель. Обосновать проведение ангиографии почечных артерий во время коронарографии у пациентов высокого риска.

Материалы и методы. Всего в Отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения НУЗ ДКБ на станции Самара в период с 2009 по 2014 года выполнена 2261 коронарография у пациентов с подозрением на ишемическую болезнь сердца (ИБС) или подтвержденной ИБС. Из них в качестве рутинного метода выполнена ангиография почечных артерий у 1501 пациента. По показаниям также выполнялась ангиография других сосудистых бассейнов (прецеребральных артерий, артерий нижних конечностей). У пациентов, имеющих артериальную гипертензию и/или нарушение функции почек, а также у пациентов с подтвержденным атеросклерозом других сосудистых бассейнов по данным неинвазивных методов исследований, ангиография почечных артерий выполнялась в обязательном порядке. Ангиография почечных артерий проводилась по стандартной методике доступом через бедренную или лучевую артерию с использованием йодосодержащих низкоосмолярных контрастных веществ (ксенетикс 350, сканлюкс 370 или ультравист 300).

Результаты. Из 1501 ангиографии почечных артерий, выполненной в качестве рутинного метода (одномоментно с коронарографией) стенозы почечных артерий выявлены у 153 пациентов, что составляет 10,2% от общего числа. Из них 96 пациентов, у которых выявлены гемодинамически значимые стенозы, которые потребовали дальнейшего вмешательства. У 97% пациентов со стенозами почечных артерий выявлены атеросклеротические поражения других сосудистых бассейнов.

При анализе протоколов операций при проведении одномоментного проведения коронарографии и ангиографии почечных артерий не выявлено достоверного увеличения лучевой нагрузки на пациента, расхода контрастного вещества и времени проведения вмешательства.

Заключение. Одномоментное проведение коронарографии и ангиографии почечных артерий необходимо проводить у пациентов высокого риска, поскольку это не влияет на количество осложнений во время вмешательства, но достоверно влияет на выявляемость гемодинамически значимых стенозов почечных артерий. Это позволяет своевременно и безопасно провести вмешательство на почечных артериях, что повлияет на снижение больших сосудистых катастроф.

37 ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФАРКТА

Решетько О. В., Михеева Н. В.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского», Саратов, Россия

Цель: изучить фармакоэпидемиологию гиполипидемических ЛС, применяемых для стационарного лечения инфаркта мозга, в 2004-2006 и 2009-2011 гг., и оценить их соответствие современным рекомендациям.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное фармакоэпидемиологическое исследование, основанное на анализе 542 историй болезней за период 2004-2006 гг. и 762 – за 2009-2011 гг., в стационарах г. Саратова. Критериями включения в исследование были случаи инфаркта мозга, явившиеся причиной госпитализации и верифицированные на основании нейровизуализации или типичной клинической картины. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программ STATISTICA 6.0, Microsoft Office Excel 2010. Достоверность результатов определялась с помощью критерия Манна – Уитни. Критический уровень значимости при проверке гипотез $p = 0,05$.

Результаты исследования. Соотношение мужчин и женщин в 2009-2011 гг. и 2004-2006 гг. статистически значимо не отличалось ($p > 0,05$). Клинические и демографические характеристики исследованных больных совпадали с современными представлениями о факторах риска инфаркта мозга: мужской пол; возраст старше 55 лет у мужчин и 60 лет - у женщин; артериальная гипертензия (АГ), церебральный атеросклероз, гиперхолестеринемия являлись наиболее распространенными факторами риска в данном исследовании. Наибольшая доля заболевших выявлена в группе лиц пожилого возраста: 64,3% – в 2009-2011 гг. 56,5% – 2004-2006 гг. Из липидов в обеих группах оценивался только холестерин, определение триглицеридов и других фракций липопротеидов не проводилось. За повышенный уровень общего холестерина принимались показатели, превышающие 5,2 ммоль/л. Среди пациентов, поступивших на лечение, у которых определялся общий холестерин, достоверных отличий в частоте выявления гиперхолестеринемии в 2009-2011 (74,7%) и в 2004-2006 (75,9%) не выявлено ($p > 0,05$).

В 2009-2011 гг. статины с целью вторичной профилактики в первые 48 часов стационарного лечения назначались 5,5% больных с инфарктом мозга, в то время как ИБС и гиперлипидемия были диагностированы у 55,3% и у 74,7% больных соответственно. В ходе стационарного лечения количество больных, получающих статины достоверно увеличилось и составило 9,2% ($p < 0,05$). Коррекции доз в стационаре при назначении гиполипидемической терапии не проводилось. В рекомендациях при выписке из стационара статины рекомендовались уже 25,6% пациентов, что также достоверно выше, чем при поступлении и в стационаре ($p < 0,05$). Противопоказаний для назначения препаратов данной группы в историях болезней отмечено не было, однако 74,4% терапия статинами при выписке не назначалась.

В 2004-2006 гг. при поступлении и в стационаре статины не использовались. Лишь 1,3% при выписке были рекомендованы данные ЛС, что было достоверно ниже, чем в 2009-2011 гг. ($p < 0,05$). Остальным пациентам (98,7%) терапия статинами не назначалась, противопоказаний для назначения данных ЛС в историях болезней выявлено не было.

В 2009-2011 гг. отмечался достоверный рост частоты назначений аторвастатина на стационарном этапе (5,5%) по сравнению с поступлением (3,4%) ($p < 0,05$) и при выписке (9,2%)

($p < 0,05$). Достоверно увеличилось количество пациентов, которым рекомендовался симва-
стин при выписке (16,4%) (в стационаре - 3,7%, $p < 0,05$,). В 2009-2011 гг. при выписке симва-
стин рекомендовался достоверно чаще, чем аторвастатин ($p < 0,05$).

В 2004-2006 гг. симва-
стин (0,9%) и аторвастатин (0,4%) назначались в единичных случаях
только при выписке.

Заключение. Частота назначения статинов на разных этапах лечения как в 2004-2006 гг., так
и в 2009-2011 гг. оставалась низкой. В 2009-2011 гг. у незначительной части пациентов статины
стали назначаться сразу при поступлении в стационар. Появление рекомендаций по лечению
инфаркта мозга позволило увеличить количество назначений гиполипидемических ЛС в 2009-
2011 гг. при выписке, по сравнению с 2004-2006 гг. ($p < 0,05$).

38 РОЛЬ КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ В ВЫЯВЛЕНИИ ЗНАЧИМЫХ ПОРАЖЕНИЙ КРОНАРНЫХ АР- ТЕРИЙ ПЕРЕД СОСУДИСТЫМИ ОПЕРАЦИЯМИ ПРОМЕЖУТОЧНОГО И ВЫСОКОГО РИСКА

Сумин А. Н., Евдокимов Д. О., Безденежных А. В., Корок Е. В., Барбараш Л. С.
ФГБНУ НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово, Россия

Введение: Оценка риска кардиальных осложнений перед выполнением некардиальных опе-
раций является важной проблемой современной кардиологии. Особенно она актуальна для
больных с атеросклеротическим поражением некоронарных сосудистых бассейнов, отношении
таких больных имеется противоречие: с одной стороны у них часто выявляется поражение ко-
ронарных артерий при инвазивной коронароангиографии (КАГ), с другой стороны, тенденцией
последних лет является попытка отказа от инвазивных обследований; при этом акцент делается
на клиническую оценку риска, в частности, на шкалу Lee. Целью настоящего исследования
было оценить распространенность атеросклеротического поражения коронарных артерий у
больных с различным клиническим риском сердечно-сосудистых осложнений перед операция-
ми на некардиальных сосудистых бассейнах.

Материал и методы: Проведен ретроспективный анализ 392 историй болезни пациентов
(средний возраст $61,0 \pm 8,5$ лет, 340 мужчин и 52 женщин), подвергшихся оперативным вмеша-
тельствам на каротидном бассейне, аорте и артериях нижних конечностей в клинике сердечно-
сосудистой хирургии. Все больные были разделены на четыре группы, согласно наличию у них
клинических факторов риска кардиальных осложнений (проведение операции высокого риска,
наличие инфаркта миокарда, ОНМК в анамнезе, признаки хронической почечной недостаточ-
ности, симптомы ХСН, инсулинозависимый сахарный диабет. В первую группу ($n=44$) вошли
пациенты без клинических факторов риска, во вторую ($n=184$) - больные с наличием одного
клинического фактора риска. Третью группу ($n=122$) составили больные с наличием двух кли-
нических факторов риска, четвертую ($n=42$) - больные с наличием трех и более клинических
факторов риска.

Результаты исследования: При КАГ у 91% пациентов выявлено поражение коронарных ар-
терий. Отсутствие поражений коронарных артерий чаще выявляли в первой группе (у 20% па-
циентов) по сравнению с другими (в 9,8% случаев - во второй, в 9,0% - в третьей и в 2,4%
- в четвертой группах; $p=0,048$). При этом одно- и двухсосудистое поражение встречалось при
этом одинаково часто во всех группах, но различия между ними не достигали статистической
значимости. Поражение трех коронарных артерий в четвертой группе встречалось наиболее

часто (в 30,9% случаев), по сравнению с тремя другими группами (11,4%; 14,7% и 16,4%, соответственно, $p=0,051$). При этом гемодинамически значимое поражение трех коронарных артерий и/или стеноз ствола левой коронарной артерии выявляли у 15,6% больных с отсутствием клинических факторов риска кардиальных осложнений, у 19,0% больных с одним таким фактором, у 28,5% с двумя факторами риска и у 42,8% больных с тремя и более факторами риска.

Заключение: Таким образом, клиническая предоперационная стратификация риска с помощью индекса Lee перед сосудистыми операциями не выявляет значительную часть больных с прогностически неблагоприятным поражением коронарных артерий, по-видимому, за счет бессимптомного течения ИБС у данной категории больных. По нашим данным складывается впечатление о предпочтительности в данной ситуации рутинного выполнения инвазивной КАГ по сравнению с клинической оценкой с последующим проведением неинвазивных тестов для диагностики гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий. Влияет ли такая диагностическая тактика на увеличение числа КАГ с необструктивным поражением коронарных артерий и возможно ли использование других клинических шкал оценки риска – эти вопросы заслуживают обсуждения и, по-видимому, дальнейших исследований.

39 ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И СПЕЦИФИЧНОСТЬ НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Цоколов А. В¹., Азаров А. А²., Вертёлкин А. В¹., Стариков В. Н¹.

¹ФГУ МО РФ, Калининград, Россия,

²ФЦ ССХ, Калининград, Россия

В настоящее время, при выполнении диагностических исследований у пациентов с ИБС и последующей оценке полученных данных, складываются такие ситуации, когда диагностическая ценность методик, описываемая в 70-80х годах XX столетия, не соответствует заявленным значениям, и на первый взгляд представляется излишне оптимистичной.

С целью уточнения данного феномена нами была предпринята попытка оценить чувствительность и специфичность методики ВЭМ и Холтеровского мониторирования ЭКГ.

Методы исследования. В исследование было включено 115 пациентов (средний возраст 61,2±8,6 года), кому в течение ближайшего месяца выполнялась коронароангиография (КАГ). Процент стенозирования коронарных артерий (КА) составил: ЛКА 31,3±32,3%; ПКА 63,6±35%; ОА 38,1±37,5%; ДВ 15,6±28,3%; ЗМЖВ 23,8±36,4; ПМЖА 50,8±33,8%); достигнутая при Холтеровском мониторировании величина ЧСС 100±8,8 ударов/мин не достигала субмаксимальных значений у большинства пациентов; депрессия сегмента ST более 1 мм регистрировалась в 31,3% случаев, тогда как реальная частота поражения хотя бы одной КА (>50%) составляла 81,3%.

Полученные результаты. В результате проведенного обследования было установлено, что реальная чувствительность методики ВЭМ находится на уровне 40,7%, специфичность – 76,5%, тогда как для методики холтеровского мониторирования ЭКГ - 38% и 100%, соответственно, что ниже значений, приводимых в доступной литературе.

Чувствительность пробы с физической нагрузкой под ЭКГ-контролем на предмет выявления ИБС по данным European Society of Cardiology (1997) достигала 50-80%, специфичность – 80-90% (Task Force of the European Society of Cardiology). Чувствительность и специфичность

методики холтеровского мониторирования ЭКГ по данным литературы, при стенозе хотя бы одной артерии >50% составляла от 67% и 62%, соответственно (при среднем возрасте 47 лет), до 81,6% и 91,7% (1981).

Для методики нагрузочного тестирования корреляционная зависимость величины депрессии сегмента ST от характера поражения КА оказалась средней ($r=0,42$; $p<0,01$). Зависимость величины депрессии сегмента ST от % стенотического поражения коронарных артерий оказалась следующей: для ЛКА $r=0,39$ $p<0,01$; для ОА $r=0,26$ $p>0,05$; для ПКА $r=0,38$ $p=0,01$. Максимально достигнутая ЧСС составила $92,1+15,2\%$ (от максимальной возрастной ЧСС), или $135,6+21,3$ удара в 1 мин. Для методики Холтеровского ЭКГ-мониторирования корреляционная зависимость результатов проб была установлена на уровне от слабой до средней (для ДВ), но незначимой для всех остальных КА ($p>0,05$). Причина выявленных расхождений в описываемой и реально полученной диагностической ценности методик кроется в изменении приоритетов в лечении основного заболевания и сопутствующей патологии, выражающаяся в: 1) наличии способности новых препаратов влиять на NO-зависимую вазодилатацию. Смена приоритетов в лечении сердечно-сосудистой патологии за последние 20 лет выразилась в преобладающем назначении БАБ (81,1%), ИАПФ (78,8%) и статинов (71,9%); 2) формировании коллатерального кровотока, который влияет на результаты нагрузочных проб; 3) широком использовании статинов, с улучшением функционального состояния эндотелия; 4) приеме пролонгированных препаратов (для полного прекращения действия последних требуется не 1-2 дня как ранее, а в ряде случаев до 3-5 дней).

Заключение. Таким образом, в свете современных подходов к медикаментозной профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний следует пересмотреть подходы к проведению холтеровского мониторирования ЭКГ в целях верификации ИБС, и оценки эффективности проводимой терапии. Предпочтение следует отдавать более точным неинвазивным методикам, таким как ВЭМ/тредмил либо стресс-ЭХОКГ, позволяющим достичь порога субмаксимальной ЧСС, не забывая о том, что длительный прием современных статинов, антиангинальных и гипотензивных препаратов снижает диагностическую ценность последних за счет различных механизмов. Поздняя предтестовая отмена подобных препаратов накануне обследования искажает итоговые результаты.

40 ЗНАЧЕНИЕ МОЧЕВОГО ЛИПОКАЛИНА В ОЦЕНКЕ ПРОГНОЗА ГОСПИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ

Шафранская К. С., Кузьмина О. К., Кашталап В. В., Барбарш О. Л.
НИИ КПССЗ, Кемерово, Россия

Целью настоящего исследования явилась оценка клинической значимости мочевого NGAL для прогнозирования риска развития госпитальных осложнений у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), подвергшихся коронарному шунтированию (КШ). **Материалы и методы.** В исследование включено 720 пациентов подвергшихся КШ в НИИ КПССЗ в период с марта 2011 года по апрель 2012 года. Всем пациентам перед проведением КШ и на 7-е сутки после оперативного вмешательства определяли концентрацию креатинина в сыворотке крови, скорость клубочковой

филтрации (СКФ) по формуле MDRD (Modification of Diet in Renal Disease), а так же концентрацию липокалина, ассоциированного с желатиназой нейтрофилов (NGAL). Оценивалась частота развития неблагоприятных исходов оперативного вмешательства (инфаркта миокарда, инсульта или транзиторной ишемической атаки, острой или прогрессирование хронической почечной недостаточности, ремедиастинотомии) в госпитальном периоде. У всех пациентов определяли балл по аддитивной шкале риска EuroSCORE. Результаты. В настоящем исследовании не было получено значимых различий по уровню креатинина в сыворотке крови и СКФ как до операции, так и на 7-е послеоперационные сутки среди пациентов различных групп риска по EuroSCORE, а также у пациентов с осложненным и неосложненным течением послеоперационного периода. При этом уровень NGAL в моче до операции и на 7-е сутки послеоперационного периода был достоверно выше у пациентов групп среднего и высокого риска по шкале EuroSCORE, по сравнению с пациентами низкого риска. Обнаружение NGAL в моче в дооперационном периоде оказалось полезным и для оценки риска развития в послеоперационном периоде отдельных сердечно-сосудистых осложнений. Установлено, что у пациентов с развитием инфаркта миокарда (ИМ) или инсульта после КШ предоперационные значения NGAL оказались достоверно более высокими по сравнению с пациентами без ИМ или инсульта. Значения NGAL в моче у пациентов с развитием острой почечной недостаточности были также более высокими по сравнению с пациентами без острой почечной недостаточности (ОПН). Анализ уровня NGAL у пациентов с развитием в послеоперационном периоде неблагоприятного исхода также выявил статистически достоверно более высокие его значения, как в дооперационном, так и в послеоперационном периоде, тогда как такие показатели почечной дисфункции, как креатинин и СКФ, не показали значимых различий у пациентов с благоприятным и неблагоприятным исходом. Вывод. Таким образом, предоперационное количественное определение u-NGAL, являющийся доклиническим маркером острого повреждения почек, позволяет более точно прогнозировать госпитальный риск развития неблагоприятных сердечно-сосудистых и почечных осложнений КШ.

РАЗДЕЛ IV. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

41 ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА КРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Абзалова Г. Ф¹., Маянская С. Д¹., Давлятшина Н. З¹., Ардыханова А. Ф².

¹Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия,

²ГАУЗ «Республиканская клиническая больница №2», Казань, Россия

Цель. Изучить состояние внутрисердечной гемодинамики у больных с ИБС до, через 7 дней и 4 месяца после коронарного шунтирования.

Методы исследования. Было обследовано 104 человека (25 женщин и 79 мужчин), страдающих ИБС от 39 до 85 лет, имеющих поражение 1-2-х и более 3-х коронарных артерий (КА). У всех больных выявлены гемодинамически значимые стенозы артерий, причем у 47 б-х - окклюзия сосудов

различной локализации, у 12-и - стеноз ствола левой КА более 80%, 44,6% пациентов не имели инфаркт миокарда в анамнезе, 55,4% - с постинфарктным кардиосклерозом. Всем больным проводилось аорто-коронарное (АКШ) или маммаро-коронарное шунтирование (МКШ) с наложением 1-2-х (36,1%) и более 3х шунтов (63,9%). 1-ой группе больных (74 чел.) КШ проводилось в условиях искусственного кровообращения (ИК) и фармако-холодовой кардиopleгии (ФХКП); во 2-ой (30 чел.) - на бьющемся сердце (ОРСАВ). Пациенты также были распределены на две подгруппы: 42 человека, не имевшие в анамнезе инфаркт миокарда (ИМ), и 62 больных с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС). Группы были сопоставимы по тяжести поражений коронарных артерий, наличию сопутствующих заболеваний, полу и возрасту. Всем пациентам до, через 7 дней и 4 месяца после КШ были исследованы параметры сердечно-сосудистой гемодинамики методом объемной компрессионной осциллометрии (ОКО) анализатором параметров кровообращения АПКО-8-РИЦ (фирма «Сетал», г. Казань).

Результаты. Анализ гемодинамических параметров показал, что в 1-ой группе больных в подгруппе с ПИКС через 7 дней после операции: сердечный выброс (СВ) уменьшался на 4 %, сердечный индекс (СИ) - на 3,6%, ударный объем (УО) – на 19,5%($p<0,05$), ударный индекс (УИ) – на 16,6% ($p<0,05$), мощность сокращения ЛЖ – на 22,6%($p<0,05$). Через 4 месяца СВ возрастал на 8%($p<0,05$), СИ на 7,4%, УО снижался на 4%, УИ – на 3%, мощность сокращения ЛЖ на 3%. А в подгруппе больных без ИМ на 7-е сутки после операции УО снижался на 17,6%($p<0,05$), УИ на – 14,8 %($p<0,05$), мощность на 9,9%, СВ на 2%, СИ на 3,6%. Через 4 месяца СВ возрастал на 15,4%($p<0,05$), СИ на 17,8%($p<0,05$), УО на 10,2%, УИ на 11,5%, мощность ЛЖ на 9,4%. Во 2-й группе больных в подгруппе с ПИКС на 7-е сутки показатели СВ и СИ не изменились, УО уменьшился на 11,3%, УИ – на 9,5%, мощность ЛЖ на 4%. Через 4 месяца после КШ СВ возрос на 9,8%, СИ на 12,4%, УО уменьшился на 4,2%, УИ на 2,9%, мощность ЛЖ возрос на 7,6%. В подгруппе без ПИКС на 7-е сутки после операции СВ возрастал на 15%($p<0,05$), СИ на 7,7%, УО на 9,4%, УИ на 12,4%, мощность ЛЖ на 14,3%. Через 4 месяца СВ возрастал на 35%($p<0,001$), СИ на 23%($p<0,05$), УО на 24,6% ($p<0,05$), УИ на 26,3%($p<0,05$), мощность ЛЖ на 25%($p<0,05$).

Выводы. Метод хирургического лечения достоверно влияет на стабилизацию сердечной гемодинамики. Так, у пациентов с ИБС после КШ на бьющемся сердце, уже через 7 дней после операции наблюдалось достоверное улучшение всех значений инотропной функции сердца, тогда как у больных, которым проводилось хирургическое вмешательство в условиях ИК и ФХКП, в раннем послеоперационном периоде, наоборот, выявлялось снижение практически всех показателей, что, по-видимому, свидетельствовало о кардиодепрессивном влиянии данного метода хирургического вмешательства и необходимости значительно более длительного восстановления сердечно-сосудистой гемодинамики после КШ, проводимого в условиях ИК). Перенесенный ОИМ существенно замедлял восстановление инотропной функции сердца при использовании обеих методов шунтирования. Однако, в группе КШ, выполненном на бьющемся сердце наблюдалось более быстрая стабилизация систолической функции сердца. К 4-му месяцу после КШ наблюдалась положительная динамика показателей сердечной гемодинамики в обеих группах больных. Однако, в группе больных, после КШ в условиях ОРСАВ данные изменения более выражены, чем в группе сравнения

Полученные результаты позволят оптимизировать реабилитационные мероприятия в послеоперационном периоде в зависимости от метода хирургического лечения, а данные показатели сердечной гемодинамики послужат индикаторами эффективности этих мероприятий.

42 ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ ПОСЛЕ ПРИЕМА ПРЕПАРАТА КЛОПИДОГРЕЛ

Акобян Т. Л., Шнейдер Ю. А.

ФГУ Федеральный центр высоких медицинских технологий, Калининград, Россия

Введение: В публикациях описано вариабельность ответа или отсутствие ответа (ОО) после приема Клопидогреля. Также есть исследования которые сообщают, что у некоторых пациентов не достигается оптимальный уровень ингибирования агрегации тромбоцитов после стандартной терапии Клопидогрелем. Было доказано, что при снижении агрегации тромбоцитов ниже 46% (cut point) случаи срочных повторных стентирований (тромбозов коронарных сосудов) значимо ниже. (Paul Gurbel et all Circulation. 2007;116:II_785). Резистентность или ОО к Клопидогрелю определяется снижением агрегации меньше чем на 10% от исходной. (Paul Gurbel et all Circulation. 2003;107:2908-2913)

Цель: Оценить изменение агрегационной функции тромбоцитов после приема нагрузочной (300мг) с последующим продолжением стандартной дозы (75мг x 1р в день) препарата Клопидогрел (Лопирел).

После приема стандартной дозы Клопидогрел определить минимальное время при которой наступает максимальный антиагрегационный эффект. Выявить число пациентов толерантных к клопидогрелю

Материалы и методы: В исследование вошли 30 пациентов проходящие стационарное лечение в отделениях пульмонологии, эндокринологии и неврологии которые нуждались в антиагрегационной терапии и которые не получали антиагреганты боле 10 дней (Таблица 1.). Данные были обработаны с помощью статистической программы SPSS.

Результаты: При приеме нагрузочной дозировки 300мг Клопидогреля максимальный антиагрегационный эффект достигается на 6й час. При применении нагрузочной дозировки 300мг и стандартной терапии 75мг не достигается безопасного уровня ингибирования агрегации тромбоцитов. На стандартной терапии 75мг до 31% пациентов остаются в зоне ОО. (График 1.)

Заключение: При остром коронарном синдроме (ОКС) и срочной чрезкожной коронарной вмешательстве (ЧКВ) активно применить ингибиторы П₂/П₁а тромбоцитарных рецепторов при которых достигается быстрый антиагрегационный эффект

У пациентов перенесших ЧКВ определять уровень агрегации и при необходимости увеличить стандартную дозу применения (75мг) для достижения снижения агрегации тромбоцитов ниже 46% (агрегатометрия с 5 мМ АДФ).

Таблица 1. Данные пациентов

	Среднее	Минимум	Максимум	Стд. отклонение
Возраст	63,07	52	80	7,625
Лейкоциты	9,4253	5,40	20,25	3,54892
Эритроциты	5,0890	4,20	5,83	,42938
Гемоглобин	145,87	128	167	11,407
Гематокрит	45,004	38,3	50,4	3,1908
Тромбоциты	251,79	150	389	63,364

43 ФАКТОРЫ РИСКА ГОСПИТАЛЬНЫХ БОЛЬШИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ ПОСЛЕ КРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Безденежных Н. А., Сумин А. Н., Безденежных А. В., Иванов С. В., Кузьмина А. А., Барбараш О. Л.

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

Введение. В последние годы появляется все больше данных, свидетельствующих об отсутствии негативного влияния сахарного диабета на непосредственные результаты коронарного шунтирования (КШ). В то же время, остается актуальной задача выявления факторов, ассоциированных с развитием осложнений КШ, у пациентов с сахарным диабетом.

Цель. Выявить предикторы больших сердечно-сосудистых событий (БССС) в госпитальном периоде после КШ в зависимости от наличия сахарного диабета 2 типа (СД 2).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 667 пациентов, подвергшихся КШ (I группа – 317 пациентов с СД 2, медиана возраста 59,0 лет; II группа – 350 пациентов без СД и других нарушений углеводного обмена, подобранные в качестве контрольной группы и сопоставимые по полу, возрасту (медиана возраста 58,0 лет), предоперационной терапии, условиям проведения КШ). Проанализированы частота госпитальных БССС после КШ и факторы, ассоциированные с их возникновением. В качестве БССС учитывали инфаркт миокарда (ИМ), инсульт, смерть от сердечно-сосудистых причин. Связь возможных факторов с БССС оценивалась в модели логистической регрессии.

Результаты. Госпитальные большие сердечно-сосудистые события имели место у 11 (3,5%) пациентов с СД 2 и у 15 (4,3%) пациентов без СД, без различий между группами ($p=0,586$). Периоперационный ИМ развился у 2,2% пациентов с СД и у 2,6% пациентов без СД ($p=0,763$). Инсульт развился у 1,3 и 1,6% пациентов I и II групп соответственно ($p=0,633$). Летальный исход имел место у пяти пациентов с СД 2 и семи пациентов без диабета (1,6% и 2,0%, соответственно, $p=0,682$). У четырех из пяти умерших пациентов I группы причиной летального исхода был периоперационный ИМ, у одного – инсульт. Среди умерших пациентов II группы в трех случаях имел место ИМ, в трех – инсульт, в одном – смерть в результате полиорганной недостаточности, развившейся после гемодинамически значимой фибрилляции предсердий с нарастанием сердечной недостаточности. Различий по числу летальных осложнений между группами не было ($p>0,05$).

По результату регрессионного анализа в общей выборке СД 2 не являлся фактором риска госпитальных БССС – ОШ 0,737; 95% ДИ 0,325-1,668; $p=0,459$. В каждой группе в зависимости от наличия сахарного диабета с развитием БССС были ассоциированы различные факторы. У пациентов с СД по результатам однофакторного анализа предикторами БССС стали почечная дисфункция (СКФ СКД EPI < 60 мл/мин/1,73м²; ОШ 5,571; 95% ДИ 1,051-29,523; $p=0,048$), применение ИК (ОШ 3,563; 95% ДИ 2,449-5,183; $p=0,021$), выраженная гипергликемия в 1-е сутки после КШ (ОШ 4,980; 95% ДИ 1,330-18,647; $p=0,027$), предшествующее чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) (ОШ 5,236; 95% ДИ 1,261-21,731; $p=0,041$). У пациентов без СД перечисленные факторы связи с БССС не обнаружили, в данной группе по результату однофакторного анализа с увеличением частоты БССС ассоциировано проведение сочетанных операций (ОШ 4,949; 95% ДИ 1,454-16,836; $p=0,022$), повторные ИМ в анамнезе (ОШ 3,208; 95% ДИ 1,122-9,177; $p=0,034$), фракция выброса левого желудочка (ОШ 1,051 при снижении на 1%; 95% ДИ 1,006-1,100; $p=0,033$). Общим предиктором БССС в обеих группах явилась регургитация на митральном клапане, которая показала свое

независимое влияние во всех моделях и сохранила его при проведении многофакторного анализа (ОШ 6,043; 95% ДИ 1,355-26,948; $p=0,017$ в группе СД; ОШ 11,162; 95% ДИ 2,723-43,501; $p=0,003$ в группе без СД). В группе диабета при проведении многофакторного анализа сохранили свою прогностическую значимость в отношении БССС только проведение ЧКВ в анамнезе, в группе без СД – сочетанные операции и повторные ИМ.

Заключение. СД 2 типа не является предиктором госпитальных больших сердечно-сосудистых событий после КШ. Предикторы таковых в группах различны в зависимости от наличия сахарного диабета. У пациентов с диабетом факторами риска БССС является предшествующее ЧКВ, у пациентов без диабета – сочетанные операции и повторные ИМ в анамнезе. Общими предикторами для пациентов обеих групп стала митральная регургитация.

44 УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ КАК ПРЕДИТОР НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

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

*ГБУЗ НИИ «Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского»,
ГБОУ ВПО КубГМУ МЗ РФ, кафедра кардиохирургии и кардиологии ФПК и ППС,
г. Краснодар*

Определение уровня тревожности у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), планируемых на прямую реваскуляризацию миокарда, может иметь важное значение с целью улучшения прогноза и течения заболевания после аортокоронарного шунтирования (АКШ). Не диагностированные патологические психические состояния перед операцией могут ухудшить прогноз ИБС после нее.

Цель: определить влияние уровня тревожности на течение ишемической болезни сердца у пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование.

Методы исследования: В исследование были включены 50 пациентов, планируемые к операции аортокоронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения. Средний возраст по всей выборке составил $56,9 \pm 8,8$ лет. Средняя длительность дооперационного периода составила $3,8 \pm 1,3$ дней. Все пациенты проходили тестирование по опросникам уровня тревожности Тейлора (в адаптации Немчинова), Спилбергера – Ханина, SF-36 перед АКШ, перед выпиской из стационара после АКШ и через год после него.

Результаты: высокий уровень ситуативной тревожности у пациентов по Спилбергеру – Ханину перед АКШ – в 48,0% случаях (24 пациента), как высокий уровень тревожности, средний уровень тревожности составил 46%. Высокий уровень личностной тревожности составил 20% (10 человек). Уровень тревожности по Дж. Тейлору перед АКШ: в 20,0% случаях (10 пациентов), как высокий уровень тревожности. В ближайшие сроки послеоперационного периода уровень ситуационной тревожности в ближайшие сроки послеоперационного периода, сохраняется в том же диапазоне, что и до операции и является достоверно значимым ($p < 0,05$): на уровне среднего (60% – 30 человек) и высокого – 28% (14 пациентов). Через год после АКШ. Уровень ситуативной тревожности составил у пациентов по Спилбергеру – Ханину после АКШ в 24,0% случаях (12 пациентов) как высокий уровень тревожности.

Заключение: Проведенный множественный регрессионный анализ влияния уровня тревожности на параметры субъективного восприятия качества жизни показал, что: личностная тревога

имеет положительное влияние и мишенями воздействия при этом выступает физическое функционирование до момента проведения АКШ, отражающее степень, ограничения в выполнении физических нагрузок; ситуативная тревожность, так же, как и в дооперационном периоде, является предиктором неблагоприятного течения ИБС и имеет отрицательное влияние. Мишенями воздействия при этом выступает психическое здоровье, клинически проявляясь в снижении выраженности показателей положительных эмоций, настроения, усиливая депрессию и тревогу. Ситуативная тревожность и через год от АКШ является предиктором неблагоприятного течения ИБС и мишенями воздействия при этом выступают общее состояние здоровья и социальное функционирование, отрицательное влияние проявляется в ограничении социальной активности и снижении уровня общения.

45 БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ В САМАРСКОМ КЛИНИЧЕСКОМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

Зыбин А. А., Семагин А. П., Кузнецов Д. В., Белый В. С., Хохлунов С. М.

ГБУЗ Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия

Цель: изучить ближайшие результаты хирургического лечения больных с аневризмой аорты в Самарском клиническом кардиологическом диспансере в рамках реализации программы «модернизация здравоохранения».

Материалы и методы: с января 2013 по июнь 2015 гг. в СОККД выполнено хирургическое лечение 68 пациентам с аневризмой аорты. Возраст больных варьировал от 27 до 79 лет (средний возраст 56 лет), из них мужчин – 54 человека (79,4%), женщин - 14 человек (20,6%).

Результаты: в исследуемой группе у 39 пациентов (57,4%) была хроническая аневризма аорты, у 29 пациентов (42,6%) острое расслоение аорты.

При распространении расслоения или аневризматического расширения дистальнее восходящей аорты, всегда проводилась ревизия дуги и брахиоцефальных сосудов с применением «церебрального ареста» (30 пациентов). При этом защита головного мозга осуществлялась с использованием унилатеральной перфузии у 17 пациентов, билатеральной перфузии у 9 пациентов и полный «циркуляторный церебральный арест» применялся всего у 4 пациентов.

У пациентов с поражением аортального клапана, наряду с протезированием клапана (28 человек), применялись различные методики клапаносохраняющих реконструкций (реимплантация АК - 7 пациентов, ремоделирование АК – 14 пациентов). В настоящее время применение клапаносберегающих методик в хирургии грудной аорты является наиболее предпочтительным. Функция аортального клапана в группе реконструктивных операций, по данным послеоперационной ЭХОКГ, была признана удовлетворительной.

Общая госпитальная летальность прооперированных пациентов составила 11 человек (16,2%), из которых, в группе оперированных по поводу расслаивающей аневризмы аорты - 8 человек (11,8%). При плановых вмешательствах на грудной аорте погибло 3 пациента (4,4%).

Выводы: увеличение числа операций на аорте, в рамках реализации программы «модернизации здравоохранения» в СОККД, позволило существенно улучшить результаты хирургического лечения расслоения аорты. Расширение показаний к клапаносохраняющим операциям, на аортальном клапане, соответствует современным тенденциям кардиохирургии.

46 ВЫЯВЛЕНИЕ ИНТАКТНЫХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ПЛАНОВОЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОГРАФИИ: ЧАСТОТА И ПРИЧИНЫ

Корок Е. В., Сумин А. Н., Синьков М. А., Нагирияк О. А., Чичкова Т. Ю., Барбараш Л. С.
ФГБНУ, Кемерово, Россия

Введение. Коронароангиография (КАГ) в настоящее время остается золотым стандартом в диагностике ишемической болезни сердца (ИБС) и выявлении больных, требующих реваскуляризации миокарда. Несмотря на то, что в международных рекомендациях предложены диагностические алгоритмы, основанные как на клинической оценке, так и на проведении неинвазивных диагностических тестов, зачастую КАГ проводится пациентам без достаточных показаний для данной инвазивной процедуры. Соответственно, у большого процента больных не находят изменения при КАГ, в регистровых исследованиях эта цифра достигает 42%, а в отдельных диагностических центрах процент колеблется от 18,4% до 76,9%. По-видимому, такие существенные различия могут быть обусловлены как неодинаковыми подходами к диагностике ИБС, так и отличиями в контингенте обследованных пациентов.

Цель исследования: оценить частоту и возможные причины выявления интактных коронарных артерий (КА) у больных с различными показаниями для плановой КАГ.

Материал и методы: Проанализировано 711 историй болезни пациентов, которые подверглись плановым КАГ на базе НИИ КПССЗ за период с 1 апреля по 31 мая 2014 г. В зависимости от показаний к проведению КАГ были сформированы 5 групп: 1 группа – пациенты с подозрением на ИБС (n=288), 2 группа – больные с инфарктом миокарда (ИМ) в анамнезе (n=277), 3 группа – пациенты с атеросклерозом периферических артериальных бассейнов (ПАБ; n=18), 4 группа – больные с приобретенными пороками сердца (ППС; n=43), 5 группа – пациенты с нарушением ритма и проводимости (НРиП; n=85).

Результаты. При сопоставлении групп отмечено, что мужчины преобладали среди больных ранее перенесших ИМ и имеющих атеросклеротическое поражение ПАБ, при этом женщины преобладали в группе пациентов с ППС ($p < 0,001$). Группы значимо не различались по возрасту ($p = 0,266$). Типичная клиническая картина стенокардии достоверно чаще прослеживалась среди больных групп с подозрением на ИБС и ранее перенесших ИМ ($p < 0,001$). При этом атипичная клиника стенокардии и кардиалгия реже встречались в группе пациентов с ИМ в анамнезе ($p = 0,003$ и $p < 0,001$), а кардиалгия преобладала у больных группы с ППС ($p < 0,001$). Усредненное значение предтестовой вероятности ИБС было выше у пациентов групп с наличием ИМ в анамнезе и с поражением ПАБ, а меньшее в группе с ППС ($p = 0,015$). Нарушения ритма чаще регистрировались среди больных групп с ППС и обследовавшихся собственно по поводу НРиП ($p < 0,001$). При этом, ишемические инсульты преобладали у пациентов групп с поражением ПАБ и ППС ($p = 0,019$). По результатам КАГ отмечено, что отсутствие поражения коронарного русла с большей частотой встречалось в группах больных с ППС и в НРиП ($p < 0,001$). Незначимые стенозы КА реже прослеживались в группах пациентов с ИМ в анамнезе и с ППС ($p = 0,004$). При этом гемодинамически значимые стенозы КА достоверно чаще регистрировались в группах больных перенесших ранее ИМ и с поражением ПАБ ($p < 0,001$).

Заключение. При плановой КАГ у 32,9% обследованных пациентов стенозы КА отсутствовали. Интактные КА преимущественно выявлялись при предоперационном обследовании больных с ППС (76,7%) и с НРиП (67,1%), реже встречались у больных с ИМ в анамнезе (11,6%) и с поражением ПАБ (16,7%). При обследовании больных с подозрением на ИБС нормальные КА выявлены в 37,9% случаев. С целью уменьшения частоты выявления интактных КА следует тщательней оценивать клинические проявления, использовать более точные методики расчета предтестовой вероятности ИБС. В качестве неинвазивных тестов следует применять адекватные протоколы функциональных тестов с визуализацией или оценку состояния КА с помощью мультиспиральной компьютерной томографии.

47 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ИНТАКТНЫХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ ПЛАНОВОЙ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ

Корок Е. В., Сумин А. Н., Барбараш Л. С.

ФГБНУ, Кемерово, Россия

Введение. Заболевания сердца являются ведущей причиной смертности у женщин. В тоже время женщины с подозрением на ишемическую болезнь сердца (ИБС) и с отсутствием гемодинамически значимых изменений по коронароангиографии (КАГ) представляют часто встречающуюся клиническую ситуацию, которую довольно сложно спрогнозировать. В литературе уже представлены независимые предикторы, ассоциированные с необструктивной ИБС. В одной мультивариантной модели женский пол являлся наиболее сильным фактором нормальной КАГ. Однако гендерные особенности предикторов необструктивной ИБС на данный момент остаются мало изученными.

Цель исследования: изучить частоту выявления интактных КА и факторы, ассоциированные с необструктивной ИБС у мужчин и женщин.

Материал и методы. В ретроспективный анализ были включены 457 историй болезни пациентов, подвергшихся плановым КАГ на базе клиники Кемеровского кардиологического центра за период с 1 апреля по 31 мая 2014 г. В зависимости от половой принадлежности и показаний к проведению КАГ были сформированы 4 группы: 1 группа – женщины с подозрением на ИБС (n=118), 2 группа – женщины с инфарктом миокарда (ИМ) в анамнезе (n=52), 3 группа – мужчины с подозрением на ИБС (n=130); 4 группа – мужчины с ИМ в анамнезе (n=157).

Результаты. Сравнительный анализ групп показал, что женщины превосходили мужчин по возрасту и весу ($p<0,001$). Фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) была достоверно выше у пациентов с подозрением на ИБС ($p=0,030$). По результатам КАГ отсутствие окклюзионно-стенотических изменений КА превалировало среди женщин с подозрением на ИБС (54,2%) и было наименьшим среди мужчин с ИМ в анамнезе – 9,6% ($p<0,001$). Незначимое поражение коронарного русла (стенозы $<60\%$) чаще прослеживалось у лиц с подозрением на ИБС ($p=0,032$), а гемодинамически значимые стенозы КА ($\geq 70\%$) – среди лиц ранее перенесших ИМ ($p<0,001$). При этом типичная картина стенокардии с одинаковой частотой встречалась во всех группах ($p=0,725$), атипичная клиника стенокардии преобладала у мужчин с подозрением на ИБС, а кардиалгия отмечена только у женщин и мужчин с подозрением на ИБС ($p=0,002$ и $p<0,001$). С учетом клинической характеристики стенокардии, пола и возраста пациента предтестовая вероятность (ПТВ) наличия ИБС была выше среди мужчин по сравнению с женским полом ($p<0,001$). Согласно результатам многофакторного анализа независимым предиктором выявления интактных КА у женщин являлась кардиалгия ($p=0,028$), а увеличение возраста ($p<0,001$), наличие ИМ в анамнезе ($p=0,004$) и сахарного диабета ($p=0,041$), напротив, повышали риск атеросклеротического поражения коронарного русла. У лиц мужского пола отмечено независимое влияние увеличения ФВЛЖ на отсутствие окклюзионно-стенотического поражения КА ($p<0,001$), при том, что наличие типичной клиники стенокардии ($p=0,026$), ранее перенесенного ИМ ($p<0,001$), сахарного диабета ($p<0,05$) снижало вероятность выявления интактных КА.

48 ОЦЕНКА РИСКА ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМЫ VerifyNow ARU® У ПАЦИЕНТОВ ПОДВЕРГШИХСЯ АОРТОКОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ НА ФОНЕ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ АСПИРИНОТЕРАПИИ

Кривошапова К. Е.

ФГБНУ НИИ КПССЗ, Кемерово, Россия

Введение: чрезмерная кровопотеря и потребность в проведении гемотрансфузий являются факторами риска неблагоприятных исходов операций коронарного шунтирования (КШ) и требуют дополнительных затрат, приводя к удорожанию хирургических вмешательств. Тем не менее, разграничение хирургических и гемостатических причин повышенной по-слеоперационной кровопотери и выявление первичного дефекта системы свертывания крови, что необходимо для проведения своевременной заместительной терапии, являются вызовом для анестезиологов и хирургов. Активность и концентрация факторов свертывания и подсчет уровня тромбоцитов, при наличии современного оборудования, могут быть измерены достаточно легко, в то же время, целесообразность этого зачастую вызывает сомнения. Оценка же функции тромбоцитов в периоперационных условиях, особенно у пациентов, принимающих антитромбоцитарные препараты, может оказаться более ценным способом прогнозирования развития послеоперационных геморрагических осложнений.

Цель исследования: в предоперационном периоде коронарного шунтирования (КШ) определить диагностическую значимость оценки функциональной активности тромбоцитов с помощью системы VerifyNow ARU® в выявлении пациентов высокого геморрагического риска на фоне пролонгированной аспиринотерапии.

Материалы и методы: в исследование было включено 32 пациента, которые готовились к проведению плановых первичных операций коронарного шунтирования. В периоперационном периоде все пациенты получали ацетилсалициловую кислоту в дозе 75-100 мг в сутки. Функция тромбоцитов оценивалась за 1-2 суток до хирургического вмешательства с помощью системы VerifyNow ARU® (Accumetrics, США). Объем отделяемого по дрена-жам рассчитывался в миллилитрах в течение первых 6, 12 и 24 часов послеоперационного периода.

Результаты исследования: в зависимости от уровня ARU все пациенты были разделены на две группы. В первую группу (1), которая составила 11 человек, вошли пациенты с самым высоким уровнем антиагрегантного эффекта от аспирина, во вторую группу (2) вошли все остальные пациенты. Среднее значение теста VerifyNow по всей выборке, в группах 1 и 2 составило, соответственно, $505,9 \pm 87,3$, $425,2 \pm 21,7$ и $548,2 \pm 78,2$ ARU. Группы сравнения были сопоставимы по анамнестическим данным, коморбидной патологии, параклиническим характеристиками, медикаментозной терапии. Длительность операции и искусственного кровообращения, продолжительность искусственной вентиляции легких и пребывания в отделении реанимации в группах сравнения статистически значимо не отличались. У пяти пациентов (15,6%) послеоперационный период осложнился нестабильностью коронарного кровотока и развитием инфаркта миокарда, подтвержденного динамикой маркеров повреждения миокарда. Все пять пациентов относились к группе второго и третьего терциля VerifyNow, в группе нижнего терциля VerifyNow периоперационных коронарных событий зафиксировано не было ($p=0,14$). По показателям интраоперационной кровопотери ($509,1 \pm 30,2$ мл в первой группе против $515,8 \pm 50,1$ мл во второй группе, $p=0,30$) и по-слеоперационной кровопотери (отделяемое по дренажам в течение 6 часов составило $115,9 \pm 42,2$ мл в первой группе, против $111,8 \pm 38,5$ мл во второй группе, $p=0,87$; отделяемое по дренажам в течение 12 часов $188,6 \pm 83,9$ мл в первой группе, против

187,4±93,0 мл, соответственно, $p=0,89$; отделяемое по дренажам в течение 24 часов – 218,2±110,2 мл против 253,6±142,6 мл, соответственно, $p=0,70$) группы сравнения не отличались. При проведении корреляционного анализа была получена тенденция связи уровня реактивности тромбоцитов с кровопотерей в течение первых шести часов после операции ($p=0,09$). Эти данные были подтверждены результатами линейного регрессионного анализа, показавшего наличие отрицательной связи между объемом кровопотери и результатами VerifyNow-теста. В то же время, группы сравнения отличались по объему и качеству проведенных гемотрансфузий. Суммарная потребность в переливании компонентов крови была выше в первой группе, что во многом было обусловлено потребностью в трансфузиях тромбоцитарного концентрата в этой группе

Заключение: Таким образом, данные, полученные в настоящем исследовании, позволяют предположить возможность использования методов оценки функции тромбоцитов в качестве предикторов объема послеоперационной кровопотери и потребности в гемотрансфузиях у пациентов, получавших аспирин в периоперационном периоде операций коронарного шунтирования. Поскольку наше исследование является пилотным, его результаты должны рассматриваться с позиции формирования гипотезы, а не с точки зрения ее подтверждения. Требуется проведение более масштабных исследований для подтверждения полученных нами результатов.

49 PROINFLAMMATORY STATUS IN RECIPIENTS OF CARDIAC VALVE BIOPROSTHESIS

Кузьмина О. К.

ФГБНУ НИИ КПССЗ, Кемерово, Россия

To study of the relationship between indicators characterizing the proinflammatory status in recipients of cardiac valve bioprosthesis and the existence of structural dysfunctions of bioprosthesis associated with calcification.

Materials and methods. The study included 66 subjects who underwent the surgery of isolated mitral valve replacement with xenoaortic epoxy-treated bioprosthesis: group I ($n=19$) – subjects with bioprosthesis dysfunctions as a result of xenotissue calcification, group II ($n=47$) – with normal morphology and bioprosthesis function. Bioprosthesis recipients while performing the control tests (group II) or 5-7 days prior to expected surgery for bioprosthesis dysfunctions (group I) were taken blood samples to determine the interleukine-6, 8, 10 (IL6, IL8, IL10) concentration and tumor necrosis factor alpha – TNF α . In order to interpret correctly the obtained results the indices with the indicated reference ranges were additionally analyzed in the control group of healthy individuals of comparable age and gender ($n=22$).

Results. Subjects with cardiac valve bioprosthesis regardless of structural and functional safety of implanted valves as compared to the group of conditionally healthy individuals had a relative increase of IL6 concentration in blood serum, in our opinion it may be related both as to the underlying disease and to the response of the subject's organism to implantation of the foreign material. Parallel unreliable increase of proinflammatory IL10 concentration detected in both study groups could be in its turn a reflect of compensatory response to IL6 increase. At that the content of TNF α in subjects with corrected mitral valve defects on the contrary was a little reduced which might probably indicate the failure of inflammatory response. When analyzing the inflammatory markers in control groups more higher values of IL6 and parallel increase of IL10 were observed in subjects with confirmed calcification of bioprosthesis. Moreover in subjects with the presence of degenerative dysfunctions as compared to the group of recipients of normally functioning biological valves there were revealed a statistically significant reduction of serum IL8 concentration capable to increase the adhesive properties of neutrophils and to ensure chemotaxis of various cell types (neutrophils, monocytes, eosinophils, T-cells).

Conclusion. The development of calcium degeneration of bioprosthesis is accompanied by a significant decrease in IL8 concentration with a general increase in activity of proinflammatory markers in blood serum of recipients. The activity of local and systemic inflammation can be attributed to the number of factors which affect the rate of bioprosthesis' structural dysfunctions formation.

50 УМЕРЕННАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ МИТРАЛЬНАЯ РЕГУРГИТАЦИЯ: ИЗОЛИРОВАННАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА ИЛИ СОЧЕТАНИЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА С ПЛАСТИКОЙ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Кузнецов Д. В., Геворгян А. А., Ляс М. Н., Щербакова Л. А., Михайлов К. М., Суслина Е. А., Карпушкина Е. М., Белый В. С., Хохлунов С. М.

ГБУЗ СОККД, Самара, Россия

Ишемическая митральная регургитация увеличивает смертность, а так же приводит к прогрессированию застойной сердечной недостаточности у больных ИБС. Вопрос о необходимости хирургической коррекции умеренной митральной регургитации больным во время выполнения коронарного шунтирования до сих пор открыт.

Цель исследования: сравнить результаты хирургического лечения больных ИБС с умеренной ишемической митральной регургитацией, которым выполнено изолированное коронарное шунтирование (КШ) или сочетание КШ с коррекцией недостаточности митрального клапана.

Материалы и методы. Мы провели ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 50 больных ИБС с ишемической митральной регургитацией II степени в СОККД с 2004 по 2015 год. Пациенты были разделены на 2 группы по 25 человек в зависимости от вида хирургического лечения. I группе больных выполнено КШ, второй группе – КШ и коррекция митральной регургитации. По клинико-демографическим признакам до операции группы достоверно не отличались. Результаты лечения оценивали спустя в среднем 36 месяцев после операции.

Результаты исследования. Длительность искусственного кровообращения во время операции была достоверно больше у больных II группы. Продолжительность нахождения в стационаре после операции, а так же частота осложнений в раннем послеоперационном периоде между группами достоверно не отличалась. Все пациенты выписаны из стационара. Трехлетняя выживаемость в I группе составила 91%, во второй группе – 96%. Через 3 года после операции группы достоверно отличались по количеству больных с умеренной и выраженной степенью митральной регургитации (I – 56%, II – 4%, $p < 0,001$), по размерам левого желудочка ($iKCO - 53,4 \pm 13,2$ мл/м² и $46,1 \pm 19,2$ мл/м², $p < 0,05$), а так же по классу сердечной недостаточности NYHA (2,3 и 1,2, $p < 0,05$).

Выводы. Некоррегированная умеренная ишемическая митральная регургитация у больных ИБС во время КШ, приводит к дальнейшему прогрессированию ремоделирования левого желудочка и увеличивает тяжесть сердечной недостаточности у пациентов спустя 3 года после операции. В то же время, объем оперативного вмешательства, не оказывает достоверного влияния на трехлетнюю выживаемость этих больных.

51 ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ РАЗНЫХ МЕТОДАХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Рубаненко О. А.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Самарский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ, Самара, Россия

Цель. Выявить частоту возникновения фибрилляции предсердий после операции коронарного шунтирования (КШ) на работающем сердце или в условиях искусственного кровообращения (ИК).

Пациенты и методы. В исследование включено 469 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС). Всем больным выполнялись стандартное предоперационное обследование. Пациенты разделены на 2 группы: в 1 группе (389 пациентов, 77%М, средний возраст 61,1±8,0 лет) КШ проводилось с использованием ИК, во 2 группе - на работающем сердце (80 пациентов, 80%М, средний возраст 58,4±8,0 лет)

Результаты. В раннем послеоперационном периоде ФП возникла у 17,7% пациентов в 1 группе, у 7,5% - во 2 группе. Возраст пациентов, подвергающихся КШ с использованием ИК, был достоверно больше по сравнению с больными, оперированными на работающем сердце (61,1±8,0 лет против 58,4±8,0, $p=0,006$). При сравнении групп не выявлено различий по клиническим характеристикам. Среди эхокардиографических показателей достоверно отличались передне – задний размер левого предсердия (ЛП) и ФВ ЛЖ. В 1 группе ЛП был больше, а ФВ ЛЖ ниже, чем во 2 группе (39,3±4,6 мм против 36,9±3,5 мм, $p<0,001$ и 58,1±8,7% против 60,8±8,4%, $p=0,01$ соответственно).

Количество шунтов среди пациентов, подвергающихся КШ с использованием ИК, было достоверно больше сравнению с больными, оперированными на работающем сердце (2,8±0,8 против 1,3±0,6, $p<0,001$).

При проведении многофакторного анализа отношение шансов возникновения ФП в послеоперационном периоде коронарного шунтирования составило для следующих параметров: времени пережатия аорты более 36 минут - 1,8 (95% ДИ, 1,0-3,3, $p=0,04$), для времени ишемии более 19 минут - 2,0 (95% ДИ, 1,1-3,8, $p=0,02$), возраста более 59 лет - 2,7 (95% ДИ, 1,5-5,0, $p=0,001$), размера левого предсердия более 39 мм – 3,7 (95% ДИ, 2,1-6,4, $p<0,0001$), ФВ ЛЖ менее 55% - 1,8 (95% ДИ, 1,1-3,2, $p=0,03$). В то же время для времени ИК более 56 минут - 1,4 (95% ДИ, 0, 6-3,1, $p=0,4$) значение p стало недостоверным.

Заключение. Наше исследование показало большую частоту развития послеоперационной фибрилляции предсердий при проведении коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения по сравнению с операцией на работающем сердце. Значимыми факторами, определяющими возникновение нарушения ритма, явились возраст, передне–задний размер ЛП, ФВ ЛЖ, время пережатия аорты и ишемии.

52 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Семагин А. П., Поляков П. В., Зыбин А. А., Лавров А. В., Сидоренко Н. Н.

ГБУЗ Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия

Актуальность. Острый инфаркт миокарда (ОИМ) остается наиболее частой причиной гибели пациентов с ИБС. При возникновении же механических осложнений инфаркта, таких как разрыв свободной стенки сердца, разрыв межжелудочковой перегородки (ДМЖП), отрыв папиллярной мышцы с формированием острой митральной недостаточности летальность достигает 85-90%. Единственным методом, позволяющим радикально исправить ситуацию и изменить естественное течение заболевания является хирургический. Однако остается много вопросов: когда оперировать больных в критическом состоянии и какой метод оперативного лечения является оптимальным.

Материалы и методы. В период с 2008 по 2014 годы нами оперировано 19 пациентов с механическими осложнениями ОИМ. Среди них большую часть составили пациенты с разрывом МЖП - 14, 4 пациентов были с острой митральной недостаточностью (МН) и одна пациентка была оперирована при разрыве свободной стенки левого желудочка. В первые три дня после возникновения ОИМ оперированы 5 пациентов с ДМЖП, трое пациентов с острой МН и один пациент с разрывом свободной стенки ЛЖ. В сроки от 4 до 15 суток с момента ОИМ оперированы 6 пациентов с ДМЖП и один пациент с острой МН. Оставшиеся три пациента с ДМЖП оперированы в сроки от 1 до 4 месяцев после ОИМ. Операции выполнялись в условиях искусственного кровообращения, кардиopleгии с механической поддержкой кровообращения путем внутриаортальной баллонной контрпульсации. Среди 14 пациентов с ДМЖП у девяти была передняя локализация дефекта и у пятерых - задняя. Были использованы различные виды пластик с использованием одно и двухзаплатных методик. При острой МН было выполнено протезирование митрального клапана в сочетании с коронарным шунтированием. При разрыве свободной стенки ЛЖ произведена пластика заплатой из гетероперикарда с проклеиванием Biogluе. Для оценки результатов применялись стандартные общеклинические методы.

Результаты. Общая летальность составила 16%, погибло три пациента из 19. Причем следует отметить, что все они были оперированы в в первые дни ОИМ. Таким образом, летальность среди девяти пациентов, подвергшихся вмешательству в течение первых 72 часов острого расстройства коронарного кровообращения составила 33% (2 пациента с ДМЖП и один пациент с острой МН). Среди 10 пациентов, оперированных позднее 72 часов летальности не было. Резидуальный сброс при коррекции постинфарктного ДМЖП зафиксирован у двух пациентов при вмешательстве в острейший период ОИМ.

Заключение. Хирургическое лечение механических осложнений ОИМ является порой единственным методом, позволяющим предотвратить гибель пациента. Наиболее рискованным является вмешательство, производимое в течение первых трех суток ОИМ. Использование методов вспомогательного кровообращения, позволяющих стабилизировать состояние больных и отодвинуть сроки операции позволяют существенно улучшить прогноз.

53 МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КРОНАРНЫХ И КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ

Хохлунов С.М., Кириллов В.И., Михайлов М.С., Кузнецов Д.В., Ридель В.Ю., Михайлов К.М.

*ГБУЗ Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия,
ГБУЗ СО Самарская городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова, Самара, Россия*

Введение. По статистическим данным, в 10 – 18 % случаев ишемическая болезнь сердца у пациентов сочетается с гемодинамически значимым поражением сонных артерий. Риск развития периперационных инсультов при выполнении многосудистой открытой реваскуляризации миокарда у таких больных остается высоким. До сих пор нет единого мнения о тактике хирургического лечения пациентов с ИБС и атеросклеротическим поражением артерий БЦС.

Цель исследования. Оценить результаты этапного хирургического лечения больных с сочетанным поражением коронарных и каротидных артерий в СОККД и ГБ№1 им. Н.И.Пирогова.

Материалы и методы. За период с января 2014 года по июнь 2015 года выполнено этапное хирургическое лечение 15 больным ИБС с гемодинамически значимым поражением сосудов БЦС.

У всех пациентов помимо многосудистого атеросклеротического поражения коронарных артерий, выявленного на коронарографии, был обнаружен значимый стеноз внутренних сонных артерий (ВСА). У одного пациента была диагностирована окклюзия ВСА с двух сторон.

У 3 пациентов в анамнезе был инсульт, у 6 – отсутствовала неврологическая симптоматика. Средний возраст пациентов составил 65,5 лет.

В зависимости от тактики лечения пациенты были распределены на 2 группы. В 1 группе (10 пациентов) – с выраженным поражением коронарных артерий (III – IV класс стенокардии), преобладающим III и IV типом бляшек в ВСА, со стенозом до 70%, отсутствием неврологической симптоматики (1 степень СХЦИ по А.В. Покровскому), первым этапом была выполнена хирургическая реваскуляризация миокарда в условиях искусственного кровообращения. Через 2 - 3 недели после этой операции выполняли каротидную эндартерэктомию (КЭАЭ).

Во 2 группе (5 пациентов) - выраженность стенозов ВСА составила от 75 до 95% морфологически преобладали I и II тип бляшек по классификации МОНИКИ, наличие общемозговой или очаговой неврологической симптоматики (СХЦИ II и III степени по Покровскому), и стабильная стенокардия (II-III ф. кл.), - первым этапом выполняли КЭАЭ, а затем (спустя 10 - 14 дней) - реваскуляризацию миокарда.

Хирургическая тактика определялась консилиумом в составе кардиолога, невролога, сердечно-сосудистого хирурга, анестезиолога.

Результаты. В периперационном периоде неврологических и кардиальных осложнений не возникло ни в одной из групп. При контрольном обследовании через 3 месяца осложнений и летальных исходов также не было отмечено.

Выводы. Мультидисциплинарный подход в диагностике и лечении больных с сочетанным поражением коронарного и каротидного бассейнов позволяет снизить количество сердечно-сосудистых осложнений у данной группы больных.

54 ОЖИРЕНИЕ УХУДШАЕТ ПСИХОКОГНИТИВНЫЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Чугунова Ю. В¹., Чумакова Г. А²., Деменко Т. Н³.

¹КГБУЗ Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул, Россия,

²ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет МЗ РФ, Барнаул, Россия,

³КГБУЗ Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи, Барнаул, Россия

Широкая распространенность нейропсихологического дефицита после кардиологических вмешательств значимо влияет на прогноз, исходы лечения и качество жизни (КЖ) пациентов. Имеется связь между метаболическим синдромом, основным компонентом которого является ожирение, и снижением когнитивных функций (КФ).

Цель исследования: изучить влияние ожирения на КФ, психологический статус и КЖ пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование (АКШ).

Материалы и методы: В исследование включено 90 мужчин (средний возраст составил 56,3±6,7 лет). Ожирение оценивалось по показателю «объем талии/объем бедер» (ОТ/ОБ). Группу 1 составили 46 пациентов с ОТ/ОБ>0,9 и группу 2 – 44 пациента с ОТ/ОБ≤0,9. Использовались шкалы: депрессии Цунге, реактивной и личностной (ЛТ) тревожности Спилбергера-Ханина, КЖ SF-36, комплаентности Мориски-Грин. КФ пациентов оценивались с помощью программно-аппаратного комплекса “Status PF” (Кемерово, Россия). Обследование проводилось перед АКШ и через 6 месяцев после него.

Результаты: При сравнительном анализе значимых различий по клинико-демографическим параметрам между группами не было выявлено, за исключением параметров ожирения (ОТ, ОБ, вес, индекс массы тела), уровня глюкозы крови, распространенности артериальной гипертонии и сахарного диабета 2 типа. По степени поражения коронарных артерий, длительности операции и пребывания в реанимации различий между группами также не было найдено. Группа 1 демонстрировала показатели КФ хуже, чем группа 2 перед АКШ: пациенты запоминали меньшее количество двухзначных чисел ($p=0,01$), имели меньший объем ($p<0,001$) и поле ($p=0,01$) внимания, хуже мышление по тесту «индукция» ($p=0,01$), совершали больше ошибок в тесте на сложную зрительно-моторную реакцию (СЗМР) ($p<0,001$). Через 6 месяцев после АКШ группа 1 также имела показатели КФ ниже, чем группа 2: пациенты запоминали меньше фигур ($p=0,02$), имели меньший объем ($p<0,001$) и поле ($p=0,02$) внимания, совершали больше ошибок в СЗМР ($p<0,02$). Через 6 месяцев после АКШ в группе 1 наблюдалось улучшение КФ по 3 тестам, а в группе 2 – по 5 тестам. В группе 1 уровень депрессии оказался выше, чем в группе 2 перед АКШ ($p=0,001$) и после АКШ ($p=0,01$). Уровень ЛТ в группе 1 был выше, чем в группе 2 перед АКШ ($p<0,0001$) и после него ($p=0,0001$). В группе 1 выявлен более низкий психический компонент здоровья (МСН), чем в группе 2 перед АКШ ($p<0,01$) и после него ($p<0,01$). При корреляционном анализе наблюдалось, что тем выше показатель ОТ/ОБ, тем: 1) выше уровень ЛТ перед АКШ ($r=0,3$; $p<0,01$) и через 6 месяцев ($r=0,4$; $p<0,001$) после него; 2) ниже МСН через 6 месяцев после АКШ ($r=-0,4$; $p<0,001$). Имелись значимые корреляции между показателем ОТ/ОБ и объемом внимания ($r=-0,2$; $p=0,02$) и количеством ошибок в СЗМР ($r=0,3$; $p=0,004$) перед АКШ, а также образной памяти ($r=-0,3$; $p=0,002$) после него. Группа 1 была менее привержена к лечению, чем группа 2 перед АКШ (39,1% комплаентных пациентов в группе 1 и 63,6% – в группе 2) и после него (37% комплаентных пациентов в группе 1 и 54,5% – в группе 2).

Выводы: Ожирение негативно отражается на КФ, психологическом статусе, КЖ и приверженности к лечению у пациентов как перед АКШ, так и после него.

55 ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Чумакова Г. А., Веселовская Н. Г., Гриценко О. В.

НИИ Комплексных проблем сердечно - сосудистых заболеваний, Кемерово, Россия

Стентирование коронарных артерий (КА) является эффективным и малотравматичным методом реваскуляризации миокарда. Важным направлением является поиск и изучение модифицируемых факторов риска неблагоприятного прогноза после стентирования с целью своевременной их профилактики.

Цель исследования: изучить предикторы развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (ССС) после стентирования КА у пациентов с ожирением.

Материалы и методы: В исследование было включено 186 мужчин ($54,4 \pm 9,1$ лет) с ИБС: стенокардией напряжения II-IV ф.кл. и $ИМТ \geq 30 \text{ кг/м}^2$ ($34,23 \pm 3,97 \text{ кг/м}^2$) в период их плановой подготовки к чрескожному коронарному вмешательству (ЧКВ) со стентированием, которое проводилось в плановом порядке на ангиокомплексе INTEGRIS 3000 (PHILLIPS, Голландия) голлометаллическими стентами SINUS (Россия). Проспективное наблюдение продолжалось в течение 1 года после ЧКВ ($9,4 \pm 1,2$ мес.). Все пациенты после стентирования получали двойную дезагрегантную терапию в течение 1 года. Всем пациентам проводилось лабораторное исследование с определением основных и дополнительных метаболических факторов риска и ЭхоКГ с определением толщины эпикардальной жировой ткани (тЭЖТ) в миллиметрах в В-режиме за свободной стенкой правого желудочка.

Результаты: Исходы стентирования были оценены у 185 пациентов. За период наблюдения произошло 58 (31,3%) СССР. Так был зарегистрирован 1 случай внезапной смерти (0,5%), 3 (1,6%) случая острого коронарного синдрома, 5 случаев (2,7%) аортокоронарного шунтирования, 32 случая (17,3%) рестеноза в зоне стента и 17 случаев (9,2%) возобновление клиники стенокардии связанное со стенозирующим коронарным атеросклерозом другой локализации. В группе с развитием СССР ($n=58$) исходно были более высокие показатели липопротеина «а» (ЛП_а) $450(280;600)$ мг/л, инсулина $8,1(4,8;16,1)$ мкМЕ/мл, индекса НОМА-IR $2(1,1;1,2)$, тЭЖТ $7,0(5,0;9,0)$ мм, интерлейкина -6 (ИЛ-6) $9,2 \pm 5,2$ пкг/мл, лептина $13,3(8,6; 18,9)$ нг/мл и индекса распространенности коронарного атеросклероза Gensini (ИКАG) $31,0 \pm 8,8$, чем у пациентов без СССР ($n=127$)- ЛП_а $276(167;450)$ мг/л ($p < 0,001$), инсулин $5,7(2,0;11,6)$ мкМЕ/мл ($p=0,021$), индекс НОМА-IR $1,3(0,5;2,0)$ ($p=0,014$), тЭЖТ $5,0(4,0;8,0)$ мм ($p=0,013$), ИЛ-6 $6,1 \pm 5,3$ пкг/мл ($p < 0,001$), лептин $9,6(6,7; 14,7)$ нг/мл ($p < 0,001$), ИКАG $27 \pm 7,2$ ($p=0,002$). Совокупностью предикторов наиболее значимо связанных с СССР по результатам дискриминатного анализа стали: ЛП_а (Wilks' Lambda=0,803), лептин (Wilks' Lambda=0,776), ИКА Gensini (Wilks' Lambda=0,747), глюкоза крови (Wilks' Lambda=0,756), ИЛ-6 (Wilks' Lambda=0,757), цифры диастолического артериального давления (Wilks' Lambda=0,750). Общий процент правильной переклассификации составил 77%, что является хорошим результатом.

Выводы: Определение дополнительных метаболических факторов риска перед проведением стентирования КА у пациентов с ожирением необходимо с целью формирования группы высокого риска осложнений и проведения комплекса профилактических мероприятий с целью улучшения результатов плановой реваскуляризации миокарда.

56 ФАКТОРЫ МАКРО- И МИКРОЭКОЛОГИИ АССОЦИИРОВАННЫЕ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Шабалдин А. В¹., Шмулевич С. А²., Табакаев М. В¹., Максимов С. А³.

¹НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово, Россия,

²МБУЗ Кемеровский кардиологический диспансер, Кемерово, Россия,

³НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово, Россия

Введение. Этиология и патогенез врожденных пороков сердца (ВПС) остается не до конца изученной проблемой современной медицины и кардиологии. Спектр различных форм ВПС является достаточно широким, от микроаномалий сердца и магистральных сосудов, до тяжелых сочетанных пороков, приводящих к гибели ребенка. Показан рост некоторых форм ВПС как в регионах России (в том числе и в Кемеровской области), так и мира. Тератогенные факторы, вызывающие ВПС, могут находиться в окружающей среде (в воздухе, в почве, в воде и т.д.) и в материнской, в отцовской микроэкологических нишах. Факторы макро- и микроэкологии могут быть уникальны для различных регионов России и мира. Кемеровская область является высоко урбанизированным промышленным регионом, где на небольшой площади сконцентрированы 20 городов с угольной, углеперерабатывающей, химической и металлургической промышленностями. Исходя из этого, целью настоящего исследования было изучение ассоциативных связей между экологическими, социальными и медицинскими факторами, с одной стороны, и различными формами ВПС, с другой.

Материалы и методы. Проведено анкетирование родителей (оценка социальных и медицинских факторов) 184 детей (87 мальчика и 97 девочек), находившихся на лечении по поводу ВПС в детском отделении Кемеровского кардиологического диспансера. Средний возраст детей составил $3,2 \pm 0,3$ года (min – 0,8 года; max – 12,0 лет), средний возраст матерей – $23,2 \pm 0,7$ года (min – 18 лет; max – 37 лет), средний возраст отцов – $25,8 \pm 0,9$ года (min – 19 лет; max – 41 год). Группа сравнения была представлена 41 условно-здоровым ребенком, сопоставимым по полу и возрасту с детьми основной группы. Был дан анализ уровню загрязнения поверхностных слоев неповрежденных почв радиоактивным цезием (Cs-136). Для статистической обработки данных использовали пакет программ Statistica 6.0, for Windows 7. Для определения связи 3 и более показателей применялся метод логистической регрессии. За уровень критической значимости принят 0,05.

Результаты. При проведении регрессионного анализа связи факта наличия или отсутствия ВПС с показателями социального поведения и здоровья родителей, а также с уровнем радиационного загрязнения почв, выявлено несколько достоверных ассоциаций. Наличие у женщины угрозы прерывания беременности положительно ассоциировалось с рождением ребенка с ВПС ($b=0,135$; $p=0,042$). Так, наличие во время беременности угрозы прерывания беременности на 13,5% увеличивает вероятность рождения ребенка с ВПС. Длина тела плода и новорожденного ребенка имела обратную ассоциацию с ВПС ($b=-0,161$; $p=0,013$). То есть наличие у плода задержки внутриутробного развития по гипопластическому типу увеличивает риск обнаружения у него ВПС. При этом, уменьшение длины тела на 1 см ассоциировано с 16% вероятностью наличия ВПС. Показана положительная ассоциация между уровнем загрязнения почв Cs-136 и ВПС ($b=0,131$; $p=0,044$), что говорит об увеличении на 13,1% вероятности рождения детей с ВПС в районах с высоким уровнем радиационного загрязнения. Регрессионный анализ по экологическим, социальным и медицинским показателям отдельно для ВПС с обогащением малого круга кровообращения («синий» порок) и его обеднением («бледный» порок) показал дискретность в изучаемых предикторах. С «синими» ВПС прямо связаны следующие показатели: курение матерей, в том числе во

время беременности ($b=0,234$; $p=0,012$); угроза прерывания беременности ($b=0,284$; $p=0,003$) и степень гипотрофии плода и новорожденного ребенка ($b=0,315$; $p=0,002$). С «бледными» ВПС была выявлена одна отрицательная ассоциация с длиной тела плода и новорожденного ребенка ($b=-0,189$; $p=0,009$). Общий уровень достоверности построенных моделей ($p<0,001$) говорит о высокой значимости данных факторов для прогнозирования наличия ВПС у детей.

Заключение. Показаны различия макро- и микроэкологических факторов влияющих на формирование ВПС с обогащением и обеднением малого круга кровообращения

57 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРЕВЯЗКИ УШКА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ OFF-PUMP

Энгиноев С.Т., Кондратьева О.В., Уртаев Р.А., Магомедов Г.М., Козьмин Д.Ю., Макеев С.А., Стомпель Д.Р., Калмыкова О.В., Чернов И.И., Тарасов Д.Г.
ФГБУ ФЦСХХ г.Астрахань, Россия

Введение. В настоящее время фибрилляция предсердий (ФП) - наиболее часто встречающееся нарушение сердечного ритма. Смертность при ФП увеличивается в 2 раза, риск инсульта в 5 раз. Перевязка УЛП является перспективным подходом к профилактике инсульта при ФП во время открытых операций, но в основном проводимые исследования не включали больных, которым проводилось коронарное шунтирование (КШ) off-pump.

Цель исследования: оценка влияния перевязки УЛП у пациентов ИБС с ФП при операции КШ off-pump на частоту развития инсульта и летальность от инсульта и общую летальность.

Материал и методы: Проведен анализ результатов 116 больных ИБС с ФП, которым за период с мая 2009 по ноябрь 2013г. в ФЦСХХ г.Астрахань выполнено КШ offpump. Возраст больных $62,2 \pm 5,8$ лет. Мужчин было 101 (87 %), женщин 15 (13%). Период наблюдения в среднем - $29 \pm 1,3$ мес. Критерии исключения: больные с острым коронарным синдромом, с конверсиями, с реКШ, с тромбозом левых отделов сердца, с ФВ $<35\%$, с гемодинамически значимым поражением брахиоцефальных сосудов.

Больных разделили на 2 группы: I группа- 53 больных, которым во время операции КШ offpump выполнена эпикардальная перевязка УЛП, II группа- 63 больных, у которых УЛП оставалось интактным (контрольная). Первичными конечными точками являлись инсульт, летальность от инсульта и общая летальность. Инсульт подтверждался клиникой, КТ и /или МРТ головного мозга. Для статистического анализа использовали метод распределения признаков в группах по критерию χ^2 .

Результаты: Частота инсультов в раннем послеоперационном периоде во II группе составила 6,3%, в I группе -0%; в отдаленном послеоперационном периоде -9,5% и 0% соответственно. Летальности от инсульта в раннем послеоперационном периоде в обеих группах не было, в отдаленном- летальность от инсульта составила 4,8% во II группе, 0% в группе. Общая летальность составила 3,2% и 0% соответственно в раннем послеоперационном периоде, в отдаленном - общая летальность составила 9,5% во II группе, 5,7% - в I группе ($p>0,05$).

Выводы:

1. У больных ИБС с ФП перевязка УЛП во время КШ off-pump является безопасной процедурой.

2. Выполнение перевязки УПП во время КШ off-pump достоверно уменьшает риск развития инсульта, как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде и летальность от инсульта в отдаленном послеоперационном периоде. Общая летальность в отдаленном периоде достоверно ниже в группе с перевязкой УПП.

РАЗДЕЛ V. ОСТРЫЙ КРОНАРНЫЙ СИНДРОМ и ИНФАРКТ МИОКАРДА

58 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОНТРАСТИНДУЦИРОВАННОГО ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПОСЛЕ ПЕРВИЧНЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Гаскина А. А., Веланги П. С., Богдель А. М.

Российский Университет Дружбы Народов, Москва, Россия

Цель: У пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКСпST) и первичным чрескожным коронарным вмешательством (ЧКВ) изучить частоту, предикторы развития и прогностическое значение контрастиндуцированного острого повреждения почек (КИ-ОПП).

Материалы и методы: В исследование были включены 216 пациентов, экстренно госпитализированных в городскую клиническую больницу г. Москвы с ОКСпST, кому проводилось первичное ЧКВ. ОКСпST диагностировали в соответствии с национальными и международными рекомендациями. При проведении ЧКВ использовалось неионное низкоосмолярное контрастное вещество йодаксол (Омнипак 350) и неионное изоосмолярное контрастное вещество йодиксанол (Визипак 320). В 95% случаев использовался радиальный доступ. Не включали пациентов с ОКС без подъема сегмента ST и отсроченным ЧКВ, а также пациентов со стабильной стенокардией и плановым ЧКВ. Пациенты ОКСпST получали терапию в соответствии с национальными рекомендациями. Профилактика КИ-ОПП проводилась в соответствии с рутинной практикой. КИ-ОПП диагностировали при нарастании уровня СКр $\geq 26,5$ мкмоль/л (0,3 мг/дл) в течение 48 часов или нарастании СКр $\geq 1,5$ раза от исходного в течение 7 дней после проведения ЧКВ. Тяжесть КИ-ОПП определяли на основании объединенных критериев RIFLE и AKIN. Через 30 дней и через год после госпитализации при опросе по телефону оценивали прогноз (повторные госпитализации, смерть). Статистический анализ проводили с использованием пакета прикладных статистических программ Statistica 8.0 для Windows с применением стандартных алгоритмов вариационной статистики. Оценку достоверности различий между группами проводили при помощи непараметрического критерия Мана-Уитни. На основании логистического регрессионного анализа определены предикторы развития КИ-ОПП. Различия средних величин и корреляционные связи считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$. При телефонном опросе через 30 дней и 12 мес оценен прогноз пациентов.

Результаты: КИ-ОПП диагностировано у 43 (20%) пациентов, представлено I (81%) и II (19%) стадиями. Пациенты с КИ-ОПП были старше (69 ± 13 и 63 ± 12 лет, $p < 0,01$), характеризовались более высокими

исходными уровнями креатинина сыворотки (104 ± 31 и 87 ± 22 мкмоль/л, $p < 0,001$), объемом контрастного вещества (КВ) (282 ± 94 мл и 236 ± 85 мл, $p < 0,05$), отношением «объем КВ/ скорость клубочковой фильтрации (СКФ)» ($4,02 \pm 2,15$ и $2,32 \pm 1,08$, $p < 0,05$), меньшей фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) (37 ± 10 и $41 \pm 14\%$, $p < 0,05$). Выявлены независимые предикторы развития КИ-ОПП (в порядке уменьшения значимости): объем КВ/ СКФ $\geq 5,3$, хроническая болезнь почек (ХБП), терапия в стационаре нефротоксичными антибиотиками, исходный уровень СКФ $\leq 56,6$ мл/ мин/1,73м², терапия в стационаре петлевыми диуретиками, многососудистое поражение коронарного русла, ФВ ЛЖ $\leq 39,5\%$, объем КВ ≥ 250 мл, исходный уровень СКр ≥ 114 мкмоль/л, возраст $\geq 65,5$ г, терапия в стационаре антагонистами минералокортикоидных рецепторов. Развитие КИ-ОПП ассоциируется с неблагоприятными исходами: более высокой 30-дневной смертностью (10 и 3%), более частыми повторными госпитализациями по поводу сердечно-сосудистых заболеваний (66 и 46%).

Заключение: КИ-ОПП по критериям KDIGO 2012 развивается у 20% пациентов с ОКСпСТ и первичным ЧКВ, преимущественно в первые 48 ч после вмешательства, представлено I и II стадиями. КИ-ОПП чаще развивается у пациентов с исходно более низким уровнем СКФ, более высоким риском развития КИ-ОПП по шкале R.Mehta. Развитие КИ-ОПП ассоциировано как с факторами, связанными с пациентом, так и с факторами, связанными с процедурой ЧКВ. КИ-ОПП у пациентов с ОКСпСТ и первичным ЧКВ ассоциируется с неблагоприятным прогнозом: более высоким риском 30-дневной смертности и риском повторных госпитализаций по поводу сердечно-сосудистых заболеваний.

59 ПРОФИЛАКТИКА РОЗУВАСТАТИНОМ КОНТРАСТИНДУЦИРОВАННОГО ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST И ОТСРОЧЕННЫМ ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ

Гаскина А. А., Богдель А. М., Веланги П. С.

Российский Университет Дружбы Народов, Москва, Россия

Введение: С внедрением в клиническую практику высокотехнологичных методов исследования и лечения, чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) стали неотъемлемым этапом терапии больных с ИБС, особенно с острым коронарным синдромом (ОКС). Контрастные вещества, применяемые для визуализации сосудов, обладают нефротоксичностью, вызывая контрастицированное острое повреждение почек (КИ-ОПП). Несмотря на очевидные успехи, достигнутые в современной интервенционной кардиологии и ангиологии, вопрос об эффективной профилактике КИ-ОПП остается актуальной.

Цель исследования: Оценить эффективность розувастатина в профилактике КИ-ОПП у пациентов с ОКСбпСТ и отсроченным ЧКВ.

Материалы и методы: 84 пациента, госпитализированных в городскую клиническую больницу г. Москвы с ОКСбпСТ и подвергнутых отсроченному ЧКВ, по методу слепых конвертов были рандомизированы в две группы. Первая группа (42 пациента) с целью профилактики КИ-ОПП получала 40 мг розувастатина за 12 ч до проведения ЧКВ и далее после ЧКВ по 20 мг x 1 р/д.

Вторая группа (42 пациента) подвергалась рутинной практике назначения статинов при ОКС и профилактики КИ-ОПП (внутривенная гидратация изотоническим раствором в течение 12 часов до и после процедуры). Диагноз ОКСбпСТ устанавливался в соответствии с национальными и международными рекомендациями. При проведении ЧКВ использовалось неионное низкоосмолярное контрастное вещество йодаксол (Омнипак 350) и неионное изоосмолярное контрастное вещество йодиксанол (Визипак 320). Не включали пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST и первичным ЧКВ, а также пациентов со стабильной стенокардией и плановым ЧКВ. Частота КИ-ОПП оценена согласно рекомендациям KDIGO от 2012 г, КИ-ОПП – это повышение уровня сывороточного креатинина от исходного на 26,5 мкмоль/л в течение 48 ч после введения контрастного вещества, при исключении других причин. Тяжесть КИ-ОПП определяли на основании объединенных критериев RIFLE и AKIN. Обе группы были сопоставимы по возрасту, сопутствующим заболеваниям (средний возраст 63 ± 13 лет и 66 ± 12 , артериальная гипертензия 91% и 94%, инфаркт миокарда в анамнезе 32% и 37%, хроническая болезнь почек 12% и 14%, сахарный диабет 2 типа 21% и 18%) и получаемой терапии. На основании логистического регрессионного анализа определены предикторы развития КИ-ОПП. При телефонном опросе через 30 дней и 12 месяцев оценен прогноз пациентов. Статистический анализ проводили с использованием пакета прикладных статистических программ Statistica 8.0 для Windows с применением стандартных алгоритмов вариационной статистики. Оценку достоверности различий между группами проводили при помощи непараметрического критерия Мана-Уитни. При непараметрическом распределении данных рассчитывался коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Различия средних величин и корреляционные связи считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты: Встречаемость КИ-ОПП в группе статинов была значительно ниже, чем в контрольной группе (7% против 14%, $p < 0,05$). КИ-ОПП представлено I (82% и 78%) и II (18% и 22%) стадиями. Развитие неблагоприятных исходов было значительно ниже в группе, получающей профилактику розувастатином: более низкая 30-дневная смертность (2 против 3,5%, $p < 0,05$), менее частые повторные госпитализации по поводу сердечно-сосудистых заболеваний (38% против 52%, $p < 0,05$).

Заключение: розувастатин эффективен в профилактике КИ-ОПП у пациентов с ОКСбпСТ и отсроченным ЧКВ.

60 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИШЕМИЧЕСКОГО ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ В ИНТЕРВЕНЦИОННОМ ЛЕЧЕНИИ ОИМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Гореликов А. В¹., Карпелев Г. М¹., Чегерова Т. И¹., Туля Е. О¹., Марочков А. А¹., Клишевич Ф. Н¹., Ковалкин А. Е¹., Островский Ю. П².

¹Могилевская областная больница, Могилев, Беларусь,

²РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Введение: зона некроза миокарда является главным предиктором исходов у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ). Ее величина складывается из двух различных видов повреждений – ишемия-индуцированного и реперфузия-индуцированного. Реперфузионное повреждение миокарда (РПМ) можно считать одной из причин гибели кардиомиоцитов, тесно связанных с реперфузией. Первичное чрезкожное коронарное вмешательство представляет собой идеальное средство для клинического применения защитных эффектов ишемического

посткондиционирования (ИПостК), которое является одним из перспективных видов кардиопротекции.

Цель: оценить эффективность ИПостК в предотвращении РПМ у пациентов с ОИМ с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы: исследованию подверглись 29 пациентов в возрасте до 60 лет, с наличием полной окклюзии одной из крупных эпикардиальных коронарных артерий, подъемом сегмента ST > 0.1 mV в двух и более смежных отведениях, поступивших в стационар в первые 6 часов от начала заболевания. Из исследования исключены пациенты с синдромом стенокардии в предшествующие началу ОИМ 72 часа для исключения возможного влияния ишемического прекодиционирования, наличием коллатерального кровотока (Rentrop > 1) и многососудистого поражения, а также сахарным диабетом и инфарктом миокарда в анамнезе. 17 пациентов составили контрольную группу и 12 основную. Средний возраст включенных в исследование пациентов составил $52,6 \pm 8,5$ лет ($51,9 \pm 7,8$ в контрольной и $50,3 \pm 9,6$ в основной группах). Время от начала болевого приступа до реперфузии (время ишемии) составило $264,7 \pm 81,0$ минут в контрольной группе и $246,1 \pm 48,3$ минут в основной.

Всем пациентам проведено интервенционное лечение, включающее в себя аспирационную тромбэктомия и первичное чрескожное коронарное вмешательство. В основной группе для предупреждения РПМ после аспирационной катетерной тромбэктомии и восстановления коронарного кровотока проведена процедура ИПостК посредством серии из пяти последовательных коротких циклов окклюзии (60 секунд)/открытия (30 секунд) просвета коронарной артерии на давлении 4-6 атм.

Эффективность восстановления кровотока в инфаркт-связанной артерии осуществлялась посредством оценки динамики суммарного показателя подъема сегмента ST спустя 60 минут после восстановления коронарного кровотока и индекса спасенного миокарда (ИСМ) по данным парной эмиссионной томографии с комплексом МВВ 99mTc, проведенной через 60-120 минут и через 10-12 суток после реперфузии.

Результаты: численные значения ИСМ в контрольной группе изменялись в широком диапазоне - от отрицательных до высоких положительных значений (-2.37-0.95), в то время как аналогичные показатели в основной были сосредоточены в интервале 0.47-1.0. В основной группе отсутствовали отрицательные показатели ИСМ, которые встречались у 24 % пациентов контрольной группы и свидетельствовали о распространении зоны некроза после реперфузии. Расширение зоны гипоперфузии после восстановления коронарного кровотока носит в таких случаях постишемический характер и может быть обусловлено РПМ. В целом, значения ИСМ в основной группе были выше, чем в контрольной (0,69 и 0,19 соответственно, $p < 0.05$).

У пациентов основной группы снижение численных значений суммарного показателя подъема сегмента ST через 1 час после восстановления кровотока в инфаркт-связанной артерии было более значимым, чем в контрольной (71% против 49%, $p < 0.05$).

Заключение: у пациентов контрольной группы (24%) ПЧКВ, направленное на восстановление кровотока в инфаркт-связанной артерии, приводит к распространению инфаркта миокарда и свидетельствует о наличии постишемического (реперфузионного) повреждения миокарда. Ишемическое посткондиционирование способствует раннему предотвращению распространения инфаркта миокарда или уменьшению зоны некроза в среднем на 50%.

61 ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ И УРОВЕНЬ АДИПОКИНОВ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Груздева О. В., Учасова Е. Г., Каретникова В. Н., Дылева Ю. А., Кузьмина А. А., Шурьгина Е. А., Белик Е. В.

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

Введение. Инсулинорезистентность (ИР) является фактором риска инфаркта миокарда (ИМ). В настоящее время активно дискутируется гипотеза о том, что ряд медиаторов жировой ткани и эндокринных клеток желудка могут иметь важное значение для регуляции развития ИР. Известно, что такие адипокины, как лептин, резистин и адипонектин участвуют в регуляции синтеза и секреции инсулина. Активное изучение широкого ряда показателей ИР, поиск и внедрение новых подходов к оценке ИР для прогнозирования риска развития ИМ и его осложнений является актуальным.

Цель работы: оценить уровни адипокинов у пациентов с ИМ с наличием и отсутствием ИР в динамике госпитального периода, а также их вклад в развитие ИР при ИМ.

Материалы и методы. Обследовано 133 пациента (80 мужчин и 53 женщины) в возрасте $60,25 \pm 1,11$ лет с диагнозом ИМ с подъемом сегмента ST. Оценка уровня ИР проводилась с помощью индекса QUICKI (Katz A. et al., 2000). В зависимости от наличия/отсутствия ИР пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа – 30 лиц с нормальной тканевой чувствительностью к инсулину, 2-я – 103 пациента с умеренной и выраженной степенью тканевой ИР. Критерий исключения – наличие СД 2 типа. Контрольную группу составили 33 здоровых человека. На 1-е и 12-е сутки ИМ в сыворотке крови определяли концентрацию лептина, адипонектина, резистина, С-пептида, инсулина, глюкозы с помощью стандартных тест-систем. Статистическую обработку результатов проводили с использованием непараметрических критериев и однофакторной логистической регрессией.

Результаты. У всех пациентов с ИМ выявлена гипергликемия на 1-е сутки ИМ, к 12-м суткам у лиц без ИР она снижалась, у лиц с ИР не изменялась. Уровень инсулина у пациентов 1-й группы в 1-е и 12-е сутки был сопоставим с контролем. У лиц 2-й группы на 1-е сутки наблюдалась гиперинсулинемия, усиливающаяся к 12-м суткам. Содержание С-пептида у пациентов обеих групп в 1-е сутки не отличалось от контроля, на 12-е сутки у пациентов с ИР его содержание возрастало. Содержание адипонектина у лиц 1-й группы не отличалось от контрольной группы на протяжении периода наблюдения, а у лиц 2-й группы было снижено. У всех пациентов на 1-е сутки наблюдалась гиперлептинемия, к 12-м суткам концентрация лептина у лиц без ИР уменьшалась, а с ИР – увеличивалась. Уровень резистина на 1-е сутки был повышен у всех пациентов, к 12-м суткам у лиц 1-й группы имелась тенденция к возрастанию, а у лиц 2-й – к уменьшению. Обнаружена прямая корреляционная зависимость между содержанием лептина и резистина ($R=0,42$ $p=0,047$ – у лиц без ИР и $R=0,55$ $p=0,015$ – с ИР) и обратная – между лептином и адипонектином ($R=-0,26$ $p=0,043$ и $R=-0,33$ $p=0,021$ соответственно). При ИР наблюдались корреляции между содержанием лептина и инсулина ($R=0,45$ $p=0,02$), адипонектина и резистина ($R=0,39$ $p=0,014$). С помощью однофакторной логистической регрессии показано, что наибольший вклад в развитие ИР вносят лептин и резистин: повышение лептина на 1 нг/мл увеличивает риск развития ИР в 2,06 раза (ОШ=2,06, 95% ДИ=1,009-4,205, $p=0,02$, AUG=0,7), снижение резистина на 1 нг/мл снижает риск развития ИР в 1,5 раза (ОШ=1,51, 95% ДИ=0,846-3,586, $p=0,020$, AUG=0,7).

Выводы. Определение уровней адипокинов, наряду с маркерами ИР, можно использовать не только для мониторинга динамики и оценки различных методов лечения ИР, но и, учитывая результаты однофакторного регрессионного анализа, для прогнозирования развития ИР у данной категории больных.

62 ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОКС П ST, ПЕРЕНЕСШИХ ЧКВ

Гусева Г.Н.¹, Павлова Т.В.^{1,2}, Хохлунов С.М.^{1,2}, Тухбатова А.А.¹, Пензякова М.В.¹

¹Самарский областной клинический кардиологический диспансер

²Самарский государственный медицинский университет

Рекомендуемая длительность комбинированной антитромбоцитарной терапии у пациентов с острым коронарным синдромом с подъёмом сегмента ST (ОКС П ST), перенесших чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) с имплантацией стентов, должна составлять, согласно современным клиническим рекомендациям, 12 месяцев. Однако в некоторых ситуациях, в частности – при имплантации голометаллических стентов (ГМС), допускается уменьшение её продолжительности до 1 месяца.

Целью нашего исследования была оценка необходимой длительности комбинированной антитромбоцитарной терапии у пациентов с ОКС П ST, перенесших ЧКВ с последующим стентированием ГМС, на фоне приёма различных клопидогрелов.

В исследование было включено 150 пациентов, перенесших ЧКВ с имплантацией ГМС, которые после подписания информированного согласия были независимо последовательно рандомизированы по группам (по 30 человек в каждой) в соответствии с принимаемым клопидогрелом («Плавикс», «Лопирел», «Эгитромб», Клопидогрел-Тева» и «Клопидогрел Канонфарма»). Группу контроля составили 35 здоровых добровольцев. Выраженность активации тромбоцитарного звена системы гемостаза оценивалась с использованием морфо-функционального метода через 30, 90, 180 и 360 суток после выполнения ЧКВ. Математическая обработка данных осуществлялась с помощью прикладной программы STATISTICA 6.0.

Полученные результаты показали, что через 30 суток, прошедших с момента ЧКВ, средние уровни всех параметров, характеризующих тромбоцитарную активацию, во всех группах лечения статистически достоверно превышали верхние границы нормальных значений. Через 90 суток от момента стентирования нормальные значения основных параметров ВАТ также не были достигнуты. Построенные математические модели с высокой достоверностью подтвердили сохранение значительной активации первичного звена системы гемостаза в эти временные интервалы.

Только через 180 суток с момента хирургического вмешательства на коронарных артериях наиболее значимые для формирования коронарного тромбоза параметры внутрисосудистой активации тромбоцитов – дискоциты, дискоэхиноциты и общее число активных тромбоцитарных форм – достигли нормальных значений. При этом целевое снижение показателей было зафиксировано только в тех группах пациентов, которые принимали оригинальный клопидогрел «Плавикс» и его генерик «Эгитромб». На фоне использования других генериков выраженная активация тромбоцитов сохранялась и на 180-е, и на 360-е сутки после ЧКВ.

Таким образом, отмену двойного режима антиромбоцитарной терапии через месяц после ЧКВ и имплантации ГМС у пациентов, перенесших ОКС П ST, следует считать преждевременной. Нормализация параметров внутрисосудистой активации тромбоцитов происходит к 180-м суткам после ЧКВ и только в группах пациентов, принимавших оригинальный клопидогрел «Плавикс» и его генерик «Эгитромб».

63 КОГНИТИВНАЯ ФУНКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК

Евстигнеева А. Ю.

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница», Ульяновск, Россия

Известно, что для развития когнитивного дефекта важное значение имеют совокупный объем ишемии мозговой ткани («критический объем поражения»). Сердечно-сосудистая патология, в частности инфаркт миокарда, приводя к снижению насосной функции сердца, на фоне имеющегося атеросклероза сосудов мозга, снижает перфузию мозга. Это ведет к ухудшению метаболизма клеток коры головного мозга, что и ведет к появлению когнитивного дефекта (дефицита) при инфаркте миокарда (ИМ). Так же частым осложнением при ИМ является острое повреждение почек (ОПП), связанное и их острой ишемией в ответ на снижение насосной функции.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Провести оценку когнитивных функций у пациентов и острого повреждения почек у пациентов с инфарктом миокарда, со сниженной систолической функцией, в острую стадию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Обследовано 32 пациента с инфарктом миокарда в острую стадию. Диагноз инфаркт миокарда был верифицирован на основании тропонинов крови, клиники, ЭКГ, ЭХО-КС. Всем пациентам проведено исследование когнитивных функций при помощи шкалы оценки психического статуса (Mini Mental State Examination — MMSE). Тяжесть острого повреждения почек оценивалось по KDIGO (2012). Пациенты были разделены на 3 группы, 1 группа – пациенты без ОПП (n=16), 2 группа – пациенты с 1 стадией ОПП (n=10), 3 группа - пациенты с 2 стадией ОПП (n=6).

РЕЗУЛЬТАТЫ. В ходе проведенного исследования было выявлено, что нарушения когнитивных функций отсутствуют у 9 пациентов (56%) 1-ой группы, у 3 пациентов (30%) 2-й группы. Легкие когнитивные нарушения - у 5 пациентов (31%) 1-ой группы, у 3 пациентов (16%) 2-й группы и у 2 пациентов (33%) 3 группы. Умеренные когнитивные нарушения - у 2 пациентов (13%) 1-ой группы и у 4 пациентов (40%) 2-й группы и 4 пациентов (67%) 3-й группы. Таким образом, у пациентов с ОПП когнитивные нарушения встречались чаще, чем у пациентов без ОПП, но различие было статистически не значимо ($\chi^2 - 3,62, p=0,054$). Однако, имелось статистически значимое различие в средних баллах шкалы MMSE. Так у пациентов без ОПП количество баллов составило $28,4 \pm 1,5$, у пациентов с ОПП 1 ст. – $27,5 \pm 2,0$, у пациентов с ОПП 2 ст. – $25,7 \pm 1,6$. Причем, различие в баллах MMSE было только между пациентами 1 и 3 группы ($p=0,001$). Следует отметить, что показатели насосной функции левого желудочка были сопоставимы в группах ($p=0,055$).

ВЫВОДЫ. Таким образом, у пациентов с инфарктом миокарда со сниженной насосной функцией, тяжесть острого повреждения почек ассоциируется со снижением когнитивных функций. Что отражает единство изменений внутренних органов, связанных со снижением их перфузии, при инфаркте миокарда, в особенности со сниженной насосной функцией сердца.

64 ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО ПОЛА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Елисева М. А¹., Курочкина О. Н².

¹ГБУЗ РК Центральная поликлиника г.Сыктывкара, Сыктывкар, Россия,

²ГОУ ВПО «Коми филиал Кировской государственной медицинской академии» Минздравсоцразвития России, г.Сыктывкар, Сыктывкар, Россия

Цель работы: определить особенности лечения пациентов мужского и женского пола в период острого инфаркта миокарда.

Материалы и методы. Методом случайного бесповторного отбора выбраны истории болезни больных инфарктом миокарда (ИМ), госпитализированных в Коми республиканский кардиологический диспансер в 2003-2012 гг. Создание базы данных и обработка результатов проводились при помощи Microsoft Excel 2007 года. Статистическая обработка проводилась при помощи программы Biostat, с применением критерия χ^2 , z-критерия, критерия Стьюдента, метода линейной регрессии и корреляции.

Результаты. Всего проанализировано 1403 истории болезни больных инфарктом миокарда, из них 786 (56,02%) были пациенты мужского пола, 617 (43,98%) – женского. Средний возраст мужчин составил $60,09 \pm 11,99$ лет, женщин $70,51 \pm 9,73$ лет ($p=0,000$). Антикоагулянты назначались 713 (90,71%) мужчинам и 569 (92,22%) женщинам ($p=0,081$), антиагреганты 762 (96,95%) и 596 (96,6%) соответственно, нитраты 705 (89,69%) и 563 (91,25%), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента 729 (92,75%) и 548 (88,82%) ($p=0,014$), бета-адреноблокаторы 709 (90,2%) и 549 (88,82%), антагонисты кальция 195 (24,81%) и 152 (24,64%), диуретики 425 (54,07%) и 461 (74,72%) ($p=0,000$), статины 167 (21,25%) и 105 (17,02%) ($p=0,055$). Тромболитическая терапия проведена 168 (21,37%) мужчинам и 108 (17,5%) женщинам ($p=0,081$), коронароангиография 405 (51,53%) и 141 (22,85%) ($p=0,000$), стентирование 117 (14,89%) и 28 (4,54%) соответственно ($p=0,000$). Госпитальная летальность среди мужчин составила 65 (8,27%), среди женщин 78 (12,64%) ($p=0,009$).

Выводы:

1. Средний возраст женщин, перенесших инфаркт миокарда, выше среднего возраста мужчин.
2. Лечение больных инфарктом миокарда в основном соответствовало национальным клиническим рекомендациям по лечению острого коронарного синдрома.
3. В лечении пациентов женского пола чаще использовались диуретики, в тоже время реже назначались ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, статины, реже проводилась тромболитическая терапия, коронарография и стентирование.
4. Госпитальная смертность среди больных инфарктом миокарда женского пола была выше.

65 ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Елисеева М. А¹., Курочкина О. Н².

¹ГБУЗ РК Центральная поликлиника г.Сыктывкара, Сыктывкар, Россия,

²ГОУ ВПО «Коми филиал Кировской государственной медицинской академии» Минздрава России, г.Сыктывкар, Сыктывкар, Россия

Цель работы: определить особенности лечения пациентов различных возрастных групп в период острого инфаркта миокарда.

Материалы и методы. Методом случайного бесповторного отбора выбраны истории болезни больных инфарктом миокарда (ИМ), госпитализированных в Коми республиканский кардиологический диспансер в 2003-2012 гг. Всего проанализировано 1403 историй болезни. Больные ИМ возраста до 60 лет отнесены в группу пациентов среднего возраста (n=443), пожилыми считали пациентов возраста от 60 до 75 лет (n=609), в группу пациентов старческого возраста отнесены больные ИМ возраста 75 лет и старше (n=351). Создание базы данных и обработка результатов проводились при помощи Microsoft Excel 2007 года. Статистическая обработка проводилась при помощи программы Biostat, с применением критерия χ^2 , z-критерия, критерия Стьюдента.

Результаты.

Среди пациентов среднего возраста 358 (80,81%) были мужского пола, 85 (19,19%) – женского, среди пациентов пожилого возраста 318 (52,22%) и 291 (47,78%), среди пациентов старческого возраста 110 (31,39%) и 241 (68,61%) соответственно (p=0,000). Средний возраст мужчин из группы больных ИМ моложе 60 лет составил 50,27±6,87 лет, женщин 53,6±4,93 лет (p=0,000), из группы больных ИМ пожилого возраста - 67,02±4,28 лет и 67,72±4,26 лет (p=0,044), из группа пациентов старческого возраста - 79,14±3,29 лет и 79,84±3,74 соответственно (p=0,000 при сравнении между группами).

Антикоагулянты назначались 410 (92,55%) пациентам среднего возраста, 552 (90,64%) пожилого возраста и 320 (91,17%) старческого возраста, антиагреганты 434 (97,97%), 589 (96,72%) и 335 (95,44%), нитраты 398 (89,84%), 550 (90,31%) и 320 (91,17%), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента 418 (94,36%), 554 (90,97%) и 305 (86,89%) (p=0,001), бета-адреноблокаторы 415 (93,68%), 541 (88,83%) и 302 (86,04%) (p=0,001), антагонисты кальция 123 (27,77%), 152 (24,96%) и 72 (20,51%) (p=0,062), диуретики 207 (46,73%), 406 (66,67%) и 273 (77,78%) (p=0,000), статины 132 (29,8%), 98 (16,09%) и 42 (11,97%) (p=0,000). Тромболитическая терапия проведена 121 (27,31%) пациенту среднего возраста, 108 (17,73%) пожилого возраста и 47 (13,39%) старческого возраста (p=0,000), коронароангиография 308 (69,53%), 205 (33,66%) и 28 (7,98%) (p=0,000), стентирование 93 (20,99%), 50 (8,21%) и 4 (1,14%) соответственно (p=0,000). Госпитальная летальность среди пациентов среднего возраста составила 11 (2,48%), среди пациентов пожилого возраста 61 (10,02%) и старческого возраста 71 (20,23%) (p=0,000).

Выводы:

1. Средний возраст женщин, перенесших инфаркт миокарда, выше среднего возраста мужчин.
2. Лечение больных инфарктом миокарда в основном соответствовало национальным клиническим рекомендациям по лечению острого коронарного синдрома.

3. В лечении пациентов пожилого и старческого возраста чаще использовались диуретики, в тоже время реже назначались ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, бета-адреноблокаторы статины, реже проводилась тромболитическая терапия, коронарография и стентирование, что вероятно связано с большим количеством сопутствующей патологии, с более тяжелым состоянием на момент госпитализации.

66 КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Желтова И.Н., Сукманова И.А.

КГБУЗ Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул

Актуальность исследования: Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и инфаркт миокарда (ИМ) были и остаются ведущими причинами заболеваемости и смертности в России. Изучение особенностей клинико-гемодинамических параметров и течения ИМ у женщин является особенно актуальным для дифференцированного подхода в лечении ИМ.

Цель исследования: изучить основные клинико-гемодинамические особенности инфаркта миокарда у женщин среднего и пожилого возраста.

Материалы и методы: Обследовано 76 женщины с ИМ, средний возраст их составил $63,5 \pm 1,0$ лет. Преобладали пациентки пожилого возраста - 44 (57,9%), женщин среднего возраста было 32 (42,1%). Кроме оценки жалоб, анамнеза объективного статуса, записи ЭКГ в 12-ти стандартных отведениях, проводилось Эхо-КГ, холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ) и коронарография для оценки степени поражения коронарных артерий и возможного проведения ЧКВ.

Полученные результаты: ИМ с зубцом Q диагностирован у 49 (64,4%) пациенток, без зубца Q - у 27 (35,6%). ИМ передней стенки ЛЖ выявлен у 30 (39,5%) госпитализированных женщин, нижней стенки - у 36 (47,4%), неуточненной локализации - у 10 (13,2%) пациенток с ИМ. Не выявлено острой сердечной недостаточности (Killip I) у 58 (76,3%) женщин с ОИМ. Влажные хрипы в нижней половине легочных полей наблюдались у 11 (14,5%) пациенток - Killip II, отек легких (Killip III) - у 2 (2,6%), тогда как - кардиогенный шок - Killip IV диагностирован у 5 (6,6%) больных. В целом, для женщин среднего возраста выявлена несколько большая частота развития острой сердечной недостаточности II-IV стадии по Killip ($t=1,3$). По данным Эхо-КГ средний размер ЛП у женщин с ИМ составил $43,7 \pm 0,6$, средняя ФР - $58,3 \pm 1,0\%$. У 20 (26,3%) пациенток выявлено нарушение диастолической функции ЛЖ, у 40 (52,6%) - гипертрофия ЛЖ, причем в пожилом возрасте выявлено закономерное достоверно большее число пациенток с ГЛЖ - 29 (69,5%), женщин среднего возраста с ГЛЖ было 11 (34,4%), $t=2,8$. Аневризма ЛЖ выявлена у 10 (13,5%) госпитализированных женщин с ИМ, у 4-х пациенток (5,3%) ИМ осложнился формированием тромбированной аневризмы ЛЖ. По данным КАГ поражение одного сосуда выявлено у 11 (14,5%) женщин с ИМ, 2-х сосудов - у 21 (27,6%) пациентки, многососудистый характер поражения коронарных артерий диагностирован у 35 (45%) госпитализированных женщин. В итоге ЧКВ со стентированием инфарктзависимой артерии (ИЗА) проведено 36 (47,4%) женщинам с ИМ, тромболитическая терапия (ТЛТ) - 11,8% пациенткам, не проведена реваскуляризация ИЗА - у 31 (40,7%) женщины. Достоверных различий в частоте проведенной реваскуляризации коронарных артерий среди женщин среднего и пожилого возраста получено не было. При проведении ХМЭКГ нарушения ритма и были выявлены у 5 (15,6%) женщин

среднего возраста (в том числе у 3 (9,4%) – жизнеугрожающие) и у достоверно большего числа пожилых пациенток - у 19 (43,2±7,5%), в том числе у 5 (11,4%) – жизнеугрожающие, $t = -2,8$. Клиника ранней постинфарктной стенокардии диагностирована у 11 (34,4±8,4%) женщин среднего возраста и у 6 (13,6±5,6%) пожилых пациенток ($t = 2,0$). Явления ХСН после перенесенного ИМ выявлены у 5 (15,6%) женщин среднего возраста и у 13 (29,5%) пожилых ($t = 1,5$).

Закключение: Таким образом, для женщин среднего возраста с ИМ характерно более частое развитие острой сердечной недостаточности и клиники ранней постинфарктной стенокардии. Для женщин пожилого возраста оказалось более характерным развитие нарушений ритма по данным ХМЭКГ и явления ХСН после перенесенного ИМ.

67 РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ И ГОСПИТАЛЬНОГО ПРОГНОЗА ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Иноземцева А. А¹, Кашталап В. В¹, Усольцева Е. Н¹, Груздева О. В¹, Барбараш О. Л¹, Гордеева Л. А².

¹*ФГБНУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Анжеро-Судженск, Россия,*

²*Институт экологии человека, Кемерово, Россия*

Цель: изучить клиническую и прогностическую значимость полиморфизмов rs670, rs662799, rs4646994 генов APOA1, APOA5 и ACE соответственно у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST

Материалы и методы: В исследование было отобрано 358 пациентов, поступивших с диагнозом ИМпST, и проходивших диагностику и лечение на базе Кемеровского кардиологического диспансера (ККД). Всем пациентам при поступлении проводилась коронароангиография (КАГ), общий анализ крови, липидограмма крови, электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭХОКГ), для оценки наличия мультифокального атеросклероза всем пациентам на госпитальном этапе проводилось ультразвуковое цветное дуплексное сканирование (ЦДС) брахиоцефальных артерий. На 2-14 сутки был проведен забор крови с последующим генотипированием. Оценивались клинические, лабораторные и инструментальные показатели в течение госпитализации.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 8.0 for Windows компании StatSoft, Inc (USA), а также с использованием генетических калькуляторов (ГЕНЭКСПЕРТ)

Результаты: при анализе частот распределения генотипов и аллелей гена APOA5 в группах пациентов с высоким классом Killip (2 и выше), с большим количеством баллов по TIMI (6 и выше), с наличием госпитальных осложнений, таких как смерть, ранняя постинфарктная стенокардия, отек легких, рецидив инфаркта миокарда и без этих признаков нами не было найдено различий по аллелям.

У лиц, с генотипом CC гена APOA5 уровень триглицеридов крови был достоверно выше и составил 2,48 ммоль/л [1,83;3,44] против 2,02 ммоль/л [1,48;2,57], $p = 0,008$, а уровень ЛПВП

и белка АпоА5, наоборот, ниже, чем у лиц с генотипом СС 0,975 ммоль/л [0,75;1,16] против 1,135 ммоль/л [1,00;1,29] $p=0,0005$ и 1,18 г/л [0,97;1,43] против 1,43 г/л [1,29;1,75] $p=0,02$ соответственно.

Доказано, что носители генотипа GG гена АРОА1 имеют неблагоприятный прогноз течения инфаркта миокарда. Рецидив инфаркта миокарда у них развивается чаще в 3 раза (OR=2,99, 95%CI=1,33-6,73, $p=0,006$), а риск развития других госпитальных осложнений, например, таких как ранняя постинфарктная стенокардия, отек легких, госпитальная смерть, выше в 2,12 раз (OR=2,12, 95%CI=1,14-3,94, $p=0,02$).

Генотип GG также ассоциировался с неблагоприятными изменениями липидного спектра крови. Так, у носителей этого генотипа уровень триглицеридов крови был достоверно выше и составил 2,11 ммоль/л [1,6; 2,74], $p=0,02$ против 1,74 ммоль/л [1,44; 2,22] у носителей генотипа АА.

Достоверно найдено, что у носителей генотипа II гена АСЕ реже наблюдалось утолщение КИМ (OR=0,61, 95%CI=0,38-0,96, $p=0,03$), чем у лиц с генотипами ID и DD (OR=1,65, 95%CI=1,04-2,61). Достоверных различий в показателях липидного спектра у пациентов с различными генотипами найдено не было.

Заключение: выявлено, что некоторые полиморфные варианты генов, ассоциированных с нарушениями липидного обмена и формированием артериальной гипертензии (АСЕ, АРОА1, АРОА5) могут быть использованы для уточнения клинической тяжести и отдаленного прогноза у пациентов с инфарктом миокарда.

68 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Кашталап В. В¹., Иноземцева А. А¹., Барбараш О. Л¹., Гордеева Л. И².

¹Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово, Россия,

²Институт экологии человека СО РАН, Кемерово, Россия

Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) остается одной из основных причин сердечно-сосудистой смертности в России. В силу этого сохраняется актуальным поиск новых предикторов осложненного течения заболевания. Помимо хорошо изученных биомаркеров, характеризующих различные звенья гомеостаза (обмен липидов и углеводный статус) и патологические процессы (системное воспаление, тромбогенез), в настоящее время для оценки тяжести течения инфаркта миокарда применяют определение неизменных в динамике генетических маркеров – полиморфных вариантов различных генов, отвечающих за те или иные метаболические нарушения и патологические состояния, включая гены, ассоциированные с дислипидемиями и артериальной гипертензией.

Цель: оценить клинико-прогностическую значимость полиморфизмов rs670, rs662799, rs4646994 генов АРОА1, АРОА5 и АСЕ у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы: обследовано 179 пациентов с диагнозом ИМпST. Из них 114 мужчин (63,7%) и 65 женщин (36,3%). Средний возраст пациентов составил $61,8 \pm 11,1$ лет. Всем пациентам проведена коронарография при поступлении и первичное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) со стентированием инфаркт-зависимой артерии у всех больных на 2-14

сутки была забрана кровь с последующим генотипированием. Выделение ДНК из лимфоцитов периферической крови проводили с помощью метода фенол-хлороформной экстракции с последующим осаждением этанолом. Амплификацию SNP-полиморфизмов генов APOA1 G-75A (rs670), APOA5 T-1131C (rs662799), ACE (rs4646994) проводили с помощью системы детекции полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (Real-time). Оценивались госпитальный этап заболевания и наличие «конечных» точек через 1 и 3 года после ИМпСТ. Конечными точками являлись: смерть, повторный инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), прогрессирующая стенокардия. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью ППП STATISTICA 8.0 (StatSoft), а также с использованием генетических калькуляторов (ГЕНЭКСПЕРТ) с построением мультипликативной, общей, аддитивной, доминантной моделей наследования.

Результаты: аллель С гена аполипопротеина А1 (APOA1) показала достоверную связь с наличием множественного стенозирующего коронарного атеросклероза (OR=1,59; 95% CI=1,09-2,33; p=0,02). Генотип G/G гена APOA1 обладает высоким генетическим риском развития сахарного диабета (OR=2,74; 95% CI=1,31-5,73; p=0,02), а также сопряжен с наличием тяжелой хронической сердечной недостаточности в анамнезе (OR=3,43; 95% CI=1,37-8,55; p=0,02). Генотип G/G также связан с более редким проведением первичного ЧКВ вследствие множественного поражения коронарных артерий (OR=0,61; 95% CI=0,38-0,96; p=0,03). Пациенты, имеющие полиморфизм rs662799 гена аполипопротеина А5 (APOA5) с наличием аллели Т характеризуются более тяжелым течением инфаркта миокарда, оцененного по шкале TIMI, чем пациенты, не имеющие такой аллели. У пациентов с инфарктом миокарда аллель Т гена APOA5 также ассоциируется с наличием ожирения (OR=2,64; 95% CI=1,04-6,67; p=0,03), перенесенным ранее инфарктом миокарда (OR=1,75; 95% CI=1,05-2,92; p=0,03) и утолщением комплекса интима-медиа (OR=1,58; 95% CI=1,09-2,30; p=0,02). Все пациенты-носители аллели I полиморфного варианта rs4646994 гена ACE характеризовались неблагоприятным трехгодичным прогнозом инфаркта миокарда.

Заключение: некоторые полиморфные варианты генов, ассоциированных с нарушениями липидного обмена и формированием артериальной гипертензии (гены APOA1, APOA5, ACE) могут быть использованы для уточнения клинической тяжести и прогноза пациентов с инфарктом миокарда.

69 АССОЦИИРОВАННЫЙ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ ПРОТЕИН ПЛАЗМЫ-А ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ ОСЛОЖНЕННОМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Каюмова Г. Х¹., Разин В. А².

¹ООО «ВМ Клиник», Ульяновск, Россия,

²ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, Россия

В настоящее время ежегодная заболеваемость острым инфарктом миокарда в России превышает 1000000 случаев; смертность в разных регионах РФ составляет от 18 до 20 %. Ключевым механизмом развития ишемической болезни сердца является сосудистое воспаление при атеросклерозе коронарных артерий. Особая роль отводится воспалительным процессам, способствующим формированию и росту атеросклеротической бляшки, ее сосудистой нестабильности и тромбогенной активности. Поэтому в настоящее время современная кардиология активно изучает маркеры сосудистого воспаления и пролиферативной активности. Одним из

таких факторов является PAPP-A - ассоциированный с беременностью протеин плазмы-A. Он представляет собой циркулирующий в крови белок, относящийся к цинксодержащим металлопротеиназам. Биологическое действие PAPP-A опосредовано через инсулиноподобный фактор роста-1 (ИПФР-1). В последнее время PAPP-A считается маркером нестабильности атеросклеротической бляшки.

ЦЕЛЬ. В настоящем исследовании проведено изучение концентрации PAPP-A у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) с различной степенью выраженности острой сердечной недостаточности по шкале Killip.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Обследовано 71 пациент с ОКС, в среднем возрасте 57 ± 9 лет, 24 женщины и 47 мужчин. Всем больным проводилось комплексное обследование, предусмотренное стандартами медицинской помощи больным с ОКС. Кроме того, в плазме крови пациентов определялся PAPP-A. Кровь на определение PAPP-A забиралась в момент поступления пациента. Концентрацию уровней PAPP-A определяли методом иммунофлюоресценции («Diagnostic Systems Laboratories», США). Тяжесть острой сердечной недостаточности определяли по классификации Killip.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ. Результаты сравнения плазменной концентрации PAPP-A при различных классах сердечной недостаточности (СН) представлены в таблице 1.

Из представленных в таблице данных, можно отметить, что увеличение концентрации PAPP-A ассоциируется с увеличением тяжести острой сердечной недостаточности. Несколько более низкая концентрация PAPP-A при Killip- IV, чем при Killip -III, вероятно обусловлена малым количеством пациентов с Killip- IV ($n=5$) в нашем исследовании.

Также следует отметить, что из 71 пациента, у 3 пациентов – летальный исход в течении суток. У умерших пациентов концентрация PAPP-A была составила 26-26-27 МЕ/мл.

ВЫВОДЫ. PAPP-A является не только маркером нестабильности атеросклеротической бляшки, но вероятно и маркером массивности повреждений коронарного русла, которое приводит к нарастанию острой сердечной недостаточности. То, есть, значительное возрастание PAPP-A является неблагоприятным прогностическим признаком, свидетельствующим о массивном некрозе кардиомиоцитов и ассоциировано с неблагоприятным исходом.

Таблица 1. Уровень PAPP-A в плазме крови у пациентов с острой сердечной недостаточностью при ОКС

Класс СН по Killip	PAPP-A, МЕ/мл	p
I (n=17)	$7,94 \pm 3,05$	
II (n=17)	$17,67 \pm 12,97$	$p_1=0,005$
III (n=32)	$26,31 \pm 11,27$	$p_1 < 0,0001, p_2=0,02$
IV (n=5)	$24,20 \pm 12,09$	$p_1 < 0,0001, p_2=0,32, p_3=0,038$
Примечание: p_1 – различие в сравнении с группой Killip-I, p_2 – различие в сравнении с группой Killip-II, p_3 – различие в сравнении с группой Killip -III		

70 ДИНАМИКА GLOBAL LONGITUDINAL STRAIN У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПЕРВИЧНЫМ ПЕРЕДНИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Керчева М. А.

ФГБНУ «НИИ Кардиологии», Томск, Россия

Динамика global longitudinal strain у больных острым первичным передним инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST

Цель: изучить межоператорскую воспроизводимость показателей стандартной и 2-D speckle tracking эхокардиографии и динамику global longitudinal strain у больных острым первичным передним инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

Методы: в исследование включено 24 пациента с острым первичным передним Q - инфарктом миокарда в возрасте $58,6 \pm 10,2$. Эхокардиографию, включая 2-D speckle tracking режим, проводили на 3-и (T1), 7-е (T2) и 14-е сутки (T3) болезни («Vivid E9»). Анализ данных проводили в offline режиме двумя независимыми специалистами (EchoPac), опытным и неопытным. Данные проанализированы в разные временные промежутки первым исследователем (врач ультразвуковой диагностики, стаж работы 10 лет, отсутствие информации о клинической картине болезни), затем вторым (аспирант отделения неотложной кардиологии, стаж работ 6 месяцев). Для оценки согласованности результатов использовали метод Блэнда–Алтмана. Данные, полученные исследователями, сравнивали при помощи корреляционного анализа (коэффициент ранговой корреляции Спирмена, коэффициент корреляции Пирсона). Пациентов разделили на 2 группы, согласно исходному (T1) значению GLS: 5 пациентов с GLS <-15% и 19 пациентов с GLS >-15% (1 и 2 группа соответственно).

Результаты: 23 пациентам было выполнено экстренное ЧКВ на ИСКА, у 6 человек было выполнено первичное ЧКВ, у 16 – ТЛТ+ЧКВ (в 68% эффективная). Время реперфузии миокарда составило $4,21 \pm 0,94$ часа. У 25% проходимость ИСКА была восстановлена в первые 3 часа. Наибольшей межоператорской воспроизводимостью среди параметров 2D speckle-tracking эхокардиографии обладают GLS, basal rotation, среди параметров стандартной эхокардиографии – WMI.

Значимая динамика КДО, КСО, ФВ ЛЖ отсутствовала: КДО: $95,88 \pm 21,71$; $96,73 \pm 16,95$; $98,27 \pm 12,6$ мл (T1→T2→T3). КСО: $42,1 \pm 13,5$; $42,5 \pm 13,76$; $40,53 \pm 13,66$ мл (T1→T2→T3). ФВ ЛЖ: $55,7 \pm 9,8$; $56,1 \pm 9,6$; $58,8 \pm 9,62\%$ (T1→T2→T3). Выявлена положительная динамика величины GLS: $-12,65 \pm 3,53$ (T1), $-13,61 \pm 3,81$ (T2), $-14,27 \pm 4,1\%$ (T3), $p < 0,05$. Улучшение GLS составило 11,35% ($p=0,0048$) относительно T1 к T3, при этом подобная динамика GLS относительно T1 к T2, T2 к T3 отсутствовала ($p > 0,05$). В 1-й группе GLS к T3 улучшился ($p=0,038$), в то время, как во 2-й группе динамики не было.

Выводы: 1. Выявлена высокая межоператорская воспроизводимость всех параметров стандартной и 2-D speckle tracking эхокардиографии. При этом наилучшие показатели воспроизводимости были у global longitudinal strain, wall motion index. 2. Выявлена положительная динамика величины global longitudinal strain к 14 суткам инфаркта миокарда. Динамика носила нелинейный характер: при величине показателя <-15% к 3 суткам, отмечалось его улучшение к 14 суткам.

Межоператорская воспроизводимость параметров стандартной и 2D speckle tracking эхокардиографии

Показатель	Систематическое расхождение	Стандартное отклонение	% разности	Коэффициент корреляции	P
Global longitudinal strain	-0,12	0,53	0,78±3,6%	0,99	<0,005
ИНЛС	0,03	0,13	1,87±7,9%	0,87	<0,005
Basal rotation	-0,15	2,53	3,83±59,6%	0,84	<0,005
Apical rotation	-0,74	3,37	10,72±38,3%	0,68	<0,005
Twist	-0,36	5,47	11,12±43,1%	0,63	<0,005
ФВ ЛЖ	3,71	14,41	3,96±16,8%	0,63	<0,005
КДО	3,81	7,92	8,32±108%	0,85	<0,005
КСО	9,72	7,91	6,56±19,9%	0,54	<0,005

71 ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЖИРОВОЙ ТКАНИ НА СТЕПЕНЬ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Керчев В. В.¹, Ларина С. Н.²

¹ФЕДЕРАЛЬНОЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЕ АГЕНТСТВО ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ БИОФИЗИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ИМ. А.И. БУРНАЗЯНА, Москва, Россия,

²Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова, Москва, Россия

Цель исследования: изучить взаимосвязь характера распределения жировой ткани со степенью поражения коронарных артерий у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST .

Материалы и методы: В исследование были включены 64 мужчины с инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST в возрасте 62,7 (56,8:64,1) лет. У всех пациентов определяли индекс массы тела – ИМТ (кг/м²), окружность талии – ОТ (см). Избыточную массу тела (ИМТ>25 кг/м²) имели 30 человек, ожирение (ИМТ>30 кг/м²)-34. Методом компьютерной томографии (КТ) произведено измерение площадей висцеральной жировой ткани (ВЖТ) и подкожной жировой ткани (ПЖТ). Висцеральное ожирение (ВО) у пациентов диагностировали при площади ВЖТ более 130 см². Всем больным была проведена коронарография. За стеноз коронарной артерии принимали сужение диаметра сосуда на 50% и более. Данные проанализированы с использованием пакета прикладных статистических программ Statistica 9.0. Статистически значимыми считали различия при p<0,05.

Результаты и их обсуждения: По результатам КТ все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа (n = 30) - без ВО (ВЖТ < 130 см²). Сравнимые группы были сопоставимы по возрасту

($p=0,55$). ИМТ в 1-й группе составлял 27,6 (27,3:29,3) кг/м², во 2-й группе -28,3 (26,7:30,1) кг/м² ($p=0,26$); ОТ в 1-й группе равен 98 (95:108) см, во 2-й группе -102 (104:116) см ($p=0,07$) соответственно. При этом площадь ПЖТ была выше у пациентов без ВО: в 1-й группе 403 (368:466) см³, во 2-й 300 (280:340) см³ ($p=0,00$). По данным коронарографии у пациентов с ВО степень нарушения коронарного русла была более значимой. Так, поражение одного сосуда зарегистрировано у 33,3% ($n=10$) пациентов 1-й группы, и 26,4% ($n=6$) пациентов 2-й группы ($p=0,04$). Поражение 2-х сосудов выявлено у 36,6% ($n=11$) пациентов 1-й группы и 44,4% ($n=15$) пациентов 2-й группы ($p=0,04$). Многососудистое поражение зарегистрировано у 30% ($n=9$) пациентов 1-й группы и 38,2% ($n=13$) пациентов 2-й группы ($p=0,04$). Для сравнительной оценки взаимной сопряженности характера распределения жировой ткани и выраженности коронарного атеросклероза, использован метод логистической регрессии и ROC-анализа. Результаты проведенного исследования показали, что характер поражения сосудов имеет значимую взаимосвязь с площадью ВЖТ. Так увеличение площади ВЖТ повышало риск многососудистого поражения в 2,8 (1,7:1,9), площадь под кривой (AUC)- 0,89 (0,88:0,94). В то же время величины ИМТ, ОТ и площадь ПЖТ не отличались высокой диагностической специфичностью и чувствительностью, AUC равна 0,6 (0,46:0,62) и 0,7 (0,55:0,74) и 0,5(0,43:0,64) соответственно.

Выводы: при одинаковых антропометрических характеристиках риск многососудистого характера поражения у пациентов с ВО в 2,8 раза выше, чем у пациентов без ВО.

72 ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС: В ПОИСКАХ ТОЧКИ ПРИЛОЖЕНИЯ

Кислухин Т.В., Горохов А.А., Костырин Е.Ю., Чернявский Д.П., Книжник Н.И., Туманов А.И., Джинибалаева Ж.В., Муллова И.С., Дупляков Д. В, Хохлунов С.М.
ГБУЗ Самарский областной клинический кардиологический диспансер

Цель работы: Оценить эффективность проведения тромболитического лечения на догоспитальном этапе.

Материал и методы исследования: В исследование включались пациенты с острым коронарным синдромом с подъемом ST-сегмента (ОКСпСТ) ($n=308$) с проведенной тромболитической терапией (ТЛТ) на догоспитальном этапе (ДГЭ) за последние 18 месяцев. 1-ю группу ($n=118$) составили больные с ОКСпСТ, получившие только тромболитическую терапию на догоспитальном этапе; 2-ю группу ($n=190$) составили больные ОКСпСТ, которым в дальнейшем после проведенной ТЛТ на ДГЭ было выполнено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Для проведения ТЛТ использовалась тенектеплаза (в/в болюсно за 5–10 с 30 мг при массе тела < 60 кг, 35 мг – при массе тела 60–69 кг, 40 мг – 70–79 кг, 45 мг – 80–89 кг и 50 мг – 90 и более кг). При неэффективности ТЛТ на ДГЭ по данным ЭКГ на 90-й минуте от начала введения препарата, пациент как можно раньше направлялся на спасительное ЧКВ. При успешной фармакологической реперфузии (снижение сегмента ST на $\geq 50\%$ на 90-й минуте) ЧКВ проводилось в течение 3–24 часов от начала ТЛТ. Медикаментозная терапия на догоспитальном этапе включала аспирин, НФГ или НМГ, и клопидогрел. Средний возраст пациентов в 1 группе составил $58,4 \pm 1,32$ лет, лет, во 2 группе – $61,8 \pm 1,28$ лет ($p>0,05$).

Результаты: Группы значимо отличались по времени от начала до вызова СМП: $104,1 \pm 47,3$ и $75,2 \pm 62,8$ мин в группе без ЧКВ и с ЧКВ соответственно ($p=0,0059$). В группе без ЧКВ ТЛТ была проведена через $144,0 \pm 24,5$ мин от начала ангинозного приступа, а в группе с ЧКВ через $117,3 \pm 15$ мин ($p=0,021$). Задержки, связанные со службой скорой медицинской помощи (СМП) не различались: время вызов – ТЛТ составило $39,9 \pm 30,6$ и $46,4 \pm 21,3$ мин в группе без ЧКВ и с ЧКВ соответственно, а время от начала до госпитализации $194,6 \pm 35,2$ и $190,3 \pm$

24,5 мин. У большинства пациентов - 71,2% (84 пациента) в группе без ЧКВ и 75,3% (143 пациента) группы с ЧКВ ТЛТ на ДГЭ проведена в течение первых трех часов от начала ангинозного приступа.

По данным ЭКГ частота реперфузии коронарной артерии через 90 минут после ТЛТ на ДГЭ составила 91,5 % (108 пациентов) в группе без ЧКВ и 45,8% (87 пациентов) группы с ЧКВ. По данным коронарографии эффективность проведенной ТЛТ на ДГЭ подтверждена у 60% (114 пациентов). Из числа пациентов с эффективной ТЛТ (по данным коронарографии) в 48,25% (55 пациентов) случаев наблюдался осложненный стеноз в ИСА в виде выраженного тромбоза у 9 пациентов (16,3%), диссекции у 32 пациентов (58,2%) и сочетания тромбоза с диссекцией наблюдался у 14 пациентов (25,5%).

В 10,5% (20 пациентов) случаев после ТЛТ потребовалось проведение АГЭЭ с удалением большого количества тромботических масс.

В течение 1-х суток смерть наступила у 2-х пациентов группы с ЧКВ (1,0%), и у 12 пациентов группы без ЧКВ (10,1%). По остальным клиническим исходам заболевания – развитию кардиогенного шока, отека легких, разрыва миокарда, летального исхода в течение госпитализации - группы между собой не различались.

Выводы: 1. Догоспитальная тромболитическая терапия оправдана лишь только в случае безукоризненного соблюдения показаний и временных интервалов. 2. Основным посылом для проведения ТЛТ, на наш взгляд, может быть только невозможность доставки больного с ИМпСТ в пЧКВ-стационар в рекомендуемые временные рамки. 3. К сожалению, даже в случае эффективной ТЛТ, в просвете коронарной артерии остается главный источник опасности – изъязвленная бляшка, а это – крайне высокая вероятность повторения и ухудшения драматического сценария.

73 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Кобзева Н. Д., Фоменко Е. П., Терентьев В. П.

ГБУ РО РОКБ, Ростов-на-Дону, Россия

Введение. Атеросклеротический стеноз почечных артерий – сложная клиническая проблема, которая требует междисциплинарного подхода. В последнее время появляется все больше убедительных данных в пользу того, что данная патология является в значительной степени кардиологической проблемой и вносит существенный вклад в развитие сердечно-сосудистого континуума.

Целью данного исследования стало изучение гендерных особенностей атеросклеротического поражения почечных артерий у больных с острым коронарным синдромом.

Материалы и методы. В исследование включено 194 пациента с острым коронарным синдромом (ОКС), из них мужчин 109 человек (56,2%), женщин-85 человек (43,8%). Средний возраст обследованных пациентов составил 59,9±1,2 лет. Всем больным наряду с коронарографией выполнялась селективная ангиография почечных артерий.

Результаты. Анализ полученного фактического материала показал, что у 82-х больных (42,3 %) с ОКС было выявлено атеросклеротическое поражение почечных артерий, из них мужчин -42 человека (51,0 %), женщин -40 человек (49,0%). Одностороннее поражение почечных артерий встречалось достоверно чаще (62,0 %), из них женщин -28 человек, мужчин-23 человека. Двустороннее поражение почечных артерий было зафиксировано у 38,0 % обследованных, из них 12 женщин и 19 мужчин.

Средний процент стеноза почечных артерий у пациентов с односторонним поражением (1 группа) составил 55,8 %, при этом процент стеноза более 50 % зафиксирован у 41,2 %. Анализ полученного фактического материала показал, что средний процент стеноза почечных артерий у мужчин-56,4 %, у женщин-52,3%. У пациентов с поражением обеих почечных артерий (2 группа) гемодинамически значимое поражение (более 50 %) наблюдалось у 80,6 %.

Анализ данных ангиографии показал, что среди пациентов первой группы поражение одной коронарной артерии встречалось у 25,5 % (средний процент поражения составил 42,2 %). Поражение 2-х и более ветвей было верифицировано у 74,5 % (средний процент наиболее окклюзированной ветви -89,7 %). У пациентов с двусосудистым поражением почечных артерий, поражение одной коронарной артерии встречалось в 6,5% случаев, (средняя степень стеноза 65 %), поражение двух и более ветвей коронарного русла в 93,5 %. Обращает внимание, что средний процент наиболее окклюзированной ветви в обсуждаемой группе составил 95,6 %.

Заключение. Таким образом, выявлена широкая распространенность атеросклеротического поражения почечных артерий. Отмечено существование четкой корреляции между выраженностью атеросклероза коронарного бассейна и почечных артерий. Установлены гендерные особенности поражения почечных артерий у больных ОКС.

Показано, что частота одностороннего поражения почечных артерий, у женщин оказалась выше, чем у мужчин, в то время, как двустороннее поражение встречалось чаще у лиц мужского пола, при этом средний процент стеноза наиболее окклюзированной почечной артерии у мужчин-80,3 %, у женщин-71,3%.

74 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Круглов В. Н¹., Хохлунов С. М¹., Рубаненко А. О²., Шавкунов С. А³.

¹ГБУЗ СОККД, Самара, Россия,

²ГБОУ ВПО СамГМУ, Самара, Россия,

³ГБУЗ СО МСЧ 2, лаборатория генодиагностики, Самара, Россия

Введение. Данные литературы по возможности использования генетических полиморфизмов в стратификации риска развития осложнений после инфаркта миокарда в настоящее время недостаточны и противоречивы, что диктует необходимость изучения влияния полиморфизмов на возникновение осложнений.

Цель. Изучить влияние генетических вариантов на прогноз осложнений после чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКСПСТ) давностью менее 24 часов.

Методы исследования. В исследование было включен 171 пациент, госпитализированный с ОКСПСТ с 15.08.2011 по 02.11.2014. Пациентам было проведено стентирование инфаркт-связанной артерии (ИСА) непосредственно после госпитализации или после неэффективной тромболитической терапии. Пациенты, у которых после ЧКВ возникла клиника рецидива коронарной недостаточности, составили I группу (n=43, 38 мужчин (88,4%) и 5 женщин (11,6%), средний возраст – 56,7±10,2 лет. У них при повторной коронарографии выявлен рестеноз стента ИСА и проведено рестентирование. Во II группу вошли 128 пациентов (103 мужчины (80,5%) и 25 женщин

(19,5%) с неосложненным послеоперационным периодом, средний возраст – $56,3 \pm 10,8$ лет. У 14 пациентов (10,9%) 2 группы, перед коронарным шунтированием нестентированных артерий, проведена повторная коронарография, которая не выявила стеноза ранее стентированной артерии.

Проанализированы результаты проведенного генотипирования по 7 полиморфным генетическим вариантам. Определялось носительство полиморфизмов некоторых генов системы гемостаза: (G455A) гена F1, (20210G→A) гена F II, (1691 G>A) гена F V (Leiden), (G10976A) гена FVII, (Leu33Pro) гена ITGB3, (4G/4G) гена PAI-I, (C677T) гена MTHFR.

Результаты. Группы достоверно различались между собой по исходам ЧКВ, по частоте повторных инфарктов миокарда - 21% в I группе и 0% во II группе ($p < 0,0001$), и рецидивов инфаркта миокарда, - 9,3% и 0%, соответственно, ($p = 0,004$). При анализе генотипа комбинация аллелей (4G/4G) гена PAI-I+ (G455A) гена F1+(Leu33Pro) гена ITGB3 определена у 9 больных (21,0%) в I группе и у 11 пациентов (8,6%) во II группе ($p = 0,03$). Комбинация аллелей (4G/4G) гена PAI-I+(G455A) гена F1+(Leu33Pro) гена ITGB3+(G10976A) гена FVII отмечена у 4 пациентов (9,3%) в I группе и лишь у 1 (0,8%) во II группе, ($p = 0,01$). У 10 пациентов (23,3%) I группы выявлена комбинация аллелей (Leu33Pro) гена ITGB3+(G455A) гена F1. Во II группе эта комбинация встретилась у 15 больных (11,7%), ($p = 0,048$). Отношение шансов для сочетания полиморфизмов F1+ITGB3 составило 2,1, для сочетания полиморфизмов F1+PAI-I+ITGB3 – 2,8, для сочетания полиморфизмов PAI-I+F1+ITGB3+FVII – 3,5.

Выводы: Сочетания генетических полиморфизмов: F1+PAI-I+ITGB3, PAI-I+F1+ITGB3+FVII, F1+ITGB3 ассоциируются с окклюзией стентированной инфаркт-связанной артерии. Больным с такими комбинациями полиморфизмов оптимально рекомендовать повышенную профилактику ретромбоза, рассмотреть вопрос о применении новых антитромбоцитарных препаратов.

75 ПОКАЗАТЕЛИ АДИПОКИНОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА (ОИМ) И ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА (ХИБС)

Лебедев П. А¹., Вербовой А. Ф¹., Матеев К. А²., Малкова О. О²., Щербакова Н. Ф².

¹Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия,

²Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина, Самара, Россия

Введение. Течение ОИМ и процессов постинфарктного ремоделирования в настоящее время находится под пристальным вниманием кардиологов всего мира. Изучение активности лептина, резистина, адипонектина и инсулина предпринималось в основном у пациентов с хроническими формами ИБС, и мало изучена при ОИМ. Известно, что активность адипокинов не только определяет метаболический статус, но и имеет тесное отношение к процессам системного воспаления, сосудистого и миокардиального ремоделирования. Изучение уровня адипокинов у больных с ИБС имеет перспективы для оптимизации прогноза, контроля лечебных и реабилитационных мероприятий с целью снижения сердечно-сосудистого риска.

Цель. Определение патогенетической роли адипокинов у больных ОИМ и ХИБС.

Материалы и методы. Нами была изучена концентрация лептина, резистина, адипонектина и инсулина сыворотки крови в остром периоде инфаркта миокарда и через месяц после госпитализации. Под нашим наблюдением находились 33 мужчины, средний возраст которых составил 62 года. Диагностика и лечение ОИМ соответствовали принятым стандартам. В большинстве случаев наблюдалась передняя локализация ОИМ (у 86% наблюдаемых). Группу сравнения

составили 30 пациентов с ХИБС мужского пола, сопоставимые по степени и типу ожирения: 56% обследованных имели 1-3 степени ожирения.

Результаты. Концентрация лептина в остром периоде ОИМ значительно превысила показатели у пациентов с ХИБС ($p < 0,01$): $22,04 \pm 1,18$ нг/мл, снизившись до $16,17 \pm 0,54$ и коррелировала с тропонином ($r = 0,71$; $p < 0,01$), МВ фракцией креатинфосфокиназы ($r = 0,39$; $p < 0,05$), а также с воспалительной активностью СРБ ($r = 0,62$; $p < 0,01$), АСАТ ($r = 0,37$; $p < 0,05$), АЛАТ ($r = 0,38$; $p < 0,05$). Концентрации резистина и адипонектина не изменялись в ходе ОИМ в сравнении со значениями в группе пациентов с ХИБС. Лептин сыворотки крови прямо коррелировал с адипонектином ($r = 0,37$; $p < 0,02$) в группе с ХИБС и обратно у больных с ОИМ ($r = -0,69$; $p < 0,01$). Показатели инсулина в обеих группах были связаны с выраженностью ожирения и соотношением талия/бедр. Концентрация глюкозы значительно повышалась при ОИМ в отсутствие значимых изменений инсулина крови, что свидетельствует об инсулинорезистентности у этих пациентов. Только в группе ОИМ резистин достоверно коррелировал с инсулином крови ($r = 0,72$; $p < 0,01$).

Заключение. Наиболее выраженное изменение адипокинов при ОИМ отмечено для лептина. У больных в остром периоде инфаркта миокарда его концентрация связана с размером некроза миокарда и системной воспалительной реакцией, вне зависимости от степени ожирения. Его обратные соотношения с адипокином могут иметь последствия для постинфарктного ремоделирования сердца.

76 КЛИНИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ ИНТАКТНЫХ КРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ

Леонова Е. Э., Мазурова О. В., Сапожников А. Н., Разин В. А.

ФГБОУ ВПО Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Наиболее надежным способом диагностики стенозирующего атеросклероза, как основной причины ИБС, является коронарная ангиография (КАГ). При проведении КАГ имеют неизменные или малоизмененные коронарные артерии (КА) не менее 10% больных с клиническими признаками нестабильной стенокардии (НС).

ЦЕЛЬ: Определить факторы, ассоциированные с нестабильной стенокардией при интактных КА, для дальнейшей оптимизации диагностики ИБС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: В исследование включено 70 пациентов госпитализированных с предварительным диагнозом «нестабильная стенокардия» в Ульяновскую ОКБ в 2011-14 гг., у которых при проведении КАГ выявлены интактные КА. Возраст больных составил от 28 до 75 лет, в среднем – $54,9 \pm 9,5$ года. В их числе 38 (54,3%) мужчин и 32 (45,7%) женщины. Все больные обследованы согласно стандартам оказания помощи при ОКС. Также у 37 человек определен уровень гормонов щитовидной железы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСЛЕДОВАНИЯ: У 66 (94,3%) больных НС и интактными КА была гипертоническая болезнь. По данным эхокардиографии нормальные значения фракции выброса левого желудочка у 64 (91,4%) больных, 6 пациентов имели незначительные или умеренные нарушения насосной функции сердца. При оценке диастолической функции напротив - нормальные значения определены менее чем у половины (42,8%) больных, у 40 человек (57,2%) выявлена диастолическая дисфункция по псевдонормальному типу или по типу аномальной релаксации.

У 7 (10%) больных в анамнезе перенесенный ранее острый инфаркт миокарда. Сахарный диабет (СД) 2 типа выявлен у 5 (7,1%) пациентов с интактными КА, причем у 2 больных и СД, и постинфарктный кардиосклероз. Таким образом, вероятность инфаркта миокарда у больных с СД

оказалась достоверно ($p=0,04$) выше, чем при нормальном уровне гликемии. Кроме того, еще у 5 больных нарушение гликемии (преддиабет) вынесено в клинический диагноз.

При исследовании гормонов щитовидной железы определено 4 гипертиреоза и 10 случаев гипотиреоза, при том, что ранее патология щитовидной железы была диагностирована только у 6 пациентов.

ВЫВОДЫ: Более чем 90% случаев нестабильной стенокардии у пациентов с неизменными (малоизмененными) КА возникают на фоне ГБ. Больные характеризуются, как правило, сохраненной насосной функцией и диастолической дисфункцией левого желудочка.

Имеет место высокая частота сопутствующих «эндокринных» заболеваний: патологии щитовидной железы с преобладанием гипотиреоза и СД 2 типа. Сахарный диабет является фактором риска инфаркта миокарда даже при интактных коронарных артериях.

77 ИНФАРКТ МИОКАРДА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ГОСПИТАЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН Г. САМАРЫ

Николаева А. В.

Кафедра гериатрии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара, Россия

Введение: ишемическая болезнь сердца постоянно находится в центре внимания клиницистов. По данным Американской ассоциации сердца, ежегодно инфаркт миокарда (ИМ) развивается у 1,5 млн. человек. Несмотря на продолжающееся снижение летальности при ИМ, умирает около трети больных. Инфаркт миокарда у пожилых больных протекает наиболее тяжело, характеризуется более высокой частотой развития сердечной недостаточности, летальных исходов, низкой толерантностью к физической нагрузке, плохим прогнозом. Известно, что течение этого заболевания в различных возрастных группах у мужчин и женщин имеет ряд особенностей.

Цель: определить особенности инфаркта миокарда у пациентов пожилого и старческого возраста в Самарском областном клиническом госпитале ветеранов войн.

Материалы и методы: детальный анализ клинического течения заболевания проведен у 96 больных с острым инфарктом миокарда.

Результаты: по нашим данным, ИМ у лиц старше 70 лет обычно возникал днем, после физической нагрузки, во время тяжелого гипертонического криза и под утро, чаще проявлялся острой левожелудочковой недостаточностью. При этом типичным за грудиной боль отмечалась в 56% случаев, а у 22% больных в остром периоде ИМ боль отсутствовала вообще. Наиболее тяжело инфаркт миокарда протекал при безболевогой форме. Ангинальный приступ отмечался у всех больных ИМ с Q. При повторных инфарктах частота и выраженность болевого синдрома снижается. При этом выраженность, продолжительность и локализация болей нечетлива. Они носят в основном разлитой характер. Одышка – второй по частоте после болей признак. Она наблюдалась в 84% больных с инфарктом миокарда с Q со средней частотой $28,2 \pm 0,6$ дыханий в минуту. Чаще и резче одышка выражена у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих гипертонической болезнью. Одышка наиболее выражена в первые дни и постепенно уменьшалась к концу первой недели заболевания, уменьшалась при стихании болевого синдрома. У больных, у которых учащение дыхания сохранялось более чем 2-3 дня, в последствии развивалась сердечная недостаточность. В формировании сердечной недостаточности после перенесенного ИМ большое значение имеет длительный “коронарный анамнез”. Наиболее неблагоприятным прогноз оказался

у больных с повторным трансмуральным ИМ на фоне гипертонической болезни. У большинства больных отмечалась общая слабость. Появление длительной слабости свидетельствовало о развитии сердечной недостаточности или присоединение пневмонии. Сахарный диабет зарегистрирован у 31,1% больных. Отмечается большая частота сахарного диабета у больных с ИМ на фоне гипертонической болезни, что можно объяснить общностью патогенетических механизмов развития артериальной гипертонии и нарушений углеводного обмена (синдром инсулинорезистентности). Обычно в остром периоде ИМ у наших больных существенных изменений в количестве гемоглобина и эритроцитов не наблюдалось. Лейкоцитоз отмечался в первые 3 дня у 1/3 больных. У ряда больных отмечалась ускоренная СОЭ уже с первых дней заболевания. Степень повышения активности различных ферментов в сыворотке зависит от обширности ИМ. Диагноз устанавливался на основании характерных изменений электрокардиограммы. Приблизительно у 20% гериатрических больных ИМ постановка диагноза на основании ЭКГ исследования затруднительных это касается, прежде всего тех случаев инфаркта, при которых ЭКГ не отклоняется от нормы или же при которых отклонения от нормы сводятся к наличию не типичного понижения сегмента ST и отрицательных зубцов T. Электрокардиографическое распознавание ИМ было трудным в случаях блокады ножки, аритмии и у больных, перенесших уже до этого ИМ. Именно в этих случаях исследование активности сывороточных ферментов имело весьма существенную диагностическую роль.

Заключение: по нашим данным, ИМ у пожилых больных протекает наиболее тяжело, характеризуется более высокой частотой развития сердечной недостаточности, летальных исходов, низкой толерантностью к физической нагрузке, плохим прогнозом.

78 ТУРБУЛЕНТНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Олейников В. Э., Лукьянова М. В., Душина Е. В., Томашевская Ю. А.
ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия

Введение: относительно новым маркером электрической нестабильности миокарда, позволяющим прогнозировать риск развития жизнеугрожающих нарушений ритма, в последние годы выступает турбулентность сердечного ритма (ТСР).

Цель: сравнение показателей ТСР при телеметрической регистрации ЭКГ по 12 отведениям у пациентов на 1-2 сутки со STEMI после фармако-инвазивной реперфузии.

Материалы и методы: в исследование включено 52 пациента со STEMI в возрасте от 33 до 85 лет ($57,6 \pm 10,7$ лет): 54 мужчины (86,5%) и 7 женщин (13,5%). Всем пациентам, включенным в исследование, проводилась фармако-инвазивная реперфузия: тромболитическая терапия (ТЛТ) и чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Среднее время от появления боли до начала ТЛТ составило 174 ± 25 мин, средний интервал «боль-ЧКВ» 384 ± 58 мин. В течение первых 24-48 часов после ЧКВ проводилась телеметрическая регистрация ЭКГ по 12 отведениям с использованием комплекса «Астрокард® - Телеметрия» (ЗАО «Медитек», Россия) с последующим анализом ТСР. В качестве математического эквивалента ТСР применялись два независимых показателя: начало турбулентности (turbulence onset) — ТО и наклон турбулентности (turbulence slope) — TS. Нормальными значениями у взрослых считаются ТО более 0 и ТС менее 2,5 мс/ RR.

По локализации инфарктной зоны, больные были разделены на 2 группы: группу 1 составили 26 человек (50%) с инфарктом миокарда передней стенки левого желудочка, группа 2 включала в себя 26 пациентов (50%) с инфарктом миокарда задней локализации.

Результаты: у 52 пациентов, включенных в исследование, получены следующие средние значения: TO -1,64 (-3,39;-0,69)%, TS 15,9 (8,8;19,9)мс/RR.

В первой группе пациентов средние значения TO составили -1,58 (-2,72;0,33)%, TS 12,22 (8,8;19,65)мс/ RR. Показатели TCP во 2 группе были следующими: TO -2,37 (-4,02;-0,76)%, TS 16,3 (9,61;21,49)мс/RR.

При сравнении выделенных групп выявлено, что в группе 1 значения TO были выше, чем в группе 2 ($p=0,002$), тогда как при анализе TS не отмечено достоверных различий между группами.

Заключение: по результатам проведенного исследования выявлены статистически достоверные различия между показателем TO в группах пациентов с различной локализацией инфаркта миокарда. Полученные более высокие значения показателя начала турбулентности у пациентов с инфарктом миокарда передней стенки, по-видимому, связаны с более обширной зоной некроза.

79 КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ НЕКОТОРЫХ БИОЭЛЕМЕНТОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ФОРМАМИ ИБС.

Прокопенко Н. А., Панова Т. Н., Ибрагимова Д. М., Печеров А. А., Печерова О. В., Чернышова Е. Н.

ГУ ВПО АГМУ, Астрахань, Россия

До сих пор точно не установлено значение дисбаланса макро- и микроэлементов (МЭ) в патогенезе инфаркта миокарда (ИМ), хотя роль некоторых из них изучена достаточно подробно.

Цель исследования: изучить изменение в динамике магния, кальция, меди и цинка в сыворотке крови больных острыми формами ишемической болезни сердца (ИБС).

Под наблюдением находилось 133 мужчин больных ИБС, в возрасте 45 - 64 лет (средний возраст $51,7 \pm 2,1$ года). У 101 больных был диагностирован инфаркт миокарда (у 33-х – не Q-ИМ, у 68-ми – Q-ИМ), у 32 – нестабильная стенокардия. При диагностике инфаркта миокарда придерживались клинико-функциональных критериев, рекомендованных Американской Ассоциацией сердца. Все пациенты получали стандартное медикаментозное лечение (аспирин, гепарин, бета-блокаторы, нитраты, ингибиторы АПФ). Забор крови проводили у больных при поступлении в стационар в первые сутки заболевания (не позднее 6 часов от возникновения ангинозного приступа) и на 11- день заболевания (после стабилизации зоны некроза при ИМ или трансформации нестабильной стенокардии в стабильную форму). Измерение концентрации биоэлементов (магния, кальция, меди и цинка) производилось на атомно-абсорбционном спектрофотометре «Shimadzu AA - 6601F» (Япония) в режиме непрерывного измерения в высокотемпературном воздушно-ацетиленовом пламени. В качестве контроля исследовалась кровь от 32 доноров мужского пола в возрасте 45-64 лет ($55,63 \pm 0,99$ года), полученная из лаборатории областной станции переливания крови.

Результаты: при поступлении выявлено достоверное снижение уровней магния, кальция, цинка и повышение – меди при ИМ и нестабильной стенокардии по сравнению с контролем. Через 11 дней повысились уровни магния, кальция и цинка, оставаясь достоверно ниже контроля, а меди – уменьшились, оставаясь достоверно выше контроля.

У больных с резким дисбалансом МЭ сыворотки крови наблюдалось большее количество нарушения сердечной деятельности в виде единичных и групповых политопных экстрасистол левого желудочка, пароксизмальных нарушений ритма.

Выявлена обратная корреляционная зависимость между длительностью и дисперсией интервала QT и концентрациями сывороточного магния, кальция и цинка у больных Q-ИМ, которая сохраняется к 11-му дню заболевания. Между длительностью и дисперсией интервала QT и концентрацией сывороточной меди у больных Q-ИМ выявлена прямая корреляционная зависимость, сохраняющаяся к 11-му дню заболевания.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о снижении сывороточных концентраций магния, кальция, цинка и повышении – меди у больных с острыми формами ИБС. Дисбаланс данных МЭ в большинстве случаев сопровождается нарушениями сердечной деятельности в виде единичных и групповых политопных экстрасистол левого желудочка, пароксизмальных нарушений ритма. То есть, выраженные в различной степени изменения сывороточных концентраций магния, кальция, меди и цинка в динамике течения острых форм ИБС свидетельствуют об их участии в патогенезе данного заболевания, но характер этого участия требует дальнейшего изучения.

80 ДИНАМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ГЛОБАЛЬНОЙ ПРОДОЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ STEMI ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Романовская Е. М., Сорокин А. А., Олейников В. Э.

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия

Введение: в острой стадии инфаркта миокарда продольная деформация дает больше информации о размерах зоны ишемии, чем фракция выброса левого желудочка, и является значимым предиктором клинических исходов после проведенной реваскуляризации у больных STEMI. Снижение продольной деформации левого желудочка является ранним маркером ишемии миокарда на субэндокардиальном уровне, что впоследствии отражается на сократительной деятельности миокарда, длительно находящейся в состоянии компенсации.

Цель: провести динамическую оценку глобальной продольной деформации миокарда у больных STEMI после проведения реваскуляризации с помощью методики двухмерного стрейна.

Материалы и методы: 1-я группа включала 48 пациентов со STEMI, состоявших из 44 мужчин и 4 женщин в возрасте от 34 до 65 лет ($47,56 \pm 9,9$ лет), и контрольная 2 группа – 20 здоровых добровольцев (12 женщин и 8 мужчин) в возрасте от 30 до 58 лет ($52,2 \pm 9,4$ лет). Критериями включения в группу 1 было отсутствие предшествующих инфарктов в анамнезе и другой сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой системы. Инфаркт миокарда подтверждали по данным ЭКГ, уровню кардиоспецифических маркеров некроза миокарда (тропонин Т, КФК-МВ) и результатам коронароангиографии (КАГ) при наличии одной инфаркт-связанной коронарной артерии. 2 больным проводилась тромболитическая терапия (ТЛТ), 33 – чрезкожное коронарное вмешательство ЧКВ, 13 – ТЛТ и ЧКВ. Эхокардиографическое обследование (ЭХО-КГ) у всех пациентов проводили на ультразвуковом сканере MyLab 90 (Esaote, Италия) на 7 – 8 день от начала заболевания и, к настоящему времени, через 3 месяца у 31 больного STEMI. Для оценки показателей глобальной продольной деформации (GLS) использовалось программное обеспечение X-Strain™.

Результаты: 1 группа была разделена на 2 подгруппы с учетом оценки эффективности реваскуляризации по шкале TIMI: в подгруппу 1а (71%) вошли пациенты с хорошим ангиографическим результатом (TIMI 2-3), в подгруппу 1б (29%) – с неудовлетворительным реперфузионным эффектом (TIMI 0-1). GLS в подгруппе 1а и 1б составляла $20,2 \pm 4,1$ и $11,4 \pm 5$, в контрольной

группе – $20,3 \pm 2,6$. Таким образом, показатели GLS в подгруппе 1a практически не отличались от контрольных значений и снижались в подгруппе 1б на 44% ($p=0,001$). Через 3 месяца от начала заболевания в подгруппе 1 наблюдалось незначительное снижение показателей GLS ($19,6 \pm 4$), а в 2 подгруппе - на 30% ($14,2 \pm 3,6$; $p=0,001$), что на 2% превышало значения, полученные в данной группе на 7-8 сутки от начала заболевания.

Заключение: показатели глобальной продольной деформации миокарда у больных STEMI, подвергшихся реваскуляризации, существенно зависят от ее эффективности по шкале TIMI. Значения глобальной продольной деформации сохранялись при TIMI 2-3 и были значительно снижены в группе TIMI 0-1.

81 ТАБАКОКУРЕНИЕ – ОСНОВНОЙ ФАКТОР РИСКА ОСТРОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПОЛИМОРБИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Сапожников А. Н., Разин В. А., Мазурова О. В., Гимаев Р. Х.

ФГБОУ ВПО Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Цель: изучить взаимосвязь табакокурения у больных острым коронарным синдромом с возрастом и сопутствующими заболеваниями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: В исследование включено 617 больных (423 мужчин и 194 женщин; в возрасте 57 ± 9 лет), поступивших в отделение Острого коронарного синдрома (ОКС) Ульяновской областной больницы. Из них с нестабильной стенокардией – 358 пациентов, инфаркт миокарда – 259 человек. Все пациенты исследованы согласно стандартам оказания помощи больным ОКС. Изучался анамнез курящих пациентов, оценка взаимосвязи табакокурения с острыми эрозивно-язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки.

Результаты: Анализируя распространенность табакокурения у больных с ОКС, определено, что ему подвержено 358 человек, что составило 58% от общего числа пациентов и существенно превышает общепопуляционный уровень в Российской Федерации. Основная часть пациентов – 191 (53%) человек - выкуривала за день примерно одну пачку сигарет (20 штук). Меньше пачки в сутки уходило у 64 (18%). «Одну- ве» пачки (20-40 сигарет) выкуривает 79 (22%) больных. «Не хватает 2 пачек» 24 (7%) пациентам (более 40 сигарет). Стаж курения составлял от 9 до 56 лет. Средний возраст больных-курильщиков составлял 54 года. Преобладали пациенты молодого и среднего возраста (от 26 до 60) – 272 (76%) человека. Если рассматривать же возникновение ОКС у больных не старше 45 лет, то в основном это курящие ($p=0,006, \chi^2=7,4$). Достоверная разница была и для пациентов 45-60 лет ($p=0,0013, \chi^2=10,5$). В группе некурящих пациентов средний возраст больных составлял 61 год.

Таким образом, некурящие пациенты в среднем на 7 лет старше курильщиков. Наличие язвенной болезни 12-перстной кишки и/или желудка в анамнезе у 128 (36%) курящих больных. В группе некурящих эта цифра достоверно меньше - 61 (24%). Хронический обструктивный бронхит выявлен у 32 (9%) курящих и у 8 (3%) некурящих больных. У курильщиков достоверно чаще имело место сочетание хронического обструктивного бронхита и язвенной болезни. При проведении эндоскопического исследования у курящих острые эрозивные поражения желудка (12-перстной кишки) выявлены у 256 (71,5%) больных. В группе некурящих поражения желудка (12-перстной кишки) выявлены у 119 (46%) больных, не наблюдалось острых эрозий у 140 (54%) пациентов. По локализации эрозий в желудке: 113 у курильщиков, что достоверно больше чем у

некурящих ($p=0,036$, $\chi^2_{4,4}$). Также достоверно чаще найдены эрозии 12-пк: у 96 курящих и 43 у некурящих ($p=0,027$, $\chi^2_{8,7}$); сочетанные эрозивные повреждения желудка и 12-перстной кишки у 39 курящих и 15 некурящих ($p=0,038$, $\chi^2_{4,3}$).

ВЫВОДЫ: Табакокурение определяется более чем у 50% пациентов с острым коронарным синдромом, 82% из них ежедневно выкуривают не менее пачки сигарет и имеют большой стаж курения. Курящие пациенты с острым коронарным синдромом в среднем на 7 лет моложе, чем некурящие. Количество случаев язвенной болезни 12-перстной кишки и/или желудка в анамнезе у курящих больных острым инфарктом миокарда/нестабильной стенокардией возрастает в 1,5 раза, а хронического обструктивного бронхита в 3 раза. Табакокурение является независимым фактором риска возникновения у больных ОКС острых эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки.

82 АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ РИСКОМ ПО ШКАЛЕ GRACE И ТЯЖЕСТЬЮ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА

Скопец И. С.¹, Везикова Н. Н.¹, Марусенко И. М.¹, Барышева О. Ю.¹, Игнатенко О. В.².
¹ФГБУ ВПО «Петрозаводский государственный университет», Петрозаводск, Россия,
²ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А. Баранова», Петрозаводск, Россия

Введение: Результаты стратификации риска по шкале GRACE при остром коронарном синдроме (ОКС) без подъема сегмента ST наряду с другими критериями высокого риска определяют тактику ведения и показания к коронароангиографии (КАГ). В то же время на практике результаты риск-стратификации не всегда коррелируют с тяжестью поражения коронарного русла и возможностью выполнения чрескожного коронарного вмешательства.

Цель: анализ взаимосвязи между тяжестью поражения коронарного русла и степенью риска по шкале GRACE у пациентов, переносящих ОКС без подъема ST.

Материалы и методы: В группу исследования вошли 74 пациента в возрасте от 24 до 65 лет, госпитализированных в ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А. Баранова» (г. Петрозаводск) по поводу ОКС без подъема сегмента ST. Всем больным выполнена КАГ, рассчитан риск госпитальной летальности по шкале GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events). Низкий риск определялся при количестве баллов менее ≤ 108 , средний 109-139 баллов, высокий - при ≥ 140 баллов.

Результаты: В исследуемой группе у 62,2% (46 чел.) пациентов диагностирована нестабильная стенокардия, у 37,8% (28 чел.) – инфаркт миокарда. 66,2% пациентов имели низкий, 25,3% - средний, и 6,8% - высокий расчетный риск по GRACE (среднее значение $95,9 \pm 3,3$ балла). Среди пациентов с низким риском (49 человек), у 13 (26,5%) выявлено 1-сосудистое поражение, у 8 (16,2%) – 2-сосудистое, у 18 (36,7%) – 3-сосудистое поражение, у 6 (12,2%) – значимое поражение ствола ЛКА, у 4 (8,2%) значимого поражения коронарных артерий не выявлено. У пациентов со средним риском (20 человек) 1-сосудистое поражение выявлено в 4 случаях (20%), 2-сосудистое – в 3 (15%), 3-сосудистое – в 9 (45%), значимый стеноз ствола – в 2 (10%), не выявлено значимых стенозов также у 2 пациентов (10%). Все пациенты с высоким риском по GRACE (5 человек) имели 3-сосудистое поражение коронарного русла. Других вариантов в данной группе выявлено не было.

В то же время средний возраст пациентов с 1-сосудистым поражением составил $45,5 \pm 1,3$ лет, с 2-сосудистым - $51,7 \pm 1,2$ лет, с 3-сосудистым - $54,5 \pm 0,9$ лет, со стенозом ствола ЛКА - $52,7 \pm 2,1$ лет, без значимого поражения коронарных артерий - $56,8 \pm 1,0$ лет.

Заключение: Несмотря на корреляцию риска по GRACE с возрастом, зависимости тяжести поражения коронарного русла от возраста в исследуемой группе не выявлено. Среди пациентов с низким риском по GRACE, вошедших в группу исследования, у 48,9% по данным КАГ выявлена коронарная анатомия высокого риска. Таким образом, низкий расчетный риск по GRACE у молодых пациентов обладает невысокой отрицательной предсказательной способностью в отношении тяжелого поражения коронарного русла, что необходимо учитывать при определении тактики ведения.

83 ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И НЕОАНГИОГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Слатова Л. Н., Шиляева Н. В., Бойцова Е. Я., Ямщикова Е. Н.

Клиники ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

При развитии острого инфаркта миокарда (ОИМ) происходит ингибирование синтеза активности противовоспалительных цитокинов на фоне усиления продукции провоспалительных цитокинов. Роль неоангиогенеза при ОИМ противоречива – образование новых сосудов усиливает процессы репарации в области ишемии и некроза миокарда, в то же время увеличение образования новых сосудов в области атеросклеротической бляшки ведёт к развитию её нестабильности, а, следовательно, повышает риск развития атеротромбоза. Применение мультимаркерного анализа у пациентов с ОИМ в дополнение к оценке традиционных факторов риска может помочь скорректировать лечение в соответствии с основными патофизиологическими механизмами.

Цель: изучить динамику концентрации интерлейкина-1 β (ИЛ-1), интерлейкина-6 (ИЛ-6), высокочувствительного С-реактивного белка (вчСРБ) и сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF) у пациентов с ОИМ.

Материал и методы. В исследование были включены 142 пациента (средний возраст 64 \pm 11 лет), проходящие лечение в кардиологическом отделении Клиник СамГМУ по поводу острого инфаркта миокарда. В 1 группу вошли 74 (52,1%) пациента с ОИМ с зубцом Q (ОИМсQ), во 2 группу – 68 (47,9%) пациентов с ОИМ без зубца Q (ОИМбезQ). Критериями исключения из исследования были инфекционные или воспалительные заболевания, перенесённые в течение 2 месяцев до госпитализации, оперативные вмешательства менее чем за 6 месяцев до включения в исследование, злокачественные новообразования и тяжелые сопутствующие заболевания, самостоятельно влияющие на прогноз, тромбофилия, коагулопатия, цирроз печени. Всем пациентам проводилось клиническое обследование и лечение согласно Национальным рекомендациям, по показаниям – чрезкожное коронарное вмешательство, тромболизис. Измерение изучаемых маркеров в крови проводили у пациентов из каждой группы в первые 24 часа от поступления и на 10-е сутки. Полученные данные обрабатывали с использованием методов параметрического и непараметрического анализа с помощью программы Statistica 6.0, результаты представлялись в виде медианы и интервала между 25-м и 75-м перцентилями.

Результаты. У пациентов 1 группы имело место статистически значимое повышение исходного уровня ИЛ-6: 22,8 (12,6 – 56,2) пг/мл против 14,6 (6,0 – 26,9) пг/мл в группе 2 ($p=0,042$). Развитие кардиогенного шока и отёка лёгких у пациентов обеих групп имело место в 35 (24,6%) случаях, что сопровождалось повышением исходного уровня ИЛ-6 ($p=0,046$). Также в 1 группе отмечалась тенденция к более высоким исходным уровням СРБ: 10,3 (9,5 – 11,1) мг/л в 1 группе и 8,8 (7,5 – 10,5) мг/л во 2 группе ($p>0,05$), а также ИЛ-1: 4,1 (3,0 – 5,7) пг/мл и 3,95 (2,9 – 5,3) пг/мл

соответственно ($p > 0,05$). К 10 дню госпитализации наблюдалось расхождение в динамике VEGF – снижение его в группе ОИМбезQ до 281,8 (201,8 – 494,8) пг/мл и повышение в группе ОИМсQ до 597,7 (241,2 – 1035,2) пг/мл ($p = 0,035$). Среди пациентов 1 группы статистически значимое повышение уровня VEGF к 10 дню до 722,6 (329,85 – 1070,35) пг/мл имел место при развитии рецидивов инфаркта миокарда ($p = 0,043$).

Заключение. Выявление повышенного уровня ИЛ-6 в день поступления было ассоциировано с более тяжёлым течением ОИМ. Повышение содержания VEGF к 10 дню имело место у пациентов с развитием рецидивов ОИМ в группе пациентов с ОИМсQ.

84 КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОКИСЛИТЕЛЬНО-МОДИФИЦИРОВАННЫХ ЛИПО- ПРОТЕИНОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ И АНТИТЕЛ К НИМ В ОЦЕНКЕ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИН- ФАРКТА МИОКАРДА

Учасова Е. Г., Дылева Ю. А., Груздева О. В., Каретникова В. Н., Белик Е. А., Кузьмина А. А.

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

Цель исследования: оценить клиничко-патогенетическую значимость окислительно-модифицированных липопротеинов низкой плотности и антител к ним в развитии осложнений инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы: в исследование включено 133 пациента (90 мужчин и 43 женщины) с острым ИМ с подъемом ST (ИМпST), средний возраст которых составил $60,25 \pm 1,12$ лет. Верификацию диагноза проводили на основании клинических, электрокардиографических, эхокардиографических и биохимических характеристик ИМ (ВНОК, 2007). В течение госпитального периода оценивали следующие конечные точки: острую сердечную недостаточность, раннюю постинфарктную стенокардию, жизнеугрожающие нарушения ритма сердца, рецидив ИМ, через 1 год от начала наблюдения – наличие повторных ИМ, прогрессирование стенокардии, декомпенсацию сердечной недостаточности, летальный исход. Наличие конечных точек расценивали как неблагоприятный исход, в зависимости от чего пациентов делили на группы благоприятного и неблагоприятного исхода. 56 (42,1%) больных составили группу с неблагоприятным госпитальным исходом ИМ, 77 (57,9%) – не имели осложнений. Через год проанализированы исходы у 125 (94%) пациентов из 133, из них 38 (30,4%) больных составили группу с неблагоприятным отдаленным исходом ИМ и 87 человек (69,6%) – с благоприятным. Контрольную группу составили 33 человека сопоставимых по полу и возрасту. Исследование маркеров липидтранспортной системы крови осуществляли в 1-е и 12-е сутки (в конце стационарного этапа лечения) ИМ. Содержание общего холестерина (ОХС), триацилглицеролов (ТАГ), ХС ЛПНП, холестерина липопротеинов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП) и ХС-ЛПВП, концентрацию аполипопротеинов В и А1 (апо-В и апо-А1, соответственно) в сыворотке крови оценивали с помощью стандартных тест-систем фирмы Thermo Fisher Scientific (Финляндия), окислительно-модифицированные липопротеины низкой плотности (омЛПНП) и антитела к ним – с помощью стандартных тест-систем фирмы Biomedica (Словакия). Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.1.

Результаты: У пациентов с ИМпST выявлена дислипидемия, характеризующаяся повышением атерогенных параметров липидтранспортной системы крови (ОХС, ТАГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, Апо В) и снижением антиатерогенных (ХС ЛПВП, Апо А1). Однако более выражено изменялось содержание омЛПНП и антител к ним. Установлено высокое содержание данных маркеров на 1-е сутки заболевания относительно контрольных значений и на 12-е сутки относительно содержания в 1-е сутки независимо от госпитального исхода заболевания. При этом пациенты с неблагоприятным госпитальным исходом характеризовались более высоким уровнем омЛПНП (в 1,2 раз, $p=0,0025$) и антител к ним (в 1,2 раза, $p=0,0024$). При анализе маркеров липидтранспортной функции крови через год наблюдения отмечалась аналогичная картина, вместе с тем уровень омЛПНП антител к ним был значимо выше в в 1,2 раза группе неблагоприятного исхода ИМ через год ($p=0,0281$; $p=0,0313$ соответственно) в 1-е сутки ИМ. Кроме того согласно результатам логистического регрессионного анализа наибольшую ценность в отношении прогнозирования неблагоприятных отдаленных исходов (через год) имеют содержание омЛПНП на 12-е сутки развития ИМ (ОШ=2,0, 95% ДИ=2,0-2,01, $p=0,002$) и антител к ним (ОШ=2,2, 95% ДИ=2,0-2,01, $p=0,003$). Остальные параметры липидтранспортной системы крови не обладали прогностической значимостью.

Заключение. Дислипидемия у пациентов с ИМпST характеризуется повышением содержания атерогенных фракций липидов и снижением антиатерогенных и не зависит от характера течения заболевания. Развитие госпитальных осложнений ИМ ассоциируется с высоким содержанием омЛПНП и антител к ним. Высокие концентрации омЛПНП и антител к ним в госпитальном периоде увеличивает в риск развития отдаленных осложнений ИМ в 2 и 2,2 раза, соответственно.

85 ОСОБЕННОСТИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ ЗУБЦА Q

Хомякова Д. А¹., Сайганов С. А².

¹СПБ ГБУЗ Городская Покровская больница, Санкт-Петербург, Россия,

²ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Введение: Прогноз у больных после ИМ определяется как клиническими факторами, так и показателями функции ЛЖ по данным ЭХОКГ. С патофизиологической точки зрения, нарушение диастолического расслабления при ишемическом повреждении обычно предшествует нарушению систолы, что рассматривается в качестве главного предиктора неблагоприятного исхода ИМ, однако маркеры изменения ДФ ЛЖ на фоне острой ишемии миокарда достаточно не изучены.

Цель: Изучить закономерности развития ДД ЛЖ при ОИМ без зубца Q у пациентов, своевременно подвергшихся интервенционному лечению, в зависимости от степени поражения коронарного русла.

Материалы и методы: Обследовано 100 больных с впервые возникшим ОИМ без зубца Q с сохраненной систолической функцией на синусовом ритме. В течение первых 48 часов и через год выполнялась ЭХОКГ с измерением полостей, сократительной и диастолической функции ЛЖ по митральному кровотоку в импульсном и тканевом доплеровском режиме. Поражение коронарных артерий оценивалось по коронароангиографии. Статистическая обработка данных проводилась с помощью STATISTICA 8.

Результаты: Обследовано 73 мужчин и 27 женщин (средний возраст $60,5 \pm 12,6$ года), распределенных на две группы сравнения. Первую группу составили 26 пациентов с гемодинамически

значимым поражением ≥ 75 % одной инфаркт-зависимой артерии (средний возраст $53,1 \pm 12,5$ года), вторую - 69 пациентов с поражением ≥ 75 % двух и более коронарных артерий (средний возраст $63 \pm 11,6$ года), пять пациентов не имели значимых изменений. 94 человека перенесли стентирование инфаркт-зависимой артерии или АКШ. Исходно не выявлено различий при анализе сократимости ($p > 0,05$): ФВ в первой группе $62,9 \pm 5,7$, ИЛС $1,1 \pm 0,2$, во второй - ФВ $62,6 \pm 7,6$, ИЛС $1,1 \pm 0,1$. В дальнейшем отмечался рост ФВ в первой группе ($71,2 \pm 7,7$) ($p < 0,05$) без изменений во второй ($64,2 \pm 7,1$) ($p > 0,05$) и уменьшение ИЛС в первой группе с его увеличения во второй ($1,05 \pm 0,2$ против $1,2 \pm 0,1$) ($p < 0,05$). Аналогично при анализе ППМ: в первой группе $5,6$, во второй - $7,1$ ($p > 0,05$), через год в первой группе значение сократилось до $3,2$ на фоне его роста во второй до $12,8$ ($p < 0,05$). Во второй группе ИОЛП составлял $9,2$ против $8,2$ в первой ($p > 0,05$). Через год ИОЛП в первой группе снизился до $6,1$ с ростом во второй до $15,9$ ($p < 0,05$). У больных с однососудистым поражением ИКДО в среднем составил $43,6 \pm 9,7$ против $47,2 \pm 10,2$ с многососудистым ($p > 0,05$). Через год во второй группе ИКДО не изменился ($49,1 \pm 9,2$) ($p > 0,05$), а в первой уменьшился ($34,2 \pm 8,7$) ($p < 0,05$). На фоне равного количества больных с 1 типом ДД в обеих группах наибольшее количество больных со 2 и 3 типом имелось во второй группе, но в динамике в ее составе возросло количество больных со 2 и 3 типом ДД, в первой же группе преобладали пациенты с восстановлением нормальной релаксации ($p < 0,05$).

Неблагоприятные события в виде ОКС, стенокардии напряжения, смерти, прогрессирования ХСН в течение года имели место у 13 пациентов во второй группе.

Заключение: Показана зависимость частоты выявления тяжелых типов ДД от степени поражения коронарного русла на фоне отсутствия различий по глобальной и локальной сократимости. В отличие от группы ИМ с полным восстановлением коронарного кровотока в ранние сроки, в группе ИМ с многососудистым поражением на фоне стэннинга миокарда и последующего постинфарктного ремоделирования нарушения ДФ и локальной сократимости прогрессировали, несмотря на реваскуляризацию инфаркт-связанной артерии.

86 ДИНАМИКА СПЕКТРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ФАРМАКО-ИНВАЗИВНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ СО STEMI

Шиготарова Е. А¹., Душина Е. В²., Кулюцин А. В².

¹ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», Пенза, Россия,

²ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия

Введение: при STEMI нарушается автономная вегетативная регуляция сердечной деятельности, объективным методом оценки которой является анализ variability сердечного ритма (ВСР). У пациентов со STEMI наиболее оправдана оценка ВСР на коротких отрезках ЭКГ, что позволяет оперативно корректировать тактику ведения больных. Дискутируется вопрос о характере изменений спектральных показателей ВСР при проведении реперфузионной терапии и возможностях их использования для оценки эффективности реваскуляризации миокарда

Цель: оценить динамику спектральных показателей ВСР в зависимости от эффективности фармако-инвазивной реваскуляризации у больных STEMI.

Материалы и методы: в исследование включено 56 пациентов STEMI, 49 мужчин и 7 женщин, которым проведена эффективная по ЭКГ-критериям ТЛТ. Всем больным в интервале от 3 до 24 часов после окончания ТЛТ выполнена коронароангиография (КАГ) со стентированием. До и после проведения ЧКВ проведена телеметрическая регистрация ЭКГ с использованием комплекса

«Астрокард® - Телеметрия» (ЗАО «Медитек», Россия). При автоматизированном спектральном анализе ВСР рассчитывались следующие показатели: TotP, мс² – общая мощность спектра нейрорегуляторной регуляции; ULfP, мс² – ультранизкочастотный компонент ВСР; VLfP, мс² – спектральная мощность в области очень низких частот; LfP, мс² – низкочастотный компонент ВСР; HfP, мс² – высокочастотный компонент ВСР; L/H – показатель баланса симпатической и парасимпатической активности.

Результаты: по отсутствию или наличию признаков ретромбоза коронарной артерии (КА) по данным КАГ больные ретроспективно разделены на 2 группы. В группу 1 включено 17 пациентов (30,4%), у которых по данным КАГ выявлены признаки тромбоза КА. В группу 2 вошло 39 больных (69,6%) с резидуальным стенозом КА без признаков тромбоза. В группе 1 на нестабильность коронарного кровотока указывало появление эпизодов реэлевации сегмента ST, в среднем 3 (2;6) эпизода продолжительностью $18 \pm 3,5$ мин, в большинстве случаев (82,4%) бессимптомных ($p=0,05$). В данной группе показатели ВСР оценивались в периоде относительного благополучия, непосредственно до, во время и после преходящей реэлевации сегмента ST, а также после проведения ЧКВ. Установлено, что во время реэлевации ST по сравнению с исходными значениями происходит статистически достоверное снижение TotP (2040,4(714;3420) во время реэлевации и 3177,8(1805;4856) исходно; $p=0,001$) и увеличение индекса L/H ((4,39(4;5,27) во время реэлевации ST и 4,11(2,4;5,6) исходно; $p=0,005$). Обратная динамика показателей регистрируется после успешного ЧКВ (TotP (2438,4(1360;3589) после ЧКВ и 2020,4(714;3420) во время эпизода реэлевации; $p=0,04$); L/H ((3,6(2,49;4,64) после ЧКВ и 4,39(4;5,27) во время эпизода реэлевации; $p=0,02$)). В группе 2 после проведенной ТЛТ преходящей динамики сегмента ST не зафиксировано, также не получено достоверных различий между спектральными показателями ВСР до и после проведения ЧКВ. При сравнении двух групп отмечено, что в группе 1 исходные значения низкочастотных показателей выше, чем в группе 2 (VLfP 1899,2(1063;2819) в группе 1 и 1159,3(673;1447) в группе 2; $p=0,04$; LfP 938,8(646;1024) в группе 1 и 582,9(354;751) в группе 2; $p=0,05$).

Заключение: на развитие ретромбоза коронарной артерии указывает снижение общей мощности спектра (TotP) ($p=0,001$) и увеличение индекса вагосимпатического баланса (L/H) ($p=0,005$), что свидетельствует о повышении автономной регуляции и децентрализации управления сердечной деятельностью. Обратная динамика регистрируется после успешного ЧКВ, что может быть связано с восстановлением баланса парасимпатической и симпатической активности при эффективной реваскуляризации.

87 ПЕРВЫЙ ОПЫТ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ФОРТЕЛИЗИНОМ В СРАВНЕНИИ С ТЕНЕКТЕПЛАЗОЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Юневич Д. С¹., Аксентьев С. Б¹., Салтыкова И. И¹., Новикова С. А²., Федулаев Р. Б¹., Юневич Е. А³., Варенова Ж. А³.

¹ГБУ РО «ОКБ», Рязань, Россия,

²ГБОУ ВПО «РязГМУ», Рязань, Россия,

³ГБУ РО «ГКБСМП», Рязань, Россия

Актуальность и цель исследования: Сегодня определяется стойкая тенденция к оптимизации затрат на дорогостоящее лечение пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМспST) в виде тренда на импорт-замещающие технологии, что определяет рост интереса к

российскому фибринселективному тромболитическому препарату «Фортелизин». В связи с этим мы приводим сравнительный анализ эффективности и безопасности догоспитальной тромболитической терапии (ТЛТ) фортелизином и тенектеплазой («Метализе», Boehringer Ing., Германия), основанный на нашем собственном опыте.

Материалы и методы: Методом сплошной выборки в анализ включены 10 пациентов, госпитализированных в ГБУ РО «ОКБ» в течение 2014-2015 гг. по поводу ИМспСТ, которым проводилась ТЛТ на этапе СМП. Пациенты разделены на 2 группы: 1) 5 чел., мужчины, средний возраст $56,2 \pm 4,84$ года, получали в составе стандартизированной комплексной терапии ТЛТ тенектеплазой 40-50мг; 2) 5 чел., мужчины, средний возраст $59,8 \pm 6,07$ лет ($p > 0,05$), получали ТЛТ фортелизином 15 мг. Анализ проводился путем выделения ряда параметров клинического, инструментального и лабораторного характера, которые потенциально могли влиять на результат ТЛТ – факторы риска (ФР). Критериями эффективности принимались 28-дневная летальность, проценты купирования болевого синдрома, снижения сегмента $ST > 50\%$ к 180 мин. ТЛТ, открытия инфаркт-связанной коронарной артерии (ИСКА) по данным коронароангиографии и реперфузионных нарушений ритма. Критериями безопасности считались частота развития осложнений ТЛТ - острой аневризмы миокарда, кровотечений, геморрагического и ишемического инсультов, разрыва миокарда, гемотампонады сердца, рецидива ИМ.

Результаты: Следует отметить, что сравниваемые группы были однородны по наличию и комбинациям ФР: передняя локализация ИМ встречалась у 3 пациентов из каждой группы (по 60%), повторный ИМ – у 1 (по 20%), повышение тропонина Т – у 5 (по 100%), повышение КФК – у 4 (по 80%), гипергликемия – у 5 (по 100%). Различия наблюдались по следующим ФР: наличие сахарного диабета – 1 чел. (20%) в группе 1 и 0 чел (0%) в группе 2, ожирение – 5 (100%) и 4 (80%), гипертония при поступлении – 4 (80%) и 3 (60%), отек легких – 0 (0%) и 1 (20%), нарушение ритма и проводимости – 3 (60%) и 1 (20%) соответственно ($p > 0,05$). Все пациенты имели сочетание 3 и более ФР одновременно. При оценке эффективности получены результаты: 28-суточная летальность – 0% в каждой группе; купирование боли – 100% в группе 1 и 60% в группе 2; открытие ИСКА – 75% и 66% соответственно; снижение сегмента $ST > 50\%$ - 60% и 100% соответственно; реперфузионная аритмия наблюдалась только в 20% (1 чел.) в группе 2: частая желудочковая экстрасистолия ($p > 0,05$). Осложнений ТЛТ ни в одной группе зафиксировано не было.

Заключение: Полученные результаты позволяют говорить о вполне соотносимом профиле эффективности и безопасности фортелизина и тенектеплазы при их применении на догоспитальном этапе у больных ИМспСТ. Однако, ограниченный опыт не предполагает далеко идущих выводов. Тем не менее, первый современный отечественный тромболитик оставил позитивное впечатление. Дальнейшее накопление наблюдений позволит определить место этого препарата в повседневной практике.

РАЗДЕЛ VI. ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ ПАТОЛОГИЯ

88 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПЕРЕНЕСШИХ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Золотовская И. А., Давыдкин И. Л.

Государственное бюджетное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра госпитальной терапии с курсом трансфузиологии, Самара, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) ассоциирована с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, является значимым фактором риска развития острого нарушения мозгового кровообращения. У пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) наличие АГ вызывает повышенный риск тромбообразования в ушке левого предсердия, что повышает вероятность развития первичного и повторного инсульта. В соответствии с рекомендациями ESH и ESC 2013 года, между АГ и ФП имеется тесная взаимосвязь, поэтому коррекция АГ должна быть рассмотрена как одна из ведущих тактик по профилактике повторного КЭИ. Цель исследования — изучение показателей суточного мониторирования артериального давления у больных с ФП, перенесших инсульт и оценка взаимосвязи с показателями смертности. Материал и методы: включено 350 больных с ФП неклапанного генеза, перенесших кардиоэмболический инсульт (КЭИ). У всех больных имела место АГ. Возраст больных — 65,5 [62,0; 73,0]. Пациенты разделены на 3 группы в соответствии с показателями критерия тяжести инсульта по шкале NIHSS. Проводили суточное мониторирование АД (СМАД) на момент включения, через 3 и 6 месяцев. Оценивались следующие показатели мониторирования АД: среднесуточное систолическое и диастолическое АД (САД и ДАД), вариабельность САД и ДАД (ВСАД и ВДАД). Пороговыми уровнями АД считали 140/90 мм рт. ст. (днем) и 130/80 мм рт. ст. (ночью). Для оценки циркадного ритма использовали показатели суточного индекса САД и ДАД, отражающего степень ночного снижения АД по отношению к дневному: скорость утреннего повышения СУПАД, степень ночного снижения — СНСАД. В течение всего периода наблюдения пациенты или информаторы (представляющие информацию о пациенте) вели дневник оценки самочувствия, самоконтроля АД и пульса. Отдельно у пациентов с пароксизмальной формой ФП в дневниках самоконтроля фиксировалась частота пароксизмов ФП и их длительность. Полученные данные обрабатывали с использованием стандартной программы Microsoft Excel и пакета статистических программ Statistica for Windows 6.0. Описание количественных признаков приведено с указанием медианы, верхнего и нижнего квартиля — Me [Q25; Q75]. Описания нормально распределенных количественных признаков приведено с указанием среднего значения признака и среднего квадратичного отклонения ($M \pm SD$). Сравнение средних показателей производили с помощью стандартных методов вариационной статистики медикобиологического профиля. Достоверность различий рассчитывали с помощью t-критерия Стьюдента, коэффициенты корреляции — по методу Спирмена. Различия между изучаемыми параметрами признавали достоверными при уровне статистической значимости $p < 0,05$. Результаты. В остром периоде инсульта только у 72% больных в анамнезе имел место диагноз ФП, у 28%

- верифицирован впервые. На момент включения в исследование в целом по группе средний уровень САД составил $162,8 \pm 12,8$ мм рт ст, ДАД $101,8 \pm 4,2$, на фоне крайне низких показателей степени ночного снижения (СНС). У всех больных с пароксизмальной ФП ($n=109$) показатели САД и ДАД были достоверно ($p < 0,05$) выше, чем в целом по группе, достоверно отмечена ($p < 0,05$) более низкая степень снижения АД исходно, через 3 и 6 месяцев. Через 6 месяцев умерло 17 больных, из них 13 (3,7%) имели пароксизмальную форму ФП: [I- 4 (2,6%); II – 3 (2,5%); III – 6 (7,7 %)]. Анализ показателей СМАД группы умерших больных: достоверная корреляция [$r=0,56$ $p < 0,05$] между недостаточным уровнем ночного снижения САД и ДАД и частотой развития пароксизмов у пациентов с ФП. Выводы. Полученные данные свидетельствуют о существенном самостоятельном вкладе негативного суточного профиля АД в увеличения частоты ночных эпизодов ФП и его ассоциированности с высоким уровнем смертности у пациентов, перенесших мозговой инсульт.

89 ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ КАК ПРЕДИКТОР ВОССТАНОВЛЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ

Майорова С. В., Липатова Т. Е.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Саратов, Россия

Введение. В последние годы появилось большое количество данных, демонстрирующих существование тесной зависимости между частотой возникновения сердечно-сосудистых осложнений и состоянием магистральных сосудов. Одними из самых ранних предикторов развития сердечно-сосудистых событий (инфаркт, инсульт) являются показатели жесткости сосудистой стенки. Прогностическая ценность артериальной жесткости для не фатальных и фатальных (инфаркт, инсульт) сердечно-сосудистых событий в популяциях различного риска была показана во многих рандомизированных исследованиях.

Цель работы: определить взаимосвязь между показателями ригидности сосудистой стенки и степенью восстановления неврологических функций у пациентов в остром и раннем постинсультном периоде ишемического инсульта.

Материалы и методы. Обследовано 50 пациентов с АГ в острейшем периоде ИИ. Диагноз ИИ был подтвержден данными компьютерной томографии. Исследование проводилось на базе неврологического отделения городской клинической больницы №12 г. Саратова. Средний возраст обследованных пациентов - $69,25 \pm 3,78$ лет. Оценка степени инвалидизации и функциональной независимости пациента проводилась по модифицированной шкале Рэнкина (MRS) при выписке и через 2 месяца с момента выписки. Определение артериальной ригидности проводилось на основе контурного анализа пульсовой волны объема при помощи прибора «Ангиоскан» с определением индекса аугментации (ИА), индекса жесткости (ИЖ). Терапия ИИ и АГТ проводилась согласно стандартам ведения больных с данными нозологиями и современным клиническим рекомендациям.

Ретроспективно пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа (26 пациентов) – с высоким уровнем восстановления неврологических функций (сумма баллов по шкале MRS < 3), 2 группа (24 пациента) - с низким уровнем восстановления неврологических функций (сумма баллов по шкале MRS ≥ 3).

Результаты. Анализируемые группы были репрезентативны по полу, возрасту, длительности АГ, уровню АД, ИМТ, дислипидемии. Степень функциональной недееспособности после ИИ по шкале MRS на момент выписки пациентов на амбулаторный этап составила в 1 группе пациентов

2,11±0,78 баллов, во 2 группе - 3,7±0,69 баллов. Показатели артериальной ригидности достоверно выше были во второй группе пациентов ($p<0,05$). ИЖ и ИА при поступлении были равны 14,52±0,77 м/с и 37,45±1,55 % соответственно у пациентов 1 группы и 17,39±1,13 м/с и 44,58±1,41 % соответственно у пациентов 2 группы. На момент выписки в 1 группе ИЖ снизился до 9,89±0,95 м/с; ИА до 35,7±1,48%. Во 2 группе ИЖ снизился до 12,05±1,64 м/с; ИА до 40,21±1,15 %. Целевой уровень АД был достигнут у 22 пациентов (81,5 %) 1 группы и у 15 пациентов (65%) 2 группы. Через 2 месяца наибольшее снижение показателей ригидности сосудов было достигнуто в группе пациентов с высоким уровнем восстановления неврологических функций. Так, ИЖ в первой группе пациентов снизился до 8,92±0,78 м/с, ИА до 29,9±1,05. Во второй группе – ИЖ находился на уровне 11,12±1,27 м/с, ИА - 39,18±1,24%. Индекс по шкале MRS в 1 группе снизился до 1,28±0,82, во 2 группе до 2,97±0,84 баллов.

Заключение. Показатели артериальной ригидности ассоциированы с восстановлением неврологических функций у пациентов в остром периоде ишемического инсульта и в раннем постинсультном периоде. Такие показатели сосудистой жесткости как индекс аугментации и скорость распространения пульсовой волны могут быть использованы в оценке эффективности реабилитационных мероприятий у пациентов в раннем постинсультном периоде. Данная методика не требует длительных временных затрат и специальной подготовки специалиста.

90 ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

Повереннова И.Е., Ананьева С. А.
ГБОУ ВПО СамГМУ, Самара, Россия

Тревожно-депрессивные расстройства являются одним из основных дезадаптирующих факторов у пациентов с цереброваскулярной патологией. У пожилого больного депрессивные нарушения могут сопутствовать различным соматическим заболеваниям.

Целью данного исследования было выявление тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения и при хронической ишемии головного мозга.

Исследование проводилось в отделении для больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) и в неврологическом отделении СОКБ им. В.Д. Середавина г. Самары. Для выявления тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) применялась шкала Гамильтона для оценки депрессии и тревоги. Всего исследовано 53 больных в остром периоде ОНМК и 51 больной с хронической ишемией мозга (ХИМ).

Постинсультная депрессия может развиваться как в ранние (1-4 месяца), так и в поздние (4-6 месяцев) сроки после перенесенного ОНМК. ТДР по данным шкалы Гамильтона (менее 20 баллов) в сочетанной форме было выявлено у 66 исследованных больных (63,5%), причем в более молодом возрасте (45-59 лет) преобладало тревожное расстройство, а в возрасте от 75 до 89 лет - депрессивное расстройство в виде астено-депрессивного синдрома. Чаще депрессия возникала у женщин (59%).

Среди больных, находящихся в остром периоде ОНМК, ТДР регистрировались в 49 наблюдениях. Депрессивные расстройства чаще выявлялись при левополушарной локализации инсульта и не зависели от тяжести неврологического дефицита. Наличие ТДР отрицательно влияло на процесс восстановления двигательных функций и затрудняло ресоциализацию пациентов.

Хроническая ишемия мозга – медленно прогрессирующая недостаточность мозгового кровообращения. К развитию ТДР у этих пациентов приводит органический дефект. В наших наблюдениях ТДР выявлены у 50 больных с ХИМ. Депрессия при ХИМ часто сочетается с когнитивными нарушениями. Клиническая картина сосудистой деменции характеризуется легкой или средней степенью выраженности депрессии. Клинически патологическая тревога у пациентов с ХИМ проявляется в виде психических, поведенческих и соматовегетативных нарушений. Высокая распространенность ТДР в пожилом возрасте во многом может быть обусловлена лекарственно-индуцированными факторами, к которым относится применение антихолинэргических, антигипертензивных средств, сердечных гликозидов, противопаркинсонических препаратов, бронходилататоров и др.

Таким образом, тревожно-депрессивные расстройства весьма распространены среди пожилых пациентов, тесно связаны с когнитивными нарушениями и имеют в своей основе органическую природу. Наличие ТДР не только затрудняет процесс реабилитации, но и ухудшает качество жизни пациентов. Эти обстоятельства необходимо учитывать при диагностике и лечении пациентов пожилого возраста с сердечно-сосудистой патологией.

91 ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ В РАННЕЙ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Репина Л. А.

Самарская областная клиническая больница имени В. Д. Серedaвина, Москва, Россия

Введение. Метод транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) в настоящее время вызывает повышенный интерес исследователей и клиницистов во всем мире. Это метод, позволяющий неинвазивно стимулировать кору головного мозга при помощи коротких магнитных импульсов, может применяться в качестве диагностической и лечебной процедуры в амбулаторных условиях. Физиологической основой метода является деполяризация мембраны нервной клетки вследствие генерации электрического поля в глубине тканей. ЭМГ-регистрация волны возбуждения с мышц конечностей дает возможность исследовать функцию проводников ЦНС.

Цель исследования. Выявить зависимость показателей транскраниальной магнитной стимуляции и регресса двигательного дефицита у пациентов с полушарным ишемическим инсультом для прогноза восстановления моторной функции.

Материалы и методы. Обследован 31 пациент в остром периоде полушарного ишемического инсульта с клинической картиной гемипареза. Состояние пациентов оценивалось дважды: в первые дни от начала ОНМК, и в динамике через 2 недели с помощью клинического осмотра неврологического статуса, шкалы оценки тяжести инсульта (NIHSS), шкалы оценки степени двигательных нарушений (Fugl-Meyer, et al, 1975), индекса инвалидизации Бартел (1995 г). Каждому пациенту применялась транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) с ЭМГ-регистрацией волны возбуждения с мышц верхних конечностей (m. Abductor pollicis brevis). Исследовались такие параметры, как время центрального моторного проведения (ВЦМП), характеристики вызванного моторного ответа (ВМО) (амплитуда, латентный период, форма и др.) для анализа скорости проведения по кортикоспинальному тракту.

Результаты исследования и их обсуждение. В проведенном исследовании отмечена зависимость между восстановлением утраченной двигательной функции у пациентов с ОНМК и результатами проведенной транскраниальной магнитной стимуляции в первые дни от начала заболевания. Наилучшие показатели ТМС наблюдались у пациентов, показавших регресс двигательного

дефицита, и у больных, не имевших ухудшения в неврологическом статусе в течение 14 дней наблюдения.

Заключение. Метод ТМС – может являться одним из критериев, определяющих прогноз заболевания в остром периоде инсульта, и его преимущество в том, что результаты обследования известны уже в первые дни от начала заболевания. Предварительное прогнозирование ожидаемых результатов лечения позволит повысить клиническую и социальную результативность восстановительного лечения после ОНМК. Выбор нейрореабилитационных мероприятий у пациентов может осуществляться с учетом выявленных отличий в проведении импульса по кортикоспинальному тракту, что позволит дифференцированно определить оптимальную программу реабилитации для пациентов, оптимизировать прогноз. Метод транскраниальной магнитной стимуляции пополнил арсенал диагностики церебро-васкулярных заболеваний, что повышает его значимость в ранней постинсультной реабилитации.

РАЗДЕЛ VII. ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

92 БЕЗОПАСНОСТЬ ЧЕТЫРЕХКОМПОНЕНТНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ХСН: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ БАСТион

Аверин Е. Е.

ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», Москва, Россия

В открытое рандомизированное перекрестное исследование было включено 19 пациентов старше 18 лет со стабильной хронической сердечной недостаточностью II и III функционального класса по NYHA. Все пациенты получали стандартную терапию ХСН: β -блокатор, иАПФ, ингибитор минералокортикоидных рецепторов и диуретик. Данную терапию без изменений все пациенты получали не менее 1 месяца до рандомизации. С помощью рандомизации пациенты были разделены на 2 группы: первая группа из 8 человек начинали диуретическую терапию с фуросемида, а вторая группа 11 человек – с торасемида. Все пациенты получали дозировки препаратов необходимые по клиническому состоянию.

Результаты. Средний возраст пациентов, включенных в исследование $68,2 \pm 9,5$ лет. Мужчин было 52,6%. Средняя доза торасемида в исследовании была $24,5 \pm 7,4$ мг/нед., а фуросемида $111,6 \pm 16,8$ мг/нед.

Во время использования фуросемида уровень натрия плазмы крови достоверно снизился со $138,42 \pm 2,41$ до $133,21 \pm 10,43$ ммоль/л, т.е. снизилось на $5,21 \pm 9,32$ ммоль/л ($p < 0,05$). В то время как использование торасемида привело к снижению уровень натрия плазмы крови с $139,21 \pm 2,64$ до $136,21 \pm 5,46$ ммоль/л, т.е. снизилось на $3,00 \pm 4,73$ ммоль/л ($p < 0,05$). Статистически достоверной разницы между концентрациями натрия в плазме крови в конце исследования у пациентов принимавших торасемид и фуросемид не выявлено. Однако, у пациентов принимавших фуросемид зафиксировано снижение уровня натрия плазмы крови ниже нормальных значений 135 ммоль/л.

Во время использования фуросемида уровень калия плазмы крови снизился с $4,51 \pm 0,44$ до $4,43 \pm 0,45$ ммоль/л, т.е. снизилось на $0,08 \pm 0,49$ ммоль/л. При использовании торасемида произошло повышение уровень калия плазмы крови с $4,43 \pm 0,50$ до $4,51 \pm 0,43$ ммоль/л, т.е. повысилось только на $0,08 \pm 0,33$ ммоль/л.

Скорость клубочковой фильтрации, рассчитанная по формуле MDRD, у пациентов принимавших торасемид, изменилась с $75,6 \pm 15,2$ до $79,9 \pm 17,1$ мл/мин, т.е. повысилась на $4,3 \pm 11,2$ мл/мин. Скорость клубочковой фильтрации у пациентов принимавших Фуросемид, изменилась с $75,9 \pm 15,2$ до $80,2 \pm 17,1$ мл/мин, т.е. повысилась на $4,3 \pm 11,2$ мл/мин.

По результатам теста 6 минутной ходьбы произошло увеличение пройденного пациентами расстояния, принимавшими торасемид, на $35,6 \pm 24,9$ м (13,6%, $p < 0,001$). У пациентов принимавших фуросемид отмечено снижение пройденного расстояния на $3,1 \pm 31,0$ м (1,1%).

Достоверной разницы по количеству пациентов прошедших более 300 м до начала, исследования не было. Однако, достоверно возросло количество человек прошедших более 300 м в конце исследования в группе, которая принимала торасемид, что не было отмечено в группе, принимавшей фуросемид.

В нашем исследовании мы оценивали влияние терапии на различные клинические параметры. Так, систолическое артериальное давление на фоне приема торасемида снижалось на $7,4 \pm 6,9$ мм рт.ст. (5,5%, $p < 0,001$). На фоне приема фуросемида снижение составило $2,6 \pm 9,9$ мм рт.ст. (2,0%). Диастолическое артериальное давление на фоне приема торасемида снижалось на $5,4 \pm 6,6$ мм рт.ст. (6,8%, $p < 0,01$). На фоне приема фуросемида снижение составило $0,2 \pm 9,0$ мм рт.ст. (0,3%).

Интересно отметить тот факт, что ЧСС на фоне приема торасемида снижалась на $3,7 \pm 4,5$ удара (5,3%, $p < 0,01$). На фоне приема фуросемида произошло увеличение ЧСС на $4,3 \pm 4,9$ удара (6,3%, $p < 0,01$). Разницы в ЧСС в начале терапии между группами пациентов принимавших торасемид и фуросемид не было. По окончании терапии разница в ЧСС между группами составляла $6,7 \pm 3,5$ удара ($p < 0,001$).

Заключение. Добавление торасемида к стандартной терапии больных ХСН II – III ФК NYHA, состоящей из β -блокатора, иАПФ и спиронолактона 25 мг, не вызывало значимого роста калия в плазме крови. Не было зафиксировано ни одного гиперкалиемического состояния. Применение фуросемида вместо торасемида приводило к статистически значимому снижению уровню натрия в плазме крови.

Результаты теста 6 минутной ходьбы значимо улучшались при применении торасемида, но не изменялись при использовании фуросемида. Торасемид лучше переносился пациентами.

Отсутствие развития рефлекторной тахикардии на применение терапии торасемидом позволяет рекомендовать его большинству пациентов с ХСН, особенно с коморбидными патологиями.

93 УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ ТОРАСЕМИДОМ ИЛИ ФУРОСЕМИДОМ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ С ХСН: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ БАСТион

Аверин Е. Е.

ГБОУ ВПО «РНИМУ им Н.И. Пирогова», Москва, Россия

Частой причиной прерывания терапии петлевыми диуретиками служит самостоятельное прекращение приема этого класса препаратов пациентами. На это влияет как самочувствие пациента, так и его удовлетворенность диуретической терапией.

В нашем исследовании мы оценивали эти показатели у групп пациентов с ХСН принимавших торасемид или фуросемид в амбулаторных условиях.

В открытое рандомизированное перекрестное исследование было включено 19 пациентов старше 18 лет со стабильной хронической сердечной недостаточностью II и III функционального класса

по NYHA. Все пациенты получали стандартную терапию ХСН: β -блокатор, иАПФ, ингибитор минералокортикоидных рецепторов и диуретик. Данную терапию без изменений все пациенты получали не менее 1 месяца до рандомизации. С помощью рандомизации пациенты были разделены на 2 группы: первая группа из 8 человек начинали диуретическую терапию с фуросемида, а вторая группа 11 человек – с торасемида. Все пациенты получали дозировки препаратов необходимые по клиническому состоянию.

Для оценки восприятия лечения пациентом мы использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) самочувствия. В данной шкале 0 являлся «хорошим самочувствием», а 10 – «очень плохим самочувствием. Хуже быть не может». Тем самым, чем меньше баллов указывал пациент, тем лучшее самочувствие соответствовало этому. Каждому пациенту было предложено оценить свое текущее самочувствие по данной 10 бальной шкале.

Для оценки удовлетворенности мочегонной терапией пациентов мы использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ). В данной шкале 0 являлся «полностью удовлетворен», а 10 – «крайне не удовлетворен». Тем самым, чем меньше баллов указывал пациент, тем большее удовлетворение испытывал по отношению к диуретической терапии.

Оценка восприятия лечения и удовлетворенности мочегонной терапией проводились при включении пациента в исследование и после каждого из этапов исследования.

Результаты. Средний возраст пациентов, включенных в исследование $68,2 \pm 9,5$ лет. Мужчин было 52,6%. Средняя доза торасемида в исследовании была $24,5 \pm 7,4$ мг/нед., а фуросемида $111,6 \pm 16,8$ мг/нед.

При приеме торасемида было отмечено достоверное улучшение самочувствия пациентов на 21,4% ($p < 0,001$). При приеме фуросемида достоверных изменений не происходило. Более того, при приеме фуросемида отмечалась тенденция к ухудшению самочувствия на 11,3%.

Пониженным самочувствием мы считали при оценке пациентом от 6 баллов и выше. При приеме торасемида количество пациентов с пониженным самочувствием снижалось с 36,8% до 5,3% ($p < 0,01$). На фоне приема фуросемида наблюдалась обратная картина, что выражалось в росте пациентов с пониженным самочувствием с 15,8% до 36,8%. До начала терапии у пациентов принимавших торасемид и фуросемид не было достоверной разницы в количестве пациентов с пониженным самочувствием. При оценке после терапии было выявлено, что пациентов принимавших торасемид с пониженным самочувствием было достоверно ниже ($p < 0,01$).

Изменения удовлетворенности мочегонной терапией полностью совпадали с динамикой самочувствия у пациентов. При приеме торасемида отмечалось достоверное увеличение удовлетворенностью мочегонной терапией пациентами на 29,6% ($p < 0,01$). При приеме фуросемида достоверных изменений не происходило. Более того, при приеме фуросемида отмечалась тенденция к снижению удовлетворенности мочегонной терапией на 15,1%.

Низкой удовлетворенностью мочегонной терапией мы считали при оценке пациентом от 6 баллов и выше. При приеме торасемида количество пациентов со сниженной удовлетворенностью уменьшалось с 31,6% до 10,5% ($p < 0,05$). На фоне приема фуросемида не было динамики удовлетворенности мочегонной терапией.

Заключение. Использование в терапевтическом алгоритме торасемида позволяет улучшить самочувствие больных и увеличить удовлетворенность диуретической терапией.

94 ОЦЕНКА КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРО ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ.

Беляков К. С., Русякова И. А., Епифорова В. П.

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова»
Минздрав России Клиника Петра Великого, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Учитывая широкую распространенность когнитивной дисфункции (КД) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), а также немногочисленность и противоречивость результатов клинических исследований, и отсутствие рекомендаций по нейротропной терапии и реабилитации изучение данной проблемы является актуальным.

Цель. Стандартизация методов оценки когнитивной дисфункции у больных с остро декомпенсированной ХСН в ОРИТ.

Материалы и методы.

Скрининг КД с использованием Mini-Mental State Examination (MMSE). Оценка КД проводилась с использованием шкал и углубленных нейропсихологических тестов. Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Frontal Assessment Batter (FAB), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), проба Шульте-Горбова, тест рисования часов, тест 10 слов по Лурия, также проводилась оценка психической активности ориентировки в пространстве и времени, критичность, состояние эмоциональной сферы, исследование интеллекта, гнозиса и слухомоторных координаций, исследование движений и праксиса, речь (Хомская Е.Д., 2005). Шкала MoCA была использована для оценки проводимой нейротропной терапии и адекватности применения методов ранней реабилитации. Инструментальные исследования помимо рутинного мониторинга включали проведение ЭХО-КГ и церебральной оксиметрии. В исследуемых группах был проведен количественный анализ содержания фолиевой кислоты и натрийуретических пептидов в плазме крови, СКФ, белка s100, оценка нейроэндокринного и нутритивного статуса пациентов.

Результаты. Исследовано 26 больных в ОРИТ общетерапевтического профиля с остро декомпенсированной ХСН II Б ст., III ФК по NYHA не имеющих артериальной гипотензии и очаговой неврологической симптоматики. Средняя продолжительность пребывания в ОРИТ составила 7 суток. КД выявлена у всех 26 (100%) больных из них: легкая когнитивная дисфункция (ЛКД) выявлена у 11(42,3%) больных, умеренная когнитивная дисфункция (УКД) у 14 (53,8%) больных, тяжелая когнитивная дисфункция (ТКД) у 1(3,8%) пациента. По данным ЭХО-КГ у 2 пациентов с УКД зарегистрирована низкая фракция выброса (<35%). У всех обследованных больных выявлено нарушение памяти (тест 10 слов по Лурия). Анализ частоты встречаемости синдрома в возрастных группах показал, что КД выявляется чаще у лиц пожилого и старческого возраста. Так частота встречаемости КД в группе молодой 5 (19,2%) и средний возраст составила 3 (11,5%), тогда как в группе пациентов пожилого 7 (26,9%) и старческого возраста 10 (38,4%) соответственно, групп долгожителей - 1 (3,8%). Распределение по полу выявило преобладание женщин 15 (57,7%). При анализе преобладание женщин 15 (57,7%) формируется за счет увеличения возраста. В клинической картине пациентов с ЛКД у 9 (81,8%) и УКД помимо нарушений памяти преобладали нарушения внимания у 12 (85,7%) по данным пробы Шульте-Горбова. У 2 (14,3%) пациентов группы УКД была выявлена деменция лобного типа (Frontal Assessment Batter). С увеличением срока пребывания в ОРИТ у пациентов с ЛКД регистрировалось увеличение числа

баллов по шкале HADS в среднем на 4,5 балла, тогда как у пациентов с УКД прирост в среднем составил 2,0 балла. По шкале MoCA у пациентов на фоне проводимой нейротропной терапии с УКД средний прирост 6,5 балла, с ЛКД 1,6 балла, с ТКД 7 баллов. При анализе содержания фолиевой кислоты в группе пациентов с УКД 7(50%) выявлено снижение ее содержания в среднем до 1,8 нг/мл.

Заключение. Стандартизация методов оценки когнитивной дисфункции у больных с остро декомпенсированной ХСН в ОРИТ позволяет объективизировать информацию о когнитивном статусе пациента, отслеживать динамику и производить необходимую коррекцию нейротропной терапии, а также определять активные точки нейропсихологического реабилитационного воздействия.

95 ВЫРАЖЕННОСТЬ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ПОСТИНФАРКТНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Боченина Ю. А., Кузнецов Г. Э.

ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург, Россия

Фибрилляция предсердий (ФП) является одной из наиболее частых нарушений ритма у больных с постинфарктной сердечной недостаточностью. Вопрос о роли системного воспаления в патогенезе ФП остается дискуссионным.

Цель исследования: оценить уровень провоспалительных цитокинов (ИЛ-6, ФНО- α) у больных с постинфарктной сердечной недостаточностью осложненной и не осложненной фибрилляцией предсердий.

Материалы и методы исследования: обследовано 100 пациентов с постинфарктной сердечной недостаточностью. Из них 87 мужчин и 13 женщин, средний возраст $60,73 \pm 9,86$ лет. В сыворотке крови больных методом иммуноферментного анализа при помощи соответствующих тест систем определяли содержание С-реактивного белка (С-РБ) и провоспалительных цитокинов (ФНО- α ИЛ-6). При обследовании группы здоровых людей, было определено среднее содержание уровней ИЛ-6 ($7,27 \pm 0,42$ пг/мл) и ФНО- α ($4,62 \pm 0,19$ пг/мл). Анализ данных осуществляли с применением параметрических и непараметрических методов статистики.

Результаты: в результате исследования все пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 28 пациентов (31%) с постоянной формой ФП, во вторую группу 62 пациента (69%) с синусовым ритмом. У 18 пациентов (64%) на фоне ФП отмечено дезадаптивное ремоделирование ЛЖ, на фоне синусового ритма у 13 пациентов (21%). У пациентов с ФП был отмечен более высокий уровень провоспалительных цитокинов, по сравнению с пациентами имеющих синусовый ритм. Наиболее высокий уровень ИЛ-6 ($24,3 \pm 15,9$ пг/мл) и С-РБ ($43,83 \pm 27,36$) был отмечен у пациентов с ФП и дезадаптивным ремоделированием ЛЖ. В группе пациентов с дезадаптивным ремоделированием и синусовым ритмом преимущественно был повышен ФНО- α ($55,32 \pm 15,58$ пг/мл) и С-РБ ($43,9 \pm 11,86$), а уровень ИЛ-6 у этих пациентов не отличался от показателей здоровых лиц.

Вывод: У пациентов с постинфарктной сердечной недостаточностью на фоне ФП отмечается модуляция иммунного ответа в виде преимущественного повышения уровней ИЛ-6 и С-РБ сыворотки крови и снижение уровня ФНО- α сыворотки крови, который остается более высоким у пациентов с сохраненным синусовым ритмом.

96 ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В КАЧЕСТВЕ ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Галяутдинов Г. С., Лонкин М. А.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Казань, Россия

Введение: на сегодняшний день одной из основных проблем среди сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) является хроническая сердечная недостаточность (ХСН), являющаяся неизбежным следствием прогрессирования патологии сердца и сосудов. Немаловажную роль в развитии и прогрессировании ХСН играют психо-социальные факторы, которые сопровождаются изменением качества жизни пациентов. До сих пор остается актуальным и дискуссионным вопросом о гендерных различиях в качестве жизни больных с ХСН.

Цель работы: выявить гендерные различия в качестве жизни у пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы: обследовано 54 больных хронической сердечной недостаточностью I-IV функционального класса (ФК). Из общего количества пациентов были сформированы 2 группы больных по 27 мужчин и женщин, страдающих ХСН I-IV ФК. Контрольную группу составили 50 практически здоровых лиц. Определение качества жизни проводилось по результатам Миннесотского опросника качества жизни при ХСН (MLHFQ). Достоверность различий по возрасту пациентов, тяжести ХСН (ШОКС), а так же показателей опросника MLHFQ в сравниваемых группах оценивалась по U- критерию Манна-Уитни.

Результаты: средний возраст мужчин составил $52,2 \pm 1,49$ года, женщин - $55,7 \pm 1,28$ лет ($p > 0,05$). Средний результат по шкале ШОКС у мужчин равнялся $2,7 \pm 0,63$ балла, у женщин $2,3 \pm 0,79$ балла ($p > 0,05$). У мужчин показатель по опроснику MLHFQ составил $29,3 \pm 3,82$ балла, у женщин - $41,2 \pm 6,76$ балла ($p < 0,05$).

Заключение: при хронической сердечной недостаточности качество жизни пациентов достоверно ниже у женщин, что выявляется с помощью удобного опросника MLHFQ.

97 КЛИНИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО АПНОЭ СНА ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Захаров А. В¹., Повереннова И. Е¹., Дзюбенко А. Ю².

¹ГБОУ ВПО СамГМУ, Самара, Россия,

²ГБУЗ «СОКГВВ», Самара, Россия

Центральное апноэ сна (CSA) является достаточно широко распространено среди пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Несмотря на это влияние CSA на течение ХСН недостаточно оценено. Данные некоторых эпидемиологических исследований показывают распространенность CSA у пациентов с ХСН на уровне от 30% до 50%. Именно поэтому CSA является одним из важных факторов на прогрессирование ХСН, также оказывающее значительное влияние на выживаемость среди данных пациентов. На данный момент остаются не до конца известны механизмы формирования CSA при ХСН.

Целью исследования была оценка связи выраженности CSA и тяжести ХСН. Клиническое влияние CSA у пациентов с ХСН.

В качестве группы наблюдения выступали пациенты обращавшиеся в сомнологическую лабораторию, а также пациенты, находившиеся в кардиологическом отделении в период с 2013 г. по 2015 г., СОКБ им. В.Д. Середавина. Критерием включения пациентов в исследование служило наличие основного заболевания ХСН (в соответствии с российскими национальными рекомендация Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) и общества специалистов по сердечной недостаточности (ОССН) по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности, 2007 г.). При этом степень тяжести ХСН соответствовала 1-3 функциональному классу по классификации NYHA 1964 г.). Вторым неперенным условием включения пациентов в исследование являлось наличие CSA. В качестве обследования, на предмет дыхательных расстройств, пациентам проводилось кардиореспираторное обследование. Всем пациентам проводилось анкетирование по шкале сонливости Epworth (ESS) Всего за весь период было обследовано 34 пациента в возрасте от 35 до 65 лет. Соотношение пациентов мужского и женского пола было сопоставимо и составило 18 и 16 пациентов, соответственно. Проведен анализа корреляций между функциональным классом ХСН, выраженностью CSA и данными анкетирования, отражающие качество ночного сна по данным анкетирования по шкале ESS. В качестве статистического метода менялся метод анализа количественного анализа малых независимых выборок Манн-Уитни.

В качестве группирующего критерия положено разделение пациентов на три группы в зависимости от функционального класса по шкале тяжести ХСН. Отмечено возрастание тяжести CSA в зависимости от возрастания функционального класса ХСН с $p=0,02$. В группе пациентов с 3 функциональным классом ХСН (11 пациентов, 45%) тяжесть CSA составляла, по данным количества эпизодов дыхательных расстройств в час, 35 и более. В группе с первым и вторым функциональным классом ХСН различий в степени выраженности дыхательных расстройств не получено. Индекс респираторных расстройств составил 21 в час. Получена высокая корреляция между шкалой ESS и функциональным классом ХСН. На уровне достоверности $p<0,01$ отмечается возрастание сонливости при возрастании функционального класса ХСН. Увеличение дневной сонливости, более 8 баллов, у данных пациентов связано с влиянием дыхательных расстройств на структуру ночного сна и как следствие его качество.

CSA является достаточно серьезным состоянием у пациентов с ХСН. Клинические проявления CSA имеет как непосредственное влияние в на качество ночного сна у пациентов с ХСН, так и отдаленные последствия на выживаемость данных пациентов. Своевременные терапевтические возможности позволяют проводить адекватную терапию дыхательных расстройств центрального генеза. Основным методом выбора терапии CSA у данных пациентов остается CPAP терапия. С целью улучшения качества жизни, течения заболевания и прогноза выживаемости пациентов с ХСН необходима своевременная диагностика дыхательных расстройств связанных возникающих во время сна.

98 ИЗМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСА QRS У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

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

Ульяновский государственный университет, медицинский факультет, Ульяновск, Россия

Введение: Расширение QRS при ХСН свидетельствует об электрической и механической десинхронизации и служит основанием для ресинхронизирующей терапии у ряда больных. Между тем, не ясно насколько десинхронизация влияет на развитие острой декомпенсации ХСН.

Цель: Проанализировать изменения QRS у больных с декомпенсацией хронической сердечной недостаточности (ДХСН) в динамике.

Материалы и методы. Обследовано 80 больных с ДХСН. Мужчин—49 (62%), женщин—31 (38%), средний возраст $63,8 \pm 9,2$ лет. Причиной хронической сердечной недостаточности у большинства больных было сочетание ИБС с артериальной гипертензией. До острой декомпенсации 23 больных имели III, 57 -IV ФК ХСН. Острое повреждение почек (ОПП) диагностировали согласно рекомендациям KDIGO по динамике уровня креатинина сыворотки крови. Мониторирование ЭКГ проводилось при поступлении и на 10 день регистратором «Кардиотехника 04-3» (КТ 04-3), Санкт-Петербург.

Результаты: Фракция выброса левого желудочка составила $47,1 \pm 13,4\%$. Индекс массы миокарда левого желудочка составил $180,13 \pm 66,96$ г/м², относительная толщина стенок $0,45 \pm 0,1$, диаметр левого предсердия $54,47 \pm 8,91$ мм, конечный диастолический размер левого желудочка $58,65 \pm 9,45$ мм. Продолжительность QRS ассоциирована с ХСН, однако, различий в величине QRS в день поступления в стационар и при выписке не обнаружено: $111,40 \pm 23,09$ мсек, против $114,28 \pm 29,19$ мсек, соотв., $p=0,15$. Выявлено увеличение максимальной продолжительности QRS у больных с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС): $145,51 \pm 30,01$ мсек, против $131,18 \pm 21,27$ мсек у больных без ПИКС, $p=0,01$. Выявлено увеличение максимальной продолжительности QRS при гепатомегалии ($146,97 \pm 28,73$ мсек, против $131,62 \pm 19,59$ мсек без гепатомегалии, $p=0,03$), набухании шейных вен ($138,66 \pm 11,54$ мсек, против $119,76 \pm 16,08$ мсек в отсутствии набухания шейных вен, $p=0,0002$), при наличии периферических отеков ($145,51 \pm 30,01$ мсек, против $131,18 \pm 21,27$ мсек соотв., $p=0,01$). Увеличение максимальной продолжительности QRS выявлено у больных с систолической дисфункцией левого желудочка. При фракции выброса (ФВ) менее 50% QRS составил $148,34 \pm 26,44$ мсек, против $121,78 \pm 16,42$ мсек без систолической дисфункции, $p=0,00004$; при ФВ менее 35% - $155,68 \pm 24,46$ мсек, против $131,03 \pm 24,15$ мсек соотв., $p=0,0001$. Различий QRS в группах с ОПП и без ОПП не выявлено ($105,20 \pm 14,97$ мсек, против $113,48 \pm 24,52$ мсек соотв., $p=0,31$).

Заключение: Таким образом, десинхронизация часто наблюдается у больных с ХСН. Выявлено увеличение максимальной продолжительности QRS у больных с перенесенным инфарктом миокарда, при наличии гепатомегалии, отеков, набухании шейных вен. Систолическая дисфункция левого желудочка ассоциирована с расширением QRS. Различий в группах с ОПП и без ОПП не выявлено. Острая декомпенсация ХСН не ассоциирована с усугублением десинхронизации.

99 МАРКЕРЫ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Мацкевич С. А¹., Барбук О. А¹., Бельская М. И¹., Серченя Т. С².

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

²Институт биоорганической химии НАН Беларуси, Минск, Беларусь

Введение. Известно, что почки являются одним из важнейших органов-мишеней у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). По мере прогрессирования ХСН у значительного количества пациентов развивается дисфункция почек, достигая у части из них степени хронической почечной недостаточности. Считается, что наличие дисфункции почек при ХСН может быть предиктором неблагоприятного клинического исхода. Однако оценка кардиоренальных взаимоотношений проводилась, главным образом, при ХСН с сопутствующей внесердечной патологией, способной оказывать влияние на почки, или с первичной почечной патологией.

Цель исследования: выявить и оценить маркеры дисфункции почек при ХСН.

Материал и методы. Обследовано 132 пациента с постинфарктным кардиосклерозом (средний возраст $60,75 \pm 7,31$ года), осложненным ХСН ФК II, III (фракция выброса левого желудочка составила в среднем $50,9 \pm 7,68$ %). Пациенты с заболеваниями почек и/или эндокринной патологией в исследовании не включались. Всем пациентам проводилось общеклиническое исследование. 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), содержание NT-проBNP – на иммуноферментном анализаторе mini Vidas (норма до 125 пг/мл). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по уровню креатинина (в мл/мин/1,73 м²) определяли по формуле Cockcroft-Gault, СКФ по уровню цистатина С - по формуле: $СКФ (мл/мин/1,73 м^2) = -4,32 + 80,35 / \text{цистатин С}$. 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). Статистический анализ проведен с применением пакета программ STATISTICA 6.0, MS EXCEL XP. Результаты представлены в виде среднего арифметического (M) и среднего квадратичного отклонения (SD).

Результаты. Уровни мочевины, глюкозы крови, ферментов были в пределах нормальных значений у всех обследованных пациентов. Уровень NT-проBNP составил в среднем $248,07 \pm 29,10$ 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. Однако, повышенный уровень креатинина выявлен у 21,9% пациентов, в то время как повышенный уровень цистатина С определялся чаще - у 28% пациентов. Очевидно это связано с тем, что уровень цистатина С рассчитывается без учета антропометрических и гендерных данных и поэтому, по сравнению с оценкой уровня креатинина, может рассматриваться как более надежный при выявлении нарушений клубочковой фильтрации. Средние значения СКФ по уровню креатинина и по уровню цистатина С ниже нормальных значений и составляют соответственно $83,72 \pm 12,78$ и $85,65 \pm 11,87$ мл/мин/1,73 м². Снижение СКФ (легкое и умеренное), определяемое по уровню цистатина С, отмечалось у 62,1% пациентов. Следовательно, большинство пациентов с ХСН имели наличие хронической дисфункции почек. Умеренное снижение СКФ (по уровню цистатина С) имели 8,3% пациентов – эти пациенты имеют поражения органов-мишеней при отсутствии клинических проявлений. Отмечались также повышенные уровни А1М (14,4% пациентов) и МАУ (12,9% пациентов). Выявлена корреляционная зависимость между уровнем цистатина С и А1М ($r=0,50$, $p<0,001$), а также между уровнем цистатина С и уровнем NT-проBNP ($r=0,45$, $p<0,001$).

Заключение. Таким образом, у большинства пациентов с постинфарктным кардиосклерозом, осложненным ХСН, имеются признаки дисфункции почек при отсутствии клинических проявлений и первичной почечной патологии. Очевидно, цистатин С, микроальбуминурию и альфа-1-микроглобулин можно рассматривать как ранние маркеры дисфункции почек при ХСН.

100 ВЗАИМОСВЯЗЬ ГАЛЕКТИНА-3 С МАРКЕРАМИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА И ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Медведева Е. А., Щукин Ю. В., Дьячков В. А., Айдумова О. Ю.

ГБОУ ВПО СамГМУ, Самара, Россия

Цель исследования: определить содержание галектина-3, маркеров плазменного окислительного стресса, воспаления и оценить их корреляцию у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемической этиологии.

Дизайн и методы исследования. Обследовано 104 пациента с ХСН, перенесших инфаркт миокарда, которые были разделены на 3 группы: 1 группа – 42 пациента с ХСН II функционального класса (ФК) по NYHA, 2 группа – 34 пациент с III ФК, 3 группа – 28 пациентов с IV ФК. Контрольную группу составили 36 практически здоровых людей.

Всем пациентам выполнялось общеклиническое обследование, эхокардиография, исследование плазменной концентрации NT-proBNP. Концентрацию галектина-3 в плазме крови определяли иммуноферментным методом.

Активность плазменного окислительного стресса оценивали по уровню окисляемости липопротеинов низкой плотности. В качестве маркеров эндогенного воспаления исследовали концентрацию пентраксина-3 и интерлейкина-6 (ИЛ-6). Статистический анализ проводили с помощью программы STATISTICA 6,0.

Результаты. Концентрация галектина-3 в плазме пациентов была достоверно выше показателей контрольной группы ($p < 0,01$). Медианы концентрации в обследуемых группах составили соответственно 8,9; 19,6 и 35,3 нг/мл, различие между группами носило достоверный характер ($p < 0,01$). Интенсивность оксидативного стресса прогрессирующе возрастала в группах пациентов с ХСН: уровень окисляемости ЛПНП достоверно превышал значение контроля - в 1 группе на 25 % ($p < 0,01$), во 2 - на 68% ($p < 0,01$) и в 3 - на 97 % ($p < 0,001$), различие между группами носило достоверный характер. Содержание ИЛ-6 и пентраксина-3 возрастало в группах пациентов с ХСН соответственно тяжести, различие между группам также носило достоверный характер ($p < 0,01$). Выявлены достоверные корреляции между содержанием галектина-3 и окисляемостью ЛПНП у пациентов с разной тяжестью ХСН: $r_1=0,54$, $r_2=0,61$, $r_3=0,66$ ($p < 0,01$). Наблюдались и сильные корреляционные связи между галектином-3 и ИЛ-6: $r_1=0,55$, $r_2=0,75$, $r_3=0,62$ ($p < 0,01$).

Выводы. Плазменная концентрация галектина-3, маркеров окислительного стресса и воспаления достоверно возрастает с тяжестью хронической сердечной недостаточности. Содержание галектина-3 коррелирует с маркерами плазменного окислительного стресса и воспаления у пациентов ХСН ишемической этиологии.

101 ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ГОРЬКОГО ШОКОЛАДА НА ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Михель Н. Д.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им.В.И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Введение: Развитие хронической сердечной недостаточности (ХСН) связано с метаболическими нарушениями во всех органах и тканях организма, в том числе и в центральной нервной системе, проявляющимися наиболее часто как тревожно - фобические, депрессивные и дистимические расстройства. По результатам международных исследований, проводимых среди здоровых лиц и больных ИБС богатый биофлавоноидами шоколад с высоким (более 60%) содержанием какао оказывает положительное влияние на ЦНС. Однако исследования, посвященные изучению влияния шоколада на психоэмоциональный статус пациентов с ХСН, не многочисленны.

Цель исследования: изучить влияние длительного приема горького шоколада на эмоциональный статус пациентов с ХСН ишемического генеза.

Материалы и методы: Пациенты не старше 65 лет с выявленной и подтвержденной ХСН I-IV ФК ишемического генеза, не имеющие противопоказаний к употреблению шоколада случайным

образом распределялись в группу вмешательства (всего 20 больных) и в группу контроля (23 пациента). Пациенты группы вмешательства в течение 12 недель получали 20 грамм горького шоколада ежедневно. Пациенты контрольной группы в течение всего периода наблюдения дополнительно шоколад получать не будут. Оценка психоэмоционального статуса на первом и через 12 недель заключительном визите включала восьми цветовой тест Люшера и госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS.

Результаты: При сравнительном анализе теста Люшера пациенты группы вмешательства достоверно чаще выбирали на первых позициях цвета: красный, фиолетовый и зеленый, что соответствует «основным» цветам этой методики, доля зеленого цвета была большей, а «ахроматические» и «смешанные» цвета - на последние позиции, черный цвет в качестве восьмого был наиболее частым. В группе контроля выбор цветов у 12,5% пациентов через 12 недель повторял результаты исходного теста, у 42,5 % больных наблюдалась тенденция к изменению цветовых предпочтений в сторону темных и ахроматических цветов, которые обозначают повышенную личностную тревожность. Однако достоверных изменений результатов по шкале тревоги и депрессии HADS в обеих группах пациентов выявлено не было.

Вывод: Ежедневное употребление 20 грамм горького шоколада с 72 % какао в течение 12 недель пациентами с ХСН ишемического генеза может положительно влиять на аффективный статус, в частности, по результатам теста Люшера уменьшать выраженность «личностной тревожности», психологического и физиологического стресса.

102 ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ХСН У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМ

Пустоветова М. Г., Березикова Е. Н., Шилов С. Н., Пионтковская К. А., Самсонова Е. Н.
ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России, Новосибирск, Россия

Введение. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) на сегодняшний день является наиболее распространенным и тяжелым и очень неблагоприятным осложнением заболеваний сердечно-сосудистой системы. Однако злокачественное развитие ХСН наблюдается и у пациентов с коморбидной патологией. В связи с этим появляется угроза того, что начальные стадии ХСН не имеющие выраженной клинической картины, в течении очень короткого времени перейдут в группу пациентов рефрактерных к терапии ХСН.

Цель. Провести оценку лабораторных маркеров ХСН у пациентов с сочетанной патологией сердечно-сосудистой и бронхо-легочной систем и обосновать их значимость при выявлении риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у данной категории больных.

Материал и методы. В исследование включено 250 пациентов. Оценивалось: состояние гемодинамических показателей с обязательной оценкой в динамике фракции выброса левого желудочка, частота госпитализаций по поводу основного заболевания,. В момент первичной гопитализации, через 12 и 20 месяцев в плазме крови методом иммуноферментного анализа определяли следующие лабораторные маркеры: предшественник мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP), фактора некроза опухоли (ФНО), рецепторного антагониста интерлейкина-1 (ИЛ-1Ра), интерлейкина-1

(ИЛ-1), интерлейкина-6 (ИЛ-6), ростовых факторов: фактора роста эндотелия сосудов (VEGF), тромбоцитарного фактора роста АВ (PDGF-AB), основного фактора роста фибробластов (FGF basic); растворимого Fas-лиганда (sFas-L), эндотелина-1, и гомоцистеина. По итогам наблюдения больные были разделены на две группы: пациенты с благоприятным течением заболевания (121 человек) и пациенты с неблагоприятным течением патологии (129 человек).

Результаты. Полученные результаты концентраций в плазме вышеперечисленных биохимических маркеров ХСН были подвергнуты статистической обработке. Анализ показателей чувствительности и специфичности прогнозирования неблагоприятных сердечно-сосудистых событий был проведен при помощи ROC-анализа. При проведении данного анализа выявлена преимущественная прогностическая значимость для значений ИЛ-1. Площадь под кривой (ROC-Area±S.E.) для ИЛ-1 составила 0,73±0,05, для ФНО- ROC-Area±S.E.=0,79±0,05, для ИЛ-6 ROC-Area±S.E.=0,74±0,05, для ИЛ-1Ра ROC-Area±S.E.=0,78±0,05. Прогнозирование неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у пациентов настоящего исследования оцениваемая по плазменным значениям факторов роста позволило выявить прогностическую значимость для VEGF и FGF basic, так ROC-Area±S.E. для VEGF составила 0,72±0,05, а для FGF basic ROC-Area±S.E.=0,73±0,05. Значимость для PDGF-AB ROC-Area±S.E.=0,68±0,05, для sFas-L = 0,70±0,05, а ROC-Area±S.E. для эндотелина-1 =0,76±0,05. Из всех исследованных лабораторных маркеров сердечно-сосудистых событий наибольшей прогностической значимостью обладали плазменные уровни NT-proBNP и гомоцистеина, их ROC-Area±S.E.=0,83±0,04 и 0,86±0,04соответственно.

Заключение. Наличие высокого исходного уровня плазменных концентраций гомоцистеина (более 18,5 мкмоль/л) и NT-proBNP (более 395,5 фмоль/мл) позволяют с наибольшей вероятностью прогнозировать высокий риск развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у пациентов с сочетанной патологией сердечно-сосудистой и бронхо-легочной систем.

Работа выполнена при поддержке Гранта Президента РФ МД 3312.2014.7

103 ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОЛИМОРФИЗМЫ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Рубаненко А. О., Щукин Ю. В.

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Цель. Изучить особенности гемостаза, а также распределение генетических полиморфизмов CYP2C9, VKORC1 и PAI-1 у больных с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью.

Методы исследования. В исследование включено 132 пациента с постоянной формой фибрилляции предсердий. Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от степени тяжести хронической сердечной недостаточности (ХСН): 1 группа - 67 пациентов с I-II функциональным классом (ФК) ХСН по NYHA, 2 группа - 65 пациентов с III-IV ФК ХСН. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, частоте сопутствующих заболеваний. Всем пациентам исследовались показатели гемостаза (фибриноген, антитромбин, АДФ- и коллаген агрегация тромбоцитов, растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК), активируемый тромбином ингибитор фибринолиза (АТИФ)) и генетические полиморфизмы цитохрома P450 2C9 (CYP2C9),

витамин К эпоксид редуктазы субъединицы 1 (VKORC1) C1173T, G3730A, а также ингибитора активатора плазминогена 1 типа (PAI-1).

Полученные результаты. При проведении корреляционного анализа с увеличением ФК ХСН ассоциировалось увеличение уровня РФМК ($R=0,36$; $p=0,004$), АТИФ ($R=0,43$; $p=0,008$), фибриногена ($R=0,31$; $p=0,02$) и наличие генотипа СС гена VKORC1 ($R=0,35$; $p=0,01$). При проведении множественного регрессионного анализа отношение шансов для АТИФ более 260% составило 1,5 (95% ДИ 1,1-1,9; $p=0,01$), наличия генотипа СС гена VKORC1 - 1,3 (95% ДИ 1,02-2,0; $p=0,02$), уровня РФМК более 14 мг% - 1,1 (95% ДИ 1,01-1,8; $p=0,04$), фибриногена более 4,8 г/л - 1,2 (95% ДИ 1,001-1,9; $p=0,03$).

Выводы. У больных с постоянной формой фибрилляции предсердий увеличение функционального класса хронической сердечной недостаточности ассоциируется с активацией каскада коагуляции, снижением активности системы фибринолиза, а также с наличием генотипа СС гена VKORC1.

104 ТРАНЗИТОРНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТОНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Серов В. А¹., Серова Д. В¹., Шутов А. М¹., Картунова М. Ю².

¹Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия,

²Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска, Ульяновск, Россия

Введение. Хорошо известна тесная связь повышения артериального давления (АД) и нарушения функции органов-мишеней (сердца, почек, головного мозга), однако, остается недостаточно изученным влияние эпизодического (транзиторного) снижения АД на функцию этих органов.

Цель данного исследования – изучить функциональное состояние почек у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в зависимости от наличия транзиторной артериальной гипотонии при проведении суточного мониторирования АД (СМАД).

Материалы и методы. Обследовано 211 пациентов с ХСН (126 мужчин и 85 женщин), средний возраст составил $58,1 \pm 10,8$ лет. У 23 пациентов был диагностирован I ФК, у 88 – II ФК, III ФК - у 96 пациентов, 4 пациента имели IV ФК ХСН. Причинами сердечной недостаточности были: артериальная гипертензия (АГ) – у 29 пациентов, ишемическая болезнь сердца (ИБС) - у 9 пациентов, сочетание ИБС и АГ - у 169 больных, другие заболевания сердца (пороки сердца, кардиомиопатии) - у 4 пациентов. Фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) составила $56,7 \pm 11,3\%$. 44 (20,9%) больных имели ФВЛЖ < 50%. Диагностика ХСН и лечение больных с ХСН проводилось в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (2012). 24-часовое СМАД проводилось на аппаратах МнСДП-2 и МнСДП-3 ВРLab. Артериальная гипотония диагностировалась при офисном АД $\leq 100/60$ мм рт. ст., при проведении СМАД для дневного АД $\leq 100/60$ мм рт. ст., для ночного – $\leq 85/47$ мм рт. ст., также оценивался индекс времени (ИВ) гипотонии. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле СКД-ЕРІ, ХБП диагностировали согласно NKF K/DOQI, Guidelines, 2003. СКФ в среднем составила $56,3 \pm 18,0$ мл/мин/1,73 м².

Результаты: Офисное систолическое АД ≤ 100 мм рт. ст. диагностировано у 9 пациентов с ХСН, диастолическое АД ≤ 60 мм рт. ст. – у 8 пациентов. При проведении СМАД транзиторная систолическая артериальная гипотония (САГип) выявлена у 90 (42,7%) больных, транзиторная

диастолическая артериальная гипотония (ДАГип) - у 148 (70,1%). Выявлена обратная корреляция среднесуточного ИВ САГип и ФВЛЖ ($R=-0,26$, $p=0,001$), среднедневного ИВ САГип и ФВЛЖ ($R=-0,25$, $p=0,001$), средненочного ИВ САГип и ФВЛЖ ($R=-0,19$, $p=0,014$), среднедневного ИВ ДАГип и ФВЛЖ ($R=-0,16$, $p=0,038$). Не было выявлено корреляции среднесуточного и средненочного ИВ ДАГип и ФВЛЖ. Также не было связи между частотой и тяжестью транзиторной артериальной гипотонией и СКФ. В тоже время у больных с ХСН со $СКФ \leq 45$ мл/мин/1,73 м² отмечено статистически значимое увеличение среднесуточного ИВ САГип (8,2% против 3,9%, $p=0,01$), среднедневного ИВ САГип (11,0% против 5,2%, $p=0,01$), среднесуточного ИВ ДАГип (15,2% против 8,9%, $p=0,007$), и средненочного ИВ ДАГип (17,9% против 9,9%, $p=0,005$).

Заключение. У больных хронической сердечной недостаточностью выявлена высокая частота транзиторной артериальной гипотонии: систолическая артериальная гипотония - у 42,7% больных, диастолическая - у 70,1%. Индекс времени артериальной гипотонии имеет обратную зависимость от фракции выброса левого желудочка. Риск транзиторной артериальной гипотонии при хронической сердечной недостаточности выше у больных со $СКФ \leq 45$ мл/мин/1,73 м². Необходимо дальнейшие проспективные исследования для уточнения является ли транзиторная артериальная гипотония маркером тяжелого течения ХСН или она сама приводит к поражению органов-мишеней в результате гипоперфузии.

105 ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ ИНДЕКСОВ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХО-КАРДИОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Смирнова М. П., Чижов П. А.

ГБОУ ВПО Ярославский Государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

Введение: Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) в настоящее время остается огромной социально значимой проблемой во многих странах мира, в том числе и в России. В литературе большое внимание уделяют сочетанию ХСН с анемией, распространенность которой при ХСН варьирует от 4 до 55%. Анемия ухудшает прогноз ХСН, усложняя течение кардиологических заболеваний и увеличивая смертность. Однако в отношении диагностики анемии и адекватной ее коррекции существует много нерешенных вопросов.

Цель: изучить эритроцитарные индексы и показатели ЭХО-кардиоскопии (ЭХО-КС) у пациентов с ХСН с диастолической дисфункцией левого желудочка (ДДЛЖ) на фоне ишемической болезни сердца и гипертонической болезни.

Материалы и методы: обследовано 40 пациентов с ХСН, средний возраст $60 \pm 5,6$ лет, 34 женщин и 5 мужчин, средний возраст $71,57 \pm 6,07$ лет. Всем обследованным проводили тест 6-минутной ходьбы для оценки функционального класса ХСН, расширенный анализ крови с использованием анализатора, ЭХО-кардиоскопию на аппарате Siemens. Показатели сократительной способности миокарда левого и правого желудочка оценивали по скорости движения фиброзных колец митрального и трикуспидального клапана в м/с по данным тканевой доплерографии.

Результаты: ХСН 1ФК диагностирована у 13% обследованных, ХСН 2ФК у 50% обследованных, ХСН 3ФК у 37%. ДДЛЖ по данным ЭХО-кардиоскопии выявлена у 82% обследованных с ХСН. ДДЛЖ гипертрофического типа (ДД1) диагностирована у 55% обследованных, ДДЛЖ псевдонормального типа (ДД2) - у 33% обследованных, ДДЛЖ рестриктивного типа (ДД3) выявлена у 12%. Эритроцитарные индексы у обследованных с ДД1 и ДД2 находятся в пределах

возрастных норм. Однако в группе обследованных с ДД 2 по сравнению с ДД1 отмечается достоверное уменьшение объема эритроцитов (MCV) - $86,16 \pm 3,54$ и $81,89 \pm 5,47$ фл соответственно) и тенденция ($p < 0,1$) к понижению среднего содержания гемоглобина в эритроците (МСН). В группе обследованных с ДД3 по сравнению с ДД2 имеет место тенденция к снижению количества эритроцитов и снижению среднего содержания уровня гемоглобина в эритроците (МСНС). В группе обследованных с ДД3 количество эритроцитов и МСНС достоверно ниже по сравнению с лицами с ДД1 ($3,95 \pm 0,73$ и $4,07 \pm 0,49 \times 10^{12}$; $252,26 \pm 123,31$ и $365,06 \pm 10,14$ г/л соответственно) и имеет место тенденция ($p < 0,1$) к снижению уровня гемоглобина (HGB). При оценке показателей ЭХО-КС у пациентов с ДД2 по сравнению с обследованными с ДД1 выявлена тенденция ($p < 0,1$) к увеличению конечно-диастолического объема, а у пациентов с ДД3 по сравнению с ДД2 отмечается тенденция к увеличению конечно-систолического объема и снижению фракции выброса. Показатели сократительной способности миокарда левого и правого желудочка у пациентов с ДД3 достоверно ниже по сравнению с обследованными с ДД1 и ДД2. В группе обследованных с ДД1 установлены достоверные отрицательные корреляции между HGB и размером левого предсердия, а также МСН и размером левого предсердия. В группе обследованных с ДД2 установлены достоверные корреляции между HGB и размером аорты.

Выводы: у лиц с ДД2 ЛЖ отмечается достоверное уменьшение MCV, тенденция к снижению МСН и КДО. У пациентов с ДД3 отмечается снижение количества эритроцитов МСНС. Установлены достоверные корреляции между уровнем HGB, МСН и показателями ЭХО-КС у лиц с ХСН с ДД1 и ДД2. Сократительная способность миокарда левого и правого желудочков ухудшается по мере нарастания ДД.

106 АССОЦИАЦИИ СЕРДЕЧНО-ПЕЧЕНОЧНОГО СИНДРОМА С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Соловьева А. Е., Бондарь С. А.

Российский университет дружбы народов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, Москва, Россия

Введение: Кардиоренальный синдром – распространенное и серьезное осложнение у пациентов с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности (ОДХСН), ассоциирующееся с негативным прогнозом. В последние годы активно обсуждается сердечно-печеночный синдром в этой популяции.

Цель: оценить возможные ассоциации между почечной и печеночной дисфункцией у пациентов с ОДХСН.

Материалы и методы: ретроспективно проанализировано 200 историй болезни пациентов (84 мужчины, средний возраст $72,9 \pm 10,7$ лет ($M \pm SD$), артериальная гипертония 79%, ишемическая болезнь сердца 65%, перенесенный инфаркт миокарда 43%, фибрилляция предсердий (ФП) 62%, сахарный диабет 36.5%, известная хроническая болезнь почек (ХБП) 38%, хроническая анемия 23.5%, средняя фракция выброса (ФВ) $45 \pm 12\%$, $ФВ < 35\%$ 25%, хронические заболевания печени 9.5%), у которых была оценена частота повышения аланин-трансаминазы (АЛТ) и аспартат-трансаминазы (АСТ)). Значимым считалось повышение показателей выше 50 Ед/л (верхняя граница нормы в локальной лаборатории). ХБП и внебольничное острое почечное повреждение (ОПП) диагностировалось на основании рекомендаций KDIGO 2012.

Статистическая обработка данных выполнялась с использованием теста Манн-Уитни, логистического регрессионного анализа. Статистически значимым считалось значение $p < 0.05$.

Результаты: Средний исходный уровень АЛТ и АСТ у пациентов с повышением и без повышения трансаминаз составил 95 ± 36 и 21 ± 14 Ед/л, 87 ± 26 и 25 ± 11 Ед/л соответственно ($p < 0.001$). Повышение АЛТ и/или АСТ наблюдалось у 29 (14.5%) пациентов (только АЛТ/ только АСТ/ АЛТ и АСТ – в 34.5, 17.2, 48.2% случаев). Внебольничное ОПП наблюдалось у 36 (18%) пациентов. У пациентов с ОПП был выше уровень АЛТ (38 ± 37 и 21 ± 18 Ед/л, $p < 0.001$) и АСТ (41 ± 31 и 25 ± 14 Ед/л, $p < 0.001$) в сравнении с пациентами без ОПП. Частота повышения трансаминаз (ТА) была выше у пациентов с ОПП (20 и 2%, $p < 0.001$) в сравнении с пациентами без ОПП. Частота ОПП была выше у пациентов с повышением ТА (70 и 17.3%, $p < 0.001$) в сравнении с пациентами без повышения ТА. Комбинация повышения ТА с ХБП и/или ОПП наблюдалась у 10 (5%) пациентов.

Независимыми предикторами повышения ТА были ФП при поступлении (отношение шансов (ОШ) 11.25, 95% доверительный интервал (ДИ) 2.59-48.89), внебольничное ОПП (ОШ 11.17, ДИ 4.11-30.32), гидроторакс (ОШ 5.58, ДИ 2.12-14.64), набухание шейных вен (ОШ 4.47, ДИ 1.86-10.75), ХБП (ОШ 4.208, ДИ 1.605-11.036), гидроперикард (ОШ 3.71, ДИ 1.32-10.47), анемия (ОШ 2.65, ДИ 1.102-6.368), $ФВ < 40\%$ (OR 2.4, CI 1.006-5.725).

Заключение: сердечно-печеночный синдром наблюдался у 14,5% пациентов с ОДСН. Внебольничное ОПП было диагностировано у 18% пациентов. Различные фенотипы кардио-рено-печеночных взаимодействий наблюдались у 5% пациентов. ХБП и ОПП, а также ФП при поступлении, анемия и $ФВ < 40\%$ были независимыми предикторами повышения ТА.

107 СЕРДЕЧНО-ПЕЧЕНОЧНЫЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПРЕДИКТОРЫ

Соловьева А. Е., Алиев А. Х., Агумани Х. М.

Российский университет дружбы народов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, Москва, Россия

Введение. В свете межорганных взаимодействий нарушение функции печени у пациентов с сердечной недостаточностью (СН) в последние годы рассматривается как сердечно-печеночный синдром, ассоциирующийся с тяжестью заболевания и неблагоприятным прогнозом. Распространенность, точные механизмы развития и клиническая значимость СПС остаются мало изученными.

Цель: оценить распространенность и предикторы повышения уровня трансаминаз (ТА) у пациентов, госпитализированных в кардиологическое отделение городской клинической больницы с декомпенсацией СН.

Материалы и методы: ретроспективно проанализировано 200 историй болезни пациентов (84 мужчины, средний возраст 72.9 ± 10.7 лет ($M \pm SD$)), артериальная гипертензия 79%, ишемическая болезнь сердца 65%, перенесенный инфаркт миокарда 43%, фибрилляция предсердий (ФП) 62%, сахарный диабет 36.5%, известная хроническая болезнь почек (ХБП) 38%, хроническая анемия 23.5%, средняя фракция выброса (ФВ) $45 \pm 12\%$, $ФВ < 35\%$ 25%, хронические заболевания печени 9.5%), у которых была оценена частота повышения аланин-трансаминазы (АЛТ) и аспаргат-трансаминазы (АСТ)). Значимым считалось повышение показателей выше

50 Ед/л (верхняя граница нормы в локальной лаборатории), транзиторным - в случае нормализации показателей в динамике, персистирующим - при сохранении повышения ТА к моменту выписки. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием теста Манн-Уитни, логистического регрессионного анализа. Статистически значимым считалось значение $p < 0.05$.

Результаты: повышение АЛТ и/или АСТ наблюдалось у 29 (14.5%) пациентов (только АЛТ/ только АСТ/ АЛТ и АСТ – в 34.5, 17.2, 48.2% случаев). Средний исходный уровень АЛТ и АСТ у пациентов с повышением и без повышения трансаминаз составил 95 ± 36 и 21 ± 14 Ед/л, 87 ± 26 и 25 ± 11 Ед/л соответственно ($p < 0.001$). Повышение АЛТ и АСТ более 1, 2 и 3 верхних границ норм (ВГН) выявлено у 85.7%, 9.5%, 4.8% и 93%, 7%, 0% случаев соответственно. Не наблюдалось повышения ТА более 4ВГН. В 80% случаев повышение ТА было транзиторным, в 20% - персистирующим.

У пациентов с повышением ТА по сравнению с пациентами без повышения был ниже вес (76 ± 15 и 87 ± 11 кг, $p < 0.05$), выше исходный уровень креатинина сыворотки (152 ± 44 и 114 ± 44 мкмоль/л, $p < 0.001$), ниже СКФ (СКД-ЕРП) (34 ± 11 и 53 ± 18 мл/мин/1.73м², $p < 0.001$), выше частота сердечных сокращений (115 ± 25 и 92 ± 25 в минуту, $p < 0.001$), индекс массы миокарда левого желудочка (194 ± 40 и 174 ± 48 г/м², $p < 0.01$), ниже ФВ (40 ± 11 и $45 \pm 12\%$, $p < 0.05$), выше частота сопутствующей патологии – ХБП (11 и 2.8%, $p < 0.05$), хронической анемии (83 и 24%, $p < 0.05$), ФП (11 и 1%, $p < 0.001$), выше частота признаков застоя: эхокардиографические признаки гидроперикарда (33 и 12%, $p < 0.01$), гидроторакс рентгенологически (72 и 32%, $p < 0.001$), набухание шейных вен (55 и 21%, $p < 0.001$). Распространенность снижения ФВ менее 40% была достоверно выше у пациентов с повышением ТА (55% и 33%, $p < 0.05$). Цитолиз был ассоциирован с внебольничным ОПП (70% и 17.3%, $p < 0.001$).

Независимыми предикторами повышения ТА были ФП при поступлении (отношение шансов (ОШ) 11.25, 95% доверительный интервал (ДИ) 2.59-48.89), внебольничное ОПП (ОШ 11.17, ДИ 4.11-30.32), гидроторакс (ОШ 5.58, ДИ 2.12-14.64), набухание шейных вен (ОШ 4.47, ДИ 1.86-10.75), ХБП (ОШ 4.208, ДИ 1.605-11.036), гидроперикард (ОШ 3.71, ДИ 1.32-10.47), анемия (ОШ 2.65, ДИ 1.102-6.368), ФВ < 40% (OR 2.4, CI 1.006-5.725).

Повышение ТА не влияло на длительность госпитализации ($p = 0.75$). Не получено статистически значимого влияния предшествующей патологии печени на повышение ТА.

Заключение: повышение уровня ТА у пациентов с декомпенсацией СН наблюдалось в 14.5% случаев, было преимущественно умеренным и транзиторным. Сердечно-печеночный синдром был ассоциирован со сниженной ФВ и наличием коморбидной патологии.

108 КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ АССОЦИАЦИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ДИССИНХРОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ставцева Ю. В¹., Воробьев А. С²., Виллевальде С. В¹., Свешников А. В²., Кобалава Ж. Д¹.

¹Российский университет дружбы народов, Москва, Россия,

²ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Сердечная ресинхронизационная терапия (СРТ) является одним из наиболее эффективных видов лечения хронической сердечной недостаточности (ХСН), который может использоваться у 25-30% пациентов с данным заболеванием. Несмотря на благоприятный эффект, по данным большинства исследований клинический и эхокардиографический ответы на

вмешательство наблюдаются только у 60-80% больных, перенесших имплантацию устройства для СРТ. Неоднородная эффективность метода требует изучения взаимосвязи механической и электрической диссинхронии с клиническими, эхокардиографическими и лабораторными параметрами у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и сниженной фракцией выброса левого желудочка, что послужило поводом для организации данного исследования.

Цель исследования. Изучить клиничко-лабораторные и эхокардиографические ассоциации механической диссинхронии у пациентов с ХСН.

Материалы и методы. В поперечном эпидемиологическом исследовании приняли участие 73 пациента с систолической ХСН (71,2% пациентов мужского пола, возраст $67,3 \pm 13,5$ лет [среднее значение \pm стандартное отклонение]). По классификации Нью-Йоркской Ассоциации сердца (NYHA) функциональный класс (ФК) I был диагностирован у 2 (3%), ФК II – у 31 (43%), ФК III – у 25 (34%), ФК IV – у 15 (20%) пациентов. В изучаемой популяции среди сопутствующих кардиологических заболеваний наиболее часто отмечались ишемическая болезнь сердца (89%), артериальная гипертензия (71,2%) и фибрилляция предсердий (37%). У всех пациентов выполнялись регистрация ЭКГ в 12 отведениях и эхокардиографическое исследование с анализом параметров механической диссинхронии в М-режиме и посредством тканевого Допплера. В качестве маркера предсердно-желудочковой диссинхронии использовалось время наполнения левого желудочка в процентах от интервала RR (референсное значение: $\geq 40\%$). Для определения выраженности межжелудочковой диссинхронии использовалась разница времени предвыброса в легочный ствол и аорту (референсное значение: < 40 мс). Оценка внутрижелудочковой диссинхронии проводилась на основании величины стандартного отклонения времени до пика скорости систолического сокращения 12 сегментов левого желудочка (референсное значение: < 33 мс). При проведении анализа данных использовался U-критерий Манна-Уитни с уровнем статистической значимости $p < 0,05$.

Результаты. Нарушения внутрижелудочковой проводимости были зарегистрированы у 49 пациентов (всего 67,1% случаев; блокада левой ножки пучка Гиса – 63,01% случаев, блокада правой ножки пучка Гиса – 4,1% случаев). Предсердно-желудочковая, меж- и внутрижелудочковая диссинхрония наблюдались в 12 (16,4%), 51 (70%) и 66 (90,4%) случаев, соответственно. У пациентов с межжелудочковой диссинхронией отмечались меньшая фракция выброса левого желудочка (медиана 30,0% и 35,0%), больший передне-задний размер правого желудочка (медиана 3,1 см и 2,6 см) и выраженное увеличение концентрации NT-proBNP (медиана 7787 пг/мл и 810 пг/мл) по сравнению с больными, у которых отсутствовали характерные изменения по данным эхокардиографии. В группе пациентов с внутрижелудочковой диссинхронией по сравнению с остальными больными обращали на себя внимание меньшая фракция выброса левого желудочка (медиана 24,0% и 31,0%), скорость клубочковой фильтрации, рассчитанная по формуле MDRD (медиана 51 и 71 мл/мин/1,73 м²), большие значения конечно-систолического (медиана 157 мл и 90 мл) и конечно-диастолического объемов ЛЖ (медиана 183 мл и 141 мл), а также относительное увеличение плазменной концентрации щелочной фосфатазы (медиана 89 Е/л и 60 Е/л).

Заключение. В ходе исследования продемонстрирована связь различных вариантов механической диссинхронии с некоторыми лабораторными и эхокардиографическими маркерами у пациентов с систолической хронической сердечной недостаточностью. Полученные данные способствуют более глубокому пониманию патогенеза ХСН. В перспективе выявленные закономерности могут быть использованы при прогнозировании индивидуальных изменений, возникающих после имплантации устройств для СРТ.

109 ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ЛЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СРЕДИ ИНДИЙСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Суман О. С¹., Мунир А. Р¹., Муджиб А. М¹., Калягин А. Н².

¹Кералский институт медицинских наук, Тривандрум, Керала, Индия, Кожикод, Индия,
²Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия, Иркутск, Россия

Увеличение продолжительности жизни индийского населения сопровождается повышением частоты сердечной недостаточности с вытекающим высоким уровнем смертности и заболеваемости. Кроме того, сердечная недостаточность достаточно часто встречается у людей в относительно молодой возрастной группе. Оптимальное медицинское лечение больных с сердечной недостаточностью включает комбинацию бета-блокаторов, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) или блокаторов рецепторов ангиотензина (АРА), антагонистов альдостерона и диуретиков у пациентов с систолической дисфункцией левого желудочка. Однако, существенная часть пациентов не могут получать эти препараты из-за сопутствующих заболеваний.

Цели исследования: выявление роли сопутствующих заболеваний на лечение больных с хронической сердечной недостаточностью в популяции жителей Индии.

Объекты и методы: Данное проспективное исследование проводилось на базе Кералского института медицинских наук в г. Тривандрум в течение 2-х лет в период с 1 июня 2012 года до июня 2014 года. Было исследовано 300 пациентов с сердечной недостаточностью различной этиологии 3 и 4 классов согласно NYHA. В группу респондентов вошли пациенты с ишемической болезнью сердца, заболеваниями клапанов сердца, кардиомиопатиями, врожденными пороками сердца, легочным сердцем и гиперволемию, развившейся вследствие почечной недостаточности. Больные с впервые выявленными инфарктами миокарда, острыми воспалительными заболеваниями и сепсисом были исключены.

Результаты: Из 300 пациентов 208 (69%) были мужчины и 92 (31%) – женщины, которые были разделены на 7 возрастных групп в диапазоне от 21 до 90 лет. Среди всех пациентов преобладали люди возрастной группы от 60-69, причем, большинство составили мужчины, а в возрасте после 70 отмечалось преобладание женщин.

В нашем исследовании 94,6% (n=284) пациентов получали петлевые диуретики, главным образом фуросемид 55,6% (n=167) и торасемид 39% (n=117). Тиазидные диуретики применялись редко. Металозон был использован для 8% (n=24) пациентов в качестве дополнения к базовым препаратам, преимущественно для больных с почечной недостаточностью. В нашем исследовании 45,6% (n=137) пациентов получали спиронолактон и 9,3% (n=28) – получали эплеринон. Только 34% (n=104) больных получали ИАПФ / АРА, среди которых 23,6% (n=71) являлись ингибиторами АПФ. Рамиприл был использован для 18% (n=54), периндоприл – 2,6% (n=8), эналаприл -2,3% (n=7) и лизиноприл 0,6% (n=2) пациентов. Блокаторы рецепторов ангиотензина II использованы у 11% (n=33) пациентов, большинство больных получали лозартан 69,7% (n=23), в 21,3% (n=7) использовали телмисартан, а у 6,0% (n=2) использовали Олмесартан и 3,0% (n=1) – валсартан. АРА применялись для тех пациентов, у которых была непереносимость к ингибиторам АПФ. По результатам наших исследований 43% (n=130) пациентов получали бета-блокаторы, из них карведилол назначен 64,7% (n=84) больных. Метопролола сукцинат был использован у 20% (n=26), бисопролол – 11,5% (n=15) пациентов, а небиволол только у 3,8% (n=5) больных.

Заключение: Основой в лечении сердечной недостаточности на сегодняшний день являются ИАПФ и бета-блокаторы. Мы не могли использовать эти препараты в связи с сопутствующими

заболеваниями, такими как почечная недостаточность и гипотонии. Противопоказания преобладают над показаниями к применению данных препаратов. ИАПФ не могут быть использованы из-за гипотонии у 34% пациентов и почечной недостаточности у 31% пациентов. Бета-блокаторы могут быть использованы только у лимитированного числа больных. Ограничением являются гипотония, брадикардия и хроническая обструктивная болезнь легких. Благодаря тяжести заболевания декомпенсация встречается очень часто, поэтому диуретики наиболее часто используются.

110 ETIOLOGY OF CHRONIC HEART FAILURE IN INDIAN SUBJECTS

Suman O. S¹., Muneer A. R¹., Mujeeb A. M¹., Vijayaraghavan .. G¹., Kalyagin A. N²., Shaskova O. N².

¹Kerala Institute of Medical Sciences, Trivandrum, Kerala, India

²Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russia

Aims and Objects: Heart failure is a multi-faceted syndrome with diverse etiologies and poor prognosis. Unlike western countries where heart failure is predominantly a disease of elderly, in India it affects younger age group. Present study aims to identify primary etiology of heart failure in our population.

Subject and methods: It is a prospective study conducted in the Kerala Institute of Medical Sciences over 2 years from 1st June 2012 . We selected 300 patients based on NYHA class 3 and 4 with various etiology of heart failure for the study. All chronic heart failure patients with various etiologies were included .Patients with new onset myocardial infarctions, acute inflammatory conditions and septicemia were excluded for the study.

Results and Analysis: Of the total study population of 300 patients, 69% (n-208) were males and 31% (n-92) were females. The study population was divided into 7 age intervals from 20 to 89 years. The occurrence of heart failure was highest between the age of 60 to 69 years in the total study population. Males were predominating in the age between 60 -69 years i.e. 32.7% (n-68) patients and females were predominating in the age between 70-79 years i.e. 30.4% (n-28) patients . There was a male predominance in heart failure up to 69 years irrespective of the etiology, but age increases there was a female predominance after the age of 70.

Among the study population of 300, major etiology of heart failure was coronary artery disease , it was 62% (n-185) and idiopathic dilated cardiomyopathy was 14%(n-41), valvular heart disease was 8%(n-25) . Among the diastolic heart failure patients of 7% (n-22) hypertensive heart disease were found in 13 patients, among these hypertensive patients 3 had renal failure also, 6 patients had hypertrophic cardiomyopathy, and 2 patients had endomyocardial fibrosis and 1 patient with restrictive cardiomyopathy . Cor-Pulmonale in 2% (n-7) of patients and heart failure with other reasons were 7% (n-20). The other reasons consist of drug induced cardiomyopathy in 2.4 % (n-7) of patients, mainly from chemotherapy in breast cancer patients. Congenital heart disease with heart failure in 1.4 % (n-4) , in which 3 had atrial septal defect with Eisenmenger and 1 patient with ventricular septal defect with severe mitral regurgitation and severe pulmonary artery hypertension. Primary pulmonary hypertension in 1.4 % (n-4) of patients. Non compaction of LV in 1% (n-3) and tachycardiomyopathy in 0.8% (n-2) patients.

Conclusion: Majority of patients with heart failure were in the age between 60-69 years. There was a male predominance in heart failure up to 69 years irrespective of the etiology, but age increases there was a female predominance after the age of 70. Coronary artery disease was the single commonest etiology of heart failure in our study.

111

AGE AND GENDER WISE DISTRIBUTION OF PATIENTS WITH ISCHEMIC AND NON ISCHEMIC HEART FAILURE IN INDIAN SUBJECTS.

Suman O. S¹., Muneer A. R¹., Mujeeb A. M¹., Vijayaraghavan .. G¹., Kalyagin A. N²., Shaskova O. N².

¹Kerala Institute of Medical Sciences, Trivandrum, Kerala, India

²Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russia

Ischemic cardiomyopathy is a result of the complications of coronary artery disease, which is one of the most common causes of heart failure. Causes for non ischemic heart failure are high blood pressure (hypertension), valvular heart disease, congenital heart disease, idiopathic cardiomyopathy, endocarditis and myocarditis.

Aims and Objects

Ischemic heart failure often affects middle-aged and elderly people. But heart failure due to non ischemic etiology develops at any age. In this study we analysed the significance of age and gender wise distribution of the patients with ischemic and non ischemic heart failure.

Subject and methods:-

It is a prospective observational study conducted in the Kerala Institute of Medical Sciences, over a period of 2 years from 1st June 2012. 300 consecutive patients with NYHA class 3 or 4 with various etiology of heart failure were identified. The patients belonged to coronary artery disease, valvular heart diseases, cardiomyopathies, congenital heart diseases, cor pulmonale and renal failure. Patients with new onset myocardial infarctions, acute inflammatory conditions and septicemia were excluded.

Results and Analysis

A total of 300 patients were selected. In those 13 patients with age less than 40 years were excluded for better statistical analysis. In the 287 patients there were 192(66.8%) males and 95 (33.2%) females. These patients were divided into two groups, heart failure with ischemic etiology of 180 patients and heart failure without ischemic etiology of 107.

Age wise distribution The study population was divided into 4 age group intervals ranging from 40 to 90 years. The majority of patients were in the age above 70 years i.e. 76 (42.2%) in the ischemic group compared to 22 (20.6%) in the non ischemic group (p-0.0002). In the non-ischemic group majority of patients were in the age between 60-69 i.e. 34 (31.8%) patients (p-0.78). In the younger age group between 40 and 49 majority had non ischemic heart failure i.e. 23 (21.5%) compared to 12 (6.7%) in the ischemic group (p-0.0002).

Sex wise distribution In the ischemic group there were 140 (77.7%) males and 40 (32.3%) females. In the second group there were 52 (48.5) males and 55(51.5%) females. There was equal distribution of male patients in the ischemic and non ischemic heart failure patients in the age between 40 and 49 i.e. 12 each, there were 11 (10.3%) female patients in the non ischemic group and no female patients were found in the ischemic group (p-0.0038). In the age between 50 to 59 there were 29 (16.1%) males and 3 (1.7%) females in the ischemic group and equal number of males and females i.e. 14 (13.0%) each in the non ischemic group (p-0.0005). In the age between 60 to 69 there were 49 (27.2%) males and 11 (6.1%) females in the ischemic group and 13 (12.2%) males and 21 (19.6%) females in the non ischemic group (p-0.0001). Patients with age above 70 years there were 50 (27.8%) males and 26 (14.4%) females in the ischemic group and 13(12.2%) males and 9(8.5%) females in the non ischemic group (p-0.563).

Conclusion

As the age increases the incidence of heart failure also increased in the ischemic heart failure group. The majority of patients were in the age above 70 years in this group (p-0.0002). In the younger age group between 40 and 49, majority had non ischemic heart failure (p-0.0002). Males were dominating in

the ischemic heart failure group in all age groups. In the non ischemic group females were dominating in 60-69 yr age group ($p=0.0001$). Ischemic heart failure is increased with age, and males were commonly affected. Non ischemic heart failure affected younger age group, with female predominance. Hence ischemic heart failure is strongly associated with age and gender in our study.

112 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЫСОКОЙ МЕЖВИЗИТНОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Троицкая Е. А., Котовская Ю. В., Бабаева Л. А., Кобалава Ж. Д.
РУДН, Москва, Россия

Введение. Доказательная база, подтверждающая значимость показателя межвизитной вариабельности АД в различных популяциях пациентов, постоянно растет, однако, прогностическое значение межвизитной вариабельности АД у пациентов с ХСН изучено мало.

Цель исследования: изучить предикторы и прогностическое значение межвизитной вариабельности клинического АД у больных со стабильной сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса.

Материалы и методы: Ретроспективный анализ 100 пациентов с контролируемой АГ и стабильной ХСН II-IV ФК (NYHA), с ФВ < 40% и исходным NT-proBNP > 400 пмоль/л, имеющих данные об уровне АД на > 7 визитах в течение 18 мес. Межвизитная вариабельность АД рассчитана как SD и CV средних значений АД для 7-ми последовательных визитов с неизменной терапией. За конечные точки приняты смерть от любой причины, госпитализация по поводу ХСН, инфаркт миокарда, инсульт. Статистический анализ проведен с использованием пакета программ Statistica 8 и при построении ROC- кривых.

Результаты: Проанализированы данные 100 пациентов (80 муж, $64,4 \pm 9,3$ лет, среднее АД $127,6 \pm 15,1 / 77,9 \pm 8,3$ мм рт.ст., ЧСС $72,3 \pm 10,4$ уд/мин, средняя ФВ $32,3 \pm 4,3\%$, медиана NT-proBNP 1200 пмоль/л). Межвизитная вариабельность САД варьировала от 2,3 мм рт.ст. до 20 мм рт.ст., ДАД – от 1,5 до 13,1 мм рт.ст. у 37-ти пациентов зарегистрировано 47 конечных точек (21 смерть, 17 госпитализаций с прогрессированием ХСН, 6 ИМ и 3 инсульта). Группы с и без конечных точек достоверно различались по уровню межвизитной вариабельности САД ($11,2 \pm 4,0$ vs $9,5 \pm 3,5$ мм рт.ст., $p < 0,05$ соответственно). По остальным демографическим, клиническим и лабораторно-инструментальным параметрам группы были сопоставимы. Показано неблагоприятное прогностическое значение межвизитной вариабельности САД $> 10,9$ мм рт.ст. (ОР 1,13, 95%ДИ 1,0-1,27, $p = 0,03$; чувствительность 72,7%, специфичность 80,0%, AUC 0,74, $p = 0,02$).

Заключение: У больных с контролируемой АГ и компенсированной ХСН со сниженной ФВ наблюдается гетерогенность индивидуальной межвизитной вариабельности АД, а межвизитная вариабельность САД $> 10,9$ мм рт.ст. является достоверным предиктором неблагоприятных исходов.

113 ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА УРОВЕНЬ МОЗГОВОГО НАТРИЙ-УРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Христиченко М. А¹., Гончарук М. С².

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

²Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, Донецк, Украина

Цель. Оценить влияние тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) на уровень N-концевого предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемической этиологии.

Материалы и методы. Наблюдалось 20 пациентов с ХСН II-IV функционального класса (ФК) по NYHA ишемической этиологии (14 мужчин и 6 женщин, средний возраст 66,4±10,5 года). Критерии включения: адекватная медикаментозная терапия ХСН, рекомендованная действующими руководствами и добровольное согласие больного. Критерии исключения: органические расстройства личности, алкогольная и наркотическая зависимость, выраженные нарушения когнитивных функций, прием антидепрессантов, анксиолитиков, транквилизаторов, декомпенсация ХСН, тяжелая сопутствующая патология в течение последнего месяца. Наличие ТДР выявляли при помощи опросников HADS, Спилбергера-Ханина и Бека. У всех больных определяли уровень NT-proBNP с помощью иммунохимического экспресс-анализатора «Cardiac Reader» (Roche Diagnostics, Швейцария). Полученные данные обрабатывались на персональном компьютере при помощи Microsoft Excel и статистического пакета Medstat.

Результаты. По данным опросников пациенты были разделены на 2 группы по 10 человек, сопоставимые по возрасту, полу, длительности и тяжести ХСН, частоте перенесенного ИМ, получаемой медикаментозной терапии ($p > 0,05$). Пациенты первой группы имели ТДР, у больных второй группы ТДР отсутствовали. Уровень NT-proBNP в 1й группе был достоверно выше ($p < 0,001$) - $2123 \pm 135,5$ пг/мл по сравнению со 2й группой - 1337 ± 297 пг/мл.

Выводы. Наличие тревожно-депрессивных расстройств ассоциировано с увеличением уровня NT-proBNP у пациентов с ХСН.

114 КОЛЕБАНИЯ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ В ТЕЧЕНИЕ ДНЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Царева Ю. О.

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

Введение. Влияние тиреоидной патологии на течение ишемической болезни сердца, хронической сердечной недостаточности, развитие нарушений сердечного ритма не вызывает сомнения и активно изучается. Одним из начальных проявлений патологии щитовидной железы может

являться нарушение суточного ритма секреции тиреоидных гормонов, и нельзя исключить, что значительные колебания их уровня могут сыграть не последнюю роль в развитии и течении сердечно-сосудистых заболеваний

Цель исследования. Оценить характер изменений секреции тиреотропина (ТТГ), свободного трийодтиронина (ТЗсв) в течение дня у пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС) с персистирующей фибрилляцией предсердий (ФП) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы. 70 госпитализированных пациентов с ИБС, осложненной ХСН I-III функциональных классов (ФК) по NYHA. Из них 50 пациентов с персистирующей ФП. Средний возраст 63,8 лет. Проводилось определение уровня ТТГ и ТЗсв. сыворотки крови, взятой дважды в сутки (в 8.00 и 18.00). Степень изменений уровней гормонов в течение дня оценивали как разность между утренними и вечерними концентрациями, а также процентах (%).

Результаты. Обнаружено, что практически у всех включенных в исследование пациентов секреция ТТГ имеет определенную ритмичность с высокими значениями утром и низкими вечером. Значения не выходили за пределы нормы. В группе ФП диапазон колебаний ТТГ в течение дня значительно меньше, чем в группе без нарушения ритма ($p < 0,1$).

Кроме того, у пациентов с низкими ФК ХСН (I-II), также обнаружен более узкий диапазон колебаний ТТГ (0,07 мМЕ/л) в сравнении с пациентами с III ФК недостаточности кровообращения (0,54 мМЕ/л), $p = 0,1$. Средние значения уровня ТЗсв. в течение дня были значительно ниже в группе пациентов с III ФК ХСН (4,3 пмоль/л против 4,7 пмоль/л у пациентов с ХСН I-II ФК), $p = 0,1$.

Что касается колебаний ТЗсв., то более узкий диапазон его колебаний наоборот выявлен у пациентов III ФК ХСН, а также в этой группе пациентов отмечалась достоверная инверсия колебаний ТЗсв. с более низкими значениями утром и высокими вечером (-1%), в сравнении с пациентами с I-II ФК заболевания (+9%), $p > 0,05$.

Заключение. У больных ИБС циркадные ритмы существенно зависят от наличия ФП и степени ХСН, что позволяет предположить определенную роль данных колебаний в развитии и течении сердечно-сосудистых осложнений.

Возможно, различия в колебаниях тиреоидных гормонов у пациентов с ХСН обусловлены развивающейся функциональной автономией щитовидной железы у группы пациентов с более тяжелым течением хронической сердечной недостаточности.

РАЗДЕЛ VIII.

НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА

115 ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Бунин Ю.А., Зюляева Н.Н., Таранова З.В., Бурова Е.А., Парфенова А.Н., Рогачев А.Н.
Российская медицинская академия последипломного образования, Москва, Россия

Введение. Частота развития фибрилляции предсердий (ФП) и подходы к её фармакотерапии у больных старческого возраста могут существенно отличаться от таковых у больных более молодых возрастных групп в связи с наличием у них более тяжелой сердечно-сосудистой патологии и сопутствующих внесердечных заболеваний.

Цель. Определить частоту развития и особенности стратегии и тактики лечения ФП у больных старческого возраста.

Материал и методы. Обследовано 198 больных с ФП (132 женщины и 66 мужчин, средний возраст - $84 \pm 3,6$ года), находившихся на лечении в кардиологическом отделении госпиталя для ветеранов войн № 1, г.Москва. Для диагностики фибрилляции предсердий кроме анамнестических данных использовались ЭКГ, мониторинг ЭКГ по Холтеру. С целью верификации основного и сопутствующих заболеваний применялись ЭхоКГ, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и у части больных - коронарография.

Результаты. ФП была выявлена у 42,8% больных старческого возраста, находившихся на лечении в кардиологическом отделении. Чаще всего диагностировалась постоянная форма ФП (53%), а пароксизмальная и персистентная формы ФП составили, соответственно, 44,4% и 2,6% среди всех больных с ФП. В 29,3% случаев ФП сочеталась с нарушениями атриовентрикулярной и внутрижелудочковой проводимости. Профилактическую антиаритмическую терапию, преимущественно амиодароном, получали только 12 больных ФП (6,1%). У большинства больных (93,9%) проводилась терапия, направленная на урежение частоты желудочковых сокращений. С этой целью использовались, в основном, бета-адреноблокаторы и дигоксин. Адекватную антикоагулянтную терапию получали только 22% больных с ФП.

Выводы. 1) ФП - самая распространенная из всех тахикардий у больных старческого возраста, находящихся на лечении в кардиологическом отделении. 2) Основной стратегией лечения ФП являлась «частота-контроль», что представляется полностью оправданным у большинства больных старше 80 лет из-за низкой вероятности длительного удержания у них синусового ритма. 3) Незначительное количество больных старческого возраста, получающих профилактическую антитромботическую терапию (22%), связано с наличием у них противопоказаний к назначению антикоагулянтов, невозможностью их регулярного приема (когнитивные нарушения) и отсутствием условий для регулярного контроля МНО: подавляющее большинство больных (около 90%) получают варфарин и многие из них не могут самостоятельно посещать поликлинику. 4) Для улучшения профилактики ишемического инсульта и системных эмболий у больных старческого возраста с ФП необходимо более широкое применение новых оральных антикоагулянтов, не требующих регулярного контроля показателей свертывания крови и также обеспечение больных, получающих варфарин, контролем МНО на дому.

116 ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С АВ-БЛОКАДОЙ 2 И 3 СТЕПЕНЕЙ

Горбунова А.В., Санталова Г.В., Стадлер Е.Р., Шорохов С.Е.

ГБУЗ Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия

Введение. Аритмии у детей характеризуются широкой распространенностью, склонностью к хроническому течению, повышенным риском внезапной смерти. В связи с этим оценка морфо-функционального состояния сердечно-сосудистой системы у детей очень важна в прогностическом плане для каждого пациента.

Цель. Оценить основные показатели морфо-функционального состояния миокарда у пациентов с АВ-блокадами 2 и 3 степеней.

Материалы и методы. В 2013-2015 гг. было проведено обследование 82 детей (возраст от 0 до 18 лет) с АВ-блокадой 2 и 3 степеней на базе Самарского областного клинического кардиологического

диспансера. Основную группу (1-ая) составили дети (42 человека) с АВ-блокадой 2 степени, 2-ю группу - дети (40 человек) с АВ-блокадой 3 степени.

Диагноз был верифицирован во всех случаях. Детям проводились ЭКГ, ХМЭКГ, оценка данных ЭХОКГ с вычислением Z-факторов для основных анатомических структур сердца и расчетом индекса массы миокарда.

Под фактором влияния подразумевалась степень АВ-блокады. Исходом считали морфо-функциональное изменение параметров сердца (ремоделирование).

Статистическая обработка проводилась с использованием таблиц сопряженности с вычислением χ^2 . Различия между величинами считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. По данным ЭХОКГ и расчету показателей по шкале Z-score, у пациентов 1-ой и 2-ой групп были обнаружены структурные изменения сердца, среди которых в обеих группах превалировали и являлись достоверными ТМЖПс, КСР ЛЖ, ТЗС ЛЖд, АО синотуб.

Изменение ТМЖПс встречалось в 2 раза чаще в группе детей с АВ-блокадой 3 степени. Отношение рисков (ОР) < 1 свидетельствовало о низкой вероятности проявления этого показателя при 2 степени АВ-блокады. ТЗС ЛЖд, напротив, чаще изменялась при 2 степени АВ-блокады, но вероятность проявления неблагоприятного исхода была минимальна (ОР < 1). Анализ ЧБНО (число больных, которых необходимо обследовать) показал, что для выявления изменения ТЗС ЛЖд у 1 ребенка понадобится обследовать 4 детей с АВ-блокадой 2 степени. Частота и вероятность изменения КСР ЛЖ при АВ-блокаде 2 степени была в 2 раза выше, чем при АВ-блокаде 3 степени. Изменение размеров АО в синотубулярном отделе встречалось в обеих группах. При этом - у детей 1 группы чаще и с высокой вероятностью проявления (ОР и отношение шансов (ОШ) > 1). Для обнаружения изменения данного показателя у 1 ребенка необходимо обследовать 4 детей с АВ-блокадой 2 степени. Чувствительность и специфичность оценки показателей ЭХОКГ по шкале Z-score достигали 63% и 66% соответственно, что позволяет использовать данную методику для своевременного выявления даже самых незначительных изменений геометрии сердца.

Выводы: Изучение основных показателей морфо-функционального состояния миокарда у пациентов с АВ-блокадами 2 и 3 степеней позволило определить наиболее неблагоприятные в прогностическом плане изменения структуры сердца и сосудов.

117 ФАКТОРЫ ВОСПАЛЕНИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Дедкова А. А., Борисова Е. В., Баталов Р. Е., Попов С. В., Сулова Т. Е.

НИИ кардиологии, Томск, Россия

Введение. В настоящее время в патогенезе некоторых заболеваний сердечно-сосудистой системы определенную роль отводят системной воспалительной активности, в то время как участие воспаления в развитии фибрилляции предсердий (ФП) остается дискуссионной. Повышение уровня сывороточных провоспалительных цитокинов является чувствительным маркером воспаления, однако все же носит неспецифический характер. Возрастание титра аутоантител (АТ) к ткани сердца указывает на воспалительный процесс с аутоиммунным компонентом, локализованный непосредственно в миокарде.

Цель. Оценка уровня сывороточных IL-1 β , TNF- α , аутоантител к ткани сердца у пациентов с ФП и ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. В исследование включено 83 пациента с ИБС (38 женщин и 45 мужчин) в возрасте от 26 до 55 лет (средний возраст 49,6 \pm 2,8 лет). Из них у 39 диагностирована

пароксизмальная форма фибрилляции предсердий (ПФП), у 26 – постоянная форма фибрилляции предсердий (постоянная ФП), у 18 – ИБС без указаний в анамнезе на ФП. Группу контроля составили 30 практически здоровых добровольцев. У всех обследованных не было выявлено заболеваний воспалительного характера. Определение концентрации ИЛ-1 β , ФНО- α в сыворотке крови проводили с помощью иммуноферментного анализа. Антитела к миокарду определяли методом непрямой иммунофлуоресценции.

Результаты. Во всех группах пациентов с ИБС был выявлен увеличенный уровень провоспалительных цитокинов. У лиц с ФП концентрация ИЛ-1 β изменялась наиболее существенно. Концентрация ФНО- α при ПФП так же была достоверно выше по сравнению с группой контроля ($p < 0,005$). При постоянной форме ФП уровень провоспалительных цитокинов отличался от контрольной группы статистически незначимо ($p = 0,06$ и $p = 0,26$ для ФНО- α и ИЛ-1 β соответственно). В группе пациентов с изолированной ИБС выявлялось увеличение содержания провоспалительных цитокинов, по сравнению с контрольной группой, однако, их уровень не превышал допустимые значения и был значимо ниже, чем у пациентов с ФП. У лиц со всеми формами ФП наблюдалось достоверное увеличение частоты выявления АТ к фибриллярным структурам миокарда по сравнению с контрольной группой ($p = 0,005$). АТ к сарколеммным структурам миокарда достоверно чаще встречались в группе пациентов с постоянной ФП ($p = 0,005$). У пациентов с ПФП наблюдался самый высокий титр и максимальная частота АТ к ядрам кардиомиоцитов.

Заключение. Повышенная экспрессия цитокинов у пациентов с ФП и ИБС может быть связана непосредственно с патогенезом данного нарушения ритма сердца и указывает на наличие субклинического воспаления. Обнаруженное увеличение титра АТ к ткани сердца говорит о локальном воспалении миокарда с аутоиммунным компонентом.

118 НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Долгова Е. Л.

Клиническая больница С.Р. Миротворцева СГМУ, Саратов, Россия

Цель – провести сравнительный анализ динамики качества жизни пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), принимающих различные оральные антикоагулянты для профилактики тромбоэмболических осложнений.

Материалы и методы: В исследовании принимали участие 65 пациентов с ФП, находившиеся под наблюдением в КБ им С.Р.Миротворцева СГМУ. Все пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу наблюдения составляли пациенты, находившиеся на стационарном лечении в кардиологическом отделении, которым была подобрана оптимальная доза варфарина. Вторая группа – пациенты, которым после выписки из стационара был рекомендован прием «новых» антикоагулянтов (НОАК). Определение качества (SF-36) жизни проводилось трижды в течение 6 месяцев наблюдения.

Результаты: В ходе сравнительного исследования у пациентов, применяющих НОАК, установлены более высокие характеристики физического компонента качества жизни, как по исходным величинам, так и на амбулаторном этапе наблюдения, причем в этой группе существенной динамики не отмечено, в отличие от группы варфарина, где наблюдалось значимое снижение физического компонента качества жизни. В начале лечения показатели эмоционального компонента выделенных групп не отличались, однако в последующем данный показатель оказался значимо выше в группе варфарина.

Различия в исходных показателях КЖ пациентов по физическому компоненту вероятно можно объяснить тем, что частые заборы крови у пациентов группы варфарина оказывают негативное влияние на данный показатель. В дальнейшем, поскольку серьезных нежелательных явлений в обеих группах обнаружено не было и по тяжести основного заболевания и его осложнений группы были сопоставимы, возможно, данные значимые различия в качестве жизни обусловлены необходимостью пациентов из группы варфарина чаще посещать центр для проведения лабораторных анализов, в частности, для определения МНО. Не исключено, что исходные различия в физическом компоненте могли быть обусловлены различием в социальном статусе пациентов (он был явно выше у больных из группы НОАК) и в отношении к своему заболеванию.

Указанные особенности групп не отразились на исходном эмоциональном компоненте качества жизни. Значимое улучшение показателей эмоционального компонента КЖ в группе варфарина на амбулаторном этапе наблюдения могут быть обусловлены возможностью более частого контакта пациента с врачом, что позволяет пациенту психологически ощущать более тщательный контроль за собственным здоровьем и проводимой терапией.

Безусловно, исходные различия между группами затрудняют объяснение полученных результатов, однако весьма важным представляется явное «превосходство» группы варфарина в отношении динамики эмоционального компонента качества жизни, не смотря на исходный менее благоприятный фон по материальному положению, физическому компоненту и ожидаемое преимущество НОАК.

Заключение. Назначение варфарина или НОАК оказывает различное и разнонаправленное влияние на показатели качества жизни больных с ФП. Установленные особенности, вероятно, могут учитываться в выборе противотромботической терапии, но пока не позволяют однозначно говорить о преимуществе НОАК.

119 ОСОБЕННОСТИ ОТБОРА ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ИНТЕРВЕНЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ С УЧЕТОМ ВОЗМОЖНЫХ ПРЕДИКТОРОВ РЕЦИДИВА АРИТМИИ

Долгинина С. И., Хохлунов С. М.

ГБУЗ СОККД, Самара, Россия

Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия

Введение. Наличие фибрилляции предсердий (ФП) тесно ассоциируется с повышением риска тромбоэмболических осложнений, прежде всего ишемического инсульта, формированием и прогрессированием сердечной недостаточности и выраженным снижением качества жизни пациентов. Оптимальная медикаментозная терапия и своевременное направление на интервенционное лечение при наличии показаний способствуют улучшению прогноза у данной группы пациентов.

Цель. Повысить эффективность интервенционного лечения ФП путем улучшения отбора пациентов для выполнения катетерной абляции с учетом возможных предикторов послеоперационного рецидива аритмии.

Материалы и методы. В исследование включено 148 пациентов (средний возраст 52+9,2 года, мужчин 87 (59%)) с ФП, которым была выполнена радиочастотная катетерная абляция (РЧА). Разработаны две математические модели прогнозирования риска рецидива ФП после катетерной абляции. Для оценки их эффективности дополнительно включено 60 пациентов с ФП (сопоставимых по основным параметрам) после проведения процедуры РЧА. Период наблюдения составил

48 месяцев от момента РЧА. Результаты оценивались с применением статистической программы SPSS 17.0.

Результаты. Послеоперационный рецидив аритмии отмечен в 77 случаях, из них у большинства пациентов – в первые 6 месяцев после РЧА (54 пациента). Средний срок наступления рецидива ФП составил 3-6 месяцев после выполнения операции. Выявлены значимые предикторы рецидива ФП после РЧА: дилатация левого предсердия (ЛП) ($r = -0,58$, $p < 0,001$), возраст пациента ($r = 0,66$, $p < 0,001$), вид РЧА ($r = -0,69$, $p < 0,001$), время после РЧА ($r = -0,63$, $p < 0,001$), послеоперационный рецидив в стационаре ($r = 0,64$, $p < 0,001$), количество референтных точек ($r = -0,71$, $p < 0,001$), количество РЧ-аппликаций ($r = -0,59$, $p < 0,001$), проводимая антиаритмическая терапия (аортальная ($r = 0,40$, $p < 0,001$), митральная регургитация ($r = 0,41$, $p < 0,001$)). С учетом полученных корреляций выполнен пошаговый дискриминантный анализ с целью создания двух математических моделей прогнозирования риска рецидива ФП после РЧА. Первая модель описывает прогноз пациентов после абляции с учетом количества референтных точек, РЧ аппликаций, вида РЧА и наличия послеоперационного рецидива ФП в стационаре. Вторая модель предназначена непосредственно для оценки риска рецидива аритмии до проведения РЧА, то есть направлена на скрининг пациентов с благоприятным прогнозом сохранения синусового ритма после операции. Для разработки данной модели использовались следующие показатели: возраст пациентов, недостаточность аортального и митрального клапанов, диаметр левого предсердия и проводимая антиаритмическая терапия. Проверка эффективности моделей проводилась путем оценки апостериорных вероятностей, отражающих принадлежность пациентов к тому или иному типу прогнозов, и полученные результаты свидетельствуют об их хорошей прогностической ценности.

Обсуждение. Категорию риска пациентов с ФП определяет множество клиничко-анамнестических, а также инструментальных показателей, что требует и в будущем продолжения поиска и анализа предикторов рецидива аритмии. Разработанные модели, учитывающие возраст пациентов и основные структурные и гемодинамические параметры, могут быть использованы для оптимизации отбора пациентов на интервенционное лечение с целью повышения его эффективности. Немаловажно, что модели могут применяться не только в условиях стационара, но и в первичном звене здравоохранения, что позволит улучшить качество оказания помощи пациентам с ФП на всех этапах.

Заключение. Одним из возможных подходов к отбору пациентов на интервенционное лечение фибрилляции предсердий представляется использование математических моделей с включением независимых клинических и инструментальных показателей, влияющих на вероятность рецидива аритмии, а также соответствующих достаточно высокому уровню достоверности.

120 ОСОБЕННОСТИ АНТРАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАВИГАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ENSITE VELOCITY

Иванченко А.В., Ляшенко В.В., Благой Д.А., Постол А.С., Выговский А.Б., Шнейдер Ю.А.
ФГБУ «ФЦВМТ» Минздрава России (г. Калининград)

Цель: изучить особенности практического применения системы электро-анатомического картирования (Ensite Velocity) при выполнении антральной РЧ-изоляции устьев легочных вен.

В исследование включено 618 пациентов, которым выполнялась РЧ-изоляция устьев легочных вен на базе Калининградского ФЦССХ. Пароксизмальную ФП имели 52% пациентов, персистирующая ФП была у 38%, длительно-существующая персистирующая ФП - у 10% больных.

Все процедуры были выполнены под общим наркозом, что, с нашей точки зрения, является необходимым условием для корректного использования Ensite Velocity в РЧА ФП. Выполнялась антральная изоляция с контролем по «Lasso» в сочетании с электро-анатомическим картированием. Референтным электродом принимали пару электродов КС, как и рекомендуют производители. Однако, очень важно стабильное положение КС на протяжении всей процедуры, что требует позиционирования электрода КС из верхнего доступа (пункция левой подключичной вены в нашей группе). Для доступа в ЛП дважды пунктировалась МПП, через введенные интродьюсеры всем пациентам выполняли ангиографию легочных вен. Одновременно контрастировали ЛП и ЛВ на фоне частой стимуляции ЛЖ (300-320 мс). Такой метод ангиографии позволяет получить за одну съемку изображение всего ЛП и всех имеющихся ЛВ. В дальнейшем приступали к реконструкции анатомии на навигационной системе. При создании модели набор точек производили с «Lasso», а в труднодоступных областях достраивали аблационным электродом. Все точки собирали, обозначая одной камерой (LA), без принятого деления вен и предсердия, за исключением ушка ЛП – для лучшей прорисовки «риджа». Перегородку у правых вен реконструировали лечебным электродом с гарантированно хорошим контактом. После коррекции «натянутых» и «ложных» зон (на Ensite Velocity в нашей группе это часто-«ридж» и задняя стенка у нижних вен справа) переходили к следующему этапу. Сопоставляя ангиографию и карту ЛП, отмечали точки устьев ЛВ. По полученной в результате карте выполняли линейные РЧ-воздействия. Параметры РЧА: 25-28 Вт на задней стенке, 35-40 Вт в остальных областях. Необходимо отметить, что при длительных процедурах (более 3-х часов) часто имеет место «сползание» карты с прежней позиции. При любом подозрении на «смещение» имеющейся карты, необходимо ее полное перестроение, попытки антрально изолировать вены на некорректной карте, как правило, безрезультатны и небезопасны. Для контроля за адекватностью построенной карты на протяжении процедуры имеет смысл сопоставлять позицию электрода с результатами ангиографии, особенно в том случае, когда при хорошем контакте не удается выйти на поверхность изображения кончиком лечебного электрода. Контроль изоляции выполнялся с помощью «Lasso» с определением блока входа и выхода из вены до и после введения болюса АТФ.

Результаты: с начала работы ФЦССХ в г. Калининград антральную изоляцию выполнили 618 пациентам с ФП. Подавляющее большинство с пароксизмальной и персистирующей формой ФП. Эффективность проанализирована у 250 пациентов (2012-2013 гг) с пароксизмальной ФП и составила 75,8% в течение года наблюдения.

Вывод: практическое применение системы электро-анатомического картирования Ensite Velocity имеет ряд особенностей, при соблюдении которых, с ее помощью можно эффективно и безопасно выполнять антральную РЧ-изоляцию устьев ЛВ при ФП.

121 ЧАСТОТА НАЗНАЧАЕМОСТИ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА И СИСТЕМНЫХ ЭМБОЛИЙ У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ НЕКЛАПАННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Карашук Н. П., Киселева М. В., Селезнева А. С., Чупик М. А., Новикова Т. Н.
СЗГМУ им.И.И.Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Одним из самых грозных осложнений ФП является ишемический инсульт (ИИ). Риск ИИ практически одинаков при любой форме ФП. Для профилактики ИИ пациенты, имеющие 1 и

большее количество баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc, должны получать антикоагулянтную терапию (АТ). Однако в России АТ назначается далеко не всем пациентам, нуждающимся в ней.

Цель. Провести ретроспективный анализ историй болезни больных неклапанной формой ФП кардиологических отделений СПб ГБУЗ «Городская Покровская больница» за 2014 год для выявления частоты встречаемости факторов риска ИИ, частоты назначения АТ и улучшения профилактики ИИ и системных эмболий у пациентов неклапанной формой ФП.

Материал и методы. Материалом исследования послужили истории болезни стационарных кардиологических больных СПб ГБУЗ «Городская Покровская больница». Проанализировано 309 историй болезни больных, госпитализированных в январе 2014 года, из них 157 с неклапанной формой ФП. Риск инсульта и системных эмболий оценивался по шкале CHA₂DS₂-VASc, риск кровотечений – по шкале HAS-BLED.

Результаты. Больные неклапанной формой ФП (средний возраст 66,99±13,16 года) были несколько старше больных на синусов ритме (средний возраст 64,40±13,34 года), однако различие оказалось статистически недостоверным (p=0,09). В таблице 1 представлено распределение больных по баллам риска ИИ и кровотечений. Как видно из таблицы 1, подавляющее большинство больных (97,45%) имели факторы риска ИИ и нуждались в АТ, из них 73,20% имели высокий риск кровотечений.

Среди больных, нуждающихся в АТ 73,20% получали пероральные антикоагулянты, варфарин - 59,48%, новые прямые пероральные антикоагулянты (НППАК) прадаксу и ксарелто – 13,73%. 18,95% больных получали монотерапию антитромбоцитарным препаратом (аспирином или клопидогрелом). Больные, которым в качестве профилактики ИИ были назначены антикоагулянты (средний возраст 67,69±14,56 года) были достоверно моложе больных, получавших антитромбоцитарные препараты (средний возраст 70,59±13,67 года, p=0,05) и больных, не получавших антитромботическую терапию (средний возраст 76,11±6,57 года, p=0,015). Больные, получавшие аспирин или клопидогрел имели достоверно более высокий балл по шкале CHA₂DS₂-VASc (4,86±2,15), чем больные, получавшие антикоагулянты (3,67±1,80, p=0,003) и больные без антитромботической терапии (3,15±1,99, p=0,02). Риск кровотечений у больных, получавших антикоагулянты (3,21±0,93) и антитромбоцитарные препараты (3,21±1,02) был сопоставим (p=0,99) и достоверно выше риска кровотечений у больных без антитромботической терапии (1,62±0,93, p<0,001).

Заключение. Проведенный анализ выявил недооценку риска ИИ у пожилых больных неклапанной формой ФП, антикоагулянтная терапия необоснованно не назначалась больным пожилого возраста с высоким риском ИИ и невысоким риском кровотечений. У пожилых больных крайне высокого риска ИИ также необоснованно вместо АТ назначались антитромбоцитарные препараты. В большинстве случаев причиной неназначения АТ была невозможность контролировать МНО при приеме варфарина. В этой ситуации реальным выходом из положения является назначение новых прямых пероральных антикоагулянтов.

Таблица 1

Балл		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Количество больных	CHA ₂ DS ₂ -VASc	4	15	24	25	32	23	18	13	2	1
	HAS-BLED	2	7	34	60	44	10	0	0	0	0

122 СОСТОЯНИЕ СИМПАТИЧЕСКОЙ ИННЕРВАЦИИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ДО И ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Кистенева И. В., Баталов Р. Е., Попов С. В., Саушкина Ю. В., Минин С. М., Ефимова И. Ю., Лишманов Ю. Б.

НИИ кардиологии, Томск, Россия

Введение. Результаты многочисленных экспериментальных и клинических исследований свидетельствуют о том, что важным патогенетическим фактором развития фибрилляции предсердий (ФП) может являться симпато-вагусный дисбаланс вегетативной иннервации сердца. Это позволяет предполагать перспективность оценки состояния симпатической иннервации миокарда у пациентов с ФП для прогнозирования результатов проводимого лечения данной аритмии. Однако результаты немногочисленных работ в этом направлении неоднозначны.

Цель исследования. Оценить состояние симпатической иннервации сердца у пациентов с персистирующей фибрилляцией предсердий (ФП) и артериальной гипертонией (АГ) до и после радиочастотной аблации (РЧА) фибрилляции предсердий.

Материал и методы. В исследование были включены 27 больных АГ I-II стадии 1-3-й степени: 17 пациентов с персистирующей ФП, (средний возраст $57,2 \pm 7,6$ лет; 10 мужчин) и 10 пациентов, не имеющие ФП (средний возраст $46,1 \pm 13,7$ лет; 6 мужчин). Стаж АГ составил от 5 до 20 лет. Средняя продолжительность аритмического анамнеза у пациентов первой группы составила $3,2 \pm 2,0$ года, частота пароксизмов ФП - от ежедневных до трех в неделю, продолжительность пароксизмов ФП - от 2 часов до 3х суток. Пациентам первой группы проводилось интервенционное лечение ФП в объеме радиочастотной антральной изоляции легочных вен, задней стенки левого предсердия, левого истмуса сердца. Эффективность РЧА оценивалась через 12 месяцев. Для оценки симпатической активности миокарда всем пациентам проводили сцинтиграфию с ^{123}I -метайодбензилгуанидином (^{123}I -МИБГ). Общую симпатическую активность оценивали по соотношению «Сердце/Средостение» («С/Ср») и скорости вымывания индикатора. По данным эмиссионной томографии с ^{123}I -МИБГ оценивали региональную симпатическую активность.

Результаты. Выявлено, что индекс «С/Ср» был достоверно ниже у пациентов с ФП, в отличие от больных ее не имевших (ранний $1,70 \pm 0,14$ против $1,96 \pm 0,08$, $p=0,005$; отсроченный $1,68 \pm 0,12$ против $2,0 \pm 0,14$, $p=0,001$). Все пациенты с ФП через 12 мес после РЧА субъективно отметили улучшение самочувствия. При этом у 10 человек (58,8%) пароксизмы ФП полностью отсутствовали, а у 7 пациентов (41,2%) были выявлены эпизоды ФП. Однако пациенты с рецидивом ФП отмечали уменьшение частоты и продолжительности пароксизмов. У троих пациентов приступы аритмии стали купироваться спонтанно. После РЧА ФП наблюдалось достоверное увеличение индекса «С/Ср» (раннего с $1,70 \pm 0,14$ до $1,97 \pm 0,21$, $p=0,001$, отсроченного с $1,68 \pm 0,12$ до $1,96 \pm 0,12$, $p=0,003$). У пациентов с эффективной РЧА по сравнению с подгруппой с рецидивом ФП выявлено достоверное улучшение как общей, так и региональной симпатической функции сердца (ранний индекс «С/Ср» $2,0 \pm 0,17$ у пациентов с эффективной РЧА против $1,77 \pm 0,01$ с неэффективной, $p=0,021$; скорость вымывания индикатора $9,5 \pm 1,24\%$ против $17,9 \pm 1,05\%$, $p=0,004$; отсроченный дефект накопления ^{123}I -МИБГ $6,8 \pm 0,43\%$ против $13,5 \pm 0,75\%$, $p=0,001$, соответственно).

Заключение. Наличие ФП приводит к ухудшению общей симпатической активности сердца. После РЧА ФП наблюдается улучшение общей симпатической функции сердца у всех пациентов.

У пациентов с эффективной РЧА по сравнению подгруппой с рецидивом ФП выявлено достоверное улучшение как общей, так и региональной симпатической функции сердца.

123 ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ КАВОТРИКУСПИДАЛЬНОГО ИСТМУСА У БОЛЬНЫХ С «ИЗОЛИРОВАННЫМ» ТИПИЧНЫМ ТРЕПЕТАНИЕМ ПРЕДСЕРДИЙ.

Новиков П. С.

ФГБУ РКНПК МЗ РФ, Москва, Россия

Введение: Трепетание предсердий (ТП) и фибрилляция предсердий (ФП) являются двумя наиболее распространёнными тахиаритмиями в клинической практике, имеющими общие этиологические факторы, патогенетические механизмы, в связи с чем они нередко сосуществуют у одних и тех же пациентов. Абляция кавотрикуспидального истмуса (КТИ) позволяет с высокой вероятностью устранить ТП, в то время как частота возникновения у данных больных ФП не достаточно исследована.

Цель: Оценить частоту возникновения фибрилляции предсердий после радиочастотной абляции кавотрикуспидального истмуса и выявить факторы риска развития у этих больных мерцательной аритмии.

Материалы и методы: В исследование включено 31 больных (27 мужчин (87%), средний возраст 58 ± 11 лет), с документированным пароксизмальным ($n=15$, 48%) с частотой пароксизмов не менее 1 раза в 3 месяца или персистирующим ($n=16$, 52%) типичным ТП без предшествующего анамнеза ФП. Всем пациентам проводилась орошаемая радиочастотная катетерная абляция (РЧА) с достижением стойкого двунаправленного блока проведения импульсов через КТИ. После РЧА антиаритмическая терапия назначалась исключительно в случае возникновения документированных симптомных приступов ФП. Назначение антикоагулянтов проводилось с учётом индивидуального риска тромбоэмболических и геморрагических осложнений. Проводился сравнительный анализ параметров клинико-инструментального обследования между пациентами с наличием и отсутствием зарегистрированных пароксизмов ФП. Длительность наблюдения за больными составила от 5 до 60 месяцев, в среднем - 24 ± 15 месяцев.

Результаты: В ранний послеоперационный период (до 7 суток) рецидивы ФП регистрировались у 6 (19%) больных. По результатам длительного наблюдения ФП выявлялась у 21 (68%) больных, при этом у 2-х пациента ФП приобрело персистирующее течение. Группа больных с впервые выявленной ФП характеризовалась более длительным анамнезом ТП – 1 (0,5-3) года, чем группа пациентов без ФП – 0,5 (0,2-1) год, но меньшей долей больных с персистирующим течением ТП (38% и 80% пациентов, соответственно, $p < 0,05$). Существенных различий между группами по возрасту, этиологии основного заболевания сердца, длительности Р-волны по ЭКГ, эхокардиографическим размерам предсердий не выявлено. Группа больных с рецидивами ФП имела высокий риск тромбоэмболических событий – $2,1 \pm 1,3$ балла по шкале CHA2DS2-VASc.

Выводы: У 68% пациентов после РЧА КТИ по поводу “изолированного” ТП при длительном наблюдении выявляется устойчивая ФП. Возникновение ФП у этих больных ассоциировано с более длительным анамнезом ТП. Недооценка факта сосуществования ТП и ФП требует применения тщательного и регулярного наблюдения за больными после абляции ТП с целью выявления ФП. Больные ФП, как правило, имеют высокий риск тромбоэмболических осложнений, в связи с чем целесообразно решить вопрос о продолжении их терапии антикоагулянтами, несмотря на успешное катетерное лечение ТП.

124 РЕАЛИИ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА КардиоВаскулярных Заболеваний (РЕКВАЗА)

Переверзева К. Г.

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

Введение. Фибрилляция предсердий (ФП) - одна из важнейших проблем кардиологии, связанная с негативным влиянием ФП на прогноз и качество жизни пациента, средством улучшения которых является профилактика тромбоэмболических осложнений (ТЭО).

Цель. Оценить частоту назначения, вид антитромботической терапии у больных с ФП в поликлинической практике.

Материалы и методы. В РЕГИСТР КардиоВаскулярных Заболеваний (РЕКВАЗА) включены 530 пациентов с ФП, обратившиеся за медицинской помощью в три случайно отобранные поликлиники Рязанской области в 2012 - 2013 годах. Жизненный статус пациентов отслеживался через 12 месяцев после включения в регистр.

Результаты. Медиана возраст пациентов - 74,5 года (64,6; 81,1).

Медиана баллов для всех пациентов с ФП при оценке риска ТЭО по шкале CHA₂DS₂-VASc - 5,0 (4,0; 6,0), при этом значение CHA₂DS₂-VASc равное единице - только у 2 пациентов (0,4%).

При оценке риска геморрагических осложнений по шкале HAS-BLED медиана баллов составила 2,0 (1,0; 2,0), значение HAS-BLED ≤2 имели 454 пациента (85,7%), а HAS-BLED ≥3 - 76 пациентов (14,3%). В амбулаторных картах пациентов оценка риска кровотечений и ТЭО не регистрировалась.

188 пациентам (35,5%) на индексном визите не была назначена антитромботическая терапия, медиана баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc для них составила 5,0 (4,0; 6,0), по шкале HAS-BLED - 1,0 (1,0; 2,0). Один антитромботический препарат был назначен 310 (58,5%) пациентам, медиана баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc при этом составила 5,0 (4,0; 6,0) баллов, по шкале HAS-BLED - 2,0 (2,0; 2,0). Двойная антиагрегантная терапия была назначена 10 пациентам (1,9%), медиана баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc - 4,5 (3,3; 6,5), по шкале HAS-BLED - 2,0 (1,0; 2,0). 22 пациентам (4,2%) были назначены оральные антикоагулянты (ОАК) (17 пациентам (77,3%) - варфарин, 2 (9,1%) - варфарин совместно с аспирином и 3 (13,6%) - новые ОАК), медиана баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc для них - 3,5 (2,3; 4,0), по шкале HAS-BLED - 1,0 (0;1,0). При анализе данных было выявлено, что пациенты, получавшие ОАК, имели статистически значимо меньшие (p<0,05) показатели риска развития ТЭО по сравнению со всеми другими группами пациентов и меньшие показатели риска развития геморрагических осложнений по сравнению с пациентами, получавшими терапию одним антиагрегантом (p<0,05). При сравнении других групп пациентов по шкале ТЭО достоверных различий получено не было. При сравнении групп пациентов по шкале геморрагических осложнений достоверно меньшие показатели по ней имели пациенты, не получавшие антитромботических препаратов в сравнении с пациентами, получавшими один антитромботический препарат (p<0,05). Для других групп достоверных различий по шкале HAS-BLED получено не было.

Жизненный статус пациентов с ФП в течение последующих 12 месяцев был установлен у 522 пациентов (98,5%), из которых - 39 пациентов (7,5%) умерло, в том числе 30 (76,9%) - от сердечно-сосудистых причин. При анализе группы умерших выявлено, что 1 из пациентов (2,6%) получал ОАК (варфарин), 22 (56,4%) - аспирин или клопидогрель, 16 (41,0%) - не получали

антитромботических препаратов. Таким образом, доля умерших среди пациентов, получавших ОАК – 4,5%, среди получавших один антитромботический препарат – 7,1%, не получавших антитромботических препаратов – 8,5%.

Заключение. Назначение и выбор антитромботической терапии у пациентов с ФП в реальной поликлинической практике происходит без учета риска ТЭО и кровотечений. Антикоагулянтная терапия была назначена только 4,2% пациентов, имеющих абсолютные показания к ее назначению.

125 ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ УСТРОЙСТВАМИ С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМЫ УДАЛЕННОГО МОНИТОРИНГА CARELINK

Постол А.С. Иванченко А.В., Ляшенко В.В., Благоев Д.А., Постол А.С., Выговский А.Б., Шнейдер Ю.А.

ФГБУ «ФЦ ВМТ» Минздрава России, Калининград

Цель: оценить возможность диагностики желудочковых тахикардий и других нарушений сердечного ритма, потери синхронизации у пациентов с имплантированными устройствами при помощи системы удаленного мониторинга CareLink.

Количество пациентов с имплантированными устройствами неуклонно возрастает. Расстояние и время не позволяет пациентам регулярно приезжать в имплантирующий центр для проведения процедуры Follow-up, кроме этого в неотложных ситуациях (например, нанесение шока дефибриллятором) необходим своевременный контроль состояния пациента и устройства, перепрограммирование устройства, возможно изменение тактики ведения пациента.

За период 2013-2014 год в ФЦССХ имплантировано 103 устройства (ИКД CRTD). С 2014 года центр подключен к системе CareLink. К концу 2014 года к системе удаленного мониторинга CareLink подключено 70 пациентов. Также используется дополнительный сервис - DiscoveryLink, что позволяет анализировать события по следующим признакам:

1. Responder по CRTD (учитывается процент синхронизированной желудочковой стимуляции)
2. Срабатывания ИКД (мотивированные и немотивированные шоки)
3. Анализ впервые выявленных фибрилляций предсердий.

Для «максимально полезной» работы системы была использована следующая кратность работы в системе:

1. При возникновении «клинически значимых» событий - активная трансмиссия;
2. При получении Alert - в день получения;
3. Без данных за Alert - не реже 1 раза в неделю;
4. Частота «снятия» информации программируется исходя из клинической ситуации (чаще 1 раз в 3 недели);
5. Осмотр пациента, программирование устройства, определение тактики ведения.

За 2014 год в результате работы системы были выявлены следующие ситуации:

4 случая устойчивой желудочковой тахикардии, пациенты были активно вызваны, в 2 случаях проведено перепрограммирование устройств на вторичную профилактику ВСС, включена АТР терапия, которая при плановой программации показала свою эффективность. 2 пациента с устойчивыми пароксизмами ЖТ были направлены на эндо ЭФИ, РЧА субстрата желудочковой тахикардии.

У 3 пациентов с CRTD была выявлена потеря синхронизации. У 2 пациентов причиной явилась частая экстрасистолия, больным было проведено эндо ЭФИ, РЧА желудочковой эктопии, 1 больному у которого потеря синхронизации была связана с тахисистолией фибрилляции предсердий (несмотря на активную ритм урежающую терапию) была проведена катетерная трансвенная абляция атриовентрикулярного соединения.

Выводы: Использование системы удаленного мониторинга CareLink и Discovery Link- возможность выявлять различные «события», оценивать эффективность работы CRTD на удаленном расстоянии от пациента.

CareLink и Discovery Link-это значительное сокращение времени от наступления события до принятия клинического решения.

126 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ (FOLLOW-UP ЧЕРЕЗ 6-8 МЕСЯЦЕВ) ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ CRTD С ПРИМЕНЕНИЕМ АЛЬТЕРНАТИВНОГО СПОСОБА ИМПЛАНТАЦИИ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОГО ЭЛЕКТРОДА

Постол А.С., Иванченко А.В., Ляшенко В.В., Благой Д.А., Выговский А.Б., Шнейдер Ю.А.
ФГБУ «ФЦ ВМТ» Минздрава России, Калининград

Цель: Оценить основные параметры при Follow-up через 6-8 месяцев после имплантации CRTD с применением альтернативного способа имплантации левожелудочкового электрода

В ФЦ ВМТ г. Калининграда левожелудочковый электрод был имплантирован 4 пациентам с отсутствием вены коронарного синуса достаточного диаметра. Отдаленные результаты в сроки 6-8 месяцев исследованы у 2 пациентов. В оптимальной для стимуляции позиции была выполнена трансептальная эндокардиальная имплантация электрода. При выписке проводилось программирование устройства, оценивались основные параметры ЭКС. Следует отметить, что сразу обращало на себя внимание то, что комплекс QRS при данном альтернативном способе имплантации имел значительную динамику. У всех пациентов QRS исходно более 146 мс, после имплантации устройств QRS 122-118-126 мс соответственно.

При программировании CRTD через 6 месяцев мы получили следующие данные (оценивали показатели % Vp, ширину комплекса QRS, ФВ% и диссинхронию по данным ЭХОКГ)

1. Все пациенты явились ответчиками- Responder по CRTD. По данным ЭХОКГ ФВ% выросла более чем на 10%: 1 пациент-20%-27%-39%, 2 пациент- ФВ возросла с 18% до 35% со стабилизацией на 35% .

2. Диссинхронии миокарда выявлено не было, комплекс QRS оставался на ранее определенных показателях, не более 124мс.

3. Процент желудочковой стимуляции у всех пациентов составлял от 99.2 до 99.7%.

4. Пороги стимуляции в т.ч и на LV были не более 1.2.

Кроме этого при проведении ЧПЭХОКС, трансторакальной ЭХОКС, программировании ЭКС Не получено информации:

за наличие тромбов в полостях сердца и на электродах;
стимуляции диафрагмы
сброса слева-направо;
тромбоэмболических осложнений.

Выводы: при Follow-up через 6-8 месяцев с использованием альтернативного транссептального способа имплантации левожелудочкового электрода у пациентов с CRTD выявлены четкие данные перехода пациентов в группу Responder по CRTD- увеличению ФВ%, высокий процент желудочковой стимуляции, значительная динамика по ширине QRS комплекса, регресс диссинхронии миокарда. Транссептальная имплантация в эндокардиальную позицию левожелудочкового электрода у пациентов с CRT- эффективный и безопасный альтернативный метод CRT.

127 ЛАБОРАТОРНЫЙ КОНТРОЛЬ: РОЛЬ ФИБРИНОЛИЗА В ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИЕМА ДАБИГАТРАНА

Суханов В. А., Власова Н. В.

ГБУЗ «Свердловская областная клиническая больница №1», Екатеринбург, Россия

Антикоагулянты применяются для профилактики ишемических инсультов у больных с фибрилляцией предсердий (ФП). В последние годы широко используются новые антикоагулянты, в частности прадакса. Однако при приеме прадаксы наблюдаются и геморрагические, и тромбоемболические события, что описано в литературе и встречается в реальной клинической практике.

Целью данной работы явилось оценить возможности тромбоэластографии (ТЭГ) для мониторинга эффективности и безопасности приема прадаксы.

Методом ТЭГ оценивали фибринолиз (F, норма 70-130%). Обследовали 225 пациентов, с диагнозом ФП, принимающих прадаксу в дозе 75 – 300 мг; 124 женщины, 101 мужчины; средний возраст 67 ± 10 лет; у 2 (0,89%) больных наблюдались рецидивирующие транзиторные атаки, геморрагические осложнения были у 15 (6,67%) пациентов.

У 22 (9,78%) обследованных выявлено угнетение фибринолиза, включая больных с тромбоемболическими осложнениями, $F=57 \pm 8,4\%$ (табл. №1). Доза прадаксы у 11 больных составляла 110 мг 2 раза в сутки, 9 пациентов получали прадаксу в дозе 75 мг 2 раза и 2 больных принимали максимальную дозу прадаксы 150 мг 2 раза в сутки. Наблюдалась средняя положительная корреляция между дозой прадаксы и уровнем фибринолиза ($r=0,52$). Увеличение дозы прадаксы приводило к нормализации или умеренной активации фибринолиза. Рецидивирующие транзиторные атаки и угнетение фибринолиза на фоне приема прадаксы в максимальной дозе явилось причиной перевода больных на другие препараты. После коррекции дозы прадаксы и переводе пациентов на другие препараты тромбоемболические события не наблюдались.

При активации фибринолиза взаимосвязь между дозой прадаксы и уровнем фибринолиза исчезает (табл. №1), что говорит о непредсказуемости ответа организма, индивидуальной вариабельности реакции пациентов при приеме прадаксы. По мере активации фибринолиза, растет число геморрагических осложнений (таб. №1), которые наблюдались при приеме прадаксы в разных дозах от 75 мг до 300 мг в сутки. Выраженная активация фибринолиза и геморрагические осложнения были причиной уменьшения дозы препарата или отмены прадаксы в зависимости от принимаемой дозировки, что позволило предотвратить и прекратить осложнения.

Тромбоэластография может применяться для контроля эффективности и безопасности приема прадаксы. Определение фибринолиза методом ТЭГ у пациентов при приеме прадаксы позволяет выявить группу риска по тромбоемболическим осложнениям и вовремя скорректировать дозу препарата, повышая эффективность приема. Индивидуальный подход к пациентам при подборе дозы прадаксы повышает безопасность приема антикоагулянта.

Таблица №1. Результаты исследований.

	Возраст, лет	Доза прадак-сы, мг	Фибринолиз, F, %	r (доза – фибринолиз)	Осложнения
Угнетение фибринолиза n=22, муж.-10, жен.-12	65±14	75 - 300	57±8,4	0,51	2 (9,09%) пациента – рецидивирующие ТИА
Фибринолиз в пределах нормы, n=92, муж.-37, жен.-55	68±9	75 - 300	100±14	0,02	4 (4,3%) пациента – геморрагические проявления
Активация фибринолиза 130-160%, n=37, муж.-14, жен.-23	69±9	75 - 300	145±7	0,1	2 (5,4%) пациента – геморрагические проявления
Активация фибринолиза 160-180%, n=16, муж.-5, жен.-11	66±10	75 - 300	171±6	-0,14	1(6,25%) пациент – геморрагические проявления
Активация фибринолиза 180-200%, n=23, муж.-14, жен.-9	69±14	75 - 300	193±5	0,16	
Активация фибринолиза 200-300%, n=13, муж.-8, жен.-5	64±16	75 - 300	242±23	-0,32	1 (7,69%) пациент – геморрагические проявления
Активация фибринолиза >300%, n=22, муж.-13, жен.-9	70±9	75 - 300	>300	0,24	5 (22,7%) пациентов – геморрагические проявления

128 МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ГЕНЕРАТОРА СЕРДЦА ПО ДАННЫМ ПОВЕРХНОСТНОГО ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО КАРТИРОВАНИЯ

Угнич К. А.

СамГМУ учебно-производственный центр симуляционного обучения, Самара, Россия

Введение: существенные преимущества поверхностного картирования (ПК) электрического поля сердца (ЭПС) перед ЭКГ-12 по точности диагностики обусловлены не только увеличением объёма исходной информации при измерении потенциала множественными отведениями, распределёнными по поверхности грудной клетки, но и открывающимися возможностями более содержательной и подробной оценки электрофизиологических характеристик сердца в норме и патологии.

Цель: по данным ПК ЭПС разработать модель биоэлектрического генератора сердца, предназначенную для решения обратной электродинамической задачи.

Материалы и методы: двухэтапная процедура построения пространственно-временной модели кардиоэлектрического генератора. Для построения пространственной модели генератора использовался метод аппроксимации потенциала для картирования кардиоэлектрического поля, основанный на разложении потенциала в ряд пространственных сферических функций до 3-го порядка, приспособленных к ассиметрическому расположению сердца в грудной клетке и форме поверхности, ограничивающей её как объёмный проводник. Рассматриваемый метод пространственной аппроксимации потенциала базируется на физических закономерностях, связывающих потенциал в разных точках поверхности тела. Общепринятая физико-математическая трактовка заключается в том, что электрический генератор сердца описывается конечным набором изменяющихся во времени характеристик, или компонент генератора, связанных линейными соотношениями с поверхностным потенциалом. В связи с чем существует возможность построения модели зависимости этого потенциала от времени, т.е. динамической модели кардиогенератора. При этом изменение параметров пространственной модели можно описать многомерным процессом авторегрессии. Рассматриваемый подход основан на идее взаимосвязи авторегрессионных моделей с динамическими системами, описывающими исследуемые процессы - в данном случае эволюцию электрофизиологических процессов в сердце. Однако стандартные методы оценивания параметров многомерной авторегрессии типа метода наименьших квадратов (МНК) неприемлимо. Для решения задачи построения динамической модели кардиогенератора был специально разработан нелинейный метод наименьших квадратов (НМНК).

Результаты: на первом этапе построена модель электрической стенки сердца в виде тонкостенной сферической оболочки для последовательных моментов периода деколонизации желудочков и соответствующий ей эквивалентный генератор, который в этот период создает электрический процесс в миокарде в виде двойного слоя источников тока с приблизительного постоянной плотностью дипольного момента. На втором этапе построена модель эволюции системы (в данном случае генератор и его поле) с дискретным временем, являющаяся реконструкцией будущих электрофизиологических процессов в сердце на основе его биоэлектрической активности, что позволяет своевременно выявлять признаки электрофизиологического ремоделирования миокарда (ЭРМ) и прогнозировать развитие угрожаемых для жизни аритмий.

Заключение: клиническая пробация и экспериментальное тестирование математической модели кардиоэлектрического генератора показали целесообразность её использования в кардиологической практике при проведении ПК ЭПС в сочетании с биофизическими методами диагностического анализа при решении обратной электродинамической задачи.

129 СПЕКТР МУТАЦИЙ В ГЕНАХ RCP2 И DSG2 У БОЛЬНЫХ С АРИТМОГЕННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Шестаков А. Г.¹, Благова О. В.², Яковлева М. В.¹, Фролова Ю. В.¹, Дземешкевич С. Л.¹, Заклязьминская Е. В.¹

¹ФГБНУ Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В.Петровского, Москва, Россия,

²Клиника факультетской терапии им. В.Н.Виноградова I МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Введение: Аритмогенная кардиомиопатия правого желудочка (АКПЖ) – наследственное заболевание, характеризующееся фиброзно-жировым замещением миокарда правого желудочка, специфическим паттерном ЭКГ, жизнеугрожающими желудочковыми нарушениями ритма. Описаны случаи бивентрикулярного поражения миокарда, а также формы заболевания с преобладанием поражения левого желудочка. Заболевание может длительное время протекать малосимптомно, что делает его раннюю диагностику достаточно сложной. Часто первым и единственным проявлением заболевания является внезапная сердечная смерть. Диагноз АКПЖ устанавливается на основе диагностических критериев, предложенных Marcus et al. в 2010 году. Выявление мутаций в генах, ответственных за развитие АКПЖ, является значимым критерием для постановки достоверного диагноза заболевания. В 25-40% случаев АКПЖ обусловлена мутациями в гене плакофилина RCP2, в 12-40% случаев - мутациями в гене десмоглеина DSG2. Скрининг мутаций в генах RCP2 и DSG2 рекомендован экспертной группой HRS/EHRA.

Цель: Изучить генетический полиморфизм генов RCP2 и DSG2 у больных с аритмогенной кардиомиопатией правого желудочка для верификации диагноза.

Материалы и методы: Клиническое и генетическое обследование было проведено 32 пациентам из 30 неродственных семей. Средний возраст манифестации у пробандов составил 41 год. Клиническое обследование включало ЭКГ, 24-часовое ХМ, ЭхоКГ, МРТ сердца, биопсию миокарда. Генетическое обследование включало прямое секвенирование кодирующей последовательности и прилегающих областей генов RCP2 и DSG2. По запросу семьи была выполнена ДНК-диагностика родственникам пробанда с выявленной мутацией. Прогностическое значение выявленных генетических вариантов оценивалось с помощью программы PolyPhen2.

Результаты: Поиск мутаций в генах RCP2 и DSG2 был выполнен 32 пациентам с диагнозом АКПЖ, поставленным на основе диагностических критериев 2010 г. В лаборатории медицинской генетики ФГБНУ РНЦХ впервые в России разработана ДНК-диагностика всех известных генетических вариантов заболевания.

В гене RCP2 у четырех пациентов из трех неродственных семей были выявлены мутации: p.W538*, c.1523_1538del, p.S140F. Манифестация заболевания пришлась на 4-5ую декаду жизни. У пациентов отмечались синкопальные состояния, правожелудочковая экстрасистолия, устойчивая желудочковая тахикардия. ИКД имплантирован или рекомендован.

В гене DSG2 у четырех пробандов из четырех неродственных семей были выявлены миссенс-мутации p.S194L, p.V533I, p.N245H и p.R49H, и вариант с неясным клиническим значением p.V158G. Манифестация заболевания пришлась на 3ую декаду жизни. У данных пациентов отмечались устойчивая желудочковая тахикардия, гипертрофия ПЖ, выраженный фиброз и липоматоз. ИКД имплантирован или рекомендован.

У пациента 26 лет выявлена мутация p.S194L в гомозиготном состоянии в гене DSG2, что может служить результатом общего происхождения аллелей или делецией второго аллеля.

Диагноз АКПЖ для носителей мутаций методами ДНК-диагностики подтвержден. Частота

выявления мутаций в выборке российских больных составила 23,3%, что ниже суммарной частоты выявления мутаций в европейских выборках больных с АКПЖ.

Заключение: Нами были выявлены 7 мутаций в двух генах, мутации в которых ответственны за две самые частые формы АКПЖ. Результаты генетического обследования пациентов с АКПЖ и их родственников имели весомое значение для верификации диагноза и определения тактики лечения.

РАЗДЕЛ IX. НЕКОРОНАРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

130 ПЕРИПАРТАЛЬНАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, ПРОГНОЗ

Веселовская Н. Г.¹, Чумакова Г. А.², Миронова Н. Г.³, Гриценко О. В.¹, Никулина Е. Г.³.

¹НИИ Комплексных проблем сердечно - сосудистых заболеваний, Кемерово, Россия,

²ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет МЗ РФ, Барнаул, Россия,

³КГБУЗ Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул, Россия

Перипартальная кардиомиопатия (ПКМП) ассоциируется с тяжелой сердечной недостаточностью и высокой смертностью у женщин репродуктивного возраста. Патогенез ПКМП и факторы риска до настоящего времени изучены недостаточно, в связи с чем, актуальным направлением в кардиологии является оценка клинического течения, исходов и анализ маркеров прогноза дилатационной кардиомиопатии связанной с беременностью и родами. Цель исследования: Оценить клинические особенности и провести анализ исходов у женщин с ПКМП.

Материалы и методы: В анализ были включены пациентки (n=5) с ПКМП в возрасте 19-38 лет (26,4±3,4 лет) в период с 2012 по 2014 гг, проходившие стационарное лечение и последующее наблюдение в течение двух лет в Алтайском краевом кардиологическом диспансере. ПКМП диагностировалась при условии фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ)<40% в последний триместр беременности или первые пять месяцев после родов, при условии отсутствия других причин дилатации миокарда левого желудочка и хронической сердечной недостаточности.

Результаты: У двух пациенток дебют ПКМП был диагностирован в последний месяц беременности, у трех в послеродовом периоде через 7,0±0,5 недель. Средняя ФВЛЖ по Тейхольцу составила 28,6±3,4%, среднее расчетное систолическое давление в правом желудочке 59,0±7,6 мм. рт. ст. Из характерных особенностей обращает на себя внимание тяжелое течение ХСН с развитием экссудативного плеврита, асцита у всех наблюдаемых пациенток, наличие у большинства тромботических осложнений (в двух случаях определялся тромб в левом желудочке, в одном случае тромбоз правой подключичной вены). При анализе лабораторных показателей у всех пяти пациенток (100%) при поступлении определялась анемия средней степени тяжести с гемоглобином крови 86,2±4,5 г/л и снижение альбуминов в плазме 27,4±5,1 г/л. Кроме того, у четырех из пяти пациенток наблюдался рестриктивный тип диастолической дисфункции (ДД). С момента поступления помимо общепринятой терапии ХСН все пациентки получали бромкриптин 5 мг в сутки в течение двух недель и 2,5 мг на протяжении двух месяцев после уточнения диагноза.

Благоприятный исход в течение двух лет наблюдался у трех пациенток - улучшение сократительной функции миокарда было зафиксировано через три месяца после дебюта

заболевания на фоне регулярной терапии и соблюдения режима с постепенным увеличением ФВЛЖ до нормальных показателей в течение первого года. Одна пациентка умерла через пять месяцев после дебюта ХСН, но в данном случае отсутствовала рекомендованная терапия и соблюдение режима по социальным причинам. Одна пациентка находится в процессе наблюдения.

Заключение: Таким образом, в нашем исследовании у всех пациенток наблюдалась тяжелое течение ХСН с выраженным снижением ФВЛЖ, рестриктивным типом ДД, анемией средней степени тяжести и гипоальбуминемия. В дальнейшем анализ клинических случаев ПКМП с оценкой факторов риска возникновения, маркеров прогноза с созданием рискметра для беременных является важным направлением в профилактике данного жизнеугрожающего состояния для матери.

131 АССОЦИАЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ СО СНИЖЕНИЕМ РЕГИОНАЛЬНОЙ МИОКАРДИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПО ДАННЫМ МЕТОДА ДВУХМЕРНОЙ ДЕФОРМАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Комиссарова С. М., Захарова Е. Ю., Севрук Т. В., Устинова И. Б.

РНПЦ «Кардиология» Минск, Беларусь

Пациенты с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП) характеризуются высоким риском развития жизнеугрожающих аритмий и внезапной сердечной смерти (ВСС). В настоящее время целый ряд клинических и инструментальных показателей рассматриваются в качестве предикторов желудочковых аритмий и ВСС. Показано, что технология двухмерной ЭхоКГ деформации (2D Strain) является точным методом измерения глобальной и региональной функции миокарда у пациентов с ГКМП. Снижение региональной миокардиальной функции, выявляемое по данным 2Д стрейн, соответствует зонам фиброза миокарда, которые способны служить потенциальным субстратом для циркуляции волн re-entry при желудочковых тахикардиях. Целью данного исследования было изучение ассоциации неустойчивой желудочковой пароксизмальной тахикардии (НЖТ) со снижением региональной миокардиальной функции по данным 2 Д стрейн-ЭхоКГ у пациентов с ГКМП.

Материал и методы: обследовали 28 пациентов с обструктивной формой ГКМП (женщин 8 и мужчин 20, средний возраст $46,0 \pm 12,9$). Стандартное ЭхоКГ исследование проводили на ультразвуковой системе экспертного класса Vivid 7 Dimension (General Electric, США) и определяли показатели, стандартно используемые при оценке структурных изменений при ГКМП. Измерение продольной деформации миокарда проводилось в трех апикальных позициях (по продольной оси, четырехкамерной и двухкамерной позициях). Показатели глобального продольного стрейна были проанализированы по 17-сегментной модели (6 базальных, 6 средних и 5 апикальных сегментов) у пациентов с ГКМП по парастернальной короткой оси, верхушечной четырехкамерной оси, в 3- 2-камерной позиции. Средние значения регионального стрейна были проанализированы в каждом из 17 сегментов.

Результаты: у 15 из 28 (53,6%) пациентов с ГКМП при ХМ ЭКГ регистрировали эпизоды неустойчивой желудочковой пароксизмальной тахикардии (НЖТ). Показатель толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП) имел тенденцию к увеличению ($23,7 \pm 4,56$ против $20,8 \pm 2,75$, $p=0,06$) у пациентов с наличием эпизодов НЖТ по сравнению с их отсутствием. По данным 2 Д стрейн ЭхоКГ значимое снижение глобального продольного стрейна (GL ST) выявлено у пациентов с наличием НЖТ (GL ST $-11,3 \pm 2,46$ против $-16,2 \pm 4,28$, $p=0,001$). При анализе каждого из сегментов в 17-сегментной модели определили значимое снижение величины стрейн в базальных

передне-перегородочных сегментах ($-8,27 \pm 4,6$, против $-12,7 \pm 4,8$, $p=0,02$) и в базальных средних сегментах ($-12,8 \pm 5,85$ против $-19,33 \pm 3,65$, $p = 0,0001$) у пациентов с НЖТ по сравнению без НЖТ.

Заключение: снижение продольного стрейн в базальных передне-перегородочных и базальных средних сегментах у пациентов ГКМП с наличием эпизодов НЖТ может быть дополнительным маркером в определении риска развития желудочковых аритмий и идентификации пациентов с высоким риском ВСС.

132 ЭНДОКАРДИТА

Мальцева Н. В., Лапутенко Т. А., Горбатовский Я. А., Лыкова О. Ф.

ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, Новокузнецк, Россия

В последнее время отмечается увеличение уровня заболеваемости инфекционным эндокардитом (ИЭ), который наблюдается в любом возрасте, в том числе у детей и у пожилых пациентов. Неблагоприятный прогноз отмечается более чем в 80% случаев. В группу повышенного риска входят лица с врожденными и приобретенными пороками сердца, после операций на сердце, коронарных артериях, с иммунодефицитными состояниями, а так же употребляющие наркотики внутривенно. Поиск прогностических маркеров ИЭ актуален в связи с его поздней диагностикой, увеличением оперативных вмешательств и диагностических манипуляций на сердце, ростом наркомании. Целью работы явилось определение генетической предрасположенности к ИЭ и оценка риска его развития на основе выявления нового патологического для ИЭ варианта гена.

Проведено генотипирование лиц с ИЭ (32 пациента), развившимся на почве внутривенной наркомании, врожденных и приобретенных пороков сердца, протезированных клапанов и других операций на сердце, иных иммунодефицитных состояний, и практически здоровых лиц (55 человек, контроль) по следующим полиморфным локусам генов: С-174G гена интерлейкина-6 (IL6), G-1082A гена интерлейкина-10 (IL10), I105V (A/G) и A114V (C/T) гена глутатион-S-трансферазы-π1 (GSTP1). У обследуемых забирали образцы венозной крови, выделяли геномную ДНК, проводили полимеразную цепную реакцию и детекцию ПЦР-продуктов с помощью горизонтального электрофореза. Использовали коммерческие реагенты и наборы для определения полиморфизмов в геноме человека (НПФ «ЛИТЕХ», г. Москва). Математическую обработку результатов исследований проводили с помощью пакетов статистических программ InStatII, Microsoft Excel. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез (p) принимался равным 0,05. Соответствие распределения частот генотипов равновесию Харди-Вайнберга определяли по стандартным формулам. Отклонений от равновесия Харди-Вайнберга во всех исследованных группах не наблюдалось ($p > 0,05$), кроме группы больных ИЭ при генотипировании по локусу GSTP1 I105V ($p=0,0001$). Достоверность различий в распределении частот аллелей и генотипов между группами больных и здоровых индивидов и относительный риск заболевания по конкретному признаку (соотношение шансов odds ratio, OR) оценивали двусторонним точным критерием Фишера.

У 88% больных ИЭ обнаружено носительство гетерозиготного генотипа GSTP1 I105V, у 3% – гомозиготного мутантного варианта GSTP1 V105V, и только 9% больных имели нормальный гомозиготный генотип GSTP1 I105I. В группе контроля выявлено 35% гетерозигот GSTP1 I105V, 20% носителей мутантного генотипа GSTP1 V105V и 45% носителей дикого варианта GSTP1 I105I. Ассоциация с ИЭ для носительства гетерозиготного генотипа GSTP1 I105V оказалась существенной (достоверность разницы частот генотипа I105V в сравнении с контролем $< 0,0001$; OR = 13,3, $p < 0,0001$). Обнаружена положительная корреляционная связь гетерозиготного варианта I105V с ИЭ (коэффициент корреляции Спирмена равен 0,42; $p < 0,0001$), а носительство генотипа I105I отрицательно связано с заболеванием (коэффициент корреляции Спирмена равен $- 0,3258$, $p=0,0008$).

Связи остальных тестируемых полиморфизмов с ИЭ не обнаружено.

Заключение. Генотипирование по полиморфному локусу I105V гена GSTP1 пациентов группы риска позволяет выявить высокую генетическую предрасположенность к развитию инфекционного эндокардита, связанную с носительством гетерозиготного варианта I105V; в группу риска входят лица с врожденными или приобретенными пороками сердца, протезированными клапанами и другими операциями на сердце, коронарных артериях, с иммунодефицитными состояниями, а также наркоманы с угрозой развития тяжелой инфекции.

133 РАЗЛИЧИЯ ЭКГ-ПРИЗНАКОВ У БОЛЬНЫХ С ПОДТВЕРЖДЕННОЙ И НЕПОДТВЕРЖДЕННОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Муллова И.С.², Куракина Е.А.¹, Павлова Т.В.^{1,2}, Дупляков Д.В.^{1,2}

¹ГБУЗ Самарский областной клинический кардиологический диспансер,

²ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава РФ

Введение. Течение многих заболеваний может осложняться развитием тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), симптоматика которой полиморфна и неспецифична. ТЭЛА характеризуется высоким риском возникновения осложнений, рецидивов и летального исхода. Согласно статистическим данным, в структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) ТЭЛА занимает третье место после инфаркта миокарда и ишемического инсульта.

Цель: изучить различия между изменениями на ЭКГ пациентов с подтвержденной и неподтвержденной тромбоэмболией легочной артерии.

Материалы и методы: Была проведена экспертиза данных 321 пациента, последовательно госпитализированных с подозрением на ТЭЛА с 03.01.2010 по 17.07.2013г.г. Диагноз ТЭЛА после осмотра был исключен у 65 пациентов (32/33, средний возраст 53,1±14,34 лет), они составили I группу. Во II группу вошли 256 пациентов с ТЭЛА, подтвержденной в ходе последующего обследования (128/128, средний возраст 58,3±13,5 лет). Проанализированы анамнестические данные, клинические и физикальные признаки, изменения на ЭКГ. Электрокардиография явилась обязательным методом обследования больных с подозрением на ТЭЛА, хотя его чувствительность и специфичность в подтверждении легочной эмболии низка.

Результаты. В нашем исследовании, существенные различия между пациентами с подтвержденной и неподтвержденной ТЭЛА были только по одному ЭКГ-признаку – инверсии зубца Т в правых грудных отведениях V1-V3 (15,4% против 42,6%, $p = 0,0001$). Блокада правой ножки пучка Гиса (БПНПГ) присутствовала в 16,9% против 24,6% больных, соответственно, и «классический» паттерн McGinn-White (SI-QIII) был зарегистрирован в 29,2% против 41,4% ($p = \text{нз}$ для обоих). Все три признака (инверсия з.Т, БПНПГ, SI-QIII) встречались только у 7% пациентов с подтвержденной ТЭЛА. Кроме того, у 21 (8,2%) пациента с подтвержденной ТЭЛА отсутствовали какие-либо патологические изменения на ЭКГ.

Заключение. В ходе исследования было выявлено только одно достоверное различие ЭКГ-признаков между пациентами с подтвержденной и неподтвержденной ТЭЛА, а именно формирование отрицательных з.Т в правых грудных отведениях (V1-V3), что отражает перегрузку правых отделов сердца. Все другие ЭКГ-признаки, в том числе БПНПГ и SI-QIII, имеют сходную распространенность и свидетельствуют о легочной гипертензии вследствие врожденных и приобретенных пороков сердца, ХОБЛ и т.д.

134 ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ – ДНК-ДИАГНОСТИКА В ДВУХ СЕМЬЯХ.

Поляк М. Е., Огородникова Н. А., Шестаков А. Г., Румянцева В. А., Заклязьминская Е. В., Дземешкевич С. Л.

ФГБНУ «Российский Научный Центр Хирургии им. акад. Б.В. Петровского», Москва, Россия

Введение: Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) - аутомно-доминантное заболевание, характеризующееся гипертрофией стенок левого желудочка и/или межжелудочковой перегородки, высокой частотой нарушений сердечного ритма и риском внезапной сердечной смерти (ВСС). Известны около 20 генов, кодирующих саркомерные белки миокарда, ответственных за развитие заболевания. Наиболее частые генетические формы ГКМП вызваны мутациями в генах MYH7 и MYBPC3, кодирующих тяжелые цепи бета-миозина и миозин-связывающий белок С соответственно. Частота мутаций в каждом из них составляет 20-24% среди больных с ГКМП. До 5% пациентов с ГКМП являются носителями нескольких мутаций в генах саркомерных белков, у них могут наблюдаться более тяжелые проявления заболевания.

Цель. Целью нашего исследования было сравнить клинические проявления в двух неродственных семьях, где у пробандов было выявлено по 2 мутации в одном или нескольких генах саркомерных белков.

Материалы и методы. Семья И. обратилась за консультацией и ДНК-диагностикой в связи с ВСС дочери 14 лет с диагнозом ГКМП. Семья А. обратилась за консультацией в связи с эпизодами нарушения ритма у пробанда 31 года. Обследование членов семьей включало ЭКГ, 24-часовое Холтеровское мониторирование, ЭХО-КГ. Выделение ДНК из крови проводилось стандартными методами. У брата пробанда И. было проведено секвенирование методом Сенгера кодирующих и прилегающих интронных областей генов MYH7 и MYBPC3. Пробанду А. было проведено секвенирование на платформе Ion Torrent кодирующих и прилегающих интронных областей генов MYBPC3, TAZ, TPM1, ZASP, MYL2, ACTC1, MYL3, MYH7, TNNT2 с подтверждением обнаруженных генетических вариантов методом секвенирования по Сенгеру. У членов семьи И. методом рестрикционного анализа проводился поиск выявленных мутаций; анализ для семьи А. выполнялся методом секвенирования по Сенгеру таргетных фрагментов гена.

Результаты. По результатам клинического обследования семьи И. была выявлена ГКМП у брата пробанда (4 года, МПЖ 18 мм), утолщение МПЖ у матери. Были выявлены следующие генетические изменения: у брата пробанда - p.R249Q в гене MYH7 в гетерозиготном состоянии и p.S236G в гене MYBPC3 в гетерозиготном состоянии. В ходе семейного анализа мутация p.R249Q в гене MYH7 была выявлена у матери пробанда. Замена p.S236G в гене MYBPC3 была выявлена у отца и средней сестры пробанда. У пробанда А. была выявлена ГКМП. По результатам ДНК-диагностики у пробанда А. было выявлено 2 мутации в гене MYBPC3: мутация p.R326Q и мутация p.Q1233*, приводящая к образованию преждевременного стоп-кодона и к появлению укороченного белка. Для сына пробанда А. был проведен поиск мутаций p.R326Q и p.Q1233*, обе мутации выявлены в гетерозиготном состоянии. Одновременное наследование двух мутаций сыном пробанда А. позволяет сделать вывод об их расположении в одном аллеле. Таким образом, у пробанда А. имеется один мутантный аллель и один здоровый, в отличие от брата пробанда И. (независимое наследование двух мутаций). Этим, на наш взгляд, объясняются более легкие клинические проявления у пробанда А., в частности – более поздняя манифестация заболевания.

Заключение: Около 3-5% пациентов с первичной ГКМП являются носителями двух мутаций в заинтересованных генах. Обычно наличие двух мутаций рассматривается как прогностически неблагоприятный фактор; риск ВСС у таких пациентов невозможно оценить традиционными методами. Однако для оценки взаимного расположения выявленных генетических вариантов и прогноза тяжести заболевания необходимо выполнение семейного исследования. Пациенты с двумя мутациями в одном аллеле могут рассматриваться как носители одного патогенного генетического варианта и иметь более благоприятный прогноз, чем пациенты с независимым наследованием двух мутаций.

135 СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ТРОМБОФИЛИИ

Сироткина О.В., Вавилова Т.В.

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

Венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО) объединяют несколько клинических форм – тромбоз глубоких вен (ТГВ), подкожных вен (тромбофлебит) и тромбоэмболию легочных артерий (ТЭЛА). Эти состояния встречаются в практике всех без исключения врачебных специальностей и несут угрозу здоровью и жизни пациентов. Современные представления о патогенезе тромбообразования позволяют выделить приобретенные и генетические факторы риска, которые ведут к формированию ВТЭО. В 1937 году Nygaard и Brown впервые использовали термин тромбофилия, характеризуя необъяснимую тенденцию к тромботическим эпизодам. В настоящее время общепринятым считается определение тромбофилии, сформулированное Американской коллегией торакальных специалистов (АССР): «Тромбофилия – это наличие одного или более следующих признаков: 1) дефицит антитромбина, протеина С, протеина S, 2) АПС-резистентность, 3) лейденская мутация фактора V (F V Leiden), 4) мутация гена протромбина (F2 G20210A), 5) гипергомоцистеинемия, в том числе вследствие гомозиготного носительства термолабильного варианта фермента метилентетрагидрофолат редуктазы (C677T MTHFR), 6) антифосфолипидные антитела (волчаночный антикоагулянт или антикардиолипиновые антитела), 7) увеличение активности фактора VIII или сниженный уровень протеина Z». Вопрос о расширении списка «тромбофильных» мутаций остается открытым. Требуются серьезные исследования и доказательная база степени риска носительства дефекта для того, чтобы причислить его к наследственной тромбофилии. Именно поэтому количество таких генетических дефектов на сегодняшний день строго ограничено. Все известные на настоящий момент генетические факторы риска развития ВТЭО можно разделить на три группы – строгие, умеренные и слабые (strong, moderate and weak genetic risk factors), которые увеличивают относительный риск развития ВТЭО более чем в 10 раз, в 2-10 раз и в 1.5-2 раза, соответственно. Причем частота встречаемости в популяции строгих факторов менее 1%, умеренных – около 5%, слабых – более 10%. Первыми идентифицированными строгими генетическими факторам риска ВТЭО стали дефициты естественных антикоагулянтов – антитромбина, протеина С и протеина S. Наиболее известными и хорошо изученными умеренными факторами риска развития ВТЭО являются лейденская мутация фактора V (Factor V Leiden или FVL) и мутация G20210A в гене протромбина (F2 G20210A). К умеренным факторам риска развития ВТЭ относится также группа крови. У лиц с 0 (ABO) группой крови наблюдается пониженный уровень фактора Виллебранда и фактора VIII свертывания крови, что снижает риск ВТЭ, соответственно индивидуумы с не 0 группой крови имеют в 2-4 раза больший риск развития ВТЭ. К слабым факторам риска развития ВТЭО следует отнести генетические

дефекты фибриногена, а также нарушения в генах, кодирующих компоненты системы фибринолиза, в первую очередь ингибитор активатора плазминогена типа 1 (PAI-1). В 2008 году Bezemer и соавторы проанализировали около 20000 однонуклеотидных замен в более чем 11000 генах у 3000 больных с первым эпизодом тромбоза и 5000 лиц контрольной группы и выявили несколько позиций, ассоциированных с ВТЭО, в генах CYP4V2, SERPINC1, GP VI и фактора IX. Однако следует отметить, что полногеномные исследования ассоциаций (Genome Wide Association Study – GWAS) подтвердили влияние на развитие ВТЭО локусов фактора V свертывания крови (F5), γ -фибриногена (FGG), фактора XI свертывания крови (F11) и группы крови.

РАЗДЕЛ X. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

136 ЦЕНТРАЛЬНОЕ АОРТАЛЬНОЕ СИСТОЛИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ С ГИПОТИРЕОЗОМ

Вахмистрова Т. К., Баталина М. В., Горбачева О. Н., Баталина И. А., Польшкин В. И.
ГАОУ Оренбургская РБ, Оренбург, Россия

Введение: многочисленные исследования последних десятилетий подтверждают взаимосвязь между состоянием щитовидной железы (ЩЖ) и риском развития сердечно-сосудистых заболеваний [Biondi B, 2004; Mitchell JE, 2013; Wang WY, 2013]. Гипотиреоз (ГТ) является наиболее частым вариантом нарушения функции (ЩЖ). ГТ способствует развитию нарушений липидного спектра, функции эндотелия, повышению жесткости магистральных артерий и периферического сосудистого сопротивления [Graettinger JS, 1958; O'Brien T, 1993; Lekakis J, 1997; Obuobie K, 2002; Nagasaki T, 2005]. Цель исследования: изучить центральное аортальное систолическое давление (ЦАД) у больных ГТ. **Материалы и методы:** обследовано 18 больных с диффузно-узловым зобом со сниженной функцией ЩЖ в возрасте от 23 до 63 лет ($44,25 \pm 15,75$), без сопутствующих заболеваний, проживающих в Оренбургском сельском районе и находящихся на диспансерном наблюдении у эндокринолога. Регистрировали ЦАД, систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) периферическое артериальное давление и число сердечных сокращений (ЧСС) Рассчитывалась разница между САД и ЦАД (амплификационное давление). Исследование выполнено методом аппланационной тонометрии на аппарате Λ -pulse CASPal (Сингапур). Данные ультразвукового и лабораторного исследований подтверждали диагноз. **Результаты:** среднее значение ЦАД $127,72 \pm 7,87$ мм.рт.ст. соответствовало верхней границе возрастной нормы, без гендерных различий (мужчины $127,01 \pm 7,07$ мм.рт.ст., женщины – $125,86 \pm 9,55$ мм.рт.ст). Периферическое систолическое и диастолическое давление (САД - $135,75 \pm 10,88$ мм.рт.ст. и ДАД - $83,54 \pm 9,30$ мм.рт.ст) и пульс (ЧСС $77,49 \pm 4,51$ уд/мин) соответствовали норме. Амплификационное давление ниже нормы $6,01 \pm 2,27$ мм.рт.ст., также без достоверных гендерных различий. **Заключение:** таким образом, показатели ЦАД у взрослых больных гипотиреозом оказались в пределах возрастной нормы без гендерных различий. Значимых корреляций между показателями ЦАД и выраженностью гипотиреоза (гормональный профиль) и содержанием основных компонентов липидного профиля плазмы не выявлено, что может быть связано с небольшим количеством пациентов.

137 ОЦЕНКА РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИЕЙ

Козлова Н. С¹., Давыдкин И. Л¹., Ройтман Е. В²., Лимарева Л. В¹., Колесникова И. М³., Румянцев С. А²., Дегтярева Ю. Е⁴.

¹ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия,

²ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия,

³ФГБУ ФНКЦ ДГОИ им. Д.Рогачева Минздрава России, Москва, Россия,

⁴ФФМ МГУ им. М.Ю.Ломоносова, Москва, Россия

Введение. Истинная полицитемия – это клоновое миелопролиферативное заболевание, характеризующееся возникновением мутаций в клетке-предшественнице миелопоэза и сопровождающееся пролиферацией всех 3-х ростков кроветворения, но преимущественно эритроидного. Основные клинические проявления связаны с эритроцитозом, тромбоцитозом, увеличением объема циркулирующей крови, а также повышением ее вязкости. На этом фоне возникают нарушения процессов микроциркуляции, что в свою очередь способствует развитию тромбозов. У 30-40% больных истинной полицитемией причинами летального исхода являются тромбозы различной локализации: инфаркт миокарда, инсульты головного мозга, тромбоэмболия ветвей легочной артерии, тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Средний возраст при постановке диагноза составляет 60 лет, а в 10% случаев встречаются лица молодого возраста. В связи с вышесказанным, актуальным является изучение гемореологических свойств крови и особенностей микроциркуляции с целью ранней диагностики и профилактики тромбогеморрагических осложнений.

Цель исследования: Проанализировать особенности вязкостных свойств крови, агрегации, дезагрегации и деформируемости эритроцитов, развивающихся на фоне истинной полицитемии.

Материал и методы исследования. Было обследовано 17 пациентов с истинной полицитемией, наблюдающихся в Самарском областном гематологическом центре. Группу сравнения составили 67 здоровых доноров. С помощью ротационного вискозиметра АКР-2 (Россия) были определены следующие показатели: вязкость плазмы при скорости сдвига 250 с⁻¹, величины вязкости цельной крови в диапазоне скоростей сдвига от 5 до 300 с⁻¹. Особенностью исследования явилось последовательное измерение вязкости цельной крови в одной и той же пробе сначала при снижении скорости сдвига от 300 до 5 с⁻¹, а затем при увеличении скорости сдвига от 5 до 300 с⁻¹.

Результаты. У наблюдаемых пациентов относительная вязкость крови не увеличена по сравнению с группой доноров (5,41 против 6,15, соответственно), но по абсолютным цифрам вязкость крови больных истинной полицитемией закономерно повышена («синдром гипервязкости»). При этом само по себе поведение гемореологической кривой в группе пациентов подобно таковому у здоровых доноров. Аналогичное наблюдение можно сделать при оценке процесса дезагрегации эритроцитов при повышении напряжения сдвига, следует отметить, что стойкость клеточных конгломератов оказалась несколько выше. В группе больных истинной полицитемией индекс деформируемости эритроцитов, полученный при измерении вязкости при нарастании скорости сдвига, был достоверно выше по сравнению с донорами (1,145 и 1,106, $p < 0,05$). Это свидетельствует как о наличии даже при высоких скоростях сдвига неразрушенных эритроцитарных агрегатов, так и об общем ухудшении деформируемости эритроцитов у таких больных.

Заключение. Выявленные особенности реологических свойств крови у больных истинной полицитемией указывают на нарушение процессов микроциркуляции даже на фоне современного лечения. Увеличение вязкости цельной крови, изменение индекса агрегации и деформируемости эритроцитов у пациентов с истинной полицитемией являются дополнительными диагностическими лабораторными признаками и могут служить факторами, которые необходимо учитывать при определении стратегии лечения пациентов и профилактики тромботических осложнений.

138 ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ПОЛИМОРБИДНОСТИ

Овчинникова Е. А., Захарова Н. О., Строкова А. Ю., Николаева А. В.

ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

В современном мире происходит изменение демографической структуры населения и к 2050 году число лиц в возрасте 60 лет и старше увеличится с 600 миллионов до почти 2 миллиардов человек, а доля лиц в возрасте 60 лет и старше, как ожидается, должна удвоиться с 10% до 21%.

Часто встречается такое сочетание заболеваний, как ишемическая болезнь сердца (ИБС) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). В настоящее время отмечается тенденция к увеличению количества больных с ХОБЛ и ИБС у людей старческого возраста. Это обусловлено общими факторами риска этих двух заболеваний. Взаимное отягощение ХОБЛ и ИБС основывается на объединении некоторых патологических звеньев: эндотелиальная дисфункция, нарушения тромبوцитарного гемостаза, изменение реологических свойств крови, гипоксия. С учетом большой распространенности полиморбидности у лиц старших возрастных групп, небольшого количества исследований, посвященных частоте сочетания ХОБЛ и ИБС в старческом возрасте, большой интерес вызывает изучение влияния ХОБЛ на патогенез, течение ИБС.

Цель исследования: оценить влияние стадий ХОБЛ на сосудисто-тромбоцитарный гемостаз у лиц старческого возраста с ИБС.

Материалы и методы: нами обследовано 98 человек в возрасте от 75 до 89 лет, проходивших обследование и лечение в Самарском областном клиническом госпитале для ветеранов войн. Больные были разделены на четыре группы: в первую группу включено 27 пациента с ИБС, стенокардией напряжения стабильной II функционального класса, ХСН II функционального класса и ХОБЛ II стадии (средний возраст – $84,2 \pm 5,4$ лет); во вторую группу включено 24 пациента с ИБС, стенокардией напряжения стабильной II функционального класса, ХСН II функционального класса и ХОБЛ III стадии; в третью группу вошло 26 пациентов с ИБС, стенокардией напряжения стабильной II функционального класса, ХСН II функционального класса (средний возраст – $81,5 \pm 3,7$ лет); в третью, контрольную, группу включено 21 пациент старческого возраста без клинических и инструментальных проявлений сердечно-сосудистой патологии (средний возраст – $82,3 \pm 4,9$ лет).

Тромбоцитарное звено гемостаза исследовали путем определения агрегации тромбоцитов на лазерном агрегометре (BIOLA Ltd., модель 230 LA). Определяли спонтанную агрегацию, агрегацию тромбоцитов в ответ на действие индукторов (АДФ 5 мкмоль/л, адреналин 5 мкг/л).

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакета прикладных программ Statistica 6,0. Для оценки достоверности различий между группами использовали критерий Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Значения спонтанной и индуцированной агрегации на воздействие АДФ, адреналина по кривой среднего размера агрегатов (СРА) у пациентов при физиологическом старении не отличаются от нормальных показателей, использованных в клинической лаборатории госпиталя. У больных с ИБС, стабильной стенокардией напряжения II ФК установлено достоверное повышение спонтанной агрегации ($p < 0,05$) и агрегации тромбоцитов на действие индукторов ($p < 0,05$) по сравнению с группой лиц без клинических и инструментальных проявлений сердечно-сосудистой и дыхательной патологии. У больных с ИБС, стабильной стенокардией напряжения II ФК с ХОБЛ наблюдали достоверное повышение спонтанной и индуцированной агрегации тромбоцитов по кривой СРА по сравнению с группой контроля; при чем результат ухудшается с утяжелением стадии течения заболевания.

Выводы. У лиц старческого возраста с ИБС, сочетанной с ХОБЛ, наблюдаются более выраженные изменения со стороны сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза, что коррелирует с показателями функции внешнего дыхания. Характерно увеличение тромбогенного потенциала крови, который связан с повышением функциональных способностей тромбоцитов.

139 ЭЛАСТИЧНОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМАЯ ДИЛАТАЦИЯ У БЕРЕМЕННЫХ НА РАЗНЫХ СРОКАХ ГЕСТАЦИИ.

Шанченко С. А., Липатова Т. Е.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Саратов, Россия

Артериальная гипертензия является одной из ведущих причин осложненного течения беременности, родов и послеродового периода, что диктует необходимость более раннего (доклинического) ее выявления и коррекции.

Цель работы: Оценить жесткость сосудистой стенки, состояние эндотелий-зависимой дилатации у беременных на различных этапах гестации.

Материалы и методы. Обследовано 62 беременные от 18 до 42 лет (средний возраст составил $27,81 \pm 0,92$ лет). Из них 20 (32,3%) находились в первом триместре беременности, 20 (32,3%) - во втором, 22 (35,4%) - в третьем. Определение артериальной ригидности проводилось на основе контурного анализа пульсовой волны объема при помощи прибора «Ангиоскан» с определением индекса аугментации (ИА), типа пульсовых кривых (ТК), индекса отражения (ИО); состояние эндотелий-зависимой дилатации – с помощью окклюзионной пробы, с определением индекса окклюзии (ИОк). В зависимости от наличия гестоза беременные 2-3 триместров были разделены на 2 группы: 1 группа (25 беременных – 59,5%) – без признаков гестоза; 2 группа (17 беременных - 40,5%) – с признаками гестоза. На момент обследования угроз прерывания беременности не было.

Результаты. Согласно полученным данным у беременных показатели ригидности сосудистой стенки (ИО, ТК,) коррелировали с наследственностью, отягощенной по артериальной гипертензии ($r = 0,539-623$). ИО при отягощенной наследственности составлял $25,9 \pm 1,31\%$, при не отягощенной ИО = $22,78 \pm 1,58\%$. При отягощенной наследственности отмечается уменьшение процентного соотношения ТК С ($76,9 \pm 2,36$ – при отягощенной наследственности и $81,21 \pm 3,88$ при неотягощенной), увеличение ТК В ($9,70 \pm 2,93$ при отягощенной, $8,56 \pm 2,74$ – при не отягощенной), что косвенно свидетельствует о более высоких значениях ИА у пациенток с отягощенной по АГ наследственностью. У беременных отмечена корреляция показателей жесткости сосудистой стенки с возрастом ($r = 0,588$).

Индекс окклюзии был достоверно выше ($p < 0,05$) в группе беременных с гестозом - $1,68 \pm 0,18$, чем у женщин с неосложненным течением беременности $1,29 \pm 0,09$. При этом в группе беременных с гестозом наблюдали корреляцию ИОк со сроком гестации ($r = 0,644$).

Выводы. У беременных с наследственностью, отягощенной по артериальной гипертензии, отмечается изменение показателей, свидетельствующих о более низкой эластичности сосудистой стенки (увеличение индекса отражения, увеличение процентного соотношения ТК В, уменьшение - ТК С), что требует тщательного мониторингования этого контингента женщин для своевременного проведения профилактических мероприятий. Для пациенток с гестозом характерно снижение функции эндотелия в артериях мелкого мышечного типа, ухудшающееся с течением беременности.

РАЗДЕЛ XI. ВЕГЕТАТИВНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА

140 ПРЕДИКТОРЫ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ СТРАДАЮЩИХ ИБС

Николаева А. В., Захарова Н. О.

Кафедра гериатрии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара, Россия

Введение: в настоящее время сердечно-сосудистые заболевания и в первую очередь ишемическая болезнь сердца (ИБС) продолжают оставаться ведущей причиной смертности в большинстве стран. Внезапная сердечная смерть (ВСС) составляет 15-20% всех ненасильственных случаев смерти. Несмотря на значительные усилия, прилагаемые для решения проблемы электрической нестабильности миокарда, надежного прогноза и профилактики ВСС, эти вопросы далеки от окончательного решения.

Имеется достоверная связь между вегетативной регуляцией сердечно-сосудистой системой и смертностью от сердечно-сосудистых причин, включая внезапную смерть. Экспериментальные доказательства зависимости частоты возникновения опасных для жизни аритмий и повышения активности симпатической либо угнетения парасимпатической части вегетативной нервной системы (ВНС) стимулировали разработку количественных маркеров вегетативной регуляции, из которых в настоящее время общепринятым является анализ вариабельности ритма сердца (ВРС). Анализ ВРС, является составляющей частью холтеровского мониторингования, широко применяется в кардиологии для оценки аритмий и является независимым предиктором в прогнозировании риска внезапной смерти.

Хотя автоматизм сердечной деятельности зависит в большей степени от состояния ткани синусового узла, частота сердечных сокращений и ее колебания во многом зависят от вегетативной нервной системы.

В покое влияние обеих частей ВНС на сердце уравновешено (вегетативный баланс). При стрессе, физической нагрузке активность симпатической части ВНС повышается, а парасимпатической - снижается. Сон, пищеварение характеризуются преобладанием парасимпатической части ВНС. Суточный ритм вегетативной активности характеризуется повышением в дневное время суток симпатических влияний на сердечно-сосудистую систему, в ночное – парасимпатических.

При старении рефлекторные влияния на сердечно-сосудистую систему ослабляются, возникает дезинтеграция различных уровней вегетативной регуляции сердечной деятельности. У пожилых людей на фоне общего снижения тонуса ВНС формируется относительное преобладание симпатической регуляции, что учитывая возрастзависимое снижение функциональных резервов сердечно-сосудистой системы, создает предпосылки для ухудшения коронарного кровообращения и возникновения аритмий, предшественников внезапной смерти.

Цель: изучение показателей ВРС у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы: вариабельность сердечного ритма изучалась у 60 пациентов с ИБС в возрасте от 60 до 82 лет, средний возраст 76,2 ± 1,2 лет, путем записи суточного мониторирования ЭКГ. Суточное мониторирование ЭКГ проводилось в условиях естественного двигательного режима с помощью комплекта оборудования фирмы "SCHILLER" (Швейцария), включающего двухканальный регистратор МТ-100 и анализатор на базе персонального компьютера IBM PC с программным обеспечением. Частотные параметры вариабельности сердечного ритма рассчитывались на персональном компьютере IBM PC с использованием быстрого преобразования Фурье из пакета программ STATISTICA 6.0.

Результаты: у больных хронической ИБС с наличием нарушений внутрисердечной гемодинамики отмечается возрастание минимальной ЧСС в течение суток и тенденция к увеличению частоты сердечных сокращений. У больных с инфарктом миокарда в анамнезе, выявлено не только снижение общей вариабельности сердечного ритма, но и вегетативный дисбаланс в сторону преобладания симпатической активности, как за счет значительного снижения вагусного тонуса, так и некоторого повышения симпатического влияния на синусовый узел. Циркадные колебания спектральных показателей ВРС снижаются при старении. У лиц пожилого и старческого возраста в дневное и ночное время суток соотношение симпатико-парасимпатического баланса и величина и относительной парасимпатической активности существенно выше, чем у молодых людей, что свидетельствуют о преобладании симпатической части вегетативной нервной системы.

Клинически ригидный циркадный ритм сердца ассоциируется с высоким риском развития угрожающими аритмиями и внезапной смертью. Снижение показателей вариабельности сердечного ритма, в частности, мощность низкочастотных компонентов и RMSSD, отражает быстроту реагирования синусового узла в ответ на парасимпатические импульсы, можно считать прогностически неблагоприятным фактором развития инфаркта миокарда.

Заключение: таким образом, прогностическим критерием нестабильного течения ИБС и предиктором внезапной сердечной смерти в пожилом и старческом возрасте является вегетативный дисбаланс с преобладанием симпатического влияния на сердце за счет снижения вагусного тонуса. У здоровых лиц пожилого возраста и большей степени у пациентов с ИБС уменьшается амплитуда циркадных ритмов вегетативной активности, возникает десинхроноз.

141 ПРИМЕНЕНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ТЕСТОВ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЙ У МАШИНИСТОВ

Пешкова С. В.¹, Щербакова О. А.¹, Брянцева Е. Н.².

¹Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия,

²НУЗ ДКБ ст. Чита-2 ОАО РЖД, Чита, Россия

Введение: определение variability ритма сердца является «золотым стандартом» в вегетологии.

Цель работы: оценить выраженность нарушений функций вегетативной нервной системы у пациентов с нейроциркуляторной дистонией (НЦД) и гипертонической болезнью (ГБ) с помощью проведения кардиоваскулярных проб у машинистов.

Материалы и методы: в исследование включены 64 мужчины с НЦД по гипертоническому типу и ГБ 1 стадии, находившихся на стационарном лечении в отделении кардиологии НУЗ ДКБ на ст. Чита-2 в период сентябрь 2013 г.- январь 2014 г. Диагнозы выставлены в соответствии с МКБ-10. Средний возраст больных составил 29±6 лет. Всем пациентам проводилась запись электрокардиограммы с определением variability ритма сердца и проведением кардиоваскулярных тестов на аппарате Нейро-Софт «Поли-Спектр». По результатам проведенных проб суммировались баллы, на основании которых оценивалась степень нарушений симпатической и парасимпатической вегетативной нервной системы (СНС, ПСНС). Статистическая обработка результатов проводилась в программе «Statistica 6.0».

Результаты: 1 гр- 36 (56%) больных НЦД по гипертоническому типу, 2 гр- – 28 (44%) пациентов с ГБ 1 стадией. Пограничное значение показателей, характеризующих нарушения функций ПСНС (К дых, К 30/15) на 16% и 3% (соответственно) встречались чаще у больных НЦД, чем у пациентов с ГБ, а значение показателя, характеризующего нарушение функции СНС (прирост АДД (изо)) на 30% у больных НЦД отмечалось чаще, чем у пациентов с ГБ. Патологические значения показателей К дых, К 30/15 у больных 1 гр. встречались реже в 1,5 и 3 раза (соответственно), чем у больных с ГБ. Патологическое значение показателя, прирост АДД (изо) на 29% было реже в 1 гр., чем во 2 гр. ($p<0,05$). К вальс, характеризующий нарушения функции СНС и ПСНС, в 11% наблюдался реже в 1 гр. по сравнению со 2 гр.. Изменений показателя снижение АДС (орто) в 1 гр. не выявлено, тогда, как во 2 гр. составило 7% больных. У 50% мужчин 1 гр. встречалось умеренное нарушение функций СНС и у 71% больных 2 гр., внутри групп статистически значимой разницы не выявлено ($p<0,7$). Умеренное нарушение функции ПСНС в 1 гр. отмечалось в 61% случаев, а во 2 гр. – у 7% ($p<0,01$). Выраженное нарушение функции СНС было выявлено у 7% больных ГБ, а в группе с НЦД таковых изменений не отмечалось. У мужчин 1 гр. выраженное нарушение функции ПСНС встречалось в 5%, а во 2 гр. в 50% случаев ($p<0,01$). У 8% больных 1 гр. наблюдалось сочетание нарушений функций СНС и ПСНС, а во 2 гр. в 32% случаев ($p<0,03$).

Выводы: У 50% больных с ГБ 1 стадии встречались выраженные нарушения функций ПСНС, а сочетанные нарушения в 4 раза чаще, чем у пациентов с НЦД. У больных с НЦД по гипертоническому типу чаще встречались пограничные значения параметров, характеризующих нарушение функций ПСНС и СНС. Нарушения вегетативной нервной системы, выявленные с помощью кардиоваскулярных тестов, могут использоваться как ранний предиктор поражения органов-мишеней, а также могут служить для дифференциальной диагностики НЦД по гипертоническому типу и ГБ 1 стадии.

РАЗДЕЛ XII. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

142 СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СЛОЖНОГО ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА У 3-Х МЕСЯЧНОГО РЕБЕНКА

Акатов Д. С., Белов В. А., Ганюкова Н. В., Болховской Д. В., Тонконогов Д. А., Харсика А. А., Котов С. Н.

ФГБУ «ФЦВМТ», Калининград, Россия

ЦЕЛЬ: Предоставить случай успешной гемодинамической коррекции у 3-х месячного ребенка со сложным пороком сердца.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: Девочка М. поступила в ФЦССХ с диагнозом правосформированное праворасположенное сердце, атрезия легочной артерии 3 типа, общий открытый атриовентрикулярный канал, единое предсердие, тотальный аномальный дренаж легочных вен в верхнюю полую вену, единый желудочек, гипоплазия трикуспидального клапана и правого желудочка. Среди сопутствующей патологии у ребенка расщепление верхней губы и мягкого неба. Из анамнеза известно, что порок сердца выявлен пренатально, с рождения на ИВЛ и вазапростане. На 2-е сутки после проведенного зондирования полостей сердца в стационаре вазапростан был отмен и назначена виагра. Ребенок был экстубирован и выписан в стабильном состоянии без операции. В возрасте 3-х месяцев ребенок поступает в ФЦССХ «Калининград» для оперативного лечения порока. При поступлении состояние ребенка стабильное, сатурация – 70-75 %, АД – 95/45 мм.рт.ст., ЧСС – 120 ударов/минуту. По данным компьютерной томографии органов грудной клетки с контрастом диагноз был подтвержден. После проведенного полного обследования 28 мая 2014 года ребенку была выполнена операция: перемещение аномального дренажа легочных вен в левое предсердие, унифокализация легочного кровотока, наложение двунаправленного кавапульмонального анастомоза в условиях искусственного кровообращения с охлаждением до 18°C.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Послеоперационный период протекал без осложнений. Из операционной ребенок поступил в стабильном состоянии на кардиотонической поддержке адреналином 0,025 мкг/кг/минуту, добутамином 5 мкг/кг/минуту. В реанимации ребенок находился 5 дней и был переведен без кардиотонической поддержки в отделение. Госпитальный период составил 14 дней. При последнем плановом осмотре по данным ЭхоКГ гемодинамические параметры функционирующего двунаправленного кавапульмонального анастомоза и анастомоза коллектора легочных вен с общим предсердием удовлетворительные.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Представленное наблюдение демонстрирует возможность выполнения унифокализации легочного кровотока с наложением кавапульмонального анастомоза у грудных детей со сложным пороком сердца.

143 ОСТРЫЙ МИОКАРДИТ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА

Бахчоян М. Р¹., Космачева Е. Д¹., Славинский А. А¹., Скопец А. А²., Рафф С. А²., Порханов В. А².

¹ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия,

²НИИ-ККБ№1 им. проф. С.В. Очаповского, Краснодар, Россия

02.09.2014 года пациентка Ч., 25 лет обратилась в клинику с жалобами на приступообразные боли в правом подреберье, которые появились в течение несколько часов на фоне полного благополучия. Из объективного статуса: положительные симптомы воспаления желчного пузыря, отсутствие симптомов раздражения брюшины, АД 110/70 мм рт.ст., ЧСС 92 в мин. На УЗИ органов брюшной полости выявлено утолщение стенок желчного пузыря, минимальный гидроперитонеум. На ЭКГ - синусовый ритм с ЧСС 95 в мин, блокада правой ножки пучка Гиса. Пациентка госпитализирована в хирургическое отделение с диагнозом «острый холецистит». Через несколько минут у больной возникла гипотония до 40/20 мм рт.ст. (налажена инфузия адреналина в дозе 0,03-0,05мкг/кг/мин.), выраженная одышка. Обследования: ЭКГ (подъем сегмента ST в отведениях II, III, V1-V6), ЭХО-КС (ФВ ЛЖ 10-13%, диффузный гипокинез стенок левого желудочка, умеренная легочная гипертензия), коронароангиографии (без патологии). Лабораторно: лейкоцитоз до $9,86 \times 10^9$ /л, тропонин I > 50 нг/мл, КФК 588,7 ед/л, КФК-МВ 41,9 ед/л. При иммунологическом обследовании выявлены антиядерные антитела (>1:160, тип свечения – крапчато-гранулированное), р-ANCA +, с-ANCA +. Антител к нативной ДНК, к миокарду не выявлено. Кардиолипиды класса IgG и IgM в норме, СРБ – 1,74мг/л. По прикроватному монитору регистрировались частые полиморфные, групповые желудочковые экстрасистолы, неустойчивая желудочковая тахикардия, потребовавшие антиаритмической терапии (Амиодарон + Лидокаин). Выставлен диагноз: фульминантный, диффузный миокардит, тяжелое течение. Выполнена временная эндокардиальная правожелудочковая электрокардиостимуляция. Принято решение о проведении диагностической лапаротомии с интраоперационным решением вопроса о холецистэктомии как возможного источника токсического повреждения миокарда. При оперативном вмешательстве хирургической патологии не выявлено. На фоне проводимой кардиопротективной терапии сохранялись нарушения ритма сердца, прогрессировала сердечная недостаточность (снижение ФВ ЛЖ до 3-4% на фоне нарастающих доз адреналина до 1мкг/кг/мин.). Сердечный индекс оценен как 1,3л/мин/м², давление заклинивания легочных капилляров - 24 мм рт. ст. Нарастала дыхательная (искусственная вентиляция легких с 03.09.2014г.), почечная недостаточность (олигурия на фоне стимуляции диуреза фуросемидом). В лабораторных показателях имел место некупирующийся метаболический ацидоз с рН крови 7,2-7,25, лактат крови в течение 4 часов увеличился с 7 ммоль/л до 12 ммоль/л. С 03.09.2014г начата экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО) по схеме левая бедренная артерия – правая бедренная вена с параметрами СО 5,0 л/мин, частота вращения ротора 3500 мин. Выполнена эндокардиальная биопсия правого желудочка с вирусологическим исследованием биоптата методом ПЦР (вирус простого герпеса, ЦМВ, вирус Эбштейн-Барр, парвовирусы, полиовирусы, энтеровирусы группы С не обнаружены). Гистологическое исследование биоптата было неинформативным в связи со скудным количеством материала. 04.09.2014г. начата пульс-терапии глюкокортикостероидами (метипред 1000 мг в сутки в течение 3 дней с последующей постепенной отменой препарата). На фоне проведенного лечения состояние пациентки с улучшением: ФВ ЛЖ в динамике: 3=>10=>36 =>46%, снижение уровня тропонина I до 0,05 нг/мл, нарушения ритма сердца не рецидивировали. 11.09.2014г. - stop ЭКМО.

24.10.2014 года пациентка выписана из клиники в удовлетворительном состоянии под наблюдение кардиолога по месту жительства. На момент выписки ФВ ЛЖ >55%.

Таким образом, этиопатогенетическая комплексная терапия в специализированном кардиореанимационном отделении в сочетании с необходимыми диагностическими и инвазивными процедурами являются оптимальными опциями диагностики и лечения пациентов с острым миокардитом.

144 СЛУЧАЙ ПОВТОРНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙОМИОСАРКОМЫ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

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

*ГБУЗ НИИ «Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского»,
ГБОУ ВПО КубГМУ МЗ РФ, кафедра кардиохирургии и кардиологии ФПК и ППС,
г. Краснодар*

Первичные неэпителиальные опухоли легочной артерии – редко встречающиеся новообразования легких. Единственный метод лечения – хирургический, а химиолучевое лечение не дает клинического эффекта. Операции при поражении легочной артерии, тем более легочного ствола, выполняют крайне редко. Нами представлен случай хирургического лечения лейомиосаркомы легочной артерии.

Пациентка Ш. поступила в ГБУЗ «НИИ-ККБ № 1» в декабре 2013 года в экстренном порядке с жалобами на выраженную слабость, одышку, боль в правом подреберье, которые беспокоили его в течение последних 2х месяцев. Вышеописанные жалобы нарастали по интенсивности, пациентка обратилась в центр грудной хирургии (ЦГХ), где проведена компьютерная томография органов грудной клетки (КТ ОГК), выявлены ТЭЛА с формированием правосторонней инфаркт – пневмонии, на ЭХО – КС в проекции правой ветви легочной артерии (ЛА) до бифуркации с заходом в ствол лоцируется образование неоднородной структуры, закрывающее большую часть просвета правой ветви ЛА, максимальной толщиной до 25мм, протяженность не менее 67мм. Функционирующий просвет правой ветви ЛА 5-6мм.

С клиническим диагнозом: «Объемное образование правой ветви ЛА (миксома?). Высокая легочная гипертензия. ХСН IIА ст. ФК III по NYHA, пациентка экстренно госпитализирована в кардиологическое отделение для подготовки к оперативному лечению. 06.12.13 г. в условиях искусственного кровообращения и фармакохолодовой кардиopleгии выполнена операция – удаление образования легочной артерии. ПГИ Cito! Миксома. Однако, на ПГИ и иммуногистохимическом исследовании верифицирована лейомиосаркома легочной артерии (GIII, индекс пролиферации 60%). Выписана с улучшением.

В течение года наблюдалась в ЦГХ (г. Краснодар), клиниках г. Москвы. 28.08.14г. выполнена КТ ОГК (г. Москва) – без патологии. С сентября 2014г. – нарастающая слабость, приступы учащенного сердцебиения. Направлена в поликлинику ЦГХ. По данным ЭХО-КС: в области бифуркации ЛА лоцируется гиперэхогенное образование толщиной 24мм и инвазией в правую ветвь ЛА (свободный просвет по ЦДК 3-4мм), суживающее устье левой ветви ЛА (свободный просвет устья 4-5мм).

При проведении КТ ОГК, аорты с контрастированием: в области бифуркации ствола и проксимальных отделах ЛА мягкотканное образование, не отделяющееся от верхней стенке правой ЛА и от правой стенке легочного ствола, размерами 27x15x30мм. Пациентка обсуждена консилиумом ведущих специалистов центра. Принято решение о хирургическом лечении с крайне высокими рисками.

Учитывая тяжелую сопутствующую патологию в виде рецидива ДТЗ, непереносимость тиреостатических препаратов, крайне высокий риск развития тиреотоксического криза в раннем послеоперационном периоде, принято решение о симультанной операции (удаление образования ЛА, протезирование ЛА, струмэктомия).

В условиях искусственного кровообращения и фармакохолодовой 11.11.14 г. выполнена операция – удаление ствола и обеих ветвей легочной артерии с опухолью. Протезирование обеих ветвей легочной артерии ксеноперикардом. Тиреоидэктомия. ПГИ: Лейомиосаркома стенки легочной артерии. Опухоль прорастает среднюю 1/3 стенки артерии в адвентицию артерии и окружающую артерию фиброзно-жировую ткань не прорастает. В лимфатическом узле прилежающей фиброзно-жировой ткани опухолевый рост не определяется

Настоящий клинический случай показывает редкое в клинической практике кардиолога заболевание, развивающееся по неспецифическим жалобам. Поэтому задача кардиолога уметь диагностировать это грозное заболевание до развития фатальных осложнений и своевременно принять решение о возможности оперативного лечения.

145 ДВУХЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДВУСТВОРЧАТОГО АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА В СОЧЕТАНИИ С КОАРКТАЦИЕЙ И КИНКИНГОМ НИСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА ГРУДНОЙ АОРТЫ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИБС.

Буданова В. А., Кадыкова А. В., Козлова К. А.
ФГБУ ФЦССХ Минздрава России, Астрахань, Россия

Вступление. Сочетание двустворчатого аортального клапана с коарктацией и кинкингом аорты и сопутствующей ИБС у взрослого пациента является редким, так как по данным литературы только 2/3 пациентов с врожденной патологией аорты доживают до 40 летнего возраста. Клинический случай. Пациент мужчина, 57 лет. Поступил с жалобами на повышение АД, перебои в работе сердца, одышку при чрезмерной физической нагрузке. По данным анамнеза болезни известно, что порок аортального клапана выявлен более 20 лет назад. Оперативное лечение не предлагалось из-за отсутствия показаний. Длительное время толерантность к нагрузкам оставалась высокой. С 2013г - артериальная гипертензия с максимальными цифрами 150/90 мм рт. ст. В апреле 2014г появилась одышка при чрезмерных нагрузках, частые перебои в работе сердца. В направительных документах по данным ЭХО-КГ - порок аортального клапана, аневризма восходящего отдела аорты, кинкинг (в области перешейка) нисходящего отдела аорты. Коронароангиография до поступления в ФЦССХ не проводилась, клиники стенокардии не описывал. При госпитализации, по данным ЭХО-КГ: КДО 313 мл, КДР 7,1 см, ФВ Simpson 42%. Аортальный клапан функционально двустворчатый, правая коронарная створка и левая коронарная створка сросшиеся (вероятно врожденный). Sao 3,8 кв.см, dP макс 16 мм рт ст. Регургитация на аортальном клапане 3 степени. Выраженное расширение аорты на уровне синусов Вальсальвы до 6,3 см, восходящего отдела до 5,4 см. Аорта в области дуги 4,3 см, в области перешейка диаметр аорты 1,6 см – на этом уровне определяется турбулентный поток с гемодинамическим сдвигом (макс градиент 53 мм рт ст). Концентрическая ГМЛЖ. Диффузный гипокинез стенок левого желудочка. Данные подтверждены результатами КТ панаортографии, где также выявлен S образный изгиб на уровне перешейка (кинкинг), просвет сужен от 2,2 см до 1,6 см. По данным суточного мониторирования ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 44-111 уд/мин,

24443 полиморфные желудочковые экстрасистолы. В ФЦССХ выполнена коронароангиография – многососудистое поражение коронарного русла. Первым этапом проведена операция: МКШ ПНА+АКШ 2КА (ЗБВ ОА - АВ, ЗМЖВ – АВ) на работающем сердце без ИК. Перевязка ушка ЛП. Операция Бентала Де Боно механическим кондуитом «МедИнж – 27». Через четыре месяца проведен второй этап оперативного лечения: резекция суженного участка аорты с протезированием линейным сосудистым протезом «Inter Vascular 24». По данным ЭХО - КГ после второго вмешательства: КДО 191 мл, КДР 5,2 см, ФВ Simpson 57%. Состояние после операции Бентала, резекции перешейка аорты, макс град. на дуге 9 мм рт. ст. В аортальной позиции механический протез с dP макс 16 мм рт ст, средний 7 мм рт ст, Регургитация 1 степени. Признаков дисфункции протеза не выявлено. По результатам суточного мониторирования ЭКГ после двухэтапного лечения: синусовый ритм с ЧСС 52-94 уд\мин. 8 полиморфных желудочковых экстрасистол. Клинический диагноз. Основной. Врожденный порок сердца. Двустворчатый аортальный клапан. Аневризма восходящего отдела грудной аорты. Недостаточность аортального клапана 3 ст. Коарктация с кинкингом нисходящего отдела грудной аорты (макс градиент 53 мм рт ст). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий. Осложнения. Симптоматическая артериальная гипертензия. Частая желудочковая экстрасистолия. ХСН I ФК II. Обсуждение. Характерным для данного клинического случая является малосимптомность проявлений сложной врожденной патологии. Окончательный клинический диагноз был установлен с помощью комплексного применения современных диагностических методов. Заключение. Своевременное и последовательное кардиохирургическое лечение сложных врожденных пороков сердца в сочетании с врожденной патологией аорты и ИБС приводит к нормализации систолической функции левого желудочка, исчезновению жизнеугрожающих нарушений сердечного ритма и, как следствие, улучшению качества и прогноза жизни.

146 АПИКАЛЬНАЯ ФОРМА ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Газизова Л.Ю., Валеев И.Г.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа, Россия

При жалобах на боли в грудной клетке, особенно если они сопровождающиеся изменениями на электрокардиограмме, наиболее вероятным диагнозом является ишемическая болезнь сердца. Однако, данная клиническая картина характерна и для других заболеваний сердечно-сосудистой системы. В данном аспекте несомненный интерес представляет клинический случай апикальной формы гипертрофической кардиомиопатии.

Пациент обратился в поликлинику кардиологического центра в 2015 году с жалобами на давящие загрудинные боли, длительностью от 15 минут до 1 часа, возникающие без четкой связи с физической нагрузкой. Прием нитратов уменьшал интенсивность боли на короткое время, но полностью не купировал. При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Хрипы не выслушиваются. Частота дыхания 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Частота сердечных сокращений 64 уд./мин. Артериальное давление 140/90 мм рт.ст. Печень не увеличена, периферических отеков нет.

Впервые боли в грудной клетке появились в 2005 году. Ранее считал себя здоровым, занимался спортом, не обследовался. При регистрации электрокардиограммы были выявлены глубокие отрицательные зубцы «Т» до 5-10 мм и депрессия сегмента ST в грудных отведениях (рис.1).

Приступы болей рецидивировали, что наряду с изменениями электрокардиограммы послужило основанием для стационарного лечения и обследования. За время наблюдения не выявлено существенной динамики комплекса QRS на электрокардиограмме (рис.2). В связи с исходными изменениями на электрокардиограмме нагрузочные пробы не проводились. Наблюдалось нестабильное повышение уровня общей креатининфосфокиназы до 243 Ед/л (верхняя граница нормы 205 Ед/л), общего холестерина 6,18 ммоль/л. На основании жалоб и биохимических анализов крови дважды диагностировался мелкоочаговый инфаркт миокарда. По результатам трижды проведенной коронароангиографии не выявлено функционально значимых стенозов коронарных артерий (рис.3). По данным эхокардиографического обследования не наблюдалось расширения полостей сердца, снижения показателей сократимости, наличия зон гипо-акинезии. При измерении толщины стенок левого желудочка в стандартных позициях признаков гипертрофии левого желудочка не было выявлено, однако, при обследовании на ультразвуковом аппарате с высоким разрешением диагностировано утолщение верхушки левого желудочка до 15-16 мм (рис.4).

Оценивая все вышеперечисленные данные была проведена ревизия диагноза.

Таким образом, учитывая 1) отсутствие стенозирования коронарных артерий по данным коронароангиографии, 2) зон гипо-акинезии, 3) отрицательной динамики сократительной функции левого желудочка, 4) утолщение миокарда в апикальной области левого желудочка по результатам эхокардиографии была заподозрена апикальная форма гипертрофической кардиомиопатии. Для верификации диагноза была проведена контрастная вентрикулография, которая подтвердила форму полости левого желудочка в виде «пиковой масти», что является специфичным для данного заболевания. (рис.5).

На основании вышеизложенного был выставлен диагноз: «Гипертрофическая кардиомиопатия, апикальная форма. Стенокардия напряжения и покоя».

В настоящее время: Давящие боли как при физической нагрузке, так и в покое. Увеличена доза бета-адреноблокаторов – метопролола сукцината до 100 мг/сут. Толерантность к физической нагрузке нестабильная: может подняться на 6 этаж без болей. Одышки, хрипов нет.

Представленный клинический случай свидетельствует, что при появлении симптомов не укладывающихся в диагноз заболевания, необходимо проведение дополнительного обследования и ревизии ранее выставленного диагноза.

147 ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ – СУЩЕСТВУЕТ ЛИ ВОЗМОЖНОСТЬ ПРЕДОТВРАТИТЬ ФАТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ?

Гарькина С.В. (С.-Петербург)

ФГБУ СЗФМИЦ им.В.А.Алмазова

Несмотря на значительные достижения медикаментозного и хирургического лечения, увеличение количества выполняемых трансплантаций сердца за последние десятилетия, прогноз пациентов с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) остается крайне неблагоприятным ввиду быстрого формирования выраженной сердечной недостаточности и присоединения жизнеугрожающих аритмий и тромбоэмболических осложнений. В настоящем примере приводится клиническое наблюдение пациента с прогрессирующим течением ДКМП, где, к сожалению, проводимые терапевтические и хирургические мероприятия оказались неэффективными.

Описание случая. Пациент 62 лет, доставлен с клиникой сердечной астмы, выраженной одышкой (ЧД 30-32 в минуту), жалобами на постоянные перебои в работе сердца, а также внезапные приступы учащенного сердцебиения, сопровождающиеся предобморочными состояниями.

Состояние тяжелое, цианоз губ, видимых слизистых, при аускультации большое количество крепитирующих хрипов в нижних отделах. АД 85 и 60 мм рт ст, ЧСС 98 в мин, аритмичные. Печень увеличена, выступает на 6 см, отеки нижних конечностей. Анамнез заболевания: В 2001г. на фоне геморрагического инсульта выявлена аневризма передней мозговой - передней соединительной артерии. В 2011г. появились впервые перебои и одышка при нагрузке, затем одышка в покое. Диагностирована фибрилляция предсердий нормо-брадиформа, выполнена имплантация ЭКС VVIR в 2011г. В 2013г. ишемический инсульт по кардиоэмболическому типу. Оральные антикоагулянты не принимал в связи с наличием аневризмы сосудов ГМ и высоким риском геморрагических осложнений. С 2011г. отмечается прогрессивное снижение ФВ ЛЖ (менее 20%), выполнена имплантация CRT-P 06.2014. Был запланирован второй этап – РЧА АВ соединения, но в связи с явлениями ТИА операция отсрочена. По серии ХМ ЭКГ пароксизмы желудочковой тахикардии (до 12 в сутки). Был подготовлен для оперативного лечения в ФЦ ССХ г Москва (клипирование аневризмы артерий ГМ и имплантация ИКД). В связи с резким ухудшением состояния, внезапным усилением одышки, отеков и нарушений ритма, экстренно госпитализирован. По данным ЭхоКГ давление в ЛА 88 мм рт ст, КДР ЛЖ 79 мм, КСР ЛЖ 69 мм, ФВ ЛЖ 20%. При выполнении КТ диагностирована тромбоэмболия легочной артерии, добавлены к лечению антикоагулянты (варфарин), продолжена терапия эноксапарином, торасемидом, бисопрололом, кордароном, ацетилсалициловой кислотой, периндоприлом. На 14 день госпитализации у пациента развилась фибрилляция желудочков, с эффективными реанимационными мероприятиями, однако в отделении реанимации повторился эпизод ФЖ, затем наступила кома с последующим летальным исходом. На секции коронарные артерии без патологии, подтвержден диагноз дилатационной кардиомиопатии.

Обсуждение. В данном примере продемонстрировано быстрое прогрессирование сердечной недостаточности у пациента с ДКМП, в последующем развитие ТЭЛА и жизнеугрожающих аритмий, послуживших причиной внезапной смерти. На наш взгляд, необоснованным был отказ от антикоагулянтной терапии после перенесенного ОНМК на фоне фибрилляции предсердий. Также более целесообразной представляется имплантация СРТ – Д на фоне снижения ФВ ЛЖ менее 35% и частых пароксизмов желудочковой тахикардии. Оперативное лечение аневризмы ГМ на данной стадии заболевания возможно малоэффективно и сопряжено с высоким риском периоперационных осложнений. По той же самой причине пациент вряд ли мог рассматриваться как кандидат на аблацию эктопического очага, имплантацию вспомогательных устройств (левожелудочковый обход, искусственный левый желудочек) или трансплантацию сердца.

Заключение. Необходима по возможности ранняя диагностика ДКМП, которая во многом способна повлиять на прогноз пациента и выбор оптимальной тактики лечения. При наличии терминальной сердечной недостаточности, тромбоэмболических осложнений и жизнеугрожающих аритмий перспектив остается значительно меньше, и только возможная трансплантация при отсутствии противопоказаний улучшает выживаемость пациентов.

148 СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ФАСЦИКУЛЯРНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ

Долгинина С. И., Солдаткина И. П., Лапшина Н. В.
ГБУЗ СОККД, Самара, Россия

Идиопатическая фасцикулярная левожелудочковая тахикардия является наиболее частой формой идиопатической тахикардии из левого желудочка и составляет до 15% от всех идиопатических желудочковых тахикардий. Патфизиологической основой тахикардии является циркуляция волны

возбуждения в области дистальных разветвлений левой ножки пучка Гиса, в местах перехода ее в волокна Пуркинье. Данная тахикардия чаще наблюдается у лиц молодого возраста, не имеющих структурной патологии сердца, и, как правило, не является жизнеугрожающей, но ухудшает качество жизни больных, так как в большинстве случаев наблюдаются приступы устойчивой желудочковой тахикардии, которые сопровождаются головокружением, ощущением нехватки воздуха, гипотензией, обмороками, синкопальными состояниями. Диагностика ее сложна, т. к. эта тахикардия характеризуется относительно узкими комплексами QRS (100-120 мсек). Часто, при использовании только поверхностной электрокардиографии, ее невозможно отличить от суправентрикулярной тахикардии. Так как антиаритмическая терапия не эффективна, методом выбора для лечения этой аритмии является эндокардиальная радиочастотная абляция, при которой положительный результат достигается в большинстве случаев. Пациент Г., 27 лет, в плановом порядке поступил на оперативное лечение нарушения ритма, с направительным диагнозом: Идиопатическая желудочковая тахикардия. РЧА медленных паранодальных путей 03.06.2008г. СТД. Пропалс митрального клапана 1 степени. Н0. С жалобами на приступы учащенного сердцебиения, возникающие внезапно, ежемесячно, длительностью до нескольких часов, сопровождающиеся головокружением, общей слабостью, купирующиеся только инъекциями бригады СП. Со слов пациента, вышеперечисленные жалобы отмечает с 19 лет. Обратился к врачу, проведено ЧП ЭФИ в 2005г. рекомендовано проведение РЧА паранодальных путей, которое проведено в 2008г. В 2013г. вновь стал отмечать пароксизмы сердцебиения, увеличение их продолжительности. 27.06.2013г. осмотрен кардиологом СОККД, рекомендовано эндокардиальное ЭФИ с возможным РЧА.

На представленной до госпитализации ЭКГот 16.09.2013г: пароксизм желудочковой тахикардии с ЧСж 167 в минуту, комплексы QRS по типу полной БПНПГ, полная АВ диссоциация с ЧСпр 67 в минуту.

Операция – Эндокардиальное исследование сердца и радиочастотная абляция идиопатической фасцикулярной тахикардии.

Данный случай представляет клинический интерес, так как фасцикулярная ЖТ редкий вид нарушения ритма даже среди ЖТ, характеризуется классической картиной клиники ЖТ у молодого мужчины.

149 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНФАРКТОПОДОБНОГО ДЕБЮТА СИНДРОМА ГИЙЕНА-БАРРЕ

Ефремова Е. В., Шутов А. М., Мензоров М. В., Макеева Е. Р., Михайлова Е. В., Серова Д. В.
Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Вступление. Несмотря на многочисленные достижения последних лет, и довольно четкую связь между повреждением миокарда при остром инфаркте миокарда и повышением кардиоспецифических ферментов, вопросы дифференциальной диагностики в реальной клинической практике остаются актуальными. Данный клинический случай демонстрирует сложность и неоднозначность постановки диагноза «синдром Гийена-Барре» при инфарктоподобном дебюте.

Описание случая. Больная Ш., 66 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение с жалобами на давящие боли в грудной клетке, иррадиирующие в левую лопатку, одышку в покое, слабость и боли в мышцах рук и ног, боли в спине, общую слабость. На основании жалоб (характерный болевой синдром), анамнеза (наличие ИБС), данных лабораторного исследования (положительный тропониновый тест), инструментального исследования (депрессия сегмента ST 4мм в отведениях с V3 по V6; гипокинез базальной части МЖП) больной Ш. установлен предварительный диагноз: ИБС: Острый инфаркт миокарда без подъема сегмента

ST. Частая желудочковая экстрасистолия (бигеминия). Острая сердечная недостаточность, Killip I. Через 20 часов после поступления у больной развивается картина клинической смерти, по монитору зафиксирована желудочковая тахикардия, перешедшая в фибрилляцию желудочков. Выполнена однократно дефибрилляция разрядом 200 ДЖ. Синусовый ритм восстановлен; больная пришла в себя. При динамическом наблюдении на основании несоответствия между высокими показателями креатинфосфокиназы (КФК), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), и слабоположительным, а затем двумя отрицательными тестами на тропонин Т, и быстро нарастающей выраженной неврологической симптоматикой был больной установлен диагноз: Острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия типа Гийена-Барре. Больная выписана из неврологического отделения в удовлетворительном состоянии с улучшением.

Обсуждение. Динамическое наблюдение за больной поставило под сомнение диагноз «острый инфаркт миокарда»: при мониторинговании сердечных тропонинов получили дважды отрицательный результат тропонинового теста, по данным биохимического анализа сохранялись высокие уровни КФК и ЛДГ, прогрессировала неврологическая симптоматика. Диагностический поиск приводил к обсуждению неврологического заболевания, а именно, учитывая особенности симптоматики (прогрессирующая мышечная слабость в конечностях, низкие сухожильные рефлексы), дебюта синдрома Гийена-Барре. Однако, у больной развивается желудочковая тахикардия, перешедшая в фибрилляцию желудочков, потребовавшая дефибрилляции. Данные нарушения ритма характерны для острого инфаркта миокарда (Сыркин А.Л., 2006) и не описаны для синдрома Гийена-Барре, что вновь заставило сомневаться в неврологическом диагнозе. При динамическом наблюдении у больной появилась дыхательная недостаточность, появилось нарушение функции тазовых органов в виде задержки мочи, которая разрешилось через 2 дня. У трети больных с синдромом Гийена-Барре развивается слабость дыхательной мускулатуры и характерны вегетативные расстройства (Walling A.D., 2013).

Инфарктоподобный дебют синдрома Гийена-Барре подтверждают значительно повышенный уровень КФК, свидетельствующий о дистрофических процессах, идущих в мышцах больной; аритмии (AV блокада, частая желудочковая экстрасистолия по типу бигеминии), объясняющиеся вегетативными нарушениями в рамках синдрома Гийена-Барре. Наиболее характерными изменениями на ЭКГ при синдроме Гийена-Барре являются синусовые тахикардии, брадикардии, изменения зубца Т в виде уплощения или инверсии в боковых отведения, увеличение вольтажа комплекса QRS, удлинение интервала QT (Walling A.D., 2013; Yuki N., 2012). Однако, развитие желудочковой тахикардии, перешедшей в желудочковую фибрилляцию, развившуюся у больной Ш., при синдроме Гийена-Барре в анализируемой литературе мы не встретили.

Заключение. Особенностью данного клинического случая является инфарктоподобный дебют синдрома Гийена-Барре. В данном случае мы считаем оправданным снятие диагноза «острый инфаркт миокарда», и установление диагноза «синдром Гийена-Барре». Улучшение состояния больной после лечения в неврологическом отделении позволяет считать выбранную тактику верной. Больные с синдромом Гийена-Барре с нарушениями ритма требуют совместных усилий неврологов и кардиологов для достижения эффективности терапии.

150 КАРДИОМИОПАТИЯ ТАКОТСУБО: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ В КАРДИОЛОГИИ

Исаева Е. Н¹., Ахунова С. Ю¹., Калимуллина Г. Х²., Тяняшина А. В²., Галеев А. А².

¹ГАОУЗ «Межрегиональный клинико-диагностический центр», Казань, Россия,

²ГАОУЗ «Межрегиональный клинико-диагностический центр, Казань, Россия

Стресс-индуцированная кардиомиопатия такотсубо (КТ) - новая нозологическая форма приобретенной кардиомиопатии, характеризующаяся транзиторной дисфункцией левого желудочка (ЛЖ) в ответ на физический или психический стресс. Клинически и электрокардиографически КТ напоминает острый коронарный синдром (ОКС), развивается преимущественно у женщин в постменопаузе без признаков ишемической болезни сердца и отличается относительно благоприятным прогнозом. Истинная распространенность КТ неизвестна. Данный синдром недостаточно диагностируется. Полагают, что в 0,7-2,5% случаев при наличии КТ неправильно ставится диагноз острый инфаркт миокарда (ОИМ). Описание случая. Пациентка М., 74 года, была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в кардиореанимационное отделение с диагнозом: ОИМ с подъемом сегмента ST. Жалобы при поступлении на жгучие боли за грудиной, слабость, холодный пот. Из анамнеза известно, что около 2 часов ночи пациентка испытала сильный эмоциональный стресс (у соседей случился пожар), после чего отметила появление вышеописанных жалоб. Пациентка страдала гипертонической болезнью и постоянной формой фибрилляции предсердий, из лекарственных препаратов принимала эналаприл. На ЭКГ - фибрилляция предсердий с ЧСЖ 87 в мин. Зубец Q V5-V6. Элевация сегмента ST 3-4 мм I, AVL, V2-5. Динамика уровня тропонина I: при поступлении <0,2, через 6 часов 8,6, 12 ч - 12,8, 24 ч - 13,4 нг/мл. Данные эхокардиографии при поступлении: ФВ ЛЖ 38%, выраженный гипокинез апикальных и медиальных сегментов, гиперкинез базальных сегментов ЛЖ. По результатам перфузионной сцинтиграфии (ПСТ) миокарда были выявлены признаки обширного дефекта перфузии миокарда ЛЖ верхушечной локализации. В ходе проведения коронароангиографии органических поражений коронарных артерий не было выявлено. Эхокардиография и ПСТ в динамике: отсутствие зон нарушения локальной сократимости, ФВ ЛЖ 50%. Обсуждение. КТ чаще встречается у женщин, чем у мужчин, особенно у женщин в постменопаузальном периоде, выступающим как триггерный фактор. По теориям патогенеза КТ рассматривается увеличение симпатoadреналовой активности, катехоламин-индуцированный множественный коронароспазм, прямое кардиотоксическое действие катехоламинов, в результате чего развивается «катехоламиновое оглушение» миокарда. Вышеописанные механизмы мы можем отследить и у нашей пациентки: клинические проявления после перенесенного эмоционального стресса. Термин «takotsubo» в переводе с японского языка означает приспособление для ловли осьминогов – керамический горшок с круглым основанием и узким горлышком. Именно такую форму у больных при эхокардиографии приобретает ЛЖ, что объясняется отсутствием сокращения его верхушки с избыточным сокращением базальных отделов. У пациентки М. отмечались гипокинез верхушечных и гиперкинез базальных сегментов ЛЖ. Для диагностики КТ используются модифицированные критерии клиники Мейо: транзиторный гипокинез, дискинез или акинез средних сегментов ЛЖ с вовлечением верхушки, баллоноподобное расширение полости ЛЖ; желателен физический или психический травмирующий фактор, предшествующий развитию этого состояния; отсутствие ангиографического свидетельства отрыва атеросклеротической бляшки и обструкции коронарных артерий; появление изменений ЭКГ (любая элевация сегмента ST и/или инверсия зубца T) или повышение уровня тропонина); отсутствие феохромоцитомы или миокардита. Клинические, лабораторные и инструментальные данные по результатам обследования пациентки М., соответствовали вышеперечисленным

критериям, что позволило докторам выставить диагноз «Кардиомиопатия Такотсубо». Заключение. Описание нашего клинического случая в очередной раз доказывает, что пациентов с диагнозом «ОКС» необходимо направлять в центры, выполняющие чрескожные коронарные вмешательства. Учитывая широкий спектр диагностических исследований в современной кардиологии, необходимо более тщательно подходить к дифференциальной диагностике ОКС, особенно у женщин постменопаузального периода и всегда помнить о возможном исключении или подтверждении такого «таинственного» заболевания, как кардиомиопатия Такотсубо.

151 FROM PNEUMONIA, THROUGH ACUTE ABDOMEN, TO CARDIAC PATHOLOGY.

Ceasovschih A. V., Grib L. F., Grejdieru A. V., Samohvalov E. M.

Clinical Municipal Hospital "Holy Trinity", Chisinau, Moldova., Кишинев, Молдова

Introduction. Infective endocarditis (IE) is a severe septic disease, characterized by location of microbial graft at the region of native or prosthetic intact valve and other cardiac structures, causing structural damage and systemic embolism. The annual incidence of IE ranges from 3 to 10 cases per 100,000 persons / year.

Clinical case. We present the case of patient C., 59 years old, smoker with no major history, symptomatic for 3 weeks after tooth extraction. Onset with toxic-infective syndrome. Objective: pulmonary stethacoustic crepitan rales on the right, cardiovascular – without peculiarities. Biologic: leukocytosis – $12.7 \times 10^9 / l$. After radiography the following diagnostic was established: right lobar pneumonia. It was initiated treatment with Amoxicillin 2 g and ciprofloxacin 400 mg per day for 7 days. The patient was discharged in relatively good condition. 3 days after discharge, fever recurs, the patient requesting ambulatory admission only in the 10th day; he was admitted to the Surgical Clinic with the following symptoms: 39.5°C fever, chills, dyspnea, palpitations, dry cough, leg edema, abdominal pain. Admission diagnosis: acute abdomen. The surgeon rules out acute abdominal pathology and the need for surgery. At the cardiology exam: macular petechiae in the right plant region, BP = 90/60 mm / Hg, arrhythmic heart sounds, systolic murmur in mitral focal. IE is suspected, 3 sets of blood cultures are sampled and echocardiography is performed, which showed mitral valve vegetation, incomplete rupture of anterior mitral cusp, with fluctuation of mitral valve (MV) peak in the left atrium, ejection fraction = 50%, insufficient MV grade IV. On ECG atrial fibrillation is observed with a frequency of 98 bpm and ventricular extrasystoles – couplets. Staphylococcus aureus was isolated from blood cultures. Biologic: leukocytes – $18.7 \times 10^9 / l$, ESR – 64 mm / h, ASL-O – 200 U / ml, CIC – 360 U / ml. Clinical diagnosis: IE on native valve with Staphylococcus aureus with large vegetations on MV and incomplete rupture of MV anterior cusp. Mitral regurgitation grade IV. Heart failure NYHA III functional class. Transient mesenteric embolism. Antibacterial therapy is administered in combination with Cefotaxime 6 g IV, Gentamicin 240 mg IV and Fluconazole 100 mg IV per day. After 8 days of treatment with persistent febrile syndrome, targeted antibiotic treatment is initiated under antibiogram with Daptomycin 500 mg IV, with visible effect after 48 h. After 14 days the patient was transferred to the Cardiac Surgery Clinic for MV plastic.

Discussions. The peculiarities of the case are: late establishing of the clinical diagnosis determined by «masked» clinical symptoms, sudden appearance of systolic murmur due to rupture of cordage, isolation of positive blood culture after antibiotic therapy and targeted antibacterial treatment due to antibiogram.

Conclusion. Congestive heart failure is the most frequent complication of IE, caused by valve damage: puncture of MV cusps, rupture of cordages, fistula or prosthetic dehiscence that determine the poor prognosis of IE. IE problem still remains current and is caused by resistance to antimicrobial treatment. Drawing antibacterial schemes depending on microbial trigger has improved evolution and influenced positively the prognosis of the disease, reducing the percentage of fatal complications.

152 СЛУЧАЙ ОБСТРУКТИВНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ, ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ У ЖЕНЩИНЫ В 94 ГОДА

Ковалевская Е. А.¹, Крылова Н. С.², Потешкина Н. Г.², Шеянов М. В.³, Маркина Т. А.³.

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ», Москва, Россия,

²ФДПО ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва, Россия,

³ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ», Москва, Россия

Ранее считалось, что гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) – болезнь молодых людей из-за высокого риска внезапной сердечной смерти (ВСС). Появление эхокардиографии позволило установить, что больные с ГКМП могут доживать до пожилого и старческого возраста.

Больная Б., 94 лет поступила в стационар по поводу внебольничной пневмонии. Предъявляет жалобы на внезапные приступы сердцебиения, проходящие самостоятельно.

Около 20 лет страдает артериальной гипертензией с повышением АД до 170/110 мм рт.ст. Многие годы наблюдалась с диагнозом ИБС по поводу редких ангинозных болей при физической нагрузке. На основании изменений на ЭКГ пациентке трижды устанавливался диагноз перенесенного инфаркта миокарда. Принимает эналаприл, тромбо АСС, бисопролол. Семейный анамнез: Отец умер от онкологии, мать от ОНМК. ВСС у родственников не зафиксировано.

Объективно: Состояние средней тяжести. Пациентка нуждается в постоянном уходе из-за возрастных изменений, самостоятельно не ходит. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Пастозность голеней. В легких дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах справа. Хрипы не выслушиваются. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Систолический шум вдоль левого края грудины. ЧСС 66 в мин. АД 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не выступает из-под края реберной дуги.

На ЭКГ – Ритм синусовый 66 в мин. Признаки гипертрофии ЛЖ. Нарушения реполяризации ЛЖ в виде отрицательных Т в отведениях I, II, III, aVF, aVL, V1-V6.

По данным ЭхоКГ выявлена асимметричная гипертрофия ЛЖ с толщиной межжелудочковой перегородки 2,2 см в базальных отделах и 2,6 см – в средних отделах. Толщина задней стенки ЛЖ 1,3 см. Левое предсердие 4,7 см. Полость ЛЖ уменьшена: конечно-диастолический объем ЛЖ 67 мл, конечно-систолический объем ЛЖ 28 мл. Систолическая функция ЛЖ не нарушена, ФВ ЛЖ 59 %. Зарегистрирована обструкция выносящего тракта ЛЖ (ВТЛЖ) с максимальным градиентом до 45 мм рт.ст. Диастолическая дисфункция по типу нарушения релаксации. Нельзя исключить акинез нижнего апикального сегмента ЛЖ.

При холтеровском мониторинге ЭКГ основной ритм синусовый. Суточные колебания ЧСС от 50 до 105 в мин. Зарегистрировано 1196 желудочковых экстрасистол, 15 парных и 3 эпизода групповых, 1 пробежка желудочковой тахикардии из 5 комплексов с ЧЖС 130 уд/мин. 2182 наджелудочковых экстрасистол. Выявлен 1 эпизод фибрилляции предсердий продолжительностью 3,1 сек с ЧЖС 120 в мин. Пауз нет. Преходящая депрессия сегмента ST до - 1,6 мм.

На основании данных обследования установлен диагноз:

Основой: Гипертрофическая кардиомиопатия, обструктивная форма. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Стенокардия напряжения (ФК невозможно установить из-за ограничения физической активности).

Осложнение: Пароксизмальная фибрилляция предсердий. Неустойчивая желудочковая тахикардия. Хроническая сердечная недостаточность II стадии, II ФК по NYHA.

Сопутствующая патология: Артериальная гипертензия III стадии, 3 степени, риск ССО 4.

Согласно HCM Risk-SCD Calculator риск ВСС составил 3,79%, имплантация кардиовертера-дефибриллятора не показана.

Пациентке назначена терапия : бисопролол 5 мг, кордарон по схеме, дабигатран по 110 мг x 2 р/д, торасемид 2,5 мг утро, аторвастатин 40 мг, антибактериальная терапия. На фоне лечения состояние больной улучшилось: пневмония разрешилась, одышка уменьшилась, явления сердечной недостаточности уменьшились. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Данный клинический пример демонстрирует наличие обструктивной ГКМП у пациентки - долгожителя. При ЭхоКГ выявлена выраженная асимметричная гипертрофия ЛЖ с коэффициентом асимметрии 2, что не характерно для АГ. Выраженность гипертрофии (МЖП до 2,6 см) не соответствует степени повышения АГ. Отсутствие s-образной деформации МЖП, характерной для пациентов-гипертоников пожилого возраста и максимальная гипертрофия средних отделов МЖП также является аргументом в пользу диагноза ГКМП. Уникальность данного наблюдения заключается в том, что впервые диагноз ГКМП был установлен у больной в 94 года случайно, при госпитализации по поводу пневмонии. Несмотря на наличие обструкции ВТЛЖ, эпизодов неустойчивой тахикардии, пациентка достигла возрастного критерия долгожителя.

153 КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ РЕДКОЙ ПРИЧИНЫ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Коротин А. С., Кошелева Н. А., Ребров А. П.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

Введение. Жалоба на одышку является одной из наиболее частых в ежедневной практике. Она может быть безобидным симптомом или грозным предзнаменованием.

Материалы и методы. Больная Т., 79 лет обратилась за медицинской помощью в связи с выраженной одышкой смешанного характера, возникшей за 7 дней до госпитализации после ОРВИ. Кроме одышки в течение недели беспокоят покраснение, уплотнение по ходу варикозно-измененных вен левой нижней конечности, разнохарактерные боли в грудной клетке, повышение температуры тела до 37,2 С. Из анамнеза известно, что с 70 лет страдает артериальной гипертонией с редкими кризами. Ранее на ЭКГ регистрировали фибрилляцию предсердий. Регулярно принимает индапамид 2,5 мг/сутки.

При поступлении состояние тяжелое. По ходу вен левой нижней конечности пальпируется гиперемированное уплотнение. Периферических отеков нет. Деятельность сердца ритмичная, ЧСС 90 в минуту, акцент II тона над легочной артерией, АД 140 и 90 мм рт.ст. В легких дыхание жесткое, ниже углов лопаток влажные мелкопузырчатые хрипы с двух сторон. По другим органам и системам без особенностей. На ЭКГ синусовый ритм с ЧСС 90 в минуту, срединное положение электрической оси сердца, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

С диагнозом «тромбоэмболия ветвей легочной артерии» больная госпитализирована в отделение реанимации. При рентгенографии органов грудной клетки по всем легочным полям определены участки затемнения с нечеткими контурами, тень сердца не расширена, не смещена, утолщена междолевая плевра, не исключалось наличие жидкости в плевральном синусе справа. При ЭХО-КГ выявлена гипертрофия миокарда левого желудочка (ИММ 142 г/м²), фракция выброса 58,8%, легочная гипертензия с систолическим давлением в легочной артерии 37 мм рт.ст., незначительное количество жидкости в полости перикарда. При дуплексном исследовании выявлен тромбоз большой подкожной вены слева на уровне верхней половины голени и тромбоз малоберцовой вены. В анализе крови - нейтрофильный лейкоцитоз 14,3×10⁹/л, тромбоциты 159×10⁶/л, эритроциты 3,62×10¹²/л, гемоглобин 118 г/л, СОЭ 10 мм/ч. Маркеры некроза миокарда не повышены, Д-димеры положительные. На фоне

проводимого лечения состояние больной улучшилось, была переведена в отделение кардиологии. На 8 сутки пребывания в стационаре у больной резко выросла левожелудочковая сердечная недостаточность, что сопровождалось интенсивными давящими болями в области сердца. Больная была переведена в отделение реанимации с диагнозом «ОКС без подъема сегмента ST».

Маркеры некроза миокарда не повышены, при ЭХО-КГ отмечено незначительное нарастание трикуспидальной регургитации без изменений сократимости. В реанимации у больной рецидивировали боли в грудной клетке, прогрессировала сердечная и дыхательная недостаточность с развитием гипотонии, что потребовало назначения симпатомиметиков, перевода больной на ИВЛ. На 13-е сутки госпитализации зафиксирована остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия без эффекта.

При патологоанатомическом исследовании выявлена злокачественная феохромоцитома левого надпочечника с метастазами в печень, легкие, плевру, диафрагму, левую почку, поджелудочную железу, лимфатические узлы корней легких и паратрахеальные, раковые эмболы в сосудах легких. Непосредственной причиной смерти явился миолиз отдельных мышечных волокон с развитием миокардиодистрофии. Признаков ТЭЛА, острого инфаркта миокарда не выявлено.

Заключение. У больной имелось бескризовое течение злокачественной феохромоцитомы, приведшей к острой сердечной недостаточности.

154 STEMI during pregnancy

Кочергина А. М., Кочергин Н. А., Барбараш О. Л.
ФГБНУНИИКПССЗ, Кемерово, Россия

A 37 year old woman was delivered to our hospital with constant pain in left upper arm and ST-segment elevation on pre-hospital ECG. She also was pregnant, 5 weeks.

Results of analysis and primary tests were the following: Troponin T 0,36 ng/ml

ECG: ST elevation in precordial leads V1-V4, lateral leads I, aVL with reciprocal ST depression in inferior leads II, III and aVF.

Echocardiography: LVEF 42%, left ventricular hypertrophy, anterolateral and inferoseptal hypokinesia, akinesia of LV apex.

Physical exam: at the moment of hospitalization she had neither cardiac insufficiency nor chest pain. BP was 160/90 mm Hg. BMI 39 kg/m².

Anamnesis vitae and morbi. Since 16 years old she was suffering from elevated blood pressure, took prescribed medicine (inhibitors of angiotensin converting enzyme+ diuretics). Patient was also current tobacco smoker, she used to smoke since 20 years old.

During the day before admission she was suffering from non-severe pain in left upper arm and left shoulder. At night the pain become much more intensive and the BP elevated up to 200/120 mm hg. She called for the ambulance. Paramedics considered that it was thoracic degenerative disc disease, prescribed painkillers and neither recorded ECG, nor advised hospitalization.

In the morning she decided to visit an ambulant doctor. ECG was recorded, STEMI was suspected, the patient was immediately transported to PCI-center.

PCI was successfully performed as soon as possible, bare metal stent was used. Despite of it, induced abortion was highly recommended.

After discharge were prescribed clopidogrel 75 mg daily, nifedipine 20 mg daily and bisoprolol 5 mg daily. Induced abortion was successfully performed in perinatal center. After that, ASA (100 mg daily) and statins (40 mg atorvastatin daily) were added to the therapy.

The described clinical case shows us the importance of accurate pregravid preparation. It also reminds us that we should pay attention and suspect acute coronary syndrome in every patient either with atypical symptoms or young women.

155 СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ОСТРОМ ТРОМБОЗЕ МЕХАНИЧЕСКОГО ПРОТЕЗА КЛАПАНА СЕРДЦА

Кузьмина О. К., Кондюкова Н. В.
ФГБНУ НИИ КПССЗ, Кемерово, Россия

Тромбоз механического клапана относят к числу наиболее тяжелых, зачастую фатальных, специфических (протезообусловленных) осложнений, подразумевающих, в большинстве случаев, выполнение повторных хирургических вмешательств по экстренным показаниям. Однако, как правило, выполнение реопераций ассоциировано с определенными техническими сложностями и высокими показателями госпитальной летальности. Альтернативный вариант лечебной тактики представлен в данном клиническом случае.

Пациентка Д, 70 лет, с 18 лет - ревматический порок митрального клапана. С 2006г – фибрилляция предсердий, принимала варфарин. В течение 15 лет - артериальная гипертензия (максимальное АД – 180/100 мм.рт.ст.), стенокардия в пределах II ФК. С января 2008г отмечает нарастание одышки, отечность голеней, снижение толерантности к физической нагрузке. По данным трансторакальной ЭхоКГ выявлено умеренное снижение фракции выброса левого желудочка (ФВ=52%) и тривальвулярный порок с поражением митрального (фиброз створок, площадь открытия – 1,1 см², регургитация II ст.), аортального (отложения кальция в створках с переходом на фиброзное кольцо, максимальный систолический градиент = 40 мм.рт.ст., регургитация I–II ст.) и трикуспидального (регургитация II ст.) клапанов. В июле 2008 года пациентке выполнено протезирование митрального и аортального клапанов механическими протезами «Мединж–27» и «Мединж–23» соответственно, аннулопластика трикуспидального клапана и имплантирован стент в интермедианную артерию

В марте 2013 года в связи с повышением МНО до 6,4 пациентка самостоятельно перестала принимать непрямые антикоагулянты, через трое суток появилась выраженная одышка в покое, дискомфорт в прекардиальной области, общая слабость. При поступлении кардиоспецифические маркеры отрицательные, общий и биохимический анализы крови без особенностей, МНО - 1,06. По данным трансторакальной ЭхоКГ: ограничение подвижности запирающего элемента механического протеза в митральной позиции, уменьшение эффективной площади открытия (ЭПО – 1,4 см²), увеличение среднего диастолического градиента давления на клапане (СДГ – 16 мм.рт.ст.), средней скорости кровотока (V ср. 190 см/сек), транспротезная регургитация II степени и повышение систолического давления в легочной артерии (сист.Р ЛА) до 60 мм.рт.ст. При выполнении чрезпищеводного ЭХОКГ исследования верифицировано наличие тромботических наложений со стороны левого желудочка (ЛЖ) на механическом клапане в митральной и интактный механический протез в аортальной позициях имплантации.

Учитывая тяжесть состояния, возраст пациентки (70 лет), высокий риск повторного хирургического вмешательства через 40 минут от момента госпитализации выполнен системный тромболизис альтеплазой в суммарной дозе 100 мг.

На фоне лечения отмечена положительная динамика состояния пациентки в виде существенного уменьшения одышки. По данным катетера Сван-Ганца отмечено увеличение сердечного

индекса с 1,8 до 2,9 л/мин/м². По данным трансторакальной ЭхоКГ сократились размеры левого и правого предсердий, увеличилась фракция выброса и конечный диастолический объем ЛЖ, более чем в два раза снизилось сист. Р ЛА. Функция протеза расценена как удовлетворительная (СДГ – 5,0 мм рт.ст., V ср. – 92 см/сек, регургитации не выявлено).

Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии, с компенсацией явлений сердечной недостаточности и стабильными показателями гемодинамики, МНО в пределах целевых значений. Даны рекомендации о необходимости регулярного контроля МНО с поддержанием его в должном диапазоне.

Представленный клинический случай является демонстрацией возможности успешного применения тромболитической терапии при острых тромбозах механических протезов клапанов сердца, как альтернативы повторного хирургического вмешательства. На наш взгляд, такой подход способствует улучшению непосредственных результатов оперативной коррекции приобретенных пороков клапанов сердца.

156 ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ BLUE-ПРОТОКОЛА ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОДЫШКИ

Макеева Е. Р.

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г.Ульяновска», Ульяновск, Россия

Больной П. 60 лет поступил в кардиологическое отделение ЦГКБ г.Ульяновска 20.06.2014 г. в экстренном порядке с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности. В течение 7 лет наблюдается и лечится по поводу артериальной гипертензии, на протяжении 6 лет пароксизмы фибрилляции предсердий (ФП), признаки сердечной недостаточности последние 4 года. Резкое ухудшение 2 недели назад, когда усилилась одышка, появились отеки голеней, приступы сердечной астмы в ночное время.

При осмотре: акроцианоз, ЧДД 20 в минуту, артериальное давление 130 и 80 мм рт.ст., тоны сердца аритмичные, число сердечных сокращений 150 в минуту, влажные хрипы в нижних отделах легких, печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, отеки голеней и стоп. На ЭКГ фибрилляция предсердий с частотой 157 в мин, полная блокада правой ножки пучка Гиса. На рентгенограмме органов грудной клетки – кардиомегалия, признаков застоя в легких нет. По данным ЭХО-КС: индекс массы миокарда левого желудочка 138 г/м², относительная толщина стенки левого желудочка 0,52; фракция выброса левого желудочка 53%, диаметр левого предсердия - 50 мм, митральная и трикуспидальная регургитация 3 степени, систолическое давление в легочной артерии 46 мм рт.ст, зон гипо- и акинезии в покое не выявлено. Проведено УЗИ легких согласно BLUE-протокола, выявлена картина интерстициального отека легких – В+-профиль: большое количество В-линий по обоим легочным полям – более 15. При УЗИ плевральных полостей обнаружен малый двусторонний гидроторакс. Признаков тромбоза вен нижних конечностей при доплерографии не выявлено.

Учитывая отсутствие застойных явлений в легких по результатам рентгенографии органов грудной клетки, нельзя было исключить тромбоэмболию легочной артерии (ТЭЛА). В связи со средней вероятностью наличия ТЭЛА по шкале Wells, расхождением данных полученных при рентгенографии легких и ультразвуковым исследованием легких согласно BLUE-протокола, наличием легочной гипертензии и выраженной трикуспидальной регургитации, для исключения ТЭЛА выполнена компьютерная томография (КТ) легких. По результатам КТ данных за ТЭЛА не получено.

Таким образом, у больного имела место острая декомпенсация ХСН, которая была обусловлена рецидивом фибрилляции предсердий с выраженной тахисистолией на фоне транзиторного синдрома WPW. Больному был восстановлен синусовый ритм, проведена радиочастотная абляция. Выписан с ХСН 2 ФК, что соответствует тяжести ХСН до острой декомпенсации.

BLUE протокол – алгоритмический подход к исследованию легких у пациентов с одышкой. Основная цель BLUE-протокола – быстрое установление диагноза и проведение адекватного лечения, что способствует быстрому улучшению состояния пациента с одышкой, угрожающей жизни. УЗИ легких с определением и подсчетом В линий по диагностической точности превосходит рентгенографическое исследование и по чувствительности и специфичности сопоставимо с компьютерной томографией.

Комбинация ультразвукового признака «нормального» легкого с ультразвуковыми признаками тромбоза глубоких вен нижних конечностей у пациента с одышкой является высоко характерным признаком ТЭЛА, с чувствительностью 81% и специфичностью 99%. Наличие В+ линий свидетельствует о застое в легких и исключает тромбоэмболию легочной артерии.

В данном клиническом случае BLUE-протокол представлен как недорогой, эффективный и доступный метод диагностики причины острой декомпенсации ХСН.

157 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕДЕНИЯ МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА С ИНФАРКТМ МИОКАРДА И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОЧЕК

Муллова И.С.², Тухбатова А.А.¹, Пензякова М.В.¹, Осина Н.И.¹

¹ ГБУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер»

² ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава РФ

Пациент И., 24 года, поступил в приемное отделение СОККД 23.05.2015г. с жалобами на одышку, чувство нехватки воздуха, жжение за грудиной при нагрузках. Из анамнеза: ухудшение самочувствия с 15.05.2015 г., когда в покое возникли жгучие, давящие боли за грудиной, с иррадиацией в межлопаточное пространство, чувство недостатка воздуха.

Обращался в ЦРБ по месту жительства, был поставлен диагноз – межреберная невралгия, коreshkovый синдром. С 16.05.2015г стал отмечать появление отечности на ногах и лице, в динамике отеки не нарастали. 19.05.2015г проведено рентгенологическое исследование грудной клетки – патологии не выявлено. 22.05.2015г УЗИ органов брюшной полости – выявлена свободная жидкость в брюшной полости.

23.05.2015г проведена ЭхоКГ, заподозрена миксома левого желудочка, рекомендована консультация кардиохирурга. Пациент отправился домой, по пути состояние ухудшилось, вновь появилось жжение за грудиной, выросла одышка, вызвана СМП, доставлен в СОККД.

Из анамнеза также известно, что в течение 2-3 месяцев отмечает эпизоды повышения АДс до 150 мм.рт.ст. Курит 10 сигарет в день.

Объективные данные при поступлении: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы обычного цвета, влажности умеренной, теплые. Температура тела 36.4. Лимфоузлы не увеличены, подвижные, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД в 1 мин – 18. Тоны сердца глухие, ритм правильный. ЧСС 82 в мин. АД 120 и 80 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Пастозность голеней и стоп.

ЭКГ при поступлении синусовый ритм, ЧСС 82 в мин, подъем ST в отведениях I, AVL, V2-V6, депрессия STIII. Общий и биохимический анализы крови при поступлении без патологии. Тропонин качественно положительный.

Рентгенография органов грудной клетки 23.05.2015г.: Сердце аортальной конфигурации, расширено влево за счет увеличения левых отделов. Левый желудочек гипертрофирован. Аорта развернута. Эхокардиография 23.05.2015г. Нарушение локальной сократимости ЛЖ с пристеночным апикальным образованием на широком основании, размерами 25x20 мм, расчетное давление в ПЖ 29 мм рт ст.

Был поставлен предварительный диагноз: Миокардит неясной этиологии. Пристеночный тромб левого желудочка. Н ПА. NYHAIII ст. Пациент был госпитализирован в реанимационное отделение. В течение двух дней боли за грудиной не рецидивировали. Проводилось лечение: БАБ, антиагреганты, ингибиторы АПФ, НПВС, антикоагулянты, диуретики.

25.05.2015г. пациент был переведен в кардиологическое отделение. Тропонин от 25.05.2015г.- 1,27(0.00-0.50) нг/мл. В ОАК от 25.05.2015г.: СОЭ -55мм/ч. В ОАМ от 24.05.2015г. белок – 4,13г/л, Le - 6-10 ед. в п.зр., эпителий плоский – 5-7ед. в п. зр., эритроциты – 3-4в п. зр. В биохимическом анализе крови от 25.05.2015г.: холестерин -442мг/дл, триглицериды -227,75мг/дл, ЛПНП- 323,70мг/дл, КА- 8 , общий белок-39,4 г/л. Анализ мочи на микроальбинурию 28.05.2015г. MICROALBUMIN-435,72 мг/л (0-20,0). ЭКГ в динамике: ритм синусовый, патологический Q иQS, формирующийся (-)T в отведениях I,avL, V3-V6.

Для уточнения степени поражения коронарного русла и определения объема оперативного лечения, пациенту было показано проведение коронарографии. 26.05.2015г. была проведена коронарография (протяженный стеноз 99% ПМЖВ, осложненный выраженным пристеночным тромбозом), АТЭЭ, provisional-стентирование ПМЖВ-ДА.

26.05. - 28.05.2015г. Состояние пациента средней степени тяжести, без ухудшения, боли в грудной клетке и одышка не беспокоят. Гемодинамика стабильная. Пастозность н/конечностей. У пациента в биохимических анализах крови прослеживается гипопроотеинемия в результате нефротического синдрома.

УЗИ почек от 28.05.2015: Без видимой патологии. Метеоризм. Консультация нефролога от 29.05.2015: Гломерулонефрит, дебют. Нефротический синдром. Рекомендовано: После выписки из СОККД госпитализация в нефрологическое отделение СОКБ с направлением из поликлиники по месту жительства.

02.06.2015г. Сохраняется пастозность конечностей. Боли в грудной клетке не беспокоят. Общее состояние ближе к удовлетворительному. Гемодинамика стабильная.

ЭхоКГ-контроль 02.06.2015г.: В области верхушки лоцируется эхо-позитивное подвижное образование с некоторым просветлением внутри (тромб) размерами 19*21*32мм. Консультация кардиохирурга 02.06.2015г. У пациента имеется свежий постинфарктный тромб левого желудочка. Рекомендовано: продолжить трехкомпонентную антикоагулянтную терапию.

В ОАМ от 02.06.2015г.: реакция нейтральная, удельный вес 1015, белок – 3,92 г/л, сахар – отрицательный, Le - 10-15ед. в п.зр., эпителий плоский – 3-4ед. в п. зр., эритроциты – 18-20в п. зр. В биохимическом анализе крови от 02.06.2015г. общий белок - 41,6г/л.

Проведено следующее лечение: ацетилсалициловая кислота 100мг, клопидогрел 75мг, фуросемид 80мг, периндоприл 2,5мг, торасемид 5 мг, аторвастатин 40мг, спиринолактон 50мг, ивабрадин 40 мг, бисопролол 2,5мг, варфарин 5мг, эноксапарин натрия 80мг, альбумин 20%-100,0 в/в капельно, фуросемид 4,0 внутривенно струйно.

Состояние пациента улучшилось: ангинальные боли не рецидивировали, АД стабилизировалось, повысилась толерантность к физической нагрузке. Он был выписан из стационара с диагнозом: Основное заболевание - И.Б.С. Инфаркт миокарда с Q передней стенки 23.05.2015. Ранняя постинфарктная стенокардия, высокий риск, со стабилизацией. Коронарография, тройное стентирование ПМЖВ 26.05.2015 (радикально). Тромб левого желудочка. Осложнение основного заболевания - Нст. NYHAIII ф. кл. Сопутствующие заболевания - Гломерулонефрит, дебют. ХПНО. Нефротический синдром. Дислипидемия.

158 ДИАГНОСТИКА СЕМЕЙНОГО СЛУЧАЯ СИНДРОМА УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT2 ТИПА.

Поляк М. Е., Фетисова Е. А., Заклязьминская Е. В.

ФГБНУ «Российский Научный Центр Хирургии им. акад. Б.В. Петровского», Москва, Россия

Введение. Синдром удлиненного интервала QT (LQTS) - характеризуется удлинением скорректированного интервала QTc и высоким риском развития полиморфной желудочковой тахикардии и внезапной сердечной смерти (ВСС). Известно 13 генов, мутации в которых приводят к развитию LQTS. Большая часть мутаций (65-70%) обнаруживается в генах KCNQ1, KCNH2, SCN5A, ответственных за развитие синдрома удлиненного интервала QT 1-3 типов соответственно. Установление точного молекулярно-генетического варианта синдрома важно для определения тактики лечения и наблюдения.

Цель. Целью нашей работы было проведение ДНК-диагностики пациентке К, 22 года, с последующей организацией семейного консультирования и ранней диагностики для семьи пациентки.

Материалы и методы. Пациентка К., 22 года, обратилась в 2013 г. в отделение аритмологии РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского по поводу повторяющихся синкопальных состояний, судорог, которые провоцировались, громкими звуками. Пациентка наблюдалась у невролога, однако на фоне терапии топомаксом, тренталом приступы сохранялись. К моменту поступления частота приступов составляла до нескольких раз в сутки. На предоставленных пациенткой ЭЭГ наблюдалась эписивность. При поступлении пациентке было выполнено ЭКГ, ЭХО-КГ, рентген органов грудной клетки, холтеровское мониторирование. Выделение ДНК из крови и ПЦР-амплификация целевых фрагментов генов проводилось стандартными методами. Методом прямого секвенирования по Сенгеру пациентке был выполнен поиск мутаций в кодирующих и прилегающих интронных областях генов KCNQ1, KCNH2, SCN5A.

Результаты. На ЭКГ пациентки фиксировалось удлинение интервала QTc до 520 мс. Во время холтеровского мониторирования зафиксировано 206 желудочковых экстрасистол, из них 6 пробежек желудочковых тахикардий; наибольшая по продолжительности ЖТ состояла из 49 комплексов. Пациентке был имплантирован двухкамерный частотно-адаптивный кардиовертер-дефибриллятор Maximo II DR D284DRG. Учитывая длительность QTc=520 мс и повторяющиеся синкопальные состояния, диагноз «синдром удлиненного интервала QT» у пациентки был подтвержден по критериям Schwartz, однако, по рекомендациям Heart Rhythm Society, 2011 (I класс) и с целью установления типа LQTS, пациентке была выполнена ДНК-диагностика. В гене KCNH2 была выявлена мутация p.R752W в гетерозиготном состоянии. Таким образом, у пациентки молекулярно-генетическими методами был подтвержден диагноз «LQTS 2 типа». Пациентке был назначен беталок 30К (62,5 мг в сутки) и магнерот (1,5 г в сутки). На фоне проводимой терапии нарушения ритма не рецидивировали.

ДНК-диагностика была проведена сыну (3,5 года) и матери пациентки. У сына была выявлена мутация p.R752W в гетерозиготном состоянии. Со слов пациентки, ребенок взят под наблюдение в «Центре диагностики, профилактики и лечения синкопальных состояний и НРС у детей и подростков» ФМБА. У матери пациентки мутация p.R752W не выявлена. Пациентка проинформирована о возможностях пренатальной и ранней ДНК-диагностики. В 2015 г. ДНК-диагностика была проведена дочери пациентки (2 месяца), мутация p.R752W не выявлена. Поскольку для 2 типа LQTS показан высокий риск развития желудочковых событий в послеродовом периоде, связанный с гипокалиемией, пациентке было рекомендовано определение уровня калия и магния в крови и прием препаратов калия и магния при уровне калия менее 4,1 ммоль/л.

Заключение. У пациентов с LQTS возможно сочетание эпиактивности и аритмии. Подтверждение диагноза «синдром удлиненного интервала QT» методами ДНК-диагностики у пациентки К. и установление молекулярно-генетического типа синдрома позволило уточнить терапию и провести раннюю диагностику детям пациентки. В итоге диагноз «LQTS» был подтвержден у бессимптомного сына пациентки и исключен у дочери в раннем возрасте. ДНК-диагностика позволяет не только подтвердить диагноз и уточнить терапию для пациента, но и организовать динамическое наблюдение для членов семьи.

159 РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НА ФОНЕ ГЕМАТОГЕННОЙ ТРОМБОФИЛИИ

Рубаненко О. А.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Самарский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ, Самара, Россия

Пациентка Ч. 75 лет поступила 05.12.2014 в кардиологическое отделение СОККД с жалобами на одышку при незначительной нагрузке, общую слабость.

В анамнезе много лет повышение артериального давления. В 10.2013 находилась на стационарном лечении с обострением хронической обструктивной болезни легких. В ходе терапии эффекта не отмечалось. На компьютерной томографии органов грудной клетки с контрастированием 04.12.2013 диагностирована тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), тромб в левой легочной артерии. В анализе крови D – димер – 1,83 нг/мл, по данным ЭхоКГ - давление в правом желудочке 95 мм.рт.ст., ЦДК вен нижних конечностей 17.12.13 – признаки неокклюзионного тромбоза задне – большеберцовой вены слева. Проведено лечение (эноксапарином натрия, варфарином, венорутоном, амлодипином, периндоприлом), состояние улучшилось. Амбулаторно принимала ривароксабан 20 мг/сут. 18.02.2014 ОНМК – геморрагический инсульт в левой гемисфере, правосторонний гемипарез, преимущественно в ноге, акустико – мнестическая, семантическая афазия легкой степени тяжести. Антикоагулянтная терапия отменена. 27.02.2014 выявлена генетически обусловленная гематогенная тромбофилия (мутация, гомозигота гена плазминогена PAI 1 -675 5G/4G и гена фибриногена, бета FGB -455G-A). 05.05.2014 пациентка поступила в флебологическое отделение с острым илеофemorальным тромбозом справа. Назначен апиксабан 2,5мг 2 р/день. 11.07.2014 - однократный эпизод макрогематурии, по поводу чего госпитализирована в отделение урологии, антикоагулянтная терапия отменена. В связи с отсутствием повторных эпизодов гематурии, прием апиксабана возобновлен. К лечению добавлен илопрост 3 дозы в день ингаляционно. 28.11.2014 проведено УЗИ вен нижних конечностей, где диагностирована ПТФБ поверхностной бедренной вены, подколенной и задней большеберцовой вен.

При осмотре состояние тяжелое. Кахексия. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 22-23 в минуту. Тоны сердца тихие, ритм правильный. ЧСС 80 в минуту. АД 90 и 70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Пастозность голеней.

На ЭхоКГ: ПП 66x66мм, ПЖ 55x74 мм выполняет верхушку сердца, относительная недостаточность трикуспидального клапана 2 степени, систолическое давление в ПЖ 67 мм.рт.ст., гидрперикард с небольшим количеством жидкости. D – димер – 1,76 нг/мл. В ОАМ: лейкоциты – 30-40 в п/зр, эритроциты 8-10 в п/зр, белок – 0,3 г/л, плоский эпителий. На фоне проводимой терапии (апиксабан, илопрост, периндоприл, амлодипин, оксигенотерапия, ципрофлоксацин) состояние оставалось стабильно тяжелым, пациентка выписана с рекомендациями на амбулаторное лечение.

160 ИНФАРКТ МИОКАРДА У МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ

Саввина Л. Э., Семёнов А. А.

Клиника СВФУ, Якутск, Россия

Острый инфаркт миокарда (ИМ) остается самым значимым фактором, ослабляющим человеческий потенциал, входя в число ведущих причин смертности и инвалидизации населения в большинстве развитых стран мира (Харченко В.И. и соавт., 2005). Считается, что факторы риска атеросклероза влияют на заболеваемость и смертность лишь в пожилом возрасте. Людей молодого возраста (18-44 года), в частности женщин, традиционно относили к группе очень низкого сердечно-сосудистого риска (Бапинаева А.А., 2009). Приводим клинический случай пациентки, перенесшей первый ИМ в возрасте 33 лет.

Больная А., 40 лет, доставлена 6.06.15. в 00:15. Жалобы: «пекущие» боли в области сердца.

Заболела в 5 утра, когда появились «пекущие» боли в области сердца, принимала нитраты с кратковременным эффектом. Боли проходили на час-два и повторялись снова. Вызвала СМП, оставлена дома. Вызвали участкового врача на дом. Врач не подошел. Вечером вызвала СМП повторно. Ввиду наличия рецидивирующих болей доставлена в ОНК РСЦ. Анамнез заболевания: ИБС с 2008г., когда перенесла ИМ, выполнена СКАГ проведено стентирование ОА. В дальнейшем было стационарное лечение в 2011 году в ОНК РСЦ, проведено стентирование ВТК ОА. После выписки боли со слов особо не беспокоили. Препараты принимает регулярно. Обследуется в поликлинике.

Объективно: состояние тяжелое. Сознание ясное, адекватное. Положение активное. Нормостеник, повышенного питания. Кожные покровы бледноваты, чистые. В легких дыхание проводится, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, приглушенные. АД 180/110 мм.рт.ст. ЧСС 80 в мин. Живот мягкий, увеличен за счет ПЖК. Видимых отеков нет.

ЭКГ: Ритм синусовый. Без явной ишемии

06.06.2015 Коагулология: МНО=0.95; АПТВ=24.9;

Электролиты: Калий=3.7; Натрий=143 проц.;

Группа крови и резус фактор: Группа крови В (III) ; Определение резус-принадлежности=+ ;

Биохимический анализ крови: Общий белок=73.3 г/л (66-87); Билирубин общий=18 мкмоль/л (2-21); # прямой=9 мкмоль/л (0-3.42); Глюкоза=6.1 ммоль/л (3.5-5.5); Мочевина=5.9 ммоль/л (1.7-8.3); Креатинин=90.2 (44-90); АЛТ=15 Ед/л (0-34); АСТ=13 Ед/л (0-31);

Общий анализ крови: Лейкоциты=16.7 $10^9/L$ (4-10); Гемоглобин=141 g/L (120-140); Эритроциты=4.62 $10^{12}/L$ (3.9-4.7); Гематокрит=41.3 % (36-42); Тромбоциты=314 $10^9/L$ (180-320); Эозинофилы=2 % (1-5); Нейтрофилы палочкоядерные=1 % (1-5); Нейтрофилы сегментоядерные=74 % (50-72); Лимфоциты=16 % (18-38); Моноциты=7 % (2-10); СОЭ=12 мм/час (3-15);

Общий анализ мочи: Количество=100 мл; желтая, прозрачная; удельный вес=1010; Реакция=щелочная; Белок=0,3 г/л; Эпителий плоский=1-1-0; Лейкоциты=8-6-7 ; Эритроциты неизмененные=3-9-6 ;

Экспресс-исследование уровня тропонина в крови-отриц

Кардиоферменты: Тропонин I=0 нг/мл; СК-МВ=5 нг/мл;

06.06.2015 Рентгеновское исследование органов грудной клетки: рентген-признаки хронического бронхита.

- Допплерэхокардиография: систолическая функция ЛЖ, нормальная, ФВ 65%. Уплотнение аорты, створок аортального клапана, митрального клапана. Полости сердца не расширены. Локальных зон гипокинеза и асимметрии миокарда ЛЖ не выявлено.

На основании жалоб, анамнеза, объективного осмотра, результатов обследования выставлен диагноз:

Основной: ИБС. Нестабильная стенокардия. ПИКС(2008). Состояние после СКАГ со стентированием ОА(2008), ВТК ОА(2011).

Фон: Гипертоническая болезнь III ст. Артериальная гипертензия 3 ст риск ССО4.

Осложненный: ОСН I Killip. ХСН II ФК

Сопутствующий: Атеросклероз аорты, АК, МК. Хронический бронхит. Хронический холецистит вне обострения

Решение: Учитывая отрицательные кардиоферменты, стабильную гемодинамику, отсутствие ангинозных болей, средний риск по шкале ГРЕЙС решено от ЧКВ воздержаться, придерживаться консервативной тактики.

Выводы: Необходимо контролировать факторы риска ИБС, а также быть настороженными врачам скорой помощи в отношении нетипичных клинических форм инфаркта миокарда с его разнообразными проявлениями и нехарактерным развитием у лиц молодого возраста.

161 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЛАНИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИНЫ С ОСЛОЖНЕННЫМ ПОЛИМОРБИДНЫМ ФОНОМ

Сеялова А. С¹., Чельдиева Е. И²., УнарOVA Е. Н²

¹Клиника СВФУ, Якутск, Россия,

²Национальный центр медицины, ГБУ Республиканская больница № 1, Якутск, Россия

Долгое время врожденные пороки сердца (ВПС) считались противопоказанием для гестации [3]. Сейчас большинство этих пациенток при грамотном ведении, с учетом особенностей гемодинамики в состоянии перенести беременность и роды без ущерба для здоровья [1]. Однако в сочетании с патологией других систем, риск осложнений повышается.

Пациентка С., 24-х лет, обратилась в РБ №1 для обследования и получения заключения о возможности вынашивания беременности. В анамнезе – перенесенные детские вирусные инфекции (коревая краснуха, ветряная оспа), ВПС и хронический пиелонефрит единственной правой почки.

Пациентка до обращения была проконсультирована кардиохирургом в Новосибирском научно-исследовательском институте патологии кровообращения им. академика Е.Н. Мешалкина (НИИ-ИПК).

При обследовании объективно границы сердца не изменены, верхушечный толчок не визуализируется, аускультативно тоны сердца ритмичные, второй тон выслушивается над всей областью сердца с эпицентром слева от грудины. Пульс 67 уд./мин. АД 110/60 мм рт.ст.

По ЭКГ ритм синусовый, ЧСС 67 уд./мин., горизонтальная ЭОС, гипертрофия левого желудочка. Также проведена ЭхоКГ. ВПС. Надклапанный стеноз аорты (средний градиент - 29 мм рт.ст.). Функционально бicuspidальный аортальный клапан. Расширение восходящего отдела аорты (4,5-4,6 см). Недостаточность аортального клапана 0-I ст. Диффузный пролапс митрального клапана I ст. Удлиненные надклапанные хорды, добавочная хорда левого желудочка. Митральная регургитация 0-I ст., трикуспидального клапана 0-I ст. Хроническая сердечная недостаточность I ФК.

Исходя из того, что ВПС у данной пациентки компенсированный, было получено заключение кардиохирурга о возможности вынашивании беременности.

Но в данном случае необходимо учитывать и состояние единственной оставшейся почки, необходимо тщательное исследование ее функции, выявление наличия инфекции мочевыводящих путей.

Из анамнеза пациентки: с детства часто болела, в 1997 г. на УЗИ была обнаружена гипоплазия левой почки, был поставлен диагноз хронический пиелонефрит. Проводилась консервативная терапия, без эффекта. Периодически беспокоили боли в поясничной области. В 2001 г. по поводу вторично-сморщенной почки была проведена нефрэктомия слева. В дальнейшем не наблюдалась.

В настоящее время у пациентки хронический пиелонефрит единственной правой почки, вне обострения. Функция почки снижена. Вторичная гипертензия. Результаты общего и биохимического анализа крови в пределах нормы. В общем анализе мочи лейкоцитурия и эритроцитурия (неизменные клетки). В бакпосеве мочи выявлен рост *E. coli* (104).

Был созван консилиум в составе заведующих кардиохирургического, кардиологического, нефрологического отделений, женской консультации, директора и заместителя директора клинко-диагностического центра и лечащего врача. В результате пациентка получила заключение о возможности вынашивания беременности и осведомлена о высоком риске осложнений.

Следует подчеркнуть, что у беременных клинические признаки хронического пиелонефрита могут наслаиваться на симптомы, связанные с осложнениями беременности, спровоцированные данным заболеванием либо возникшие независимо [2].

Таким образом, при планировании беременности необходимо учитывать состояние всех органов и систем, так как имеется высокий риск различных осложнений. Так при наличии при ВПС и заболеваниях единственной почки возрастает частота угрожающего выкидыша, преждевременных родов и увеличивается процент оперативного родоразрешения.

162 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРДИОМИОПАТИИ ПОСЛЕ ХИМИОТЕРАПИИ

Селиверстова Д. В., Евсина О. В.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения РФ (ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России), Рязань, Россия

Интенсивное лечение рака химиотерапевтическими препаратами часто приводит к кардиотоксичности, которая может развиваться в различные сроки от начала лечения: как в момент введения препарата, так и через десятилетия после его использования [1].

Клинический случай.

Пациентка К., 1968 г.р. направлена на стационарное лечение с диагнозом дилатационная кардиомиопатия в ГБУ Рязанской области Областной клинический кардиологический диспансер (ГБУ РО ОККД).

При поступлении жалобы на сильную одышку в покое, усиливающуюся в горизонтальном положении.

Из анамнеза: в 2010 г. выявлено злокачественное заболевание правой молочной железы T2N1M0 - проведено комплексное лечение (оперативное, 5 курсов химиотерапии; 2012 – выявлены метастазы в кости (1 курс), и 2013 - выявлены метастазы в легких, 08.2013 впервые возникла сильная одышка (9 курсов): доксирубицин, циклофосфан, фторурацил.

ЭхоКГ (08.2013): дилатация левых камер сердца (левое предсердие (ЛП) 5,8 см, левый желудочек (ЛЖ): КДР 6,0 см, КСР 4,8 см). Диффузный гипокинез стенок ЛЖ. Снижение глобальной сократимости ЛЖ (ФВ 35%). Недостаточность митрального клапана МК (МК рег. 3 ст.).

Назначено лечение: верошпирон 50 мг/сут, конкор 2,5 мг/сут, на фоне которого состояние улучшилось.

15.09.2014 проведен повторный курс химиотерапии (митоксантрон, циклофосфан, 5-фторурацил).

Настоящее ухудшение в течение недели: усилилась одышка, выросла слабость.

22.09.2014 госпитализирована в ГБУ РО ОККД.

При поступлении: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Аускультативно дыхание везикулярное, ослабленное справа в нижних отделах, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца расширены влево на 2,5 см. Систолический шум на верхушке сердца, ритм сердца правильный, ЧСС 120 в мин., АД 120/80 мм. рт. ст. Печень +3 см.

ЭхоКГ (25.09.2014) ЛП увеличено - 4,78 см. Полость ЛЖ расширена: КДР 6,3 см, КСР 5,2 см. Сократимость миокарда ЛЖ снижена - ФВ 35%. Диффузная гипокинезия стенок ЛЖ. Заключение: Дилатация полости ЛЖ, ЛП. Снижение сократимости миокарда ЛЖ. Недостаточность МК.

КТ органов брюшной полости (29.09.2014) Заключение: признаки гепатомегалии. Вторичные изменения печени (метастазы).

Выставлен диагноз: Основной: Кардиомиопатия, обусловленная воздействием лекарственных средств (химиотерапией).

Фоновое: рак правой молочной железы T2N2M1. Мастэктомия справа (2010). Метастазы в легкие, печень. Химиотерапия (2010, 2012, 2013, 15.09.2014).

Осложнения: ХСН 2А, ФК 3.

Назначено лечение: нипертен 2,5 мг/сут, зокардис 3,25 мг/сут, верошпирон 50 мг/сут.

На фоне лечения состояние улучшилось, значительно уменьшились одышка, слабость.

Обсуждение. В основном после манифестации симптомов сердечной недостаточности очень трудно добиться положительного результата лечения, и прогноз у пациента ухудшается [2]. Поэтому, еще в 2010 г. нужно было провести УЗИ сердца еще до начала лечения, а также через каждые 3 месяца, даже без наличия симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы, для более раннего выявления кардиотоксичности.

Заключение. Для более безопасной и эффективной тактики ведения пациентов необходимо более тесное сотрудничество онкологов и кардиологов, а также динамичное наблюдение за состоянием сердечно-сосудистой системы до, вовремя и после проведения химиотерапии.

163 СЕРДЕЧНО-ПЕЧЕНОЧНЫЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Соловьева А. Е., Галочкин С. А., Данилова М. Г.

Российский университет дружбы народов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, Москва, Россия

Вступление: Сердечная недостаточность (СН) оказывает негативное влияние на функцию многих органов и систем. Помимо кардиоренальных синдромов в последние годы активно изучается нарушение функции печени у пациентов с острой и хронической СН, обозначаемое термином сердечно-печеночный синдром (СПС). В крупных регистрах пациентов с СН показаны ассоциации СПС с тяжестью кардиальной патологии и негативным прогнозом.

Описание случая: Пациент 61 года, курильщик, с анамнезом инфаркта миокарда, постоянной формы фибрилляции предсердий (ФП) (без приема антикоагулянтов), стентированием коронарных артерий, сердечной недостаточности со сниженной ФВ (23%), установленным

кардиовертером-дефибриллятором, был экстренно госпитализирован в отделение кардиореанимации с нарастанием отечного синдрома до степени анасарки, появлением приступов удушья, тенденции к гипотонии.

При поступлении состояние тяжелое. В сознании. Субиктеричность склер. Единичные геморрагические высыпания на туловище, руках. Выраженные симптомы застойной сердечной недостаточности. Отечный синдром до степени анасарки. Тахипноэ 28 в минуту со снижением сатурации кислорода на воздухе, незвучные влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах обоих легких. Отмечалась тахикардия, гипотония 80/60 мм рт.ст. Выявлен ненапряженный асцит, гепатомегалия. На ЭКГ - чередование тахиформы ФП и ритма работы кардиостимулятора, полная БЛНПГ, частая желудочковая экстрасистолия. Рентгенологически венозный застой по малому кругу кровообращения, минимальный двусторонний гидроторакс. При ЭХО-КГ дилатация всех полостей сердца, снижение ФВ до 15% (на фоне диффузного снижения сократительной способности и наличия зон акинеза перегородки, верхушки левого желудочка), легочная гипертензия 1 степени (60 мм рт. ст.). Отмечалось существенное повышение уровня NT-proBNP до 14225 пг/мл.

Выявлен выраженный синдром цитолиза (АЛТ 1304 Ед/л (>20 верхних границ нормы (ВГН)), АСТ 901 Ед/л (>7 ВГН) и ЛДГ 1812 Ед/л (>7 ВГН), соотношение АЛТ/ЛДГ=0,7), синдром холестаза (прямой билирубин 16,2 мкмоль/л (5 ВГН), ЩФ 454 Ед/л (4 ВГН), ГГТ 524 Ед/л (10 ВГН), снижение синтетической функции печени (гипоальбуминемия, гипохолестеринемия, повышение МНО и ПИ), гипонатриемия 118 ммоль/л. Данных за повторный инфаркт не было получено.

Обсуждался генез поражения печени. В связи с отсутствием анамнестического указания на злоупотребление алкоголем, прием гепатотоксичных лекарств и контакт с токсинами, отрицательными маркерами вирусных гепатитов и болезней накопления, отсутствием патологии при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости и почек, стремительным цитолизом с характерным соотношением АЛТ/ЛДГ<1,5, основной концепцией было развитие СПС у пациента с тяжелой СН.

Лечение СПС должно быть направлено на повышение сердечного выброса, уменьшение застоя, улучшение печеночной и почечной перфузии и увеличение оксигенации тканей. Контроль за функцией печени должен быть приоритетным с соответствующей коррекцией доз препаратов, метаболизирующихся через печень, либо их отменой.

Пациент получал постоянную инфузию Допамина в течение 10 суток, Фуросемид до 120 мг, Верошпирон 25 мг/сут, Бисопролол в минимальной дозе (1,25 мг/сут), инсуфляцию кислорода через назальный катетер 3л/мин. Учитывая выраженную гипокоагуляцию, проводилось переливание свежезамороженной плазмы. На 5 сутки больной переведен в кардиологическое отделение. Отмечалось уменьшение симптомов СН, значимо снизились печеночные показатели. Стабилизация гемодинамики и гемостаза позволила назначить ИАПФ и Варфарин.

Обсуждалась сердечная ресинхронизирующая терапия (СРТ) (класс,уровень доказанности ПаВ).

Кроме того, рассматривался вопрос о трансплантации сердца, учитывая терминальную стадию СН с выраженностью клинической симптоматики, неблагоприятный прогноз и крайнюю ограниченность консервативного лечения ввиду тенденции к гипотонии. Однако ввиду высокого периперационного риска в трансплантации сердца было отказано.

Пациент был выписан на 21 сутки стационарного лечения. Спустя две недели был повторно госпитализирован с ОДХСН. Спустя два месяца выполнена СРТ, осложнившаяся развитием ишемического инсульта. В настоящий момент состояние пациента было стабилизировано, проводится реабилитация.

Обсуждение: Представленное наблюдение является демонстрацией развития выраженного СПС у пациента с тяжелой СН и подчеркивает важность дальнейшего изучения концепции сердечно-печеночных отношений в кардиологии.

Заключение по применению в клинической практике: Нарушение функции печени распространено у пациентов с СН, влияет на тактику лечения, указывает на тяжесть сердечной патологии и негативный прогноз.

164 НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ ОПУХОЛЬ У ПАЦИЕНТА С НЕХОДЖКИНСКОЙ ЛИМФОМОЙ

Таняшина А. В., Калимуллина Г. Х., Исаева Е. Н., Галявич А. С.

Межрегиональный клинико-диагностический центр, Казань, Россия

Введение: Пациенты с нейроэндокринными опухолями (НЭО), вызывающими артериальную гипертензию, часто получают стандартное лечение гипертонической болезни, являющееся неэффективным, а диагноз НЭО устанавливается посмертно.

Описание случая: Мужчина 58-ми лет поступил с жалобами на выраженную слабость, подъем артериального давления (АД) до 200/100 мм.рт.ст.

Из анамнеза: Пациент в течение 3 лет отмечал эпизоды лихорадки с дрожью, самостоятельно купирующиеся в течение нескольких часов, во время приступов АД не измерял. 2 года назад появились эпизоды выраженных болей внизу живота с подъемом АД до 200/100 мм.рт.ст., судорожным синдромом, преходящей слепотой. В межприступный период АД 110/70 мм.рт.ст. Эпизоды болей в животе возникали несколько раз в год, наблюдался по месту жительства с диагнозом: «Гипертоническая болезнь. Хронический холецистит». Также 2 года назад диагностирована неходжкинская лимфома IVB стадии, проводилась химиотерапия. В течение последнего года боли в животе участились при положительной динамике лимфомы.

Учитывая пароксизмальный характер повышения АД, высказано предположение о гормонально активной опухоли. В суточной моче выявлено повышение уровня норметанефринов до 1605 мкг/сут. (норма до 404 мкг/сут.). Были проведены исследования с целью обнаружения локализации опухоли (КТ брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгенография органов грудной клетки, МРТ позвоночника). Очаг локализации опухоли не найден. Рекомендован доксазозин до 8 мг в сутки. Во время очередного приступа болей в животе пациент госпитализирован в онкодиспансер. Проведена диагностическая лапаротомия с биопсией кишечника, выявлена НЭО с метастазами в забрюшинные лимфоузлы и печень. Пациенту назначена терапия аналогами сандостатина с эффектом. Рецидив приступа развился через 6 месяцев после начала терапии, через 1 год – фатальный исход, который случился амбулаторно.

Заключение: Случай показывает необходимость настороженности кардиологов в плане ранней диагностики НЭО, несмотря на наличие тяжелой сопутствующей патологии, скрадывающей клинику заболевания.

РАЗДЕЛ XIII. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В КАРДИОЛОГИИ И КАРДИОХИРУРГИИ

165 ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ДЕТЬМИ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУР- ГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.

Блинкова И.А., Иноземцева С.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический кардиологический диспансер», г. Самара, Россия

Операционная травма и наркоз вызывают в организме больного ребенка существенные изменения, что дает основание ввести термин “послеоперационная болезнь”. При этом отмечаются нарушения функции ЦНС, дыхания и кровообращения, желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы, а также серьезные сдвиги в системе энергообеспечения и метаболизма. Поэтому, целенаправленная коррекция и превентивная терапия в до- и раннем послеоперационном периоде обеспечивает скорейшее выздоровление и способствует улучшению общего состояния маленьких пациентов. Многие годы педиатрические пациенты лечились без четкого понимания того, какой тип лечения подходит для их возраста, а какой нет. Результаты многочисленных исследований и накопленный клинический опыт показали, что дети – это не маленькие взрослые и нельзя подходить со стандартами для взрослых к лечению и ведению педиатрических пациентов. Ведение и выхаживание кардиохирургических больных – сложный и очень ответственный процесс, поэтому медицинский персонал должен обладать соответствующими навыками, квалификацией и профессионализмом, умением работать в команде. Важную роль в выживаемости детей после операций на сердце играет согласованность в работе и профессионализм сотрудников реанимационного отделения. Большая ответственность по уходу и наблюдению за детьми ложится на сестринский персонал. Учитывая необходимость специализированной помощи детям с пороками сердца в Самаре и Самарской области, в 2004 году на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Самарский областной клинический кардиологический диспансер» открыт Центр детской кардиохирургии и кардиоревматологии с отделением реанимации и интенсивной терапии. Спектр кардиохирургических вмешательств нашего Центра достаточно широк – оперируются дети практически с любыми пороками сердца. Хирурги и реаниматологи Самарского кардиодиспансера прошли подготовку в лучших кардиохирургических центрах России (Москва, Санкт-Петербург) и Америки (Сан-Франциско). С 2005 года центр тесно сотрудничает с американским фондом «От сердца к сердцу». Благодаря обмену опытом с американскими коллегами, в детском отделении реанимации и интенсивной терапии разработаны и введены в действие определенные схемы и протоколы ведения больных для улучшения качества работы медицинских сестер.

Цели исследования:

1. Повышение уровня профессиональных знаний среднего медицинского персонала и улучшение качества сестринского ухода за больными детьми после кардиохирургических вмешательств.
2. Обмен опытом профессиональной деятельности сестринского персонала по созданию условий безопасности для пациентов с сердечно-сосудистой патологией и улучшения качества их жизни.

Участники исследования поставили перед собой следующие задачи:

1. Изучить медицинскую литературу по уходу за больными детьми в послеоперационный период по адекватному обезболиванию новорожденных и детей первого года жизни.
2. Провести анализ уровня профессиональных знаний сестринского персонала по оказанию сестринской помощи пациентам детского отделения реанимации и интенсивной терапии.
3. Показать необходимость сестринской диагностики и профилактики боли при проведении болезненных медицинских процедур у наших самых маленьких пациентов.
4. Разработать методическое пособие по сестринскому уходу за больными детьми после кардиохирургических вмешательств.

Результатом первого этапа исследования «Особенности сестринского ухода за больными детьми после кардиохирургических вмешательств» 2012-2013 годов стала разработка протокола оценки интенсивности боли у новорожденных и детей первого года жизни. Протокол был внедрен в работу и в настоящее время успешно применяется для сестринской диагностики боли в детском отделении реанимации и в палате интенсивной терапии новорожденных. На втором и третьем этапах проведения исследования (2013-2015 годы) на базе учебно-методического кабинета кардиодиспансера было разработано методическое пособие для сестринского персонала по уходу за детьми в послеоперационный период. Основной частью данного пособия стал алгоритм ведения пациентов детской реанимации до- и после кардиохирургического вмешательства, а также памятка по адекватному обезболиванию наших маленьких пациентов. В учебно-методическом кабинете Самарского кардиодиспансера разработана система обучения сестринского персонала на рабочих местах, которая дает свои положительные результаты. В исследовании проанализирована связь между системой непрерывного образования и качеством оказываемой помощи со стороны среднего медицинского персонала. Выявлены и систематизированы личностные особенности и компетенции (общие и профессиональные), необходимые для успешной работы специалистов сестринского дела.

На основании полученных данных сделаны следующие выводы:

- Медицинский персонал оказывает необходимую психологическую поддержку и внимание детям, находящимся на лечении в кардиодиспансере и их родителям (98,2%).
- Назначения врачей выполняются, практически, в полном объеме (99,8%).
- Медицинские сестры детских отделений обладают необходимыми положительными качествами для работы с маленькими пациентами (97,3%).
- Был получен большой процент положительных отзывов при использовании нефармакологических методов обезбоживания во время проведения медицинских манипуляций (92,3%).

В ходе реализации исследования «Особенности сестринского ухода за больными детьми после кардиохирургических вмешательств» были получены ценные методические разработки. В частности, обращает на себя внимание внедренный в практику протокол оценки интенсивности боли у детей первого года жизни и протокол ведения ребенка после кардиохирургического вмешательства, а также серьезный подход к оценке качества работы сестринского персонала - проведение регулярного опроса родителей при выписке их малышей из стационара.

В настоящее время медицинской общественностью признается серьезность проблемы «послеоперационной болезни» у младенцев, которым пришлось перенести оперативное вмешательство. При этом подчеркивается право малыша получить эффективную и безопасную медицинскую помощь, в том числе и обезболивающую терапию. Точная ориентация в состоянии оперированного пациента, возможна лишь при максимальной и разносторонней профессиональной подготовке сестринского персонала. В перспективе, по плану реализации исследования «Особенности сестринского ухода за больными детьми после кардиохирургических

вмешательств», ожидается значительное повышение эффективности выполнения медицинскими сестрами детской реанимации текущей работы и улучшение качества сестринского ухода за нашими пациентами. Данное исследование создает благоприятные условия для профессионального обучения и развития хороших практических навыков как у работающего персонала, так и у молодых специалистов, что, в свою очередь, способствует повышению престижа профессии медицинской сестры.

166 РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КРОНАРНЫХ СОСУДОВ

Грызлова Н.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический кардиологический диспансер», г. Самара, Россия

Актуальность проблемы. Во всем мире растет число проводимых кардиохирургами малоинвазивных процедур по установлению стенов в кровеносные сосуды. В СОККД в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения за 2014г было выполнено 1197 стентирований. Метод нравится как медикам, так и пациентам, так как позволяет эффективно помочь больным с атеросклерозом и ишемической болезнью сердца, не прибегая к большим операциям.

Однако с ростом числа процедур растет и число ее осложнений – может произойти повторное сужение сосуда (ресстеноз), рестеноз – это повторное сужение артерии, возникшее в том месте, где ранее хирургическим путем стеноз был устранен, Или стент может быть заблокирован сгустком крови (тромбоз стента). Это осложнение может развиваться на любом из послеоперационных этапов и характеризуется внезапной болью. Если не принять меры вовремя - возможен инфаркт миокарда.

Ни одну из существующих в медицине методик расширения сосудов, поврежденных атеросклерозом нельзя считать идеальным способом избавления от ишемической болезни сердца навсегда. Проблема состоит в том, что атеросклеротические бляшки могут перекрывать просвет в других сосудах, поскольку атеросклероз часто продолжает прогрессировать. Дальнейшее самочувствие пациентов во многом зависит от того - насколько строго он будет придерживаться врачебных предписаний, касающихся питания, нагрузок и приема необходимых препаратов.

На базе учебно-методического кабинета в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения (ОРХМДЛ) Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Самарский областной клинический кардиологический диспансер» была проведена исследовательская работа, направленная на профилактику осложнений после стентирования коронарных сосудов.

Цель исследования. Улучшить качество жизни кардиохирургических пациентов, путем повышения уровня знаний о факторах риска, приводящих к осложнениям после стентирования.

Задачи исследования.

1. Выявить основные проблемы кардиохирургических пациентов, возникающие после стентирования сосудов сердца.

2. Разработать памятки для пациентов после стентирования.

Согласно анализа диагностических операций (коронарографий) в ОРХМДЛ кардиодиспансера за 2014год, рестенозы выявлены у 213 пациентов. Из них 75 случаев у пациентов стентированных в течении одного года. 24 пациентам было рекомендовано аортокоронарное шунтирование (АКШ).

Причины ранних рестенозов зачастую обусловлены поведенческими факторами:

- несоблюдение медикаментозной терапии,
- несоблюдение холестериновой диеты,
- вредные привычки,
- физические перенагрузки,
- не контролируемые артериальное давление и пульс.

Поэтому, важной проблемой в профилактике осложнений при стентировании является то, что даже при корректной диагностике, своевременной и успешной операции, эффективность лечения не достаточна, так как больные плохо проинформированы о самом методе, не считают нужным четкое и строгое выполнение рекомендаций хирургов и терапевтов.

В отделении рентгенхирургии, при вторичном попадании пациента на операционный стол, если диагностика сосудов (коронарография) выявила осложнения после стентирования (тромбоз стента, рестеноз) проводится опрос.

В процессе сбора информации по опросу выявляется:

- 70% пациентов не соблюдали медикаментозную терапию – не принимали рекомендованные препараты совсем или заменяли их на дженерики.
- 50% не избавились от вредных привычек и не соблюдали гипохолестериновую диету.
- 30% имели физические перенагрузки и не контролировали гемодинамические показатели (артериальное давления и пульс).

Так же 30% из всех опрошенных были мало проинформированы о факторах риска осложнений после стентирования или имели заблуждения о методе стентирования сосудов сердца.

По результатам опроса, в целях улучшения качества жизни кардиохирургических пациентов и повышения информированности были разработаны памятки:

- Что такое стентирование.
- Реабилитация после стентирования.

После повторной операции, с пациентами проводилась беседа о дальнейшей перспективе развития заболевания: «Изменить свой образ жизни и выполнять все рекомендации или в будущем – операция на «на открытом сердце»».

Стентирование – малоинвазивная и щадящая операция, позволяющая быстро и надолго восстанавливать кровообращение в сосудах сердца. Но необходимо понимать, что ее эффективность во многом зависит от дальнейшего поведения самого пациента: умеренность, аккуратность и строгое следование врачебным рекомендациям станут гарантией высокого качества жизни в будущем.

167 ИМИДЖ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ, КАК ЧАСТЬ ИМИДЖА ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Иноземцева С.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический кардиологический диспансер» г. Самара, Россия

В управлении качеством медицинских услуг необходимо учитывать меры по формированию положительного внешнего имиджа медицинского учреждения. Актуальность проблемы определяется тем, что современное здравоохранение сталкивается с рядом проблем, в основе которых лежит низкая оценка эффективности работы медицинских учреждений со стороны пациентов. При этом под внешним имиджем медицинского учреждения понимается система представлений, которая существует в сознании людей различных общественных групп.

Здоровый социально-психологический климат лечебного учреждения предполагает взаимное доверие сотрудников, их стремление добросовестно выполнять свою работу, постоянный обмен информацией, контроль за результатами выполнения всех пунктов лечебного процесса, эффективность деятельности больничной администрации и стиль ее работы. Совместная работа врача и медсестры по бригадному принципу, в качестве уважающих и зависящих друг от друга профессионалов, позволяет каждому специалисту выполнять те функции, для которых его готовили. Имидж медицинского работника существенно влияет на доверие пациента, эффективность достижения комплайенса (соответствия) с ним при назначении диагностических или лечебных процедур. Следует учитывать и то, что повышение настроения пациента делает его более лояльным к своему медработнику и, соответственно, к лечебному учреждению. Принимая во внимание, что имидж сестринской профессии является важной составляющей имиджа здравоохранения в целом, Этический комитет Самарской региональной общественной организации медицинских сестер включил в план своей работы на 2015 год проведение исследования, направленного на изучение морально-этических проблем в деятельности средних медицинских работников. Основной задачей нашей работы стало улучшение качества обслуживания пациентов путем повышения уровня знаний сестринского персонала о значении имиджа медицинской сестры в деятельности лечебного учреждения. Исследование было проведено в период с 01.03.2015 по 01.07.2015 года, в несколько этапов: разработка анкет, проведение анкетирования, анализ полученных результатов и проведение мероприятий по профилактике и устранению этических ошибок в профессиональной деятельности сестринского персонала. Для получения разносторонней и достоверной информации о наличии этических проблем, возникающих в процессе работы специалистов среднего звена, анкеты были разработаны по трем направлениям:

1. анкеты для пациентов по выявлению степени удовлетворенности качеством оказания сестринской помощи в лечебно-профилактических учреждениях;
2. анкеты для врачей по выявлению степени удовлетворенности совместной работой с сестринским персоналом;
3. анкеты для среднего медицинского персонала по выявлению уровня знаний об аспектах медицинской этики и деонтологии и степени их удовлетворенности психологическим климатом в коллективах по месту работы.

В выборочном анкетировании приняли участие 11 лечебно-профилактических учреждений Самарской области различного профиля, как городских, так и сельской местности. Всего для анализа было получено 1609 анкет сестринского персонала, 927 анкет врачей и 1520 анкет пациентов. Анкетирование проводилось по добровольному согласию респондентов и анонимно, что гарантировало достаточно правдивые ответы.

Анализируя анкеты средних медицинских работников, было выявлено:

Большинство медсестер (92%) пришло в профессию осознано. 87,6% средних медработников осознают, что от их внешнего вида и поведения зависит имидж лечебного учреждения. 72,7% медицинских сестер хорошо осведомлены о требованиях, предъявляемых к внешнему виду медицинского работника. Однако, по признанию анкетированных, выполняют их в полном объеме всего 37%. Основные нарушения, обозначенные самими медсестрами: несоответствующая прическа, яркий макияж и/или маникюр, отсутствие юбки или майки под рабочим халатом. 20% медперсонала, работающего в манипуляционных кабинетах или в отделениях хирургического профиля, не имеет специальной обуви, которую можно подвергать дезинфекции. Для 93,1% сотрудников милосердие, забота, сострадание – это всё то, что необходимо истинному медику, профессиональные качества медсестры, но 6,9% ответили, что эти слова давно утратили свой смысл. Настораживает факт не совсем благоприятного психологического настроения в коллективах ЛПУ – 3% сотрудникам вообще не хочется идти на работу. 70,4% обозначили отношения в коллективе как терпимые. У 6% медсестер отношения натянуты – общаются только по необходимости. Основными причинами этих проблем (84%) были названы: увеличивающийся объем работы (особенно

«бумажной»), нехватка времени на полноценный отдых и, как следствие, раздражительность и всплески негативных эмоций по отношению к коллегам и пациентам. Стоит обратить внимание и на тот факт, что 8% медсестер не хотят делиться опытом с молодыми специалистами, считая, что «новички» отнимают много времени и часто приходится переделывать за ними работу. На вопрос «Что Вы знаете о деятельности Российской Ассоциации медицинских сестер и Самарской региональной общественной организации медицинских сестер» - 22% ответили, что знают недостаточно, а 17,9% и вовсе ничего не знают! И это несмотря на большое количество информации, которое предоставляют наши лидеры. Есть над чем работать ключевым членам в своих лечебных учреждениях!

По результатам анкетирования пациентов: 90,1% отмечают в медсестрах доброжелательность и заинтересованность в каждом пациенте и всего 2,8% - с медсестрами предпочитают не общаться. Более половины пациентов (55,9%) отметили, что замечают отсутствие медсестры на приеме с врачом. На вопрос «Если прием будет вести только медсестра, вы будете ей доверять?» положительно ответили всего 18,9%, остальные 81,1% за то, чтобы прием вел врач. 6,2% отметили грубость медицинских сестер. И, все же, почти 80% анкетированных пациентов при оценке работы сестринского персонала поставили оценку «отлично»! При анализе анкет врачей были получены следующие результаты:

Более 30% врачей уделяют внимание внешности сестринского персонала, 46,2% – профессионализму. И чем старше врач, тем внешность медицинской сестры играет более значимую роль! Более 80% врачей предпочитают работать в команде и допускают профессиональный совет со стороны медсестры. 72,1% отметили, что им не хватает сестринского персонала, при их отсутствии на рабочих местах. Но, вместе с тем, доверить средним медработникам что-либо из своих обязанностей могут всего лишь половина (55,2%) анкетированных врачей, а почти 10% ответили, что у сестринского персонала низкий уровень знаний. Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что общество еще не совсем готово видеть медицинскую сестру в качестве самостоятельного специалиста. Более привычно и доверительно видеть медсестру - исполнителя. Много предстоит сделать, чтобы поднять рейтинг профессии медицинской сестры! После получения данных анкетирования, Этическим комитетом было решено проводить занятия по основам медицинской этики и деонтологии ежеквартально (на областных конференциях «Школа медсестры»). В вводный инструктаж всех вновь прибывших на работу в ЛПУ Самарской области средних медработников рекомендовано включить занятие по основам медицинской этики, деонтологии и правилам делового этикета в ЛПУ, с последующей сдачей зачета. В план работы Этического комитета включена разработка универсальных модулей решения различных этических проблем, возникающих в процессе деятельности сестринского персонала. В заключение особо хочется сказать, что атмосфера сестринской практики и медицинского образования должна создавать условия, которые бы культивировали желаемые качества, требуемые от медсестры. Сестринское дело сегодня — это основополагающая профессия здравоохранения с точки зрения морали, и именно она должна определять имидж нашего отечественного здравоохранения!

168 РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ

Караян А.Д.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический кардиологический диспансер», г. Самара, Россия

Введение. Нейроциркуляторная дистония (НЦД) -это полиэтиологическое функциональное нейрогенное заболевание сердечно-сосудистой системы, в основе которого лежат расстройства нейроэндокринной регуляции с множественными и разнообразными клиническими симптомами, возникающими или усугубляющимися на фоне стрессовых воздействий, отличающееся доброкачественным течением.

Причины развития НЦД неизвестны. Основными факторами риска возникновения НЦД являются воздействия стресса, инфекций, гормональных нарушений, наследственно-конституциональной предрасположенности, а также умственное и физическое переутомление, курение и злоупотребление алкоголем.

Данное заболевание характеризуется периодами обострения и ремиссии. Во время ремиссий клинические проявления отсутствуют.

Обострения сопровождаются развитием

- Общевегетативных(головная боль, ощущение тревоги)
- астенического (слабость, усталость, нарушения координации)
- цереброваскулярных, кардиального(боль в сердце, сердцебиение, ощущение пульсации сосудов,повышение и/или понижение АД)
- респираторного(учащенноеповерхностноедыхание, чувство нехватки воздуха,потребность периодически глубоко вдыхать)
- аритмического(экстрасистолия, тахикардия),
- периферического сосудистого(покраснение кожи, ощущение пульсации в голове, появление красного дермографизма, мелькание мушек перед глазами) синдромов.

Частыми и наиболее значимыми клиническими проявлениями являются вегетативные кризы, которые возникают обычно внезапно ночью во время сна или при пробуждении. Заканчивается криз внезапно, сопровождается полиурией, общей слабостью.

Все вышеперечисленные симптомы ведут к существенному снижению качества жизни данных пациентов.

НЦД, являясь функциональным заболеванием, для снижения частоты и тяжести приступов требует не столько медикаментозного лечения, сколько физиотерапевтических, психотерапевтических воздействий, а также занятий лечебной физкультурой. Лечение данного заболевания следует начинать с формирования правильного образа жизни, нормализации режима труда и отдыха, сна и бодрствования, исключения употребления алкоголя и курения, нормализация режима питания, довести количество приемов пищи до 4-5 раз.

Актуальность. НЦД встречается в основном, у лиц подросткового и молодого возраста. По данным многочисленных эпидемиологических исследований вегетативные нарушения встречаются в 25-80% наблюдений. В общей структуре сердечно-сосудистых заболеваний НЦД составляет 32-50%.

Цель работы. Выявить наличие действия стрессовых факторов у пациентов подросткового возраста отделения детской кардиохирургии и кардиоревматологии, а также, связь воздействия данных факторов с развитием рецидивов заболевания.

Повысить уровень знания родителей пациентов подросткового возраста о факторах риска развития рецидивов НЦД и необходимости формирования здорового образа жизни и коррекции режима питания подростков.

Задачи исследования.

1. Провести анонимное анкетирование родителей подростков, проходящих лечение с диагнозом рецидив НЦД в отделении детской кардиохирургии и кардиоревматологии кардиодиспансера.
2. Провести анализ заполненных анкет и выявить закономерность действия стрессовых факторов на подростков с возникновением симптомов НЦД.
3. Разработать план санитарно-просветительной работы, подготовить и провести беседы с родителями о факторах риска развития рецидивов НЦД, о необходимости формирования здорового образа жизни и коррекции режима питания подростков.
4. Провести анкетирование родителей для оценки качества проведенных бесед и установления уровня их информированности о заболевании и принципах формирования здорового образа жизни.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 23 родителей пациентов, поступивших повторно в отделение детской кардиохирургии и кардиоревматологии СОККД с диагнозом НЦД.

Результаты. При обработке данных анкет, было выявлено:

- 76% родителей считают, что ребенок подвержен воздействию стрессовых факторов и в школе, и дома, и при общении с друзьями.
- 97% родителей связывают развитие симптомов НЦД с воздействием стрессовых факторов на ребенка.
- 60% родителей считают, что ребенок более одного раза в месяц впадает в состояние депрессии.
- 97% родителей ответили, что ребенок госпитализирован по поводу возникшей гипертензии.
- 25% родителей ответили, что им известно о том, что ребенок курит или пробовал курить.
- 82% родителей на вопрос «занимается ли ребенок какими-либо видами спорта?» ответили отрицательно.
- 100% родителей на вопрос «придерживается ли ребенок режима питания?» ответили отрицательно.
- 76% родителей на вопрос известно ли им, что физическое укрепление организма и коррекция режима питания может уменьшить количество рецидивов, ответили отрицательно.

Выводы.

1. Подавляющее большинство подростков постоянно подвержено воздействию стрессовых факторов. Данное обстоятельство, учитывая не полностью сформированную в этом возрасте нервную систему и сложные механизмы нейроэндокринных функций, может привести к формированию вегетативных нарушений и функциональных расстройств нервной системы.

2. Практически все госпитализации по поводу НЦД связаны с предшествующим сильным воздействием стресса, на фоне которого у детей развивалась гипертензия, что может привести к возникновению органической патологии.

3. Подавляющее большинство родителей не знают, что формирование здорового образа жизни-один из принципов профилактики рецидивов НЦД.

С родителями были проведены беседы по следующим темам:

- Факторы риска развития НЦД и их профилактика
- Формирование здорового образа жизни и коррекция режима питания детей

После проведения бесед родителям предлагалось заполнить анкеты на информированность о факторах риска НЦД и их профилактики. По результатам анкетирования уровень знаний родителей о заболевании и о принципах формирования здорового образа жизни приблизился к 100%.

169 ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ОКАЗАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ

Карасева Л.А.

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

Всемирная организация здравоохранения определяет боль как неприятное сенсорное или эмоциональное ощущение, связанное с фактическим или потенциальным повреждением тканей, которое можно описать в момент наступления этого повреждения. Это самая древняя в эволюционном отношении защитная реакция организма, сигнализирующая о неблагополучии и вызывающая ответную реакцию организма, направленную на устранение причины боли. Любая боль, независимо от степени ее интенсивности, приводит к ухудшению состояния больного человека, различным осложнениям и проблемам. В связи с этим, проведение обезболивания всегда являлось одним из приоритетных направлений для обсуждения, изучения и совершенствования в медицинской практике.

В отечественной и зарубежной медицинской литературе описаны различные причины возникновения и проявления выраженного болевого синдрома в процессе диагностики, лечения и реабилитации, которым страдают от 20 до 80 % пациентов. Так, например, на одном из Конгрессов европейских ассоциаций по изучению боли, было отмечено, что не менее 35% пациентов, перенесших плановые и экстренные хирургические вмешательства, страдают от послеоперационной боли. При этом в 45-50% случаев интенсивность боли является средней и высокой, а 15-20% пациентов отмечают, что интенсивность боли превысила их ожидания.

В России не проводилось масштабного исследования по изучению боли, но опрос 1550 пациентов трех различных клиник показал, что 41% пациентов, перенесших плановые и экстренные операции, выразили неудовлетворенность качеством послеоперационного обезболивания (Овечкин А.М. и др., 2001).

Одним из многочисленных критериев качества оказания медицинской помощи является обезболивание, эффективность которого напрямую зависит от медицинских работников – врача и медицинской сестры, фельдшера или акушерки.

Проведение обезболивающей терапии достаточно сложный процесс, связанный с оборотом наркотических средств (НС) и психотропных веществ (ПВ), контролируемый надзорными органами и требующий соблюдения целого ряда законодательных норм. В связи с этим, учитывая современную тенденцию развития системы здравоохранения, направленную на снижение неэффективных расходов в лечебных учреждениях и повышение эффективности системы оказания медицинской помощи, становится актуальным совершенствование деятельности специалистов сестринского дела при проведении обезболивающей терапии.

В настоящее время в современных медицинских организациях все чаще создаются службы (отделения, кабинеты) централизованного обезболивания, которые позволяют значительно уменьшить количество замечаний со стороны надзорных органов, контролирующей деятельность по обороту НС и ПВ, сократить количество журналов регистрации, связанных с оборотом НС и ПВ, а также число дефектов в оформлении медицинских документов, при этом сокращается круг специалистов, осуществляющих деятельность с наркотическими средствами, соответственно и расходы на обучение персонала, а также высвобождается время у медицинских сестер на уход за пациентами.

Существующий опыт работы медицинских организаций (республика Бурятия, Центральный округ и др.) по проведению централизованного обезболивания показал положительные результаты, которые соответствуют политике «бережливого производства» и, в настоящее время, являются актуальными:

1. Освобождение палатных медицинских сестер от выполнения несвойственных работ.
2. Сокращение финансовых затрат на обучение и подготовку персонала, на медицинское освидетельствование при получении допуска к работе с НС и ПВ.
3. Устранение дефектов в работе специалистов сестринского дела.

Несомненно, создание и введение в эксплуатацию отделения (кабинета) централизованного обезболивания предусматривает формирование пакета документов, регламентирующих его деятельность. Последовательные действия при организации данной службы заключаются в создании профессиограмм будущих специалистов, написание квалификационных характеристик, определение должностных инструкций, формирование алгоритма действий, издание приказа по медицинской организации и т.д.

В настоящее время службы централизованного обезболивания все чаще находят свое развитие в условиях оказания стационарной помощи.

170 РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Левакова Е.С.

ГБУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер»

Гипертоническая болезнь – самая частая причина высокой заболеваемости и смертности во всем мире. Как и атеросклероз, она является болезнью урбанизации и широко распространена в экономически развитых странах, испытывающих все возрастающее напряжение психоэмоциональной сферы и имеет неуклонную тенденцию к росту числа заболевших. В Российской Федерации артериальная гипертония остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем. Это обусловлено как широким распространением данного заболевания (около 40% взрослого населения РФ имеет повышенный уровень артериального давления), так и тем, что гипертоническая болезнь является важнейшим фактором риска основных сердечно-сосудистых заболеваний – инфаркта миокарда и мозгового инсульта, главным образом определяющих высокую смертность в нашей стране. Артериальная гипертония увеличивает риск смерти от ишемической болезни сердца в 3 раза, от инсульта – в 6 раз. Ситуация осложняется недостаточными знаниями и контролем гипертонической болезни среди населения.

Цель данной работы: Улучшить качество жизни пациентов, путем повышения уровня их знаний о профилактике факторов риска гипертонической болезни.

Задачи:

1. Проанализировать особенности пациентов кардиологического отделения № 1 Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Самарский областной клинический кардиологический диспансер» (ГБУЗ «СОККД»).
2. Провести исследование, направленное на изучение факторов риска у пациентов кардиологического отделения №1 ГБУЗ «СОККД».
3. Разработать памятку для пациентов по первичной профилактике артериальной гипертензией.

Организация исследования. В период с 01.03.15г. по 01.08.15 года в кардиологическом отделении №1 ГБУЗ «СОККД» было проведено анкетирование. В опросе приняли участие 120 пациентов разного возраста, находившихся на лечении в стационаре в данный период.

Результаты исследования. На основании данных о медико-демографическом составе пациентов кардиологического отделения стационара за 2014 год можно сделать вывод, что почти 2/3 из них (77%) составили женщины и 1/3 (23%) - мужчины.

Исследование факторов риска у больных АГ:

При проведении сравнительного анализа, выявлена большая частота курения у мужчин (40%), в то время как у женщин преобладает избыточный вес - 64% и стресс - 50%. Большое значения также имеет наследственность: у мужчин - 70%, у женщин - 80%. Повышенный холестерин в крови чаще обнаруживается у женщин - 40%, у мужчин - 20%. Сахарный диабет, как фактор, усугубляющий, АГ преобладает также у представительниц слабого пола - 15%, у мужчин - 5%. Неотъемлемым фактором риска также является гиподинамия у женщин - 15%, у мужчин - 10%.

В ходе анализа регулярности приема лекарств пациентами были получены неудовлетворительные результаты. Выявлено, что большая часть пациентов принимает лекарства нерегулярно - 60%. Пациентов, которые регулярно принимают лекарства всего 25%. Пациентов, принимающих лекарства только тогда, когда состояние здоровья совсем ухудшается - 10%. Также есть и такие, которые вообще не принимают лекарства, их 5%

При анализе причин нерегулярности лечения пациентов с АГ выяснилось, что чаще других встречалась недостаточная информированность о необходимости лечения - 40%. Из-за боязни побочных эффектов и опасности привыкания к лекарствам регулярно не лечатся соответственно 25% и 20%. Финансовые затруднения как причину нерегулярного лечения назвали 5%. 10% забывают принимать лекарства.

Отношение пациентов к своему заболеванию и лечению: По данным исследования большинство пациентов считают, что целью лечения является снижение АД - 45%, улучшение качества жизни - 30%. На профилактику развития осложнений, как основную цель лечения, указали 25%. Следовательно, проведение обучающих программ необходимо для повышения информированности пациентах о заболевании, факторах риска, вызывающих или усугубляющих артериальную гипертонию и необходимости лечения.

Степень информированности пациентов о факторах риска до консультирования: Пациентов, которые имеют представления о факторах риска, вызывающих или усугубляющих болезнь было 35%, пациентов, у которых не было ни малейшего представления о факторах риска - 20%. Большинство оказалось информировано, но сказать, что конкретно они знают о факторах риска и что к ним относится, затруднялись 50%.

Степень информированности пациентов после консультирования о факторах риска и образе жизни: После проведения беседы с пациентами о факторах риска и образе жизни, направленному на их устранение или значительное снижение, 30% пациентов ответили, что будут контролировать свое питание и постараются изменить, по возможности, образ жизни. 10% опрошенных ответили, что постараются, насколько это возможно, контролировать стрессовые ситуации и свои реакции на них. 15% пациентов отметили, что будут контролировать физическую активности и постараются повысить ее, адекватно своему состоянию. 5% респондентов заявили, что откажутся от курения или значительно снизят количество выкуриваемых сигарет. 20% пациентов ответили, что будут, следить за регулярностью приема лекарств, а также регулярно контролировать артериальное давление и пульс.

Заключение. Роль медицинской сестры во время пребывания пациента в стационаре заключается в умении правильно построить отношения с определенным пациентом, в зависимости от его личностных качеств и состояния здоровья, правильно и своевременно оценить изменения состояния больного совместно с врачом провести адекватное лечение и неотложные мероприятия по профилактики осложнений. Сестринский персонал должен обладать высокопрофессиональными

знаниями, чтобы иметь возможность дать рекомендации пациентам и их родственникам о целесообразности четких выполнений назначений врача, а также по профилактическим мероприятиям для предотвращения дальнейшего развития сердечно - сосудистых заболеваний и их осложнений.

171 ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ РЕНТГЕНОПЕРАЦИОННОЙ

Тютерева Н.А., Смагина Ж.Е.

ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница №2 им.В.В.Банькина

Рентгенэндоваскулярная хирургия появилась как результат объединения новейших клинических знаний, высокотехнологичных методик, современной компьютерной техники и рентгеновского оборудования. Сущность ее заключается в проведении внутрисосудистых катетерных диагностических и лечебных мероприятий под рентгеновским контролем.

В 2009 году на базе «Тольяттинская городская больница №2» открыт центр сердечнососудистой хирургии. Приоритетной задачей Центра является комплексное оказание высокотехнологичной медицинской помощи больным с сердечнососудистой патологией, с возможностью выбора конкретного вида и способа оперативного лечения для каждого отдельного случая:

По стандартной методике - протезирование сосудов, эндартерэктомия, эмболэктомия, коронарное шунтирование и другие.

Рентгенэндоваскулярное - лечение в условиях рентгеноперационной. С 2009 года в центре организована рентгенхирургическая служба. Рентгеноперационная расположена отдельно от остальных операционных, на четвёртом этаже корпуса. Операционная оборудована комплексом аппаратуры, позволяющей производить все манипуляции на сосудах, как в плане обследования, так и в плане выполнения лечебных манипуляций. Рентгеноперационная оборудована анестезиологической аппаратурой и набором необходимых для проведения общей анестезии и реанимации медикаментов. Бригада рентгенхирургической службы состоит рентгенхирурга, анестезиолога-реаниматолога, трех медсестер (операционная медсестра, медсестра-анестезист и рентгенлаборант) и операционной санитарки.

Главным преимуществом эндоваскулярной хирургии является то, что все вмешательства производятся без разрезов - через небольшие проколы на коже. Вмешательства выполняют врачи - рентгенохирурги - специалисты, обладающие квалификацией хирургов и рентгенологов одновременно и умеющие работать со сложной медицинской аппаратурой. Слово «эндоваскулярная» означает «внутрисосудистая», что точно отражает область применения эндоваскулярной хирургии. В большинстве случаев для выполнения эндоваскулярного вмешательства не требуется общий наркоз - выполняется только местное обезболивание в месте пункции (прокола сосуда). Это позволяет выполнять вмешательства даже пациентам с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, которым противопоказано традиционное хирургическое лечение. Так как после вмешательства не остается послеоперационной раны и швов, в большинстве случаев пациенты могут быть выписаны из стационара через 1-3 дня после операции. При какой же конкретно патологии выполняются эндоваскулярные вмешательства в нашей рентгеноперационной

Всем известное заболевание Атеросклероз – это распространенное прогрессирующее заболевание, поражающее крупные и средние артерии в результате накопления в них холестерина, приводящее к нарушению кровообращения. При угрозе развития осложнений атеросклероза показано оперативное лечение, которое восстанавливает проходимость артерий. Необходимость и объем оперативного вмешательства устанавливает хирург (кардиохирург, сосудистый хирург, рентгенохирург).

Коронарография, коронарная ангиография – это рентгеноконтрастный метод исследования, который позволяет точно определить место, характер и степень сужения коронарных артерий. Полученная при коронарографии информация необходима для выбора наиболее оптимального метода лечения ишемической болезни – коронарного стентирования, операции аорто-коронарное шунтирование или медикаментозного лечения.

Аортоартериография - дает информацию о наличии и характера тяжести стенозирующих изменений аорты и периферических артерий артерий.

С 2013 года у нас в центре организована круглосуточная помощь при остром коронарном синдроме с применением экстренной коронароангиографии и стентирования. К нам доставляются пациенты из Тольятти, Жигулёвска и Ставропольского района для проведения ангиографии и стентирования коронарных артерий.

Острый коронарный синдром остается сегодня одним из наиболее опасных сердечно-сосудистых диагнозов. В России ежегодно регистрируется порядка 520 000 случаев острого коронарного синдрома, из них 36,4% приходится на инфаркт миокарда и 63,3% – на нестабильную стенокардию. В Тольятти смертность от ишемической болезни сердца составляет 52,4%.

Острый коронарный синдром включает в себя любые симптомы, позволяющие подозревать острый инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию. Восстановление антероградного кровотока в поражённой коронарной артерии сохраняет миокард и уменьшает летальность. Это может быть достигнуто посредством первичной ангиопластики. Первичная ангиопластика не только восстанавливает кровоток, но и устраняет стеноз в коронарной артерии. Успешная ангиопластика гемодинамически значимого стеноза также уменьшает риск появления возвратной ишемии и повторного инфаркта миокарда.

Коронарная ангиопластика со стентированием при остром коронарном синдроме является единственным большим подарком современной кардиологии, который спасает жизни. Благодаря новым методам рентгенэндоваскулярной хирургии лечение сердечнососудистых заболеваний становится более эффективным и более быстрым.

В заключении хотелось бы отметить, что немалую роль в организации этого вида высококвалифицированной медицинской помощи пациентам выполняют операционные сестры. Чёткая, слаженная работа рентгеноперационной бригады, способствует успешному проведению хирургом оперативного вмешательства. Успех операции во многом зависит не только от квалификации хирурга, но и степени подготовленности операционной, необходимого медицинского инструментария, расходного материала и аппаратуры, чёткости работы операционной медсестры во время операции. Операционная медсестра квалифицированно ассистирует врачу, умеет независимо и качественно работать при чрезвычайных обстоятельствах. Она знает основные правила проведения процедуры, какое положение тела необходимо придать пациенту, каковы особенности правильного обезболивания. Операционная сестра – полноправный член операционной бригады, она прекрасно информирована, разбирается во всех видах баллонов и стентов, ориентируется, какие из них следует применять в разных клинических ситуациях, дают рекомендации врачу по их использованию. Обладать глубокими знаниями для медсестры так же важно, как и для другого члена операционной бригады.

172 МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ НА ПРИМЕРАХ ДЕТСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ И ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ

Шнейдер В.А., Сагарева Е.А., Тремаскина О.В., Тонконогов Д.А., Белов В.А., Бабак С.В., Цыганкова Е.Н., Шнейдер Ю.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр высоких медицинских технологий» МЗ РФ г. Калининград

Цель: снижение числа инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП)

Методы: В исследовании за период 2013-2014 годов включены 259 (100%) детей первого года жизни. Проведены аналитические расчеты микробиологического мониторинга клинического материала пациентов, персонала, наличия госпитальных штаммов, определения чувствительности и резистентности к антибактериальным препаратам, бактериофагам, дезинфицирующим средствам (ДС), кожным антисептикам (КА). Для идентификации возбудителей и чувствительности к антибиотикам, бактериофагам, использовались: анализатор микробиологический «Walk Away 96», питательные среды: кровяной агар, хромогенный агар для грибов, хромогенный агар для подсчета уропатогенных микроорганизмов, агар Мюллера – Хинтона, для исследования крови на стерильность – анализатор бактериологический «Bactec».

Результаты: Забор биологического материала проводился в отделении анестезиологии и реанимации №2 у детей – в 1-е сутки (при поступлении), а также в детском кардиохирургическом отделении после перевода из реанимации по показаниям. В результате микробиологических исследований положительные ответы получены у 61 ребенка (2013 год – 27, 2014 – 34). Выявлено: преобладание резистентной и полирезистентной микрофлоры: *S.epidermidis*MRSE и *S.haemolyticus*MRS в 18,8% случаев, *Klebsiellapneumoniae*ESBL – 16,4%, *Acinetobacterbaumannii*(полирезистентный) – 10,5%, *S.aureus* MRSA – 9,4%, *E. Coli* – 8,2%, *Enterobactercloacae*ESBL – 7%, *Candidaalbicans* и *Acinetobacter lwoffii* – 2,3%. Остальные выделенные культуры составили не более 1%. Пациенты, у которых определены положительные ответы, получали антибактериальную терапию. Резистентность к антибактериальным препаратам наблюдалась до 70% случаев, 30% выделенных культур были чувствительны к некоторым группам антибиотиков. В связи с этим начато использование дополнительных средств борьбы с инфекционными заболеваниями, в качестве которых выступают бактериофаги. Определение чувствительности к ДС и КА, находящимся в работе, проводилось по комбинированному типу: использовались все культуры, выделенные от пациентов с ИСМП, от персонала, от объектов внешней среды, госпитальные штаммы. Комплексные мероприятия привели к снижению ИСМП у детей первого года жизни в 2014 году на 11,8% по сравнению с 2013 годом.

Выводы: Мероприятия, разработанные для улучшения инфекционного контроля, позволили провести динамическую оценку состояния патогенных и условно – патогенных бактерий, выделенных от пациентов, персонала и различных объектов внешней среды; анализ послеоперационных осложнений и оценить длительность пребывания на стационарном лечении; своевременную ротацию антибактериальных средств, дезинфектантов, кожных антисептиков.

173 МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ. РЕОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ С ИЗМЕНЕНИЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Шнейдер В.А., Выговский А.Б., Шнейдер Ю.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения России (г. Калининград)

Цель: оптимизация работы персонала приемного отделения, отделения анестезиологии – реанимации №2 и №1 (ОАР №2, №1), отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения (ОРХМДиЛ), в связи с увеличением потока поступлений пациентов для оказания неотложной помощи по острому коронарному синдрому (ОКС).

Методы:

1. Оценка результативности администрацией приема пациентов сотрудниками Центра с ОКС.
2. Изучение нагрузки, затрат рабочего времени на персонал, задействованный в обеспечении качественного оказания медицинской помощи по ОКС на всех этапах маршрутизации.
3. Оценка функциональных обязанностей медицинского персонала.
4. Выявление трудностей и проблем в работе всех служб при проведении маршрутизации.

Результаты: В марте 2014 года в ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России г. Калининград начат прием пациентов, поступающих с острым коронарным синдромом. Изначально функциональные обязанности по приему больных были распределены между сотрудниками приемного отделения (ПО), ОАР №2, ОАР №1, ОРХМДиЛ. Объемы по поступлению пациентов в течение 10 месяцев увеличились (от 3-х до 12 госпитализаций в сутки), соответственно, увеличилась и нагрузка на персонал ОАР №2 в вечернее и ночное время. Администрацией было принято решение о перераспределении обязанностей и переводе работы приемного отделения с дневного на круглосуточный режим работы, учитывая анализ нагрузки, затрат рабочего времени сотрудников ОАР №2. Из состава штатного расписания в приемном отделении выведены ставки врачей и введены дополнительные ставки медсестер и санитарок. С февраля 2015 года работа приемного отделения обеспечивается за счет сил сестринского персонала, прошедших дополнительное обучение на базе Центра при помощи коллег из отделений анестезиологии и реанимации №1 и №2.

Выводы: 1. Высокая интенсивность работы в ОАР №2 не позволяет сотрудникам в полном объеме обеспечивать качественную медицинскую помощь при экстренных госпитализациях больных с ОКС.

3. Реорганизация работы отделений участвующих в маршрутизации пациентов с ОКС позволило сократить время поступления пациента из приемного отделения в операционный блок/в ОАР №2 с 12 до 7 минут.

2. При переходе приемного отделения на круглосуточный режим работы значительно снизилось количество ошибок при: заполнении документации в момент поступления (своевременное заполнение титульного листа истории болезни, добровольных информированных согласий, согласия на обработку персональных данных и пр.), проведении полной или частичной санитарной обработки, составлении описи ценных вещей, денежных средств.

РАЗДЕЛ XIV. РАЗНОЕ

174 ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ, У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Гусаковская Л. И., Мельникова Е. А., Елисеева И. В.

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия

Введение: повышение параметров жесткости магистральных артерий выступает в качестве маркера поражения сосудов как органа-мишени. В связи с этим представляет несомненный интерес изучение новых методик оценки ригидности сосудистой стенки для стратификации риска развития кардиоваскулярных осложнений.

Цель: изучить возрастную динамику показателей, характеризующих структурно-функциональные свойства общих сонных артерий, у здоровых нормотензивных лиц.

Материалы и методы: в исследование включено 44 здоровых нормотензивных человека (15 мужчин и 29 женщин) в возрасте от 31 до 62 лет. Обследуемые были разделены на три группы. В группу 1 вошли 15 человек в возрасте 30-39 лет, систолическое АД (САД) – 115,5 (114,5; 120) мм рт.ст., диастолическое АД (ДАД) – 70,8±6,8 мм рт.ст., ИМТ – 24,5 (22,7; 27,4) кг/м², уровень общего холестерина (ОХ) крови 4,4±0,6 ммоль/л. Группа 2 состояла из 16 лиц от 40 до 49 лет включительно, САД – 118,4±7,2 мм рт.ст.; ДАД – 73,5 (63,5; 80,0) мм рт.ст., ИМТ – 24,3±5,1 кг/м², ОХ – 4,4 (4,3; 4,6) ммоль/л. В группу 3 вошли 13 в возрасте от 50 лет и старше: САД – 116,8±7,5 мм рт.ст.; ДАД – 74,1±9,2 мм рт.ст., ИМТ – 25,0±2,6 кг/м², ОХ – 4,6 (4,8; 5,1) ммоль/л. Сравнимые группы были сопоставимы по полу, офисным значениям АД, ИМТ, уровню ОХ. Локальную артериальную ригидность оценивали на ультразвуковом аппарате My Lab 90 («Esaote», Италия) методом echotracking по показателям: loc P sys – локальное систолическое давление в сонной артерии, loc P dia – локальное диастолическое давление, P (T1) – давление в локальной точке, DC – коэффициент поперечной растяжимости, CC – коэффициент поперечной податливости, индекс жесткости β, индекс аугментации AIx и локальная скорость распространения пульсовой волны в сонной артерии (PWV).

Результаты: сравниваемые группы имели сопоставимые значения показателей давления в сонной артерии. Средний уровень параметра loc P sys в группе 1 составил 104,4 (99,9; 113,9) мм рт.ст., в группе 2 – 104,4 (95,8; 110,1) мм рт.ст., в группе 3 – 99,6 (97,3; 111,1) мм рт.ст. (нд); loc P dia – 70 (70,0; 79,0), 74,3±8,1 и 70 (70,0; 80,0) мм рт.ст. соответственно (нд); P (T1) – 99,2±7,5, 98,4±10,4 и 95,3±6,9 мм рт.ст. соответственно (нд). С увеличением возраста показатели каротидной растяжимости (DC) и податливости (CC) не претерпевали значимых изменений: у лиц моложе 40 лет – 0,03±0,01 1/кПа и 0,92±0,38 mm²/кПа, в возрасте 40-49 лет – 0,03 (0,02; 0,04) 1/кПа и 0,89 (0,66; 1,4) mm²/кПа, от 50 лет и старше – 0,02±0,001 1/кПа и 0,88±0,3 mm²/кПа соответственно (нд). Средние значения индекса β значительно возрастали после 50 лет: 6,4±1,5 в группе 1, 6,5±1,9 в группе 2, 8,5±2,7 в группе 3 (p (1-3) <0,05). Индекс аугментации в сонной артерии AIx в группе 1 имел отрицательное значение (-1,5 (-2,0; 0,2) %), в группе 2 – был положительным (1,4 (-0,01; 3,4) %), достигая максимального уровня в группе 3 – 4,06 (1,2; 6,5) % (p (1-2, 1-3) <0,05). Показатель PWV также увеличивался с годами: в группе 1 – 5,9±0,7 м/с, в группе 2 – 6,0±0,9 м/с, в группе 3 – 6,6±1,1 м/с соответственно (p (1-3) <0,05).

Заключение: по данным ультразвукового исследования общих сонных артерий методом echotracking выявлено ухудшение параметров локальной ригидности с возрастом. Процесс старения сопровождается прогрессирующей потерей эластичности и повышением ригидности сосудистой стенки.

175 ВЗАИМОСВЯЗЬ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА, ОЖИРЕНИЯ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Заковряшина И. Н., Орехова Ю. Н., Иванченко Д. Н.
ГБОУ ВПО РостГМУ минздрава РФ, Ростов-на-Дону, Россия

Среди факторов риска хронических неинфекционных заболеваний особую роль играет ожирение, ввиду его широкой распространенности, в том числе у лиц с уже диагностированным сердечно – сосудистым заболеванием (ССЗ). Имеются данные о влиянии избыточной массы тела на прогрессирование дислипидемии. Важным фактором обеспечения адекватной коррекции изменений липидного спектра у больных ССЗ является их высокая приверженность назначенному лечению. Представляет интерес, насколько тесно факт наличия у больного ожирения связан со снижением приверженности назначаемому лечению.

Целью работы явилось определение взаимосвязи ожирения с изменениями липидного спектра и приверженностью к лечению у пациентов, госпитализированных в кардиологический стационар.

Материалы и методы. В исследование после предварительного получения информированного согласия были включены 50 пациентов с дислипидемией, госпитализированных в кардиологическое отделение. Все пациенты получали гиполипидемическую терапию. Средний возраст составил 58 ± 7 лет. 76% опрошенных составили мужчины, 24% - женщины. Из них стенокардия напряжения II ФК (СН) была диагностирована у 60% больных (30 человек), гипертоническая болезнь (ГБ) II стадии – у 40% (20 человек). Определялся индекс массы тела (ИМТ), оценивались показатели липидограммы. Средний ИМТ составил $33 \pm 2,51$ кг/м². Приверженность к терапии оценивалась с использованием опросника Мориски-Грина. При этом учитывали не только текущее стационарное лечение, но и амбулаторное выполнение рекомендаций. Статистическая обработка данных проводилась при помощи Microsoft Excel 2013.

Результаты исследования: Среди пациентов, не страдающих ожирением 23 человека (46%), СН была диагностирована у 15 (65%); ГБ – у 8 (35%). Ожирение выявлено у 27 обследованных (54%). Из них СН наблюдалась у 15 человек (57%), ГБ - у 12 пациентов (43%). Умеренная взаимосвязь ожирения с повышенным уровнем общего холестерина (ОХ; $r = 0,54$) и слабая - с липопротеидами низкой плотности (ЛПНП; $r = 0,29$) и триглицеридами (ТГ; $r = 0,25$) определялись у пациентов с ГБ. В группе с СН отмечалась умеренная связь ожирения с высоким уровнем ОХ, ЛПНП ($r = 0,48$, $r = 0,33$) и слабая - с повышенным уровнем ТГ ($r = 0,28$). Высоко приверженными к лечению оказались лишь 22 (44%) опрошенных. При этом связи между наличием ожирения и низкой приверженностью в группах, как со СН, так и с ГБ, выявлено не было ($r = -0,14$, $r = -0,18$). Низкая комплаентность была связана с недостижением целевых показателей липидограммы (ОХ и ЛПНП) в группе с ГБ ($r = -0,28$, $r = -0,23$) и со СН ($r = -0,35$, $r = -0,26$).

Выводы: В исследуемой группе пациентов, госпитализированных в кардиологическое отделение по поводу ГБ и СН, с избыточной массой тела были связаны изменения показателей липидного обмена. Взаимосвязи между наличием ожирения и низкой приверженностью обнаружено не было. Низкая комплаентность негативно влияла на вероятность достижения целевых показателей липидограммы.

176 РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕЗКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, И ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ.

Исхаков Н. Н., Галушков С. В., Исхаков Э. Н.

ОАО «Санаторий им. В. П. Чкалова», ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Введение. Общеизвестна возможная реакция почек при проведении чрезкожных коронарных вмешательств в виде контраст-индуцируемой нефропатии. В то же время снижение функции почек предрасполагает к неблагоприятным исходам острого инфаркта миокарда.

Цель. Раннее выявление почечной дисфункции и возможности ее коррекции у пациентов с острым инфарктом миокарда после чрезкожной реваскуляризации миокарда.

Материалы и методы. В исследования включены 42 пациента мужского пола, находящихся на долечивании в ОАО «Санаторий им. В. П. Чкалова» с острым инфарктом миокарда. Средний возраст $56 \pm 1,2$ года. Всем пациентам в первые сутки от начала заболевания проведена коронарография и стентирование инфарктзависимой коронарной артерии в кардиохирургическом отделении СОККД. В условиях санаторного долечивания с целью выявления ранних признаков поражения почек проведен количественный тест на микроальбуминурию. Исследование проводилось с помощью тест-набора NycocardU-Albumin.

Результаты. При первичном скрининговом исследовании мочи на микроальбуминурию у 11 (25%) обследуемых выявлено повышение значения показателя от 25 до 38 мг/л (при нормальном значении менее 20 мг/л). У всех пациентов данной группы отмечалась дислипидемия, артериальная гипертензия, у 3 пациентов — сахарный диабет. Пациентам с выявленной микроальбуминурией помимо стандартного медикаментозного лечения, лечебной физкультуры, массажа, физиотерапевтического лечения, дополнительно включены курсы электрофореза с эуфиллином и низкочастотного переменного магнитного поля на область проекции почек с целью улучшения почечного кровообращения, нормализации активности РААС и водно-солевого обмена. При контрольном исследовании у 9 из 11 пациентов данной группы полностью нормализовались показатели микроальбуминурии, у 2 пациентов стали близки к нормальным.

Заключение. Количественный тест на микроальбуминурию является критерием ранней диагностики дисфункции почек у пациентов с острым инфарктом миокарда после чрезкожных коронарных вмешательств. Включение в комплекс санаторного лечения физиотерапевтических методов, улучшающих функцию почек является безопасным и оправданным.

177 КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДОЛЕЧИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В САНАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Исхаков Н. Н., Казачанская Е. Ф., Маркешина Ю. В., Юркеник Р. А.

ОАО «Санаторий им. В. П. Чкалова», ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Введение. Заболеваемость и инвалидизация после острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) во всем мире остаются высокими. В структуре ОНМК кардиоэмболические инсульты (КЭИ) составляют 30 %. Кардиологическая патология у больных ОНМК ухудшает течение и прогноз основного заболевания, нередко приводя к повторному инсульту.

Цель. Обоснование необходимости мультидисциплинарного подхода при лечении больных для улучшения качества их жизни, вторичной профилактики ОНМК.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 160 больных с ОНМК, направленных на долечивание в неврологическое отделение ОАО «Санаторий им. В. П. Чкалова». В созданную мультидисциплинарную бригаду (МДБ) вошли специалисты: невролог, кардиолог, физиотерапевт, логопед, врач по лечебной физкультуре (ЛФК). У 40 больных (34%) диагностирован КЭИ, среди них с ревматическими пороками-6 больных (15%), постинфарктным кардиосклерозом-9 больных (22,5%), у 25 больных (62,5%) выявлена мерцательная аритмия. Все больные с ОНМК консультируются кардиологом. Оценивается состояние свертывающей системы крови, липидный спектр. В динамике регистрируется и оценивается электрокардиограмма. При необходимости проводится эхокардиография, холтеровское мониторирование ЭКГ и АД. Врачом-кардиологом проводится медикаментозная коррекция нарушений ритма сердца, сердечной недостаточности, артериальной гипертензии, а также динамическое наблюдение за больным. Назначение физиотерапевтических процедур, занятия ЛФК проводятся врачами-специалистами с учетом тяжести больного с КЭИ. После проведенного комплексного лечения с оценкой «улучшения» выписаны 98,9 % пациентов.

Выводы. Таким образом, с учетом высокого процента сопутствующей кардиологической патологии у больных ОНМК, одним из важных принципов долечивания является создание МДБ с обязательным включением врача-кардиолога.

178 ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ БЕССИМПТОМНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У МАШИНИСТОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

Качковская Т.А., Качковский М.А. Струкова Ю.Н.

НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Самара ОАО «РЖД», Россия; Медицинский университет «Ревиз», г. Самара

Длительные стрессовые воздействия, связанные с профессиональной деятельностью у машинистов железной дороги рассматриваются в качестве триггера сердечно-сосудистой патологии (Земцовский Э.В. и соавт., 2007; Бондарев С.А., Василенко В.С., 2011).

Цель: Изучить частоту выявления субклинического атеросклероза шейных артерий у машинистов железнодорожного транспорта.

Методы. Обследовано 37 машинистов железнодорожного транспорта в возрасте от 34 до 62 лет (средний возраст $50,1 \pm 5,0$ лет), направленных на дополнительные исследования по возрастным требованиям, в связи с повышенным уровнем холестерина крови. Все пациенты прошли клиническое обследование, исследование липидного спектра крови (холестерин (ХС), липопротеиды низкой и высокой плотности (ЛПНП, ЛПВП), триглицериды (ТГ)). Всем выполнялось дуплексное сканирование сосудов шеи на аппарате Aloka ProSound Alpha 10 по общепринятой методике. Коэффициент корреляции Спирмена определялся с использованием пакета программ статистической обработки данных SPSS 11.

Результаты. У обследованных машинистов железнодорожного транспорта уровень общего холестерина составил от 3,0 до 8,2 ммоль/л (в среднем $5,5 \pm 1,1$ ммоль/л). Выше нормы уровень показателя был у 24 из 37 обследованных (64,9 %). С аналогичной частотой у них выявлено повышение ЛПНП (69,2 %). Реже выявлялась гипертриглицеридемия свыше 1,7 ммоль/л (42,9 %).

Стенозы брахиоцефальных артерий обнаружены среди них у 25 человек (69,5 %). При этом наиболее выраженные стенозы локализованы в правой общей сонной артерии - у 15 человек (40,5%) с уровнем стеноза от 15 до 65% и левой общей сонной артерии – аналогично у 18 человек (48,6%) со стенозами 18-49%. Несколько реже выявлялись стенозы внутренней сонной артерии – справа и слева у 11 человек (29,7%), при этом стенозы достигали 20-65%. Реже развивались атеросклеротические сужения правой подключичной артерии – 8 человек (21,6%).

Среди пациентов со стенозами единичные поражения сосудов были у 5 человек (20%). У большинства - 20 человек (80%) - выявлены множественные стенозы сосудов шеи.

Выводы. Таким образом, частота выявляемости гиперхолестеринемии и бессимптомных стенозов брахиоцефальных артерий среди машинистов железнодорожного транспорта, направленных на дополнительное обследование, является высокой. Это определяет необходимость их диспансерного наблюдения и ежегодного прохождения комиссии на профпригодность.

179 КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Наумова Е. А., Семенова О. Н., Булаева Ю. В.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Цель: выявить клиничко-демографические факторы, ассоциирующиеся с приверженностью к терапии.

Материалы и методы: анкетирование пациентов кардиологического стационара в 2014г путем опроса о проводимой терапии с выявлением фактором, влияющих на продолжение/отказ от терапии. Учитывались клинические, демографические факторы. При помощи одномерного непараметрического анализа оценивалась возможная взаимосвязь между изучаемыми характеристиками.

Результаты: участвовало 70 пациентов: 40(57,1%) мужчин и 30(42,9%) женщин, 58(82,9%) пенсионного возраста, 12(17,1%) не пенсионного возраста, медиана возраста 67 лет. В анамнезе у 62(88,6%) пациентов - артериальная гипертония, у 54(77,1%) - гипертонические кризы, у 54(77,1%) - ИБС, у 24(34,3%) - перенесенный инфаркт миокарда, у 38(54,3%) – нестабильная стенокардия, у 52(74,3%) – ХСН, у 26(37,1%) – нарушения ритма: 16(22,9%) – фибрилляция предсердий, 2(2,9%) – трепетание предсердий, 12(17,1%) – желудочковая экстрасистолия,

у 12(17,1%) – ОНМК, у 12(17,1%) – сахарный диабет. Курят 12(17,1%) пациентов. У 6(8,6%) пациентов ИМТ в норме, у 64(91,4%) – ожирение: 1 степени – 42(60%), 2 степени – 18(25,7%), 3 степени – 4(5,75). Поступили в экстренном порядке 62(88,6%) пациентов, в плановом – 8(11,4%), впервые и в текущем году 46(65,7%), повторно – 24(34,3%). Считают, что нужно принимать препараты постоянно – 46(65,7%) пациентов, курсами – 8(11,4%), по потребности – 6(8,6%), не ответили – 10(14,3%). Принимают назначенные препараты постоянно 42(60%) пациента, курсами – 6(8,6%), иногда когда «прижмет» – 8(11,4%), 2(2,8%) – ничего не назначали, 12(17,1%) пациентов не ответили. 40(57,1%) пациентов прекращали назначенное лечение. Мужчины (20(90,9%)) чаще принимают назначенные препараты постоянно ($p=,01375$), женщины (6(100%)) предпочитают курсовую терапию ($p=,04315$). Пациенты с нормальным ИМТ (6(100%)) не прекращают терапию ($p=,00310$). Пациенты, поступившие в экстренном порядке (46(92%)), принимают препараты постоянно ($p=,00000$), в плановом порядке – прекращали терапию (8(100%)) ($p=,00925$). Пациенты с артериальной гипертонией (46(82,1%)) ($p=,00484$) в анамнезе, гипертоническими кризами 44(84,6%) ($p=,00332$) считают необходимым постоянный прием препаратов. Пациенты с перенесенным инфарктом миокарда (20(90,9%)) ($p=,01375$) и сахарным диабетом в анамнезе (12(100%)) ($p=,02319$) принимают препараты постоянно. Терапию по потребности предпочитают 8(100%) с ХСН ($p=,04468$). Пациенты с мерцательной аритмией (14(87,5%)) чаще прекращали лечение ($p=,00521$).

Выводы: факторы, ассоциирующиеся с продолжением терапии сердечно-сосудистых заболеваний – мужской пол, нормальный ИМТ, поступление в экстренном порядке, перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе. Факторы, ассоциирующиеся с прекращением терапии – поступление в плановом порядке, мерцательная аритмия в анамнезе.

180 НЕИНВАЗИВНЫЙ МАРКЕР ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Отт А. В¹., Чумакова Г. А²., Веселовска Н. Г³., Гриценко О. В³.

¹КГБУЗ Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул, Россия,

²ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет МЗ РФ, Барнаул, Россия,

³НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово, Россия

Инсулинорезистентность (ИР) и гормональная активность висцерального жира основные патогенетические механизмы связывающие ожирение и сердечно-сосудистые осложнения. При ожирении увеличение объема висцеральной жировой ткани происходит не только в абдоминальной области, но и в эктопических локальных жировых депо, в том числе и эпикардиальном.

Цель исследования: оценить взаимосвязь толщины эпикардиальной жировой ткани (тЭЖТ) с показателями ИР, а также определить прогностическую ценность и пороговое значение тЭЖТ для диагностики ИР.

Материалы и методы: В исследование было включено 186 мужчин ($54,4 \pm 9,1$ лет), с ИМТ ≥ 30 кг/м² (ИМТ $34,23 \pm 3,97$ кг/м²). С целью оценки ИР проводилось определение инсулина и индекса НОМА-ИР. тЭЖТ измерялась с помощью ЭХОКГ в миллиметрах за свободной стенкой правого желудочка в систолу в парастернальной позиции по длинной оси левого желудочка.

Результаты: Для оценки взаимосвязи ИР и показателя эпикардиального ожирения – тЭЖТ были выделены 2 группы пациентов: группу 1 (ИР+) ($n=59$), составили пациенты с индексом НОМА-ИР $\geq 2,77$, средние показатели НОМА-ИР в этой группе были 4,37 (3,29;6,26), группу 2 (ИР-) ($n=127$) составили пациенты с индексом НОМА-ИР $< 2,77$ средние показатели НОМА-ИР в этой группе были 1,05 (0,49;1,71) ($p < 0,001$). Средние показатели тЭЖТ в группе (ИР+) составили 7

(7,0;9,0), и были выше, чем в группе (ИР -) 5 (4,0;6,0) ($p < 0,001$). При проведении корреляционного анализа была выявлена положительная взаимосвязь тЭЖТ с инсулином ($r=0,202; p=0,005$) и индексом НОМА-IR ($r=0,203; p=0,005$). Для оценки прогноза вероятности принадлежности пациента к одной из двух групп с наличием или отсутствием ИР с помощью одного критерия тЭЖТ был проведен логистический регрессионный анализ, в котором каждое значение тЭЖТ выступало в качестве предиктора, а зависимой переменной была выбрана ИР, диагностированная с помощью критерия НОМА-IR. Получено уравнение логистической регрессии с процентом верного предсказания 91%, коэффициентом связи Д-Зомера 0,837, достигнутый уровень значимости $p=0,001$. Кроме того, был получен оптимальный порог отсечения для тЭЖТ, как неинвазивного предиктора ИР, который составил ≥ 7 мм (чувствительность 91,5%, специфичность 90,6%). Для оценки качества полученной модели была построена ROC-кривая. Площадь под кривой составила 0,941, что указывает на высокое качество полученной математической модели.

Выводы: 1). Показатель тЭЖТ был связан с наличием ИР у пациентов с ожирением; 2) получено пороговое значение тЭЖТ ≥ 7 мм, как фактора риска ИР у пациентов с ИМТ ≥ 30 кг/м²; 3). Определение тЭЖТ с помощью ЭХОКГ является простой процедурой, позволяющей визуализировать гормонально-активную висцеральную жировую ткань и дать ей количественную оценку. Поэтому определение тЭЖТ может служить важным неинвазивным маркером ИР для раннего назначения профилактических мероприятий и формировании группы высокого сердечно-сосудистого риска.

181 ПРИ РЕШЕНИИ ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЗАДАЧ

Розыходжаева Г. А¹., Розыходжаева Д. А².

¹Центральная клиническая больница №1, Ташкент, Узбекистан,

²Ташкентский университет информационных технологий, Ташкент, Узбекистан

Введение. На сегодняшний день создание качественно новых прикладных систем интеллектуального анализа данных дает возможность решать ряд важнейших диагностических задач. Для решения проблем распознавания образов, диагностирования, выполнения прогнозов, оптимизации, ассоциативной памяти и управления всё чаще стали применяться интеллектуальные системы на основе искусственных нейронных сетей.

В приложении к медицинской диагностике нейронные сети дают возможность значительно повысить специфичность метода, не снижая его чувствительность. В большинстве задач диагностики, дифференциальной диагностика, прогнозирования, выбора стратегии и тактики лечения и др. достаточно легко набрать необходимое количество примеров для обучения НС. Медицинские задачи практически всегда имеют несколько способов решения и «нечеткий» характер ответа, совпадающий со способом выдачи результата нейронными сетями.

Цель. Целью настоящей работы явилось выявление информативных функциональных параметров различных неинвазивных методов диагностики в качестве маркеров старения у больных ИБС пожилого и старческого возраста

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели была применена технология синтеза нейронных сетей для задач распознавания с учителем. Обследовано 252 больных ИБС старше 60 лет. Из них составлены 2 группы сравнения: пациенты пожилого возраста (60 -74лет) (156 человек) и старческого (75-90 лет) возраста (96 человек).

Компьютерная база данных включала показатели, отражающие клиническое, функциональное состояние больного ИБС на момент поступления в клинику, антропометрические данные

и результаты лабораторных и функциональных исследований, включая комплексное ультразвуковое обследование сердца и сосудов (эхокардиография; цветное дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий; сосудов нижних конечностей; доплеровское определение лодыжечно-плечевого индекса; изучения сосудодвигательной функции плечевой артерии), а также тест с шестиминутной ходьбой, велоэргометрии, ручную изометрическую нагрузку, психологическое обследование.

Результаты. Изучение показателей функционального состояния пациентов, а также результаты математической обработки позволили выявить 49 наиболее важные параметры, являющиеся маркерами старения. Эти показатели имели наибольшее значение вклада признака, т.е. «вес». «Вес» изменяется от 0 до 1, чем ближе вес к единице, тем более важным является этот показатель. В проведенном исследовании 15 из 49 параметров с сильным «весом», оказались показателями ультразвуковых методов исследования сосудов (цветового дуплексного сканирования внечерепных отделов брахиоцефальных артерий, артерий нижних конечностей, доплеровские методы определения лодыжечно - плечевого индекса и эндотелий - зависимой вазодилатации). Наиболее информативными оказались те факторы, которые определяют различные структурные и функциональные изменения сосудов (толщина комплекса «интима-медиа» общей сонной и бедренной артерии (вклад признака 0,764-0,890), диаметр общей сонной артерии (вклад признака 0,672), диаметр бедренной артерии (вклад признака 0,898), площадь общей сонной артерии (вклад признака 0,892), соотношение толщины комплекса интима-медиа общей бедренной артерии к её диаметру (вклад признака 0,664), линейная скорость кровотока общей сонной и внутренней сонной артерии (вклад признака 0,672)). Полученные данные подтверждают взаимосвязь структурных, функциональных и гемодинамических изменений при старении. Выявленные с помощью нейронных сетей параметры, являются наиболее информативными, простыми, неинвазивными маркерами старения, а методы, с помощью которых их получают, особенно ультразвуковые методы исследования сосудов и сердца, необременительны для пациентов преклонного возраста.

182 ВОПРОСЫ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ

Розыходжаева Г. А¹., Розыходжаева Д. А².

¹Центральная клиническая больница №1, Ташкент, Узбекистан,

²Ташкентский университет информационных технологий, Ташкент, Узбекистан

Введение. Выделение объема информации, необходимого в каждой конкретной ситуации, и стандартизация информативных параметров чрезвычайно важны в русле современных требований к стандартизации в системе здравоохранения в целом, и в эхокардиографии, в частности. Растущий спрос на контроль качества и совершенствование диагностики требует стандартизованного и структурированного подхода к оценке эхокардиографии. Стандартизованная документация в эхокардиографии необходима для обеспечения сопоставимости данных и реализации на базе программного обеспечения документации.

Цель. Разработка моделей и алгоритмов проблемно-ориентированной информационной системы для поддержки принятия решения и первичного прогнозирования для повышения эффективности эхокардиографической диагностики.

Материал и методы. Теоретические и экспериментальные исследования базируются на использовании следующих методов и теорий: теория систем (системный подход) и теория нечетких множеств, теория нечеткой интервальной логики, выбора и принятия решений, теория ситуационного управления и программирования, нейросетевое моделирование.

Результаты. Последовательно реализованы следующие этапы: 1) Создание описательной модели для выделения наиболее существенных параметров изучаемого объекта; 2) Разработка компьютерной модели, состоящей в создании специализированного программного обеспечения для данной задачи с возможностью изменения значимых для модели параметров; 3) Проведение компьютерного эксперимента и корректировка модели.

При разработке программного продукта изучается структура процесса постановки диагноза и связи между результатами эхокардиографии, создающие основу для ранжирования альтернативных врачебных решений по их относительной важности на каждом уровне установления диагноза. В последующем будет применяться метод интеллектуальной поддержки, позволяющий воспринимать, структурировать и накапливать знания, обеспечивая процесс поддержки принятия врачебного решения. Важно отметить, что программы могут работать на обычных персональных компьютерах, компактны, и не потребуют большого количества оперативной и постоянной памяти ЭВМ.

Задача постановки эхокардиографической диагностики осложняется многими факторами (недостатком соответствующих специалистов за пределами областных и районных центров; постоянное обновление рекомендаций и методов диагностики; огромное многообразие параметров диагностики, из которых бывает сложно выбрать наиболее информативные; субъективность отдельно взятого врача, принимающего решение). Поэтому необходимо создание автоматизированных систем поддержки принятия решений и их применения в повседневной работе эхокардиографиста в медицинском учреждении любого уровня, что позволит значительно повысить производительность труда, сократить время для анализа результатов исследований и подготовки врачебного заключения, легко и просто вести учет выполненной работы и готовить отчетную документацию. Зарубежные аналоги подобных программных продуктов отличаются дороговизной и зачастую используются только при работе с определенной моделью прибора конкретного производителя. Зачастую трудно создать единую базу данных по всем эхокардиографическим исследованиям, выполненным на разных аппаратах. Кроме того, отсутствует поддержка узбекского языка, а иногда и русского языка.

Заключение. Учитывая, что каждый из рассматриваемых результатов обследования пациента по отношению к задаче диагностики носит нечеткий и неполный характер, для синтеза соответствующих решающих правил целесообразно использовать также теорию нечеткой логики принятия решений. Перечень обязательных параметров, необходимых для разных уровней трансторакальной эхокардиографии формируется с учетом мнений высококвалифицированных экспертов-кардиологов.

183 ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ВЫБОР И ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ГЕПАРИНОВ

Ройтман Е. В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

С 2015 года на российском рынке присутствуют 7 низкомолекулярных гепаринов (НМГ). Такая ситуация несомненно позитивна, поскольку позволяет выбрать НМГ, который наиболее подходит для конкретного пациента.

Особенности производства НМГ привели к тому, что препараты различаются по своей средней молекулярной массе и распределению цепей, составляющих фракции гепарина. Это влияет на их способность инактивировать тромбин и фактор Ха (соотношение их анти-Ха/анти-Па-активности), пролиферацию эндотелиальных клеток (неоангиогенез), увеличивать высвобождение тканевого активатора плазминогена и активировать ингибитор пути тканевого фактора (Samama M.M., 2000). Различия в способах получения, фармакологических свойств и особенностей биологической активности приводят к тому, что сравнивать по клинической эффективности различные препараты и группы НМГ является не совсем оправданным с позиций доказательной медицины (Макацария, 2008). Поэтому в настоящее время препараты НМГ рассматривают как отдельные невазимоменяемые лекарственные вещества.

Имеющиеся НМГ различаются соотношением анти-Ха/анти-Па-активности (от 2:1 до 8:1). Однако выбор НМГ определяется, в первую очередь, целью их назначения: профилактическая или лечебная (лечебно-профилактическая). В первом случае целью становится приоритетное ингибирование активности фактора Ха, и выбор должен быть сделан в пользу НМГ с высоким соотношением анти-Ха/анти-Па-активности.

Ситуации, в которых назначение НМГ преследует лечебную (лечебно-профилактическую) цель, обусловлены особенностями поведения системы свертывания крови на фоне конкретного состояния и/или заболевания. При подобных состояниях крайне существенную роль играет образование тромбина – не только одно из главных событий в гемокоагуляции (формирование фибрина и активирование тромбоцитов), но и непосредственно влияющее на другие биологические процессы. Поэтому здесь предпочтительным выбором являются НМГ, сохраняющие анти-тромбиновую активность (анти-Па-активность) за счет содержания в них большего количества фракций верхнего диапазона по молекулярной массе, и при этом проявляющие антагонизм в отношении фактора Ха (анти-Ха-активность).

Независимо от соотношения анти-Ха/анти-Па-активности конкретного НМГ, общим требованием является индивидуальное дозирование, а именно подбор дозы и обеспечение стабильности эффекта НМГ. Первое достигается за счет определения активности фактора Ха, второе – на основании тромбоэластографической оценки паттерна гемокоагуляции. При этом указанные лабораторные методы не взаимозаменяемы и диагностически недостаточны друг без друга.

Таким образом, выбор НМГ определяется целью их назначения: профилактической или лечебной (лечебно-профилактической), обуславливаемой особенностями поведения системы свертывания крови при данном состоянии и/или заболевании. В зависимости от последнего становится актуальным соотношение анти-Ха/анти-Па-активности конкретного препарата. Однако во всех случаях применение НМГ предполагает индивидуальный подбор дозы и обеспечение стабильности эффекта препарата на основе лабораторного мониторинга.

184 ЛОКАЛИЗАЦИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ ЖИРОВОЙ ТКАНИ

Ройтберг Г. Е., Дорош Ж. В., Рожков Д. Е.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Сердечно - сосудистая патология является ведущей в структуре смертности во многих странах мира. В научных исследованиях показана взаимосвязь между развитием атеросклеротического процесса и развитием жировой ткани. Доказано, что наибольшим прогностически

неблагоприятным эффектом обладает не подкожная, а именно висцеральная жировая ткань. Внедрение современных методик визуализации - КТ и МРТ - позволило более точно определить топографию и количество висцеральной жировой ткани. В последние годы выделяются несколько видов висцеральной жировой ткани, один из которых – перикардиальная жировая ткань. Предполагается, что этот вид жировой ткани обладает наибольшим негативным эффектом на формирование атеросклероза коронарных артерий.

Цель. Показать влияние различных локализаций висцеральной жировой ткани на формирование атеросклеротического поражения коронарных и общих сонных артерий.

Материал и методы

Исследуемая группа составила 50 мужчин в возрасте от 40 до 60 лет, с диагностированной ранней ишемической болезнью сердца или с подозрением на атеросклеротическое поражение коронарных артерий. Медицинская информация о пациентах была получена из архива электронных медицинских карт пациентов клиники «Медицина». Критерием исключения являлись проведенные ранее открытые оперативные вмешательства на сердце и коронарных сосудах. При оценке антропометрических показателей производился расчет ИМТ, окружности талии (ОТ); толщины интима-медиа сонных артерий (ТИМ) с помощью ультразвуковых методик, состояния коронарного русла и перикардиального жира (ПЖ) посредством анализа протоколов МСКТ - коронароангиографий.

Результаты. Средний возраст составил $51,76 \pm 0,83$ лет. ИМТ в среднем имел значение $28,2 \pm 0,59$ кг/м². Средний ОТ - $97,5 \pm 0,93$ см. Среди изучаемой группы нормальную массу тела (по ВОЗ, 2004) имели 20%. Повышенная масса тела отмечалась у 54%, ожирение I степени у 20%, II и III степени - у 4% и 2% соответственно. Распространенность абдоминального ожирения (АО) (по EGIR, 1999), составляла: при нормальной массе тела – 40%, при избыточной – 52%, при ожирении I – 80%, при ожирении II и III степенях – 100%. Частота встречаемости АО суммарно составила 58%. При измерении ТИМ средняя толщина комплекса в общей группе составила $1,1 \pm 0,03$ мм. Усредненный объем перикардиального жира у обследованных пациентов составил $167,56 \pm 7,12$ см³.

Во всей группе атеросклеротическое поражение коронарных артерий по данным МСКТ коронарографии имели 64% (32 человека), у 59% выявлены признаки атеросклеротического поражения двух и более коронарных сосудов (мультифокальный атеросклероз).

При изучении корреляционной зависимости ОТ, наиболее сильная взаимосвязь была выявлена с толщиной комплекса интима-медиа общей сонной артерии ($r = 0,67$, $p = 0,01$); средняя сила корреляции - с ИМТ ($r = 0,52$, $p = 0,01$). Не было получено достоверной корреляции с частотой мультифокального ($r = 0,1$, $p > 0,05$) и единичного ($r = 0,27$, $p > 0,05$) атеросклеротического поражения коронарных артерий.

При оценке корреляции ПЖ выявлена выраженная связь с ИМТ ($r = 0,57$, $p = 0,01$). Наиболее сильная корреляция была выявлена между объемом ПЖ и частотой встречаемости мультифокального атеросклероза коронарных артерий ($r = 0,6$, $p = 0,01$). Не удалось получить достоверной связи между с ТИМ ($r = 0,15$, $p > 0,05$) и одиночным поражением коронарного сосуда ($r = -0,1$, $p > 0,05$).

Заключение

Таким образом, в нашем исследовании выявлена достоверная корреляция между объемом ПЖ и частотой мультифокального атеросклероза коронарных артерий. Напротив, абдоминальная жировая ткань сильнее коррелировала с ТИМ, что косвенно подтверждает различные эффекты различных видов висцеральной жировой ткани. Результаты проведенной работы показали различия в преимущественном атеросклеротическом поражении сосудов при различной локализации висцеральной жировой ткани.

185 ПЕРЕЖИВАНИЕ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТАМИ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ИХ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ

Семенова О.Н. (Саратов)

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Саратов, Россия

Цель: выявить отношение к болезни у пациентов с сердечно-сосудистой патологией и возможную взаимосвязь этого с приверженностью к терапии.

Материалы и методы: анкетирование пациентов кардиологического стационара в 2014г путем опроса о проводимой терапии и отношении к болезни. При ответе на вопрос, что такое для вас болезнь, пациент мог выбрать одно из перечисленных утверждений: «ограничение физического, психического, социального благополучия», «результат предыдущей жизнедеятельности», «катастрофа», «судьба», «образ жизни». Выбранные нами утверждения были сформулированы по результатам ранее проведенных исследований. При помощи одномерного непараметрического анализа оценивалась возможная взаимосвязь между изучаемыми характеристиками.

Результаты: участвовало 70 пациентов: 40(57,1%) мужчин и 30(42,9%) женщин, 58(82,9%) пенсионного возраста, 12(17,1%) не пенсионного возраста, медиана возраста 67 лет. В анамнезе у 62(88,6%) пациентов - артериальная гипертония, у 54(77,1%) - гипертонические кризы, у 54(77,1%) - ИБС, у 24(34,3%) - перенесенный инфаркт миокарда, у 38(54,3%) – нестабильная стенокардия, у 52(74,3%) – ХСН, у 26(37,1%) – нарушения ритма: 16(22,9%) – фибрилляция предсердий, 2(2,9%) – трепетание предсердий, 12(17,1%) – желудочковая экстрасистолия, у 12(17,1%) – ОНМК, у 12(17,1%) – сахарный диабет. Считают, что болезнь – это «ограничение физического, психического, социального благополучия» 8(11,4%) пациентов. 22(31,4%) пациента считают болезнь «результатом предыдущей жизнедеятельности». Болезнь – это «катастрофа» – так ответили 6(8,6%) пациентов. Болезнь - это «судьба», так считают 6(8,6%) пациентов. Для 14(20%) пациентов болезнь – это образ жизни. 14(20%) пациентов не ответили. Считают, что нужно принимать препараты постоянно – 46(65,7%) пациентов, курсами - 8(11,4%), по потребности - 6(8,6%), не ответили - 10(14,3%). Принимают назначенные препараты постоянно 42(60%) пациента, курсами – 6(8,6%), иногда когда «прижмет» - 8(11,4%), 2(2,8%) - ничего не назначали, 12(17,1%) пациентов не ответили. 40(57,1%) пациентов прекращали назначенное лечение. Пациенты, считающие болезнь «ограничением физического, психического, социального благополучия» 8(11,4%) считают, что нужно принимать препараты постоянно ($p=,06419$) и принимают их постоянно ($p=,02488$). Прекращали лечение пациенты, считающие болезнь «катастрофой» (6(100%) ($p=,01701$)), «результатом предыдущей жизнедеятельности» (18(81,8%) ($p=,02763$)).

Выводы: для пациентов, считающих болезнь «результатом предыдущей жизнедеятельности» и «катастрофой», характерна непостоянность принимаемой терапии.

186 МАТЕРИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Семенова О.Н. (Саратов)

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Саратов, Россия

Цель: выявить материальные факторы, ассоциирующиеся с приверженностью к терапии сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы: анкетирование пациентов кардиологического стационара в 2014г путем опроса о проводимой терапии с выявлением фактором, влияющих на продолжение/отказ от терапии. При помощи одномерного непараметрического анализа оценивалась взаимосвязь между изучаемыми характеристиками.

Результаты: участвовало 70 пациентов: 40(57,1%) мужчин и 30(42,9%) женщин, 58(82,9%) пенсионного возраста, 12(17,1%) не пенсионного возраста, медиана возраста 67 лет. В анамнезе у 62(88,6%) пациентов - артериальная гипертония, у 54(77,1%) - гипертонические кризы, у 54(77,1%) - ИБС, у 24(34,3%) - перенесенный инфаркт миокарда, у 38(54,3%) – нестабильная стенокардия, у 52(74,3%) – ХСН, у 26(37,1%) – нарушения ритма: 16(22,9%) – фибрилляция предсердий, 2(2,9%) – трепетание предсердий, 12(17,1%) – желудочковая экстрасистолия, у 12(17,1%) – ОНМК, у 12(17,1%) – сахарный диабет. Имеют среднее образование 20(28,6%) пациентов, специальное - 10(14,3%), высшее - 30(42,8%), два высших – 4(5,7%), 6(8,6%) не ответило. Профессия умственного труда у 32(45,7%), физического труда у 26(37,1%) пациентов, 12(17,1%) не ответили. Материальный доход ниже среднего у 34(48,6%) пациентов, средний – у 26(37,1%), выше среднего – у 2(2,85%), не ответили – 8(11,4%). Месячный доход меньше 10 тыс. руб. у 30 (42,8%), доход 10-20 тыс. руб. у 30 (42,8%) пациентов, доход больше 10 тыс. руб. у 4(5,7%), не ответили - 6(8,6%). Тратят на лекарственные препараты меньше 1,5 тыс.руб. 34(48,6%) пациентов, 1,5-3 тыс.руб.- 18(25,7%) 3-5 тыс.руб. - 12(17,1%), 5-10 тыс.руб. – 2(2,8%). Считают, что нужно принимать препараты постоянно – 46(65,7%) пациентов, курсами - 8(11,4%), по потребности - 6(8,6%), не ответили - 10(14,3%). Принимают назначенные препараты постоянно 42(60%) пациента, курсами – 6(8,6%), иногда когда «прижмет» - 8(11,4%), 2(2,8%) - ничего не назначали, 12(17,1%) пациентов не ответили. 40(57,1%) пациентов прекращали назначенное лечение. Пациенты с материальным доходом ниже среднего (30(93,7%)) чаще считают, что принимать лекарственные препараты необходимо постоянно ($p=,01989$) и принимают их постоянно (28(87,5%)) ($p=,02507$). Выявлена статистическая тенденция, что пациенты с ежемесячным доходом менее 10 тыс.руб. принимают препараты постоянно 26(86,7%)) ($p=,09582$). Пациенты, тратящие на лечение 1,5-3 тыс.руб (18(100%) и 3-5 тыс.руб.(12(100%) считают, что лечиться нужно на постоянной основе ($p=,00103$) и так лечатся ($p=,00003$), тратящие меньше 1,5 тыс.руб – считают, что лечиться можно по потребности 98(100%) ($p=,01906$) и принимают препараты когда «прижмет» (8(100%) ($p=,01906$) и курсами 6(100%) ($p=,02350$) и в большинстве случаев (82,3%) прекращают лечение ($p=,00020$).

Выводы: факторы, ассоциирующиеся с продолжением терапии сердечно-сосудистых заболеваний – материальный доход ниже среднего, трата на лекарства 1,5-5 тыс.руб. в месяц. Факторы, ассоциирующиеся с прекращением терапии - трата на лекарства менее 1,5 тыс.руб. в месяц.