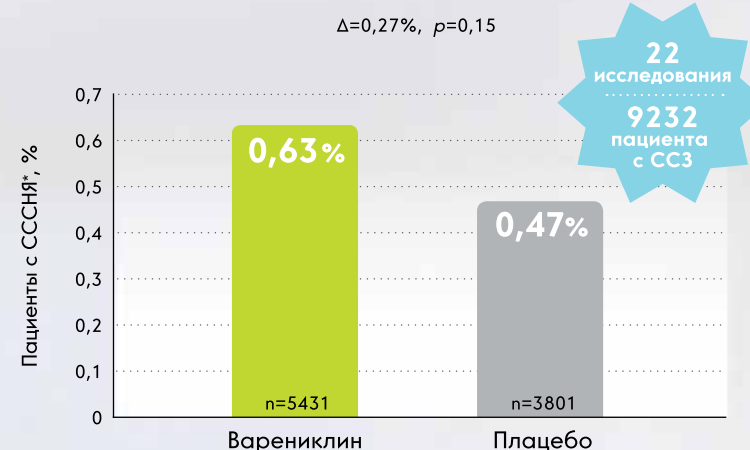


- Единственный препарат для лечения никотиновой зависимости не имеющий ограничений в применении у пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями¹
- Оказывает двойной эффект: уменьшает тягу к курению и смягчает «симптомы отмены»¹
- Имеет высокие показатели эффективности и безопасности, в том числе у пациентов с сердечно-сосудистой патологией²⁻⁶

**БЕЗОПАСНОСТЬ ЧАМПИКСА
СОПОСТАВИМА С ПЛАЦЕБО У ПАЦИЕНТОВ
С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ⁶**



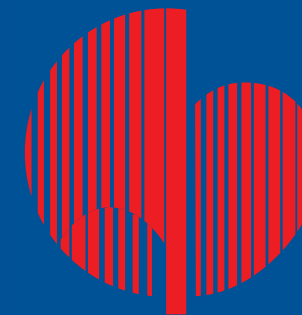
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЧАМПИКСА
У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ⁴**



- В исследовании принимали участие курящие пациенты с высокой степенью тяжести никотиновой зависимости с **диагностически подтвержденной сердечно-сосудистой патологией**; диагноз поставлен не менее чем за 2 месяца до начала исследования.
- **Перенесенные ранее заболевания:** инфаркт миокарда в анамнезе, состояние после стентирования, стабильная стенокардия, застойная сердечная недостаточность, инсульт в анамнезе, ишемическая атака в анамнезе, артериальная гипертензия, сахарный диабет 2-го типа.
- Пациентов наблюдали в течение года. **Переносимость Чампикс® была хорошей.** Препарат не оказывал воздействия на артериальное давление или частоту сердечных сокращений.

1. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Чампикс® от 07.08.2015. 2. Vadasz I. The first Hungarian experiences with varenicline to support smoking cessation. Medicina Thoracalis LXII.1. February 2009: 1-9. 3. Thomas K.H. et al. Risk of neuropsychiatric adverse events associated with varenicline: systematic review and meta-analysis. BMJ 2015 350 h1109 doi: 10.1136/bmj.h1109. 4. Rigotti N.A. et al. Efficacy and Safety of Varenicline for Smoking Cessation in Patients with Cardiovascular Disease: A Randomized Trial. Poster presented at the 58th Annual Scientific Session of the American College of Cardiology (ACC), March 29-31, 2009; Orlando, FL, USA. 5. Tashkin D.P. et al. Effects of varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial. Chest. 2011 Mar; 139(3): 591-9. 6. Prochaska J.J., Hilton J.F. Risk of cardiovascular serious adverse events associated with varenicline use for tobacco cessation: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2012 May 4;344:e2856. doi: 10.1136/bmj.e2856. *СССН – симптоматические сердечно-сосудистые нежелательные явления.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
РОССИЙСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ КОМПЛЕКС
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ПРОИЗВОДСТВО
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ РКНПК
РНЦХ ИМ. АКАД. Б.В. ПЕТРОВСКОГО
ИНСТИТУТ ХИРУРГИИ ИМЕНИ А.В. ВИШНЕВСКОГО
НАЦИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИЗУЧЕНИЮ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЗАБОЛЕВАНИЙ МИОКАРДА
РОССИЙСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ
НАЦИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИЗУЧЕНИЮ АТЕРОСКЛЕРОЗА
ОБЩЕСТВО СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ИЗУЧЕНИЮ ЛЕГочНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО СОМНОЛОГОВ
ОБЩЕСТВО СПЕЦИАЛИСТОВ ПО НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ
НАЦИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕСТВО ПО АТЕРОТРОМБОЗУ



Всероссийская научно-практическая конференция,
57 ежегодная сессия Российского кардиологического
научно-производственного комплекса

**«Кардиология 2017:
лечить не болезнь, а больного»**

ТЕЗИСЫ

**31 мая - 01 июня 2017 г.,
г. Москва**



ISBN 978-5-9909887-0-5



9 785990 988705

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
РОССИЙСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ КОМПЛЕКС
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ПРОИЗВОДСТВО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ РКНПК
РНЦХ ИМ. АКАД. Б.В. ПЕТРОВСКОГО
ИНСТИТУТ ХИРУРГИИ ИМЕНИ А.В. ВИШНЕВСКОГО
НАЦИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИЗУЧЕНИЮ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
И ЗАБОЛЕВАНИЙ МИОКАРДА
РОССИЙСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ
НАЦИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИЗУЧЕНИЮ АТЕРОСКЛЕРОЗА
ОБЩЕСТВО СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ИЗУЧЕНИЮ ЛЁГочНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО СОМНОЛОГОВ
ОБЩЕСТВО СПЕЦИАЛИСТОВ ПО НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ
НАЦИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕСТВО ПО АТЕРОТРОМБОЗУ**

**Всероссийская научно-практическая конференция,
57 ежегодная сессия Российского кардиологического
научно-производственного комплекса**

**«Кардиология 2017:
лечить не болезнь, а больного»**

**31 мая - 01 июня 2017 г.,
г. Москва**

НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

ПОЧЁТНЫЙ ПРЕДСЕДАТЕЛЬ:

Чазов Е. И. Академик РАН, почетный директор ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Минздрава РФ

ПРЕДСЕДАТЕЛИ:

Каграманян И.Н. Первый заместитель Министра здравоохранения РФ

Бойцов С.А. Член-корреспондент РАН, и.о. генерального директора ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Минздрава РФ, главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава РФ

Чазова И.Е. Академик РАН, директор НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Минздрава РФ, заместитель генерального директора по науке, главный внештатный специалист-кардиолог Минздрава РФ

ЗАМЕСТИТЕЛИ ПРЕДСЕДАТЕЛЕЙ:

Акчурин Р.С. Академик РАН, заместитель генерального директора по хирургии ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Минздрава РФ, руководитель отдела сердечно-сосудистой хирургии ФГБУ «Российского кардиологического научно-производственного комплекса» Минздрава РФ

Наконечников С.Н. Первый заместитель генерального директора ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Минздрава РФ, д. м. н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ:

Гончарова Е. А. Руководитель группы по организации конференций информационно-аналитического отдела ФГБУ «Российского кардиологического научно-производственного комплекса» Минздрава РФ

ЧЛЕНЫ НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННОГО КОМИТЕТА:

Агеев Ф.Т. (Москва)
Барбараш О.Л. (Кемерово)
Галявич А.С. (Казань)
Голицын С.П. (Москва)
Довгалецкий П.Я. (Саратов)
Капелько В.И. (Москва)
Карпов Р.С. (Томск)
Карпов Ю.А. (Москва)
Кочетов А.Г. (Москва)
Кухарчук В.В. (Москва)
Левашова С.А. (Москва)

Мартынов А.И. (Москва)
Мартынюк Т.В. (Москва)
Масенко В.П. (Москва)
Медведева И.В. (Тюмень)
Ощепкова Е.В. (Москва)
Проваторов С.И. (Москва)
Рогоза А.Н. (Москва)
Розенштраух Л.В. (Москва)
Романчук С.В. (Иваново)
Руда М.Я. (Москва)
Самко А.Н. (Москва)

Сергиенко В.Б. (Москва)
Скворцов А.А. (Москва)
Смирнов В.Н. (Москва)
Терещенко С.Н. (Москва)
Терновой С.К. (Москва)
Ткачук В.А. (Москва)
Шалаев С.В. (Тюмень)
Шахиджанова С.В. (Москва)
Ширяев А.А. (Москва)

ПАРТНЁРЫ КОНФЕРЕНЦИИ



Генеральные партнёры

Takeda Pharmaceuticals LLC

ООО «Пфайзер Инновации»

ООО «Актелион Фармасьютикалз РУС»



ГЕДЕОН РИХТЕР



Главные партнёры:

ООО «Берингер Ингельхайм»

АО «Сервье»

ОАО «Гедеон Рихтер»

АстраЗенека Россия

ООО «КРКА ФАРМА»

Партнёры:

A/O BAYER

Dr.Reddy's Laboratories Ltd

XANTIS PHARMA

ЕСКО ФАРМА

ООО «Берлин-Хеми/А.Менарини»

ООО «СупраГен»

ООО «Новартис Фарма»

Филипс

Информационные партнёры

Медицинский портал – Medego.ru

ООО «ММА «МедиаМедика»

ООО «ДОКТОРМЕДИА»

и Русский медицинский журнал, Да Сигна

Журнал «Артериальная гипертензия»

ООО «Столичная Издательская Компания» и журнал

«Рациональная Фармакотерапия
в Кардиологии»

Журнал «Поликлиника»

ГК «Ремедиум»

СОДЕРЖАНИЕ

Нарушения свертывающей системы крови. Антитромботическая и антикоагулянтная терапии в кардиологической практике.....	6
Метаболический синдром	9
Нарушения ритма и проводимости сердца.....	11
Неотложная кардиология	16
Острая и хроническая сердечная недостаточность	17
Острый коронарный синдром	21
Легочная гипертензия	24
Артериальная гипертензия.....	26
Сердечно-сосудистые заболевания в разных возрастных группах	34
Сердечно-сосудистые заболевания и сопутствующая патология.....	35
Тромбоз легочной артерии	38
Эпидемиология.....	38
Атеросклероз и нарушения липидного обмена.....	39
Заболевания миокарда.....	44
Ишемическая болезнь сердца	44
Кардиохирургия. Рентгенэндоваскулярная хирургия. Гибридные технологии	52
Лабораторная и функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний.....	61
Разработка и внедрение в клиническую практику новых лекарственных препаратов	63
Разное	64
Алфавитный указатель авторов.....	70

Издатели не несут ответственности за наличие орфографических, пунктуационных ошибок.
Тексты тезисов приводятся в авторской редакции.

ЕЁ БУДУЩЕЕ. В ВАШИХ. РУКАХ.

45%

Снижает риск событий
заболеваемости-смертности^{2a}



Улучшает толерантность к физической
нагрузке и гемодинамические показатели^{2,4}

50%

Снижает риск госпитализаций
по поводу ЛАГ^{2,3b}



Обладает хорошей переносимостью
на протяжении длительного времени^{1,2}

моно&комбо

Эффективен как в монотерапии,
так и в комбинации с и-ФДЭ²

**ОПСАМИТ® 10 мг меняет представление
о целях лечения ЛАГ**



^a Комбинированная конечная точка, ^b Комбинированная конечная точка смерти и госпитализации.

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Опсамит. 2. Pulido et al N Engl J Med 2013;369(9):809-818.

3. Channik RN et al Am J Respir Crit Care Med 2013;187:A3527. 4. Sitbon O. In European Respiratory Society Annual Congress 2013, 854762.

РУ ЛП-003310 от 16.11.2015

НАРУШЕНИЯ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ. АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ И АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИИ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА НА ФОНЕ ДВОЙНОЙ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ

Абдуллаева С. Я., Никишин А. Г., Пирназаров М. М., Якубеков Н. Т., Хасанов М. С., Юлдашев Н. П., Ганиев А. А., Бобождонова Н. Ж.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ МЗ РУз

Введение (цели/ задачи):

Многососудистое поражение эндотелия коронарных артерий, определяет более высокое проагрегантное состояние, по сравнению с однососудистым поражением. В этой связи не вполне ясно, достаточно ли стандартной двойной антиагрегантной терапии (ДАТ) для подавления процессов активации тромбоцитов, в данной категории больных.

Материал и методы:

Проведено наблюдение 112 больных с многососудистым поражением коронарного русла. По данным коронарографического исследования, находившихся на стационарном лечении в РСЦК в 2015 и 2016 гг. Изучалась активность тромбоцитов исходно (сразу после выполнения ЧКВ и определения характера поражения коронарного русла), а также через 6 месяцев после вмешательства. Пациенты находились на постоянном приеме ацетилсалициловой кислоты (АСК) в дозе 75 мг/сут, а также после нагрузочной дозы клопидогреля (600 мг). Световая агрегатометрия проводилась на двухканальном лазерном анализаторе «АЛАТ-2» НПФ «БИОЛА» (Россия).

Результаты:

Исходно, на фоне антиагрегантной терапии АСК и нагрузочной дозы клопидогреля в 600 мг., наблюдалось среднее значение спонтанной агрегации тромбоцитов в $1,50 \pm 0,54$ о.е., при нормальных значениях 1,0-1,5 о.е. В динамике, через 6 месяцев ДАТ в дозе 75 мг. ацетилсалициловой кислоты + 75 мг. клопидогреля, наблюдалось значимое снижение спонтанной агрегации на 20,6%: $1,5 \pm 0,54$ о.е. к $1,19 \pm 0,21$ о.е., с $P = 0,001$. Показатели агрегации индуцированной АДФ – исходно и в динамике не превышали референсных значений в 50-80%.

Заключение:

Стандартная двойная антиагрегантная терапия через 6 месяцев после многососудистого стентирования обеспечивает адекватный антиагрегантный эффект

ДИНАМИКА МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И ПРОТЕИНАЗ ПОСЛЕ АНГИОПЛАСТИКИ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОРФОЛОГИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ОДНОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ

Абдужамалова Н. М., Терещенко А. С., Миронов В. М., Масенко В. П., Меркулов Е. В., Наумов В. Г.
ФГБУ «РОССИЙСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ КОМПЛЕКС» МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Чрескожные коронарные вмешательства связаны с ответной воспалительной реакцией, обусловленной разрывом атеросклеротической бляшки (АСБ), повреждением сосудистой стенки и эндотелия. Наиболее изученными маркерами, помогающими судить об активности воспалительного процесса, являются С-реактивный белок (СРБ) и интерлейкин (ИЛ) -6. Несмотря на это одной из важных задач в медицине остается поиск новых лабораторных маркеров, сопровождающих воспалительно-деструктивные изменения в тканях. Цель данного исследования изучить динамику уровня СРБ, ИЛ-6, а также протеиназ (матриксной металлопротеиназы (ММП)-2 и тканевого ингибитора металлопротеиназы (ТИМП) -2) после коронарного стентирования у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от морфологии АСБ по данным внутрисосудистого ультразвукового исследования с функцией «виртуальной гистологии» (ВСУЗИ-ВГ).

Материал и методы:

В исследование включено 27 больных ИБС, у которых по данным коронарной ангиографии выявлен гемодинамически значимый стеноз в одной артерии и которым планировалось выполнение транслюминальной баллонной коронарной ангиопластики (ТБКА). Для определения фенотипа АСБ (классификация АСБ Американской Ассоциации Сердца) пациентам до стентирования проводилось ВСУЗИ, по данным которой у 18 больных (1 группа) выявлена фиброатерома и у 9 больных (группа 2) фиброатерома с тонкой крышечкой (ФАТК). Всем пациентам проводилось определение маркеров воспаления: СРБ, ИЛ-6, а также ММП-2 и ТИМП-2 в периферической крови до ТБКА, через 24 часа и через 1 месяц после ТБКА.

Результаты:

В группе больных с фиброатеромами через сутки после ТБКА уровень СРБ возрастал на 30 % ($p=0,03$), ИЛ-6 на 100% ($p=0,05$); при анализе результатов полученных через 1 месяц наблюдалось уменьшение значений СРБ на 23% ($p=0,06$), ИЛ-6 на 70% ($p>0,05$). Во 2 группе пациентов с ФАТК прирост СРБ через 24 часа составил 96% ($p=0,05$), ИЛ-6 - 100% ($p>0,05$); через 1 месяц уровень СРБ снижался на 51% ($p=0,03$), ИЛ-6 на 25% ($p>0,05$). При анализе концентраций в крови ММП-2 и ТИМП-2 через 24 часа после ТБКА в группе пациентов с фиброатеромами значимой динамики не выявлено. Однако, при сравнении данных полученных через сутки и через 30 дней после ТБКА у пациентов этой группы уровень ММП-2 возрос на 31,8% ($p=0,02$), а ТИМП-2 на 26% ($p=0,04$). При сопоставлении результатов анализа крови пациентов в группе с фиброатеромами, полученных исходно (перед ТБКА) и через 1 месяц после вмешательства прирост ММП-2 составил 33% ($p=0,021$), а ТИМП-2 19% ($p=0,04$). Достоверной динамики протеиназ в группе пациентов с ФАТК найдено не было. При межгрупповом сравнении выявлено, что у пациентов с фиброатеромами уровень ММП-2 через 1 месяц после ТБКА был достоверно выше, чем у пациентов в группе с ФАТК ($p=0,04$), по остальным показателям значимых различий не найдено.

Заключение:

Учитывая полученные данные, можно сказать, что воспалительный ответ на имплантацию стента более выражен у больных с атеросклеротическими бляшками по типу фиброатером. Кроме того, ТБКА способствует более интенсивной ак-

тивации ММП-2 в группе пациентов с фиброатеромами, чем в группе с ФАТК.

МАРКЕРЫ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА У ПАЦИЕНТОВ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

ПЕЧЕРИНА Т. Б., КАШТАЛАП В. В., БАРБАРАШ О. Л.
НИИ КПССЗ

Введение (цели/ задачи):

Изучить концентрацию маркеров воспаления у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) в зависимости от наличия систолической дисфункции миокарда левого желудочка.

Материал и методы:

В рамках проспективного исследования последовательно включены 175 пациентов с диагнозом инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST). Средний возраст пациентов в общей группе составил 61,3 (47; 89) года. Из них 116 пациентов мужского пола (66,3 %) и 59 - женского (33,7%). Всем пациентам при поступлении в стационар и в динамике на 12 сутки от начала заболевания проводилось определение содержания в крови: фактора некроза опухоли- α (ФНО- α , пг/мл), интерлейкина-6 (ИЛ-6 пг/мл), интерлейкина-10 (ИЛ-10 пг/мл), интерлейкина-12 (ИЛ-12 пг/мл), С-реактивного белка (СРБ, мг/л) методом количественного твердофазного иммуноферментного анализа. В зависимости от эхокардиографических показателей все пациенты были разделены на несколько групп по наличию/отсутствию систолической дисфункции ЛЖ. При этом за систолическую дисфункцию ЛЖ принималась фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) <45%. Данные представлены в виде Me (Min; Max). Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета программ STATISTICA 8.0.

Результаты:

Систолическая дисфункция левого желудочка выявлена у 31,4% пациентов ($n=55$), и у 68,6% ($n=120$) пациентов наблюдалась сохранная систолическая функция ЛЖ. По наличию сопутствующих заболеваний (хронических обструктивных болезней легких, хронической почечной недостаточности, язвенной болезни) и по частоте встречаемости основных факторов сердечно-сосудистого риска достоверных различий в группах выявлено не было. Однако определено, что среди пациентов с систолической дисфункцией ЛЖ в 1,5 раза чаще встречался ранее перенесенный ИМ ($p=0,03$). Вместе с тем выявлены статистически значимые различия по клиническим характеристикам больных. Так, в группе пациентов с ИМпST с систолической дисфункцией ЛЖ достоверно чаще встречался ИМ передней локализации (57,03% vs 36,17%; $p=0,003$), а также пациенты с ОШ II-IV класса по Killip (22,65% vs 6,38%; $p=0,001$). При анализе госпитальной динамики изучаемых маркеров определено, что имеется тенденция к уменьшению концентраций большинства показателей провоспалительного статуса пациентов к 12-м суткам стационарного лечения. Так концентрация СРБ к концу госпитального периода в 2,3 раза меньше ($p=0,0001$) относительно первых суток ИМпST. Аналогичная тенденция выявлена и для ИЛ-6, концентрация которого достоверно снижалась к 12-м суткам в 1,9 раз ($p=0,0001$). В то время как, концентрации ФНО- α и ИЛ-12, возрастали к концу госпитального периода. Так, концентрация ФНО- α в 1,3 раза ($p=0,0001$), а ИЛ-12 в 1,6 раз ($p=0,0001$) превышала аналогичные показатели первых суток ИМ. При анализе кон-

центраций цитокинов в зависимости от наличия признаков систолической дисфункции миокарда ЛЖ определено, что в группе пациентов с ФВ ЛЖ <45% ($n=55$) регистрируются достоверно ($p<0,05$) более высокие концентрации большинства изучаемых маркеров воспаления на 12-е сутки ИМ: ФНО- α [1,89 (0,84; 2,7) против 1,75 (0,6; 3,36) пг/мл], ИЛ-6 [10,86 (0,23; 48,0) против 7,6 (0,1; 115,0) пг/мл], ИЛ-12 [142,3 (36,3; 180,2) против 75,28 (24,9; 163,3) пг/мл]. При этом статистически значимых различий в изучаемых группах для СРБ и ИЛ-10 как на первые, так и на 12-е сутки ИМ выявлено не было.

Заключение:

Высокие концентрации маркеров воспаления на 12-е сутки ИМ (ФНО- α , ИЛ-12) в группе пациентов с систолической дисфункцией левого желудочка могут иметь существенное значение в оценке течения госпитального периода и возможной риск-стратификации пациентов с позиции отдаленного прогноза.

МЕЖДУ МЕНТАЛЬНЫМ СТАТУСОМ И СОСТОЯНИЕМ АВТОНОМНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ НЕТ ЗАВИСИМОСТИ

КУДРЯВЦЕВА Е. Н., БАЕВ В. М.

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Состояние психической сферы и уровень депрессии, влияние автономной нервной системы (АНС) на эти сферы жизни пациенток с артериальной гипотензией представляет интерес для клинической практики, так как они предъявляют множество разнообразных жалоб на проблемы здоровья. Целью работы было исследовать состояние автономной нервной системы и ее связь с уровнем ментальности у молодых женщин с идиопатической артериальной гипотензией (ИАГ).

Материал и методы:

Объект исследования – молодые женщины с ИАГ. Предмет исследования – психический статус, депрессия, вегетативный статус. Обследовано 1264 женщин в возрасте 19 (18-20) лет, из числа которых были выделена группа с ИАГ - 69 человек. Артериальной гипотензией считали диапазон САД от 99 до 61 мм рт. ст.; нормальным САД - от 129 до 120 мм рт. ст. Из исследования были исключены женщины с дисплазией соединительной ткани, онкологическими заболеваниями, сахарным диабетом, гипотиреозом, недостаточностью коры надпочечников, коллагенозами, врожденными заболеваниями сердца и сосудов, оперированным сердцем, беременностью в любом сроке, наркоманией, острыми инфекционными заболеваниями на момент исследования. Диагноз ИАГ устанавливали при медицинском профилактическом осмотре студентов по допуску к занятиям физкультуры. Наличие и уровень депрессии определяли с помощью шкалы Цунга «Zung Self-Rating Depression Scale». Оценка психического состояния проводилась с помощью шкалы Айзенка «Eysenk Personality Questionnaire (EPQ)». Состояние автономной нервной системы (АНС) оценивали по вегетативному индексу (ВИ) Kérdő I., который рассчитывали по формуле $ВИ = (1-d/p) \cdot 100$, где d-величина диастолического АД, p – величина пульса. Преобладанием симпатического отдела АНС считали при положительном и нулевом значениях индекса. Преобладанием парасимпатического отдела – при отрицательном значении. Мы провели сравнительный анализ изучаемых предметов исследования между женщинами ИАГ с преобладанием симпатической и парасимпатической АНС, изучали связь между уровнем психического статуса и депрессии с активностью АНС (с

ИК). Для статистического анализа применяли Spearman rank correlation coefficient, Mann — Whitney U- test и критерий X².

Результаты:

Изучение АНС показало, что в тестовой группе женщин с ИАГ зарегистрировано преобладание влияния симпатического отдела АНС. 62 женщины (90%) тестовой группы имели ВИ равный 0 и выше, в контрольной - у 20 человек (57%), $p=0,000$. При этом преобладание симпатикотонии в основной группе не сопровождалось усугублением уровней тревожности, ригидности, агрессивности и депрессии. Проведенный в основной группе корреляционный анализ не выявил связи между ВИ психическим статусом и уровнем депрессии. Но частота этих проявлений достоверно не отличалась от данных женщин с нормальным уровнем АД.

Заключение:

При ИАГ жалобы на проблемы со здоровьем, такие как слабость, когнитивные расстройства в виде неустойчивости настроения, плохой работоспособности, сниженной памяти и внимания, а так проявления депрессии могут быть существенными аргументами врача при выборе методов медицинской помощи для его пациентов. Необходимо отметить, что сегодня большинство врачей считает ИАГ не инвалидирующим заболеванием и не уделяют ей должного внимания, особенно ментальной сфере. Эмоционально личностные нарушения - повышенная ранимость, гипертрофированное чувство долга, завышенная самооценка приводит к внутриличностным конфликтам и социальным проблемам, развитию психических расстройств. Таким образом, наше исследование показало, что ИАГ у молодых женщин не характеризуется увеличением частоты и уровня тревожности, фрустрации, агрессивности, ригидности и депрессии. У молодых женщин с ИАГ зарегистрировано преобладание симпатической активности ИАГ, а состояние АНС не влияет на их психическое состояние и уровень депрессии.

РАЗЛИЧНЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ПОВЫШЕННОЙ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ ПРИ ЭПИЗОДИЧЕСКОЙ МИГРЕНИ

Красников А. В., Шведков В. В.,
ШАБАЛИНА А. А., КОСТЫРЕВА М. В.
ФГБНУ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР НЕВРОЛОГИИ

Введение (цели/ задачи):

Мигрень является признанным фактором риска ишемического инсульта, инфаркта миокарда, смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), а также повышает вероятность проведения реконструктивных операций на коронарных артериях. Среди факторов, которые признаются, как возможные причины данной коморбидности, большую роль могут играть нарушения в системе гемостаза и в частности повышение агрегации тромбоцитов. Помимо этого имеются данные о влиянии повышенной агрегации тромбоцитов на патогенез приступа мигрени.

Материал и методы:

В исследование было включено 36 пациентов (30 женщин и 6 мужчин) с эпизодической мигренью у которых прежде были выявлены повышенные показатели агрегации тромбоцитов. Средний возраст составил 40 ± 11 лет. Диагноз мигрени устанавливался на основании международной классификации головной боли (International Classification of Headache Disorders, 2013). Головная боль была представлена мигренью без ауры (72%) и мигренью с аурой (28%). Референсные значения

АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов (АТ-АДФ) составляли 40-46%, адреналин-индуцированной агрегации тромбоцитов (АТ-Адр) 37-43%. Для коррекции повышенных показателей агрегации тромбоцитов пациенты принимали аспирин в дозировке 75-100 мг (92% случаев), а при наличии противопоказаний к аспирину назначался клопидогрел по 75 мг в сутки. Повторная оценка агрегации тромбоцитов в среднем проводилась через 4 месяца с момента начала терапии.

Результаты:

До начала терапии антиагрегантами показатели АТ-Адр составляли 66 [54;70], а АТ-АДФ 59 [55;64]. При оценке значений агрегации тромбоцитов в динамике на фоне проводимой терапии в 97% случаев отмечалось снижение показателей и лишь в 1 случае (3%) определялась обратная реакция в виде незначительного роста агрегации. На фоне приема антиагрегантов показатели АТ-Адр составили 36 [26;46], а АТ-АДФ 39 [31;48]. Однако стоит отметить, что не всегда удавалось достичь целевых значений по исследуемым параметрам (нормализация показателей или снижение значений агрегации тромбоцитов). Так адекватная коррекция по АТ-Адр отмечалась в 67% случаев, а по АТ-АДФ в 75% случаев. При этом в случаях, когда на фоне терапии не удалось достичь полной коррекции агрегации тромбоцитов, превышение значений носило невыраженный характер: АТ-Адр 48 [46;50], АТ-АДФ 50 [49;53]. Дальнейший анализ позволил выявить ряд факторов оказывающих влияние на эффективность терапии антиагрегантами. Так при оценке влияния гендерного фактора было отмечено, что у женщин проводимое лечение было более эффективно. Адекватная коррекция показателей по АТ-Адр отмечалась у 70% женщин и 50% мужчин, а по АТ-АДФ у 77% женщин и 67% мужчин. Отличались и медианные показатели агрегации тромбоцитов на фоне лечения в зависимости от гендерного фактора. Так у мужчин значения АТ-Адр были 41 [29;53], АТ-АДФ 43 [40;48], а у женщин АТ-Адр 36 [25;45], АТ-АДФ 37 [30;45]. Также влияние на динамику исследованных показателей оказывала и форма мигрени. Адекватная коррекция агрегации тромбоцитов при мигрени без ауры (МбА) отмечалась по АТ-Адр в 73% случаев, а при мигрени с аурой (МсА) в 50% случаев. В свою очередь по АТ-АДФ коррекция достигалась при МбА и МсА в 83% и 50% случаев, соответственно. Также отличались и медианные показатели агрегации тромбоцитов на фоне лечения в зависимости от формы мигрени. Так при МбА значения АТ-Адр составляли 35 [25;45], АТ-АДФ 36 [30;42], а при МсА АТ-Адр 42 [30;47], АТ-АДФ 46 [41;54]. Анализ динамики приступов мигрени показал, что при добавлении к базовой профилактической терапии антиагрегантов положительная динамика в виде урежения и/или уменьшения интенсивности приступов (по ВАШ) отмечалась в 69% случаев.

Заключение:

Результаты настоящего исследования показали эффективность терапии повышенной агрегации тромбоцитов у большинства пациентов с мигренью. Причем коррекция показателей достигалась за сравнительно короткий период времени. Также обращает на себя внимание позитивное влияние назначенной терапии и на течение мигрени. Были выявлены факторы негативно влияющие на эффективность антиагрегантной терапии, к которым можно отнести мигрень с аурой и мужской пол. В рамках дальнейшего изучения коморбидности ССЗ и возможностей оптимизации терапии, представляется оправданным продолжить дальнейшее исследование роли показателей агрегации тромбоцитов при мигрени.

РОЛЬ КЛИНИКО-АНГИОГРАФИЧЕСКИХ ШКАЛ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА В ОЦЕНКЕ ПРОГНОЗА БОЛЬНЫХ, ПОДВЕРГАЕМЫХ ПЛАНОВЫМ ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТРЕХЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ)

Новикова Е. С.¹, Комаров А. Л.¹, Гуськова Е. В.²,
Шахматова О. О.¹, Деев А. Д.³, Добровольский А. Б.¹,
Самко А. Н.¹, Панченко Е. П.¹

¹ФГБУ РКНПК МЗ РФ, ²ФГБУ НМХЦ
им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, ³ФГБУ ГНИЦ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

В рамках одноцентрового проспективного регистра изучить взаимосвязь клинических, ангиографических и коагуляционных показателей с развитием сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у больных, подвергаемых плановым процедурам чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ).

Материал и методы:

Включено 188 человек (76,1% мужчины, средний возраст $61,4 \pm 10,7$ лет), подвергнутых успешному ЧКВ со стентированием. Артериальная гипертензия диагностирована у 91,4% пациентов, 42,6% больных страдали ожирением. Сахарный диабет выявлен у 21,3% больных, 23,4% пациентов курили на момент включения в исследование, 68,6% имели нецелевые значения уровня липидов крови. В 88,9% случаев показанием к ЧКВ была стабильная стенокардия напряжения II-III ФК, в 11,1% случаев – безболевого ишемия миокарда; 61,7% больных перенесли в прошлом инфаркт миокарда, у 18,1% было ≥ 2 эпизода острого коронарного эпизода (ОКЕ) в анамнезе. Имплантация двух и более стентов была выполнена у 41,5% больных (в среднем $1,6 \pm 0,9$ стента на одного больного). В большинстве случаев использовались стенты с лекарственным покрытием – Everolimus (57,5%) и Zotarolimus (40,2%). Больные получали стандартную медикаментозную терапию согласно действовавшим в период исследования рекомендациям Европейского кардиологического общества: аспирин 75-100 мг в сутки, клопидогрел в течение 12 месяцев после ЧКВ, статин, а при наличии дополнительных показаний – бета-блокатор, ингибитор ангиотензин-превращающего фермента или антагонист к рецептору ангиотензина. Конечная точка определялась как сумма ССО, включавших сердечно-сосудистую смерть, ОКЕ с подъемом и без подъема сегмента ST, ишемический инсульт, транзиторную ишемическую атаку, тромбоз периферических артерий. Для стратификации риска использовались шкалы Syntax, Clinical Syntax (CSS) и Syntax II (SS II), учитывающие ангиографические, клинические показатели, либо их совокупность, и маркер активации свертывания крови – Д-димер, уровень которого определялся накануне ЧКВ. Для моделирования выживаемости и определения прогностически значимых показателей использовалась регрессионная модель пропорционального риска (Кокса).

Результаты:

Частота ССО за период наблюдения $3,2 \pm 0,9$ года составила 15,4% (4,8/100 человек/лет). Повышение балльной оценки по каждой из трех шкал ассоциировалось с увеличением частоты ССО. Для шкалы Syntax (отрезное значение ≥ 8 баллов) относительный риск ССО составил 6,6 (95% ДИ 0,89-48,7; $p=0,06$). Для шкалы CSS (отрезное значение $\geq 6,6$ балла) относительный риск ССО составил 4,2 (95% ДИ 0,9-17,9; $p=0,05$). SS II обладала наилучшей прогностической ценностью. Суммарная частота ССО у лиц с высоким индексом SS II (отрезное значение

≥ 31 балла) была в 3,9 раза выше в сравнении с остальными пациентами: 24% против 9,7% (95% ДИ 1,7-9,1; $p=0,001$). Частота ССО была выше в верхнем квинтиле распределения Д-димера (значения $>783,5$ нг/мл) в сравнении с четырьмя нижними: 20% против 12%, $p=0,02$. Использование модели Кокса нивелировало прогностическую значимость Д-Димера, ОР = 2,2 (95% ДИ 0,76-6,58; $p=0,1$). Наибольшая частота ССО зарегистрирована в подгруппе пациентов, характеризующихся одновременно высокими значениями SS II (>31 балла) и Д-димера ($>783,5$ нг/мл). У таких пациентов частота ССО составила 27,3% в сравнении с 10,6% в группе больных, в которой оба показателя были ниже отрезной границы, ОР = 5,9 (95% ДИ 1,7-19,7; $p=0,004$).

Заключение:

1. У больных ИБС, подвергнутых плановым процедурам ЧКВ, частота ССО в течение $3,2 \pm 0,9$ лет наблюдения составила 15,4% (4,8/100 человек/лет). 2. Среди изученных шкал (Syntax, Clinical Syntax, Syntax II) наилучшую предсказательную ценность в отношении ССО имела шкала SS II. Наличие высокого балла по шкале SS II (отрезное значение ≥ 31 балла) увеличивало риск развития ССО в 3,9 раза (95% ДИ 1,7-9,1; $p=0,001$). 3. Высокий уровень ДД ($>783,5$ нг/мл) ассоциировался с увеличением частоты развития ССО: 20% против 12%, $p=0,02$. Д-димер не оказывал самостоятельного влияния на прогноз в модели Кокса, предусматривавшей поправку на пол, возраст и клинические факторы риска. 4. Дополнительный учет уровня Д-димера позволил улучшить предсказательную ценность SS II. Наличие высоких значений SS II (>31 балла) и Д-димера ($>783,5$ нг/мл) ассоциировалось с увеличением риска ССО в 5,9 раз (95% ДИ 1,7-19,7; $p=0,004$).

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСНОВНЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ ШОРЦЕВ ЗА ПЕРИОД 1998-2015 ГГ

Цыганкова Д. П.^{1,2}, Мулерова Т. А.¹, Огарков М. Ю.^{1,3},
Казачек Я. В.¹, Барбараш О. Л.^{1,2}

¹ФГБНУ НИИ КПССЗ, ²ФГБОУ ВО
КемГМУ Минздрава России, ³НГИУВ

Введение (цели/ задачи):

Метаболический синдром (МС) является одним из наиболее важных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), включающим в себя абдоминальное ожирение, нарушение углеводного обмена, артериальную гипертензию (АГ) и дислипидемию. Особое внимание, в связи с меняющимися условиями проживания нужно уделять коренным этническим группам. При отказе от многовекового уклада жизни (изменении привычного питания, двигательной активности) возможно увеличение распространенности основных компонентов МС и как следствие, уменьшение численности малых народностей. Целью данной работы являлась оценка динамики средних показателей основных компонентов МС (абдоминального ожирения – определялось на основании индекса талия/бедро (индекс ОТ/ОБ), уровней липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицеридов (ТГ), глюкозы натощак, систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД)) в период

последних десятилетий у коренных жителей Горной Шории, в связи с изменившимися условиями проживания.

Материал и методы:

Исследование проводилось в экспедиционных условиях сплошным методом в два этапа. Первый этап – в период 1998 – 2002гг., второй – 2012-2015гг. Было осмотрено 631 и 434 коренных жителя, соответственно. Все респонденты были разделены по возрастным группам. Измерение артериального давления проводилось, согласно рекомендациям ВОЗ/МОГ (1999г) и ВОЗ/РМОАГ (2010г.). Индекс ОТ/ОБ определялся по формуле: $(ОТ(см))/(ОБ(см))$. Кровь для изучения биохимических показателей (глюкоза, ХС ЛПВП, ТГ) забиралась после 12-часового голодания.

Результаты:

Сопоставление данных, полученных в исследованиях 1998-2002гг. и 2012-2015гг., позволяет сделать вывод об увеличении средних значений индекса ОТ/ОБ. Среди женщин данная величина достоверно увеличилась во всех возрастных когортах ($p=0,0001$). Среди мужчин прослеживалась та же закономерность: в возрасте 18-39 лет ($p=0,0001$), 40-49 лет ($p=0,0004$), 70 лет и старше ($p=0,0001$). Статистически значимого изменения уровня ТГ среди женщин не было получено ни в одной возрастной группе. Среди мужчин произошло уменьшение уровня ТГ на 0,42 ммоль/л в возрасте 70 лет и старше ($p=0,03$). В младших и средних возрастных группах лиц женского пола наблюдалось значительное снижение концентрации ХС ЛПВП. В возрасте 18-29 лет произошло наибольшее снижение концентрации ХС ЛПВП – на 0,35 ммоль/л ($p=0,02$). В старшей возрастной группе было выявлено увеличение на 0,43 ммоль/л ($p=0,0002$). Уровень анализируемого показателя также уменьшился у мужчин в возрасте 18-29 лет на 0,24 ммоль/л ($p=0,001$) и 30-39 лет на 0,34 ммоль/л ($p=0,0001$). В старшей возрастной группе (60-69 лет) содержание данного показателя увеличилось на 0,24 ммоль/л ($p=0,04$). Средний уровень САД у шорок уменьшился во всех возрастных группах, кроме когорты 60-69 и 70 лет и старше. Значительное уменьшение наблюдалось в возрасте 30-39 лет – на 15,7 мм рт.ст. ($p=0,0001$). У мужчин не наблюдалось статистически значимых изменений среднего уровня САД ни в одной из возрастных групп. Средний уровень ДАД у женщин также уменьшился практически во всех возрастных группах, наиболее значимо – в 18-29 лет – на 12,2 мм рт.ст. ($p=0,0001$). Среди лиц мужского пола младшей и старшей возрастных групп были выявлены уменьшения средних показателей ДАД (на 7,3 мм рт.ст. и на 6,7 мм рт.ст., соответственно, $p=0,007$ и $p=0,043$). Наибольшее увеличение гликемии натощак было выявлено в возрасте 18-29 лет – на 1,21 ммоль/л ($p=0,0001$), наименьшее – в 60-69 лет – на 0,64 ммоль/л ($p=0,002$). У мужчин, также как и у женщин, наблюдалось статистически значимое увеличение изучаемых показателей во всех возрастных группах: наибольшее – в 60-69 лет (на 1,69 ммоль/л, $p=0,0001$), наименьшее – в возрасте 50-59 лет – на 0,92 ммоль/л ($p=0,001$).

Заключение:

Среди коренного населения Горной Шории за последние 15-20 лет произошли изменения в распространенности основных компонентов МС: увеличились средние значения индекса ОТ/ОБ, гликемии натощак, независимо от пола; средние значения САД и ДАД изменились только у шорок. ХС ЛПВП уменьшился в младших возрастных группах и увеличился в старших, независимо от пола. Только среди мужчин 70 лет и старше наблюдалось уменьшение средних показателей ТГ.

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ ПАТОЛОГИЯ И КОГНИТИВНАЯ ДЕВИАЦИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ВАСИЛЬЕВА И. Н., ОСАДЧУК М. А.

ФГАОУ ВО ПЕРВЫЙ МГМУ

им. И.М. Сеченова Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Проблема нервно-психических и когнитивных нарушений (КН) при различных соматических заболеваниях является одной из основных проблем современности, приобретая с каждым днем актуальное социальное звучание во всем мире. Многочисленные эпидемиологические исследования свидетельствуют, что при сахарном диабете (СД) отмечается весь спектр когнитивных нарушений в связи с прямым влиянием гипергликемии на перфузию головного мозга. Кроме того, известно, что СД – наиболее важный фактор риска развития ишемических инсультов и тесно ассоциирован с повышением не только частоты заболеваемости, но и смертности. С учетом вышеизложенного, целью настоящего исследования явилось изучение спектра цереброваскулярной патологии, а также особенностей нервно-психического статуса и возможных нарушений когнитивной функции у больных, страдающих сахарным диабетом.

Материал и методы:

В амбулаторно-поликлинических условиях было обследовано 43 пациента с диагнозом сахарный диабет (СД): 15 мужчин (34,9%) и 28 женщин (65,1%). Из них СД 1 типа установлен у 5 (11,6%) пациентов, а СД 2 типа – у 38 (88,4%) пациентов. Возраст обследованных в анализируемой выборке находился в пределах от 18 до 86 лет и в среднем составил $61,15 \pm 2,23$ год. Длительность СД в среднем составляла $9,18 \pm 1,03$ лет. В группу контроля вошли 35 здоровых человек. Пациентам обеих групп помимо общего клинического осмотра, данных биохимического анализа крови и липидного спектра проводили оценку на наличие нервно-психических расстройств по Шкале HADS с определением уровня тревоги и депрессии, а также комплексное нейропсихологическое тестирование по Монреальской шкале оценки когнитивных функций (MoCA). Кроме того, больных СД анкетировали с помощью визуально-аналоговой шкалы состояния здоровья (ВАШ), представляющую собой индивидуальную количественную оценку качества жизни, связанного со здоровьем. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета программы Statistica 10.0.

Результаты:

Анализ полученных результатов показал высокую распространенность цереброваскулярной патологии у больных СД: в 34,9% случаев встречалась дисциркуляторная энцефалопатия, 20,9% – острое нарушение мозгового кровообращения и 18,6% – транзиторно-ишемические атаки в анамнезе. Кроме того, у 26 исследуемых (60,5% случаев) была выявлена артериальная гипертензия, у 6 пациентов (13,9% больных) – ишемическая болезнь сердца. Сравнительный анализ полученных результатов показал высокую распространенность нервно-психических расстройств и нарушений КФ в различной степени выраженности у пациентов, страдающих СД ($p<0,05$). Средняя оценка пациентов основной группы по шкале MoCA составила $21,09 \pm 2,62$ из 30 баллов, в то время как у лиц контрольной группы – $28,0 \pm 2,48$ баллов. У 7 пациентов (16,3%) основной группы нарушения носили легкий характер, у 72,1% пациентов имели умеренную степень снижения, у 4,7% больных выявлены признаки тяжелой деменции, а в

6,90% случаев отсутствовали каких-либо нарушения в когнитивной сфере. С увеличением значений уровня глюкозы увеличивалась степень когнитивных нарушений с $23,6 \pm 2,36$ до $19,67 \pm 3,05$ ($p < 0,05$). Аналогичные результаты были получены при анализе гликозилированного гемоглобина, средние значения которого достигали $7,78 \pm 0,21$ при уровне гемоглобина $141,33 \pm 2,18$ гл. В тоже время с повышением значений гликемии и длительности СД отмечалось повышение уровня тревожности с $10,54 \pm 2,54$ до $12,45 \pm 2,11$ баллов и депрессии с $9,52 \pm 1,94$ до $13,05 \pm 2,61$ баллов, однако критериев статистической значимости они не достигали. При оценке исходного уровня состояния здоровья с помощью визуально-аналоговой шкалы состояния здоровья, был отмечен средний уровень самооценки, который составил $5,02 \pm 0,26$ баллов. Результаты сравнительного анализа гендерных различий показал, что изменения КФ чаще отмечались у женщин ($20,15 \pm 2,07$; $p < 0,05$), чем у мужчин ($23,64 \pm 0,92$, $p < 0,05$), а уровень субклинической депрессии чаще регистрировался у мужчин, нежели у женщин ($p = 0,09$). Кроме того, установлены корреляционные зависимости между показателями МоСА теста и уровнем глюкозы ($r = 0,65$; $p < 0,05$), уровнем гликозилированного гемоглобина ($r = 0,62$; $p < 0,05$) и ХС ЛПВП ($r = -0,72$; $p < 0,05$).

Заключение:

У пациентов, страдающих СД, наблюдается высокая распространенность нарушений когнитивной сферы и нарушений нервно-психического статуса. Степень этих нарушений прогрессивно увеличивается с повышением уровня глюкозы, гликозилированного гемоглобина, длительности заболевания. Частота выявления цереброваскулярной патологии определяет необходимость использования различных лекарственных средств с учетом понимания различных патогенетических подходов к достижению нейропротекторного эффекта.

НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ВЕЛИЧИНОЙ ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРА И ЧАСТОТой РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА

Курпита А. Ю.

СамГМУ Минздрава РФ, Самара, Россия

Введение (цели/ задачи):

Выявить взаимосвязь между величиной эпикардиального жира (ЭЖ) и частотой развития нарушения ритма и проводимости сердца.

Материал и методы:

Обследованы 240 пациентов, находившихся на лечении в ДКБ на ст. Самара, в кардиологическом отделении, в возрасте от 38 до 69 лет. Величину ЭЖ оценивали эхокардиографическим методом. В зависимости от величины ЭЖ все пациенты были разделены на группы: первую группу составили пациенты с уровнем ЭЖ до 0.5 см (102 человека, средний возраст 59 лет), вторую – лица с уровнем ЭЖ до 0.9 см (101 человек, средний возраст 57 лет), третью группу составили пациенты с уровнем ЭЖ более 0.9 см (37 человек, средний возраст 61 год).

Результаты:

Среди пациентов первой группы фибрилляция предсердий (ФП) наблюдалась у 7.1% пациентов; общий процент блока-

ды левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ), блокады правой ножки пучка Гиса (БПНПГ) наблюдался у 22.8% пациентов; общий процент желудочковых экстрасистол (ЖЭ) у 30.9% пациентов; общий процент наджелудочковых экстрасистол (НЭ) – у 59.8% пациентов. Среди пациентов второй группы ФП отмечалась у 8.7% пациентов; общий процент БЛНПГ, БПНПГ – у 32.3% пациентов; общий процент ЖЭ и НЭ – у 57.8% и 72.5% пациентов соответственно. Среди пациентов третьей группы ФП регистрировалась у 20.9% пациентов; общий процент БЛНПГ, БПНПГ – у 62.5% пациентов; общий процент ЖЭ и НЭ – у 69.8% и 92.4% пациентов соответственно.

Заключение:

Среди обследованных групп пациентов отмечается статистически значимая корреляция между уровнем ЭЖ и частотой выявления нарушений проводимости по правой и левой ножке пучка Гиса. ФП, а также ЖЭ и НЭ встречались достоверно чаще среди пациентов третьей группы.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ ИЛИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА «РОКСИМ-УЗ»)

Нагаева Г. А.¹, Мамутов Р. Ш.²

¹АО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ» МЗ, ²АО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ» МЗ РУз

Введение (цели/ задачи):

Оценка встречаемости фибрилляции предсердий (ФП) пароксизмальной формы при остром коронарном синдроме и/или инфаркте миокарда (ОКС/ОИМ) по данным обращаемости в скорую медицинскую помощь (СМП) в одном из районов г.Ташкента (данные регистра РОКСИМ-Уз).

Материал и методы:

На базе клиники АО «РСЦК» проводится регистр по ОКС/ОИМ. За 2015 год по данным СМП экспериментального района г.Ташкента было проанализировано свыше 32000 сигнальных листов. Из них было отобрано 621 случай с подозрением на ОКС/ОИМ. Исследование проводилось в рамках НИР сотрудниками отдела Профилактики ССЗ АО «РСЦК».

Результаты:

Из 621 случая с подозрением на ОКС/ОИМ - 90 (14,5%) обратившихся в СМП характеризовались наличием нарушений ритма сердца (НРС) различной степени выраженности. Более детальный анализ установил, что из 90 больных с НРС – в 32 (35,6% или 5,2% от общего числа больных с ОКС/ОИМ) случаях фиксировалась ФП пароксизмальной формы. Показатели гемодинамики в среднем составили: систолическое АД=132,93±23,96 (от 90 до 165) мм.рт.ст.; диастолическое АД=78,96±13,72 (от 60 до 100) мм.рт.ст. При этом значения частоты сердечных сокращений (ЧСС) свидетельствовали о преобладании тахикардии: ср.ЧССмакс.=131,57±34,35 уд/мин и ср.ЧССмин.=98,64±29,45 уд/мин. При сопоставлении с ЭКГ-данными и, в частности, с явлениями ST-смещений, из 621 случая с подозрением на ОКС/ОИМ у 64 (10,3%) больных регистрировалась ST-элевация и у 116 (18,7%) – ST-депрессия. Непосредственный анализ ЭКГ-заключений больных с пароксизмами ФП установил, что в 10 (31,3% или 8,6% - от общего числа больных с ST-депрессией) случаях ФП сопровождалась ST-депрессией и лишь в 1 (3,1%) – ST-элевацией; у остальных 21 (65,6%) больных смещений ST-сегмента выявлено не было. Из анамнеза было установлено,

что лишь 4 (12,5%) респондентов ранее страдали пароксизмами ФП, а остальные 28 (87,5% или 4,5% от общего числа больных с ОКС/ОИМ) человек наличие ФП в анамнезе отрицали.

Заключение:

В ходе исследования было установлено, что ОКС/ОИМ в 35,6% случаев сопровождаются различными нарушениями ритма сердца и в 5,2% случаев - фибрилляцией предсердий пароксизмальной формы с преобладанием тахикардии. Смещение ST-сегмента у больных с подозрением на ОКС/ОИМ и осложненными пароксизмами фибрилляции предсердий в основном представлено ST-депрессиями (8,6%). Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий в 4,5% случаев является первичной манифестацией ОКС/ОИМ.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ СИГНАЛ-УСРЕДНЕННОЙ Р-ВОЛНЫ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Соколов С. Ф., Малкина Т.А., Габрусенко С.А.

ФГБУ «РКНПК» Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Выявить предикторы развития фибрилляции предсердий (ФП) у больных гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП).

Материал и методы:

В исследовании участвовали 182 пациента с ГКМП. Исходно на безмедикаментозном фоне проводилось стандартное общеклиническое обследование, комплексное ЭхоКГ и суточное мониторирование ЭКГ (СМ-ЭКГ). Затем пациентам проводился индивидуальный подбор медикаментозной терапии и динамическое наблюдение. Ретроспективно были сформированы 3 группы: 1-я группа - 127 пациентов с синусовым ритмом (СР), без ФП, 2-я - 28 пациентов с ФП, появившейся в период наблюдения в исследовании, 3-я - 27 больных, имевших анамнез ФП. Пациенты с СР были моложе пациентов с ФП (в среднем 38,7 лет в 1-й группе против 48,7 и 48,2 лет во 2-й и 3-й группах соответственно, $P < 0,001$). Длительность наблюдения составила в 1-й, 2-й и 3-й группах 79 (22+/-214), 105 (23+/- 221) и 87 (15+/-75) месяцев соответственно. По данным ЭхоКГ пациенты с ФП имели достоверно больший размер левого предсердия (ЛП), $P < 0,001$, толщину межжелудочковой перегородки (ТМЖП), $P < 0,046$, градиент в выходном тракте левого желудочка (ВТЛЖ), $P < 0,004$, митральной регургитации ($P < 0,02$) и нарушению диастолической функции ($P < 0,02$). Измерение длительности сигнал-усредненной фильтрованной (40 Гц) Р-волны (ДСУ Р-волны) проводили по данным СМ-ЭКГ, регистрируемого в высоком разрешении.

Результаты:

За время наблюдения общая смертность пациентов ГКМП в 1-й группе составила 2,4%, и была достоверно выше во 2-й - 22,2% и в третьей - 32,1%. ($\chi^2 = 27,76$; $P < 0,0001$). У пациентов в группах с ФП при ХМ-ЭКГ регистрируется достоверно большее количество НЖЭС. У пациентов ГКМП 1-й группы ДСУ Р-волны составила в среднем 145,7 мсек, во 2-й - 170,6 мс, в 3-й - 190,2 мсек, что свидетельствует о достоверном удлинении этого показателя у пациентов с ФП ($P < 0,001$). При ROC-анализе уровень отсечения ДСУ Р-волны составил 153 мсек (чувствительность - 90,5%, специфичность 81,4%). При ретроспективной оценке, по результатам коковского регрессионного анализа независимыми предикторами развития ФП являются ДСУ Р-волны > 153 мсек, градиент давления ВТЛЖ > 21 мм.рт.ст и количество НЖЭС > 12 за сутки.

Заключение:

Развитие ФП оказывает существенное отрицательное влияние на прогноз больных ГКМП и может быть предсказано на основании ДСУ Р-волны, уровня наджелудочковой эктопической активности и наличия начальных проявлений обструкции ВТЛЖ.

ОСОБЕННОСТИ АРИТМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У МУЖЧИН ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Паторская О. А.

УО «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ

МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Материал и методы:

Проведено комплексное исследование 135 мужчин в возрасте 18-27 лет (средний возраст 20,5 года, 95% ДИ 20,5:21,3 лет) на базе УЗ «9 ГКБ» г. Минска. Инструментальные исследования включали ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, эхокардиографию (ЭхоКГ), ультразвуковую оценку функции эндотелия. Статистический анализ выполнен в программе анализа данных AtteStat (13.1).

Результаты:

Основную группу составили 117 мужчин с признаками дисплазии соединительной ткани (ДСТ), контрольная группа (18 человек) представлена практически здоровыми мужчинами без внутрисердечной патологии и аномалий других внутренних органов. Обе группы были сопоставимы по возрасту (21 год (95% ДИ 20-22 лет) и 19,5 лет (95% ДИ 18-22 лет), $p < 0,05$). К наиболее распространенным у пациентов основной группы исследованных относили малые аномалии сердца: пролапс митрального клапана - 57,4%, аномально расположенные хорды левого желудочка - 76,5%. Чаще встречали одиночные аномалии и сочетание из двух малых аномалий сердца (по 44,4%), реже - сочетание трех (7,8%) или четырех (3,4%) аномалий. Эхокардиографические морфометрические и гемодинамические показатели укладывались в нормальные диапазоны. Результаты сопоставления показали увеличение ширины аорты на уровне аортального клапана ($p < 0,05$), уменьшение ширины нисходящей части аорты ($p < 0,01$), конечного диастолического объема левого желудочка ($p < 0,05$), диаметра левого предсердия ($p < 0,05$) и снижение ударного объема ($p < 0,01$) у лиц с ДСТ по сравнению с контрольной группой. Нарушение функции эндотелия выявили в 96,2% случаев в группе пациентов с ДСТ, что превышало показатели контрольной группы (26,7%, $p < 0,05$). У пациентов с ДСТ изменение диаметра плечевой артерии (ПА) (Ме 4,8%, Q25:75 2,33-6,74) отличалось от показателей пациентов контрольной группы (10,3±0,59%, 95% ДИ 9,02-11,57, $p < 0,001$) при проведении пробы с реактивной гиперемией (РГ). При стандартном ЭКГ у пациентов с ДСТ синусовый ритм определили в 97,4% случаев, что не отличалось от пациентов контрольной группы. У 29,9% пациентов с ДСТ выявлены нарушения ритма: часто синусовая брадикардия (19,3%), синусовая тахикардия (7,9%), реже наджелудочковая (1,8%) и желудочковая (0,9%) экстрасистолия. Нарушения проводимости выявлены у 53,6% пациентов: часто встречались синдром ранней реполяризации желудочков (31,6%), неполная и полная блокада правой ножки пучка Гиса (14,9%), реже АВ-блокада I степени (0,9%), синдром CLC (2,6%), замедление внутрисердечного проведения (1,8%). Частота встречаемости синдрома ранней реполяризации желудочков у пациентов с ДСТ превышало таковую у пациентов контрольной группы ($p < 0,05$). У 79,5% па-

циентов с синдромом ранней реполяризации желудочков при ЭхоКГ исследовании определили аномально расположенные хорды левого желудочка. При проведении суточного мониторирования ЭКГ у пациентов с ДСТ наблюдали увеличение среднесуточной частоты сердечных сокращений (76 уд/мин, 95% ДИ 75-79 уд/мин) по сравнению с контрольной группой (71 уд/мин, 95% ДИ 67-76 уд/мин, $p < 0,05$) и меньшее число эпизодов синусовой брадикардии (5, 95% ДИ 3-15) по сравнению с контрольной группой (130, 95% ДИ 27-182, $p < 0,01$). Циркадный индекс у пациентов с ДСТ и контрольной группы находился в пределах нормальных значений, однако у пациентов с ДСТ выявили тенденцию к его уменьшению (1,3, 95% ДИ 1,28-1,36) по сравнению с контрольной группой (1,42, 95% ДИ 1,35-1,45, $p = 0,08$). Нарушения ритма выявлены у 89,9% пациентов с ДСТ, часто встречали наджелудочковую экстрасистолию (79,7%), реже – желудочковую (39,1%, $p < 0,01$). У 18,8% лиц с ДСТ диагностированы паузы продолжительностью более 1800 мсек, которые чаще были обусловлены СА-блокадой 2 степени (53,8%, $p < 0,05$), АВ-блокадой 2 степени типа Мобитц 1 и 2 (30,8%), эпизодами выраженной синусовой брадикардии (15,4%).

Заключение:

Для пациентов с ДСТ характерны эхокардиографические особенности, обусловленные нарушением строения внеклеточного матрикса соединительной ткани; нарушение эндотелий-зависимой вазодилатации; синдром ранней реполяризации желудочков на ЭКГ при наличии аномально расположенных хорд левого желудочка; частое выявление нарушений ритма и проводимости сердца (наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия, паузы) при суточном мониторировании ЭКГ.

ПОЗДНИЕ ПОТЕНЦИАЛЫ ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА ВЫСОКИХ ГРАДАЦИЙ

Евлампијева Л. Г., Кузнецов В. А., Ярославская Е. И., Горбатенко Е. А.

ТКНЦ филиал Томского НИМЦ

Введение (цели/ задачи):

Желудочковые нарушения ритма, маркерами которых могут быть поздние потенциалы желудочков (ППЖ), возникают при самых различных заболеваниях, при этом течение основной патологии и является наиболее частой причиной внезапной смерти. Цель исследования: Выявить факторы влияющие на показатели сигнал-усредненной электрокардиографии (СУ-ЭКГ) у больных с желудочковыми нарушениями ритма высоких градаций (ЖНПВГ).

Материал и методы:

Обследовано 200 человек, из них 9 человек с ЖНПВГ, артериальной гипертонией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС) (средний возраст $52,11 \pm 2,39$ года) и 191 человек – группа сравнения пациенты с АГ, ИБС и сочетание этих заболеваний без ЖНПВГ (средний возраст $51,86 \pm 1,34$ года). СУ-ЭКГ регистрировали по стандартной методике М. Simson. Усреднение сигнала ЭКГ проводили по 300 комплексам, с применением системы трех ортогональных отведений. Усиление, усреднение и фильтрование сигналов производилось в диапазоне частот 40-250 Гц. На основании автоматического алгоритма вычислялись количественные значения трех показателей, при которых критериями ППЖ считались: длительность фильтрованного комплекса QRS (F QRS d) более 120 мс; длительность низкоамплитудного сигнала, не превышав-

шего 40 мкВ, в конце комплекса QRS (LAS40) более 38 мс; среднеквадратичная амплитуда последних 40 мс фильтрованного комплекса QRS (RMS40) менее 20 мкВ. Заключение о наличии ППЖ делалось, если имелись как минимум два из перечисленных критериев.

Результаты:

ППЖ зарегистрированы у 4 человек (44,4%) больных с ЖНПВГ, в группе сравнения – у 41 человека (21,5%) без ЖНПВГ. Проведенный сравнительный анализ параметров СУ-ЭКГ выявил значимое увеличение LAS40 ($p = 0,048$) и тенденцию к уменьшению RMS40 ($p = 0,075$) в группе ЖНПВГ в отличие от группы сравнения. Была выявлена прямая взаимосвязь между F QRS d и ростом пациентов ($r = 0,68$, $p = 0,042$), диастолическим размером правого желудочка (ПЖ) ($r = 0,83$, $p = 0,005$), наличием перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе ($r = 0,71$, $p = 0,033$), и обратная связь F QRS d с мужским полом ($r = -0,87$, $p = 0,003$). При проведении регрессионного анализа F QRS d был связан только с размером ПЖ (коэффициент $B = 7,76$; $p = 0,009$; R-квадрат = 64%. Обнаружена прямая зависимость между показателем LAS40 и перенесенным ИМ в анамнезе ($r = 0,71$, $p = 0,033$), а также обратная взаимосвязь между RMS40 и диастолическим размером ПЖ ($r = -0,70$, $p = 0,036$).

Заключение:

Увеличенный диаметр ПЖ был фактором риска электрической нестабильности миокарда. Выявленные корреляционные связи между размером ПЖ сердца, перенесенным ИМ и показателями СУ-ЭКГ свидетельствуют в пользу единства патологического процесса в миокарде и в проводящей системе сердца.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕИНВАЗИВНОГО КАРТИРОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ РОТОРНЫХ ОЧАГОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ: СРЕДНЕОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Сапельников О. В., Черкашин Д. И., Шлевков Н. Б., Жамбеев А. А., Салами Х. Ф., Стукалова О. В., Ширяев А. А., Акчуринов Р. С.
ФГБУ Российский кардиологический научно-производственный комплекс МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Опубликованные недавно результаты исследования CONFIRM, показали впечатляющую эффективность РЧА у пациентов с персистирующей формой ФП. Авторами использовались данные инвазивного картирования для выявления и абляции роторов. Описаны свойства и локализации роторных очагов, а также продемонстрированы эпизоды восстановления синусового ритма во время абляции. Однако, сложность метода и высокая стоимость процедуры требует дальнейшего подтверждения обоснованности дополнительного воздействия на роторы.

Материал и методы:

В нашем исследовании проанализированы интраоперационные и 6-месячные результаты 21 пациента с персистирующей и длительно персистирующей формой ФП. Всем больным проведено неинвазивное картирование роторов с использованием системы АмиКард (Россия), РЧА выполнялась при помощи навигационного оборудования Ensite Velocity (St. Jude Medical, USA) и опорошаемых абляционных электродов Blazer Open Irrigated (Boston Scientific, USA). Операция начиналась с абляции роторов путем линейных воздействий с замыканием линий на анатомических структурах ЛП, проходящих через центр очагов, и дополнялась изоляцией

легочных вен. Необходимо отметить, что во всех случаях, помимо других локализаций, роторы располагались в устьях легочных вен. Также мы рутинно использовали внутрисердечную ЭхоКГ (AcuNav, Siemens). Каждая процедура завершалась имплантацией кардиомонитора Reveal XT (Medtronic, USA).

Результаты:

По данным неинвазивного картирования у 21 пациента выявлено 49 роторных очагов (среднее количество на одного пациента составило -2.33 ± 1.09). 42 ротора левой локализации, из них 23 – в легочных венах и только 7 находились в правом предсердии. У двух пациентов мы наблюдали восстановление синусового путем трансформации ФП в атипичное трепетание предсердий, которое затем картировалось и устранялось, остальным пациентам восстановление синусового ритма проводилось путем электрической кардиоверсии. У нескольких больных после воздействия на роторы отмечено увеличения среднего цикла ФП, однако различия оказались статистически незначимые по сравнению со всей группой пациентов. По результатам 6-месячного наблюдения при опросе имплантированных кардиомониторов отмечено 3 рецидива ФП и 1 трепетание предсердий. Во всех остальных случаях регистрировался стабильный синусовый ритм.

Заключение:

Данные неинвазивного картирования локализации роторов соответствуют результатам интраоперационного исследования. Воздействие на роторные очаги может приводить к изменению электрической активности предсердий. Результаты воздействия на роторные очаги зависят от их свойств и стабильности, что требует дальнейшего изучения.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА ФИБРОЗА, ВЫЧИСЛЕННОГО ПРИ ПОМОЩИ ВОЛЬТАЖНОГО КАРТИРОВАНИЯ ВО ВРЕМЯ ПРОЦЕДУРЫ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ФП: ДОЛГОСРОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Сапельников О. В., Шувалова Ю. А., Черкашин Д. И., Крупнов А. В., Гришин И. Р., Партигулова А. С., Николаева О. А., Акчури Р. С.

ФГБУ Российский кардиологический научно-производственный комплекс МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Согласно результатам некоторых исследований – фиброз левого предсердия (ЛП) возможно успешно определять как с помощью магнитно-резонансной томографии, так и при вольтажном картировании во время процедуры радиочастотной абляции. Нами было проведено исследование позволяющее оценить степень выраженности фиброза, а также сравнить его с клиническими данными и результатами РЧА ФП.

Материал и методы:

Нами проанализированы 72 пациента, которым проведено вольтажное картирование левого предсердия во время процедуры радиочастотной абляции. Средний возраст больных составил 62.5 ± 8.8 года, а объем ЛП – 75.15 ± 22.4 мл. Картирование проводилось с использованием навигационной системы Ensite Velocity (St. Jude Medical, США). Геометрия ЛП и карта фиброза были построены при помощи 20-полюсного лассо-катетера (Biosense Webster, US). Процедура абляции выполнена с использованием открытых орошаемых катетеров Blazer (Boston Scientific, США). Во всех случаях абляция проходила под контролем внутрисердечной эхокардиографии с применением 10F AcuNav –катетеров (Siemens). Для

оценки тяжести фиброза, а также получения количественного показателя – индекса фиброза ЛП (ИФ ЛП) было разработано специальное программное обеспечение.

Результаты:

Средний период наблюдения составил 15.8 ± 4.2 месяца при общей эффективности процедуры 65,3%. Значение ИФ варьировало от 0.33 до 6.89. Определялись прямые статистически достоверные корреляции ИФ с длительностью ФП ($p=0.019$) и с объемом ЛП ($p=0.009$). Также мы выявили достоверную связь между частотой рецидива ФП и ИФ ($p=0.047$). Кроме того, обращало внимание, что высокое значение ИФ (> 5.1) в большинстве случаев соответствовало синдрому слабости синусового узла, что являлось показанием к имплантации ЭКС.

Заключение:

Интраоперационное вольтажное картирование может служить полезным и простым инструментом в оценке индекса фиброза ЛП. Существует сильная корреляция между ИФ и продолжительностью анамнеза ФП, а также объемом ЛП и рецидивом ФП. Данный метод может быть эффективным в оценке эффективности процедуры изоляции устья легочных вен в долгосрочном периоде наблюдения.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЧАСТОТУ ПРИСТУПОВ АРИТМИИ У ЖЕНЩИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С РЕЦИДИВАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Андриянов М. Т.

Южно-Уральский Государственный медицинский Университет

Введение (цели/ задачи):

Изучить психосоциальные факторы риска (ФР) развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у женщин трудоспособного возраста с рецидивами фибрилляции предсердий (ФП) и их влияние на частоту приступов аритмии.

Материал и методы:

В исследование было включено 97 женщин трудоспособного возраста с рецидивами ФП. Число рецидивов аритмии определялось, как сумма числа вызовов СМП к данному пациенту и/или числа обращений в поликлинику в течение года, во время которых также была зафиксирована ФП электрокардиографическим методом. В зависимости от частоты развития приступов аритмии в течение года и в соответствии с национальными рекомендациями по диагностике и лечению ФП все пациенты были разделены на 2 группы: – 1 группа- 43 пациента с частыми рецидивами ФП (чаще 1 раза в месяц) – 2 группа- 54 пациента с нечастыми рецидивами ФП (от 1 раза в месяц до 1 раза в год). Обе группы были сопоставимы по возрасту. Психосоциальные факторы риска ССЗ, такие как низкий социально-экономический статус, стресс на работе и в семье, социальная изоляция, депрессия, враждебность и тип личности «D» изучались с помощью опросника, рекомендованного Европейским обществом кардиологов и Европейской ассоциации кардиоваскулярной профилактики и реабилитации. Критерии исключения пациентов из исследования: предшествующее лечение аритмии методом радиочастотной абляции, восстановление синусового ритма методом электрической кардиоверсии, органические поражения сердца, наличие кардиомиопатии, острого инфаркта миокарда, симптоматической артериальной гипертензии, гипокалиемии, заболевания крови, онкологической патологии,



НОВОЕ РЕШЕНИЕ
ДЛЯ КОНТРОЛЯ АД

**РАННЕЕ
НАЧАЛО ДЕЙСТВИЯ
ЗНАЧИМЫЙ ЭФФЕКТ
УЖЕ НА 2-й НЕДЕЛЕ ТЕРАПИИ¹⁻⁴**

**ПРЕВОСХОДИТ
ДРУГИЕ САРТАНЫ*
В СНИЖЕНИИ АД¹⁻⁴**

**СТАБИЛЬНЫЙ
КОНТРОЛЬ АД
В ТЕЧЕНИЕ
24 ЧАСОВ¹⁻⁴**


эдарби®
азилсартана медоксомил
40 мг • 80 мг таблетки

УВЕРЕННОЕ ПРЕВОСХОДСТВО**

*Валсартан, олесартан.

**Статистически значимое превосходство в снижении клинического систолического АД vs. валсартан 320 мг и олесартан 40 мг^{3,4}.

Информация для специалистов здравоохранения

1. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Эдарби®, таблетки 20 мг, 40 мг, 80 мг. Рег. уд. ЛП-002359 от 03.02.2014.
2. Bakris G., et al. J Clin Hypertens (Greenwich). 2011; 13(2): 81–8.
3. Sica D., et al. J Clin Hypertension (Greenwich). 2011; 13: 467–472.
4. White W., et al. Hypertension. 2011; 57(3): 413–20.

СОКРАЩЕННАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

Торговое название: Эдарби®. **Международное непатентованное название (МНН):** азилсартана медоксомил. **Лекарственная форма и дозировка:** таблетки 20 мг, 40 мг и 80 мг. **Показания к применению:** эссенциальная гипертензия. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к активному веществу и другим компонентам препарата; беременность; одновременный приём препаратов, содержащих алискирен, у пациентов с сахарным диабетом или нарушениями функции почек (скорость клубочковой фильтрации < 60 мл/мин/1,73 м²); возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены); тяжёлые нарушения функции печени (более 9 баллов по шкале Чайлд-Пью) (отсутствует опыт применения). **Способ применения и дозы:** Эдарби® принимают внутрь один раз в сутки. Рекомендованная начальная доза – 40 мг 1 раз в сутки. При необходимости дополнительного снижения АД дозу препарата можно увеличить до максимальной – 80 мг 1 раз в сутки. В случае неадекватного контроля АД в монотерапии препаратом Эдарби® возможно его одновременное применение с другими гипотензивными средствами. Эдарби® следует принимать ежедневно, без перерыва. В случае пропуска приёма очередной дозы пациенту следует принять следующую дозу в обычное время. Не следует принимать двойную дозу препарата Эдарби®. В случае прекращения лечения пациент должен сообщить об этом врачу. **Побочное действие:** головокружение, диарея, повышение активности креатинфосфокиназы, выраженное снижение АД, тошнота, сыпь, зуд, мышечные спазмы, повышение концентрации креатинина, гиперурикемия, повышенная утомляемость, периферические отёки. **Полный перечень побочных эффектов содержится в инструкции по медицинскому применению.** **С осторожностью:** тяжёлая хроническая сердечная недостаточность (IV функциональный класс по классификации NYHA); почечная недостаточность тяжёлой степени (клиренс креатинина < 30 мл/мин); двусторонний стеноз почечных артерий и стеноз артерии единственной функционирующей почки; ишемическая кардиомиопатия; ишемические цереброваскулярные заболевания; состояние после трансплантации почки; состояния, сопровождающиеся снижением объёма циркулирующей крови (в том числе рвота, диарея), а также у пациентов, соблюдающих диету с ограничением поваренной соли; при одновременном применении с большими дозами диуретиков; первичный гиперальдостеронизм; гиперкалиемия; стеноз аортального и митрального клапанов; гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия; возраст старше 75 лет.

Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению. № RU/EDA/0317/0007



беременности. Статистическая обработка результатов проводилась в операционной среде Windows 7 с использованием статистической программы «Statistica 6.0».

Результаты:

Стресс на работе встречался чаще в 1 группе (41,9%) по сравнению со 2 группой (22,2%) ($P1-2 = 0,03$). Тип личности «D» в 1 группе установлен у 34,9%, во 2 группе у 14,8% ($P1-2=0,02$). Различия по другим изученным ФР развития ССЗ, таким как низкий социально-экономический статус ($P1-2 = 0,18$), недостаточная социальная поддержка ($P1-2 = 0,05$), стресс в семье ($P1-2 = 0,33$), враждебность ($P1-2 = 0,41$) были недостоверными. Влияние изученных психосоциальных ФР развития ССЗ на частоту рецидивов ФП у обследуемого контингента было изучено путем расчета относительного риска (ОР). Было установлено, что среди изученных ФР недостаточная социальная поддержка и социальная изоляция ($ОР = 1,5$), стресс на работе ($ОР = 1,6$) и тип личности D ($ОР = 1,8$) оказывает достоверное влияние ($P < 0,05$) на частоту рецидивов ФП у женщин трудоспособного возраста повышая шансы развития частых рецидивов аритмии. Влияние других изученных психосоциальных факторов на риск развития частых рецидивов фибрилляции предсердий у женщин трудоспособного возраста было недостоверным.

Заключение:

Достоверное влияние на частоту рецидивов ФП у женщин трудоспособного возраста оказывают такие психосоциальные факторы риска как недостаточная социальная поддержка и социальная изоляция, стресс на работе и тип личности «D». Полученные данные следует учитывать в комплексном лечении женщин трудоспособного возраста с рецидивами ФП.

СВЯЗЬ РАЗМЕРОВ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ И ЧАСТОТЫ ПРИСТУПОВ АРИТМИИ У ЖЕНЩИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С РЕЦИДИВАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Андриянов М. Т.

Южно-Уральский Государственный
медицинский Университет

Введение (цели/ задачи):

Изучить влияние размеров левого предсердия (ЛП) на частоту рецидивов фибрилляции предсердий (ФП) у женщин трудоспособного возраста.

Материал и методы:

В исследование было включено 97 женщин с трудоспособного возраста рецидивами ФП. Число рецидивов аритмии определялось, как сумма числа вызовов СМП к данному пациенту и/или числа обращений в поликлинику в течение года, во время которых также была зафиксирована ФП электрокардиографическим методом. В зависимости от частоты развития приступов аритмии в течение и в соответствии с национальными рекомендациями по диагностике и лечению ФП все пациенты были разделены на 2 группы: - 1 группа- 43 пациента с частыми рецидивами ФП (чаще 1 раза в месяц) - 2 группа- 54 пациента с нечастыми рецидивами ФП (от 1 раза в месяц до 1 раза в год). Обе группы были сопоставимы по возрасту. Параметры отделов сердца оценивались на ультразвуковом аппарате доплер-ЭХО КГ «VIVID-7» фирмы «General Electric», Со с датчиком с изменяемой частотой от 2 до 3,5 МГц. Исследование проводилось в стандартных эхокардиографических позициях, согласно рекомендациям Европейской эхокардиографической ассоциации. Критерии исключения пациентов из исследования: предшествующее лечение аритмии методом

радиочастотной аблации, восстановление синусового ритма методом электрической кардиоверсии, органические поражения сердца, наличие кардиомиопатии, острого инфаркта миокарда, симптоматической артериальной гипертензии, гипокалиемии, заболевания крови, онкологической патологии, беременности. Статистическая обработка результатов проводилась в операционной среде Windows 7 с использованием статистической программы «Statistica 6.0».

Результаты:

Размер ЛП в 1 группе составил 4,9 см, во 2 группе - 4,5 см ($P1-2=0,01$). Индекс левого предсердия (ИЛП) в 1 группе был выше и составил 2,6 см/м², во 2 группе ФП 2,4 см/м² ($P1-2=0,04$). В 1 группе чаще встречалось умеренное увеличение диаметра ЛП ($P1-2=0,0004$) и значительное увеличение диаметра ЛП ($P1-2=0,003$). Не выявлено достоверного различия между 1 и 2 группой по числу лиц с нормальным размером ЛП ($P1-2=0,4$) и незначительным увеличением ЛП ($P1-2=0,24$). Умеренное увеличение ИЛП чаще встречалось в 1 группе ($P1-2=0,004$). Остальные различия по ИЛП между группами были недостоверными. Для изучения влияния размеров ЛП на частоту рецидивов аритмии у женщин трудоспособного возраста был рассчитан относительный риск. Установлено, что в группе женщин трудоспособного возраста с рецидивами ФП на риск развития частых приступов аритмии достоверно влияют только два показателя: значительное увеличение диаметра ЛП по короткой оси ($ОР1-2=2,0$) и умеренное увеличение ИЛП ($ОР1-2 = 2,2$). Влияние других показателей размеров ЛП на частоту развития рецидивов ФП у женщин трудоспособного возраста было недостоверным.

Заключение:

Установлено достоверное влияние на частоту рецидивов ФП у женщин трудоспособного возраста значительного увеличения диаметра ЛП и умеренное увеличение ИЛП. Полученные данные следует учитывать в комплексном лечении женщин трудоспособного возраста с рецидивами ФП.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С РЕЦИДИВАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЧАСТОТУ ПРИСТУПОВ АРИТМИИ

Андриянов М. Т.

Южно-Уральский Государственный
медицинский Университет

Введение (цели/ задачи):

Изучить факторы риска (ФР) развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), такие как преждевременный семейный анамнез, малоподвижный образ жизни, нерациональное питание, избыточное потребление алкоголя и курение, частота сердечных сокращений в покое, дислипидемия у женщин трудоспособного возраста с рецидивами фибрилляции предсердий (ФП) и их влияние на частоту приступов аритмии.

Материал и методы:

В исследование было включено 97 женщин трудоспособного возраста с рецидивами ФП. Число рецидивов аритмии определялось, как сумма числа вызовов СМП к данному пациенту и/или числа обращений в поликлинику в течение года, во время которых также была зафиксирована ФП электрокардиографическим методом. В зависимости от частоты развития приступов аритмии в течение года в соответствии с национальными рекомендациями по диагностике и лечению ФП все пациенты были разделены на 2 группы: - 1 группа- 43 пациента с частыми

рецидивами ФП (чаще 1 раза в месяц) – 2 группа– 54 пациента с нечастыми рецидивами ФП (от 1 раза в месяц до 1 раза в год). Обе группы были сопоставимы по возрасту. Критерии исключения пациентов из исследования: предшествующее лечение аритмии методом радиочастотной абляции, органические поражения сердца, наличие кардиомиопатии, острого инфаркта миокарда, симптоматической артериальной гипертензии, гипокалиемии, заболевания крови, онкологической патологии, беременности. Статистическая обработка результатов проводилась в операционной среде Windows 7 с использованием статистической программы «Statistica 6.0».

Результаты:

В группе 1 группе раннее развитие гипертонической болезни в семейном анамнезе встречалось в 95,4% во 2 группе в 79,6% ($P_{1-2}=0,02$). Избыточное потребление алкоголя в 1 группе в 20,9% во 2 группе в 5,6% ($P_{1-2}=0,02$). Малоактивный образ жизни в 1 группе в 90,7% во 2 группе в 72,2% ($P_{1-2}=0,02$). Частота сердечных сокращений в покое в 1 группе была выше ($P_{1-2}=0,00001$). Различия по остальным ФР различия ССЗ носили недостоверный характер: преждевременный семейный анамнез по ИБС ($P_{1-2}=0,34$), преждевременный семейный анамнез по наличию ишемического инсульта ($P_{1-2}=0,69$), раннее развитие диабета ($P_{1-2}=0,43$), нерациональное питание ($P_{1-2}=0,17$), активное табакокурение ($P_{1-2}=0,24$), пассивное табакокурение ($P_{1-2}=0,41$), дислипидемия ($P=0,09$). Для изучения влияния семейного анамнеза и ФР развития ССЗ, обусловленных поведением человека, на частоту рецидивов ФП у женщин трудоспособного возраста нами был проведен расчет относительного риска. Было установлено, что на частоту развития приступов ФП имеют достоверное влияние ($P<0,05$) такие ФР развития ССЗ как малоактивный образ жизни ($OR_{1-2}=2,4$) и избыточное потребление алкоголя ($OR_{1-2}=1,9$). Влияние других изученных факторов на частоту развития приступов ФП было недостоверным.

Заключение:

Установлено достоверное влияние на частоту рецидивов ФП у женщин трудоспособного возраста таких ФР развития ССЗ как малоактивный образ жизни и избыточное потребление алкоголя. Полученные данные следует учитывать в комплексном лечении женщин трудоспособного возраста с рецидивами ФП

ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, АССОЦИИРУЮЩИЕСЯ С РАЗВИТИЕМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ЖЕНЩИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С РЕЦИДИВАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЧАСТОТУ ПРИСТУПОВ АРИТМИИ

Андрянов М. Т.

Южно-Уральский Государственный
медицинский Университет

Введение (цели/ задачи):

Изучить хронические заболевания, ассоциирующиеся с развитием фибрилляции у женщин трудоспособного возраста с рецидивами фибрилляции предсердий и их влияние на частоту приступов аритмии.

Материал и методы:

В исследование было включено 97 женщин с трудоспособного возраста рецидивами ФП. Число рецидивов аритмии определялось, как сумма числа вызовов СМП к данному пациенту и/или числа обращений в поликлинику в течение года, во время которых также была зафиксирована ФП электро-

кардиографическим методом. В зависимости от частоты развития приступов аритмии в течение года в соответствии с национальными рекомендациями по диагностике и лечению ФП все пациенты были разделены на 2 группы: – 1 группа– 43 пациента с частыми рецидивами ФП (чаще 1 раза в месяц) – 2 группа– 54 пациента с нечастыми рецидивами ФП (от 1 раза в месяц до 1 раза в год). Обе группы были сопоставимы по возрасту. В обеих группах были изучены такие заболевания как артериальная гипертензия, клинически выраженная сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, нарушение функции щитовидной железы, ожирение, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких, хроническая болезнь почек и рассчитано их влияние на частоту приступов ФП. Критерии исключения пациентов из исследования: предшествующее лечение аритмии хирургическим методом, органические поражения сердца, наличие кардиомиопатии, острого инфаркта миокарда, симптоматической артериальной гипертензии, гипокалиемии, заболевания крови, онкологической патологии, беременности. Статистическая обработка результатов проводилась в операционной среде Windows 7 с использованием статистической программы «Statistica 6.0».

Результаты:

Гипертоническая болезнь встречалась в обеих группах одинаково часто (1 группа – 76,4%, 2 группа – 70,4%, $P_{1-2}=0,32$), но длительность анамнеза ГБ в 1 группе составила 4 года и превышала таковой во 2 группе ($P_{1-2}=0,0001$). Привычное артериальное давление (АД) в 1 группе 134/84 мм Hg и превышало привычное АД во 2 группе ($P_{1-2}=0,0001$). Масса тела в 1 группе превышала массу тела пациентов во 2 группе ($P_{1-2}=0,01$). Индекс массы тела (ИМТ) в 1 группе составил 27,9, во 2 группе 25,9 ($P_{1-2}=0,01$). Остальные изученные заболевания не различались между группами. ИБС в 1 группе установлено у 4,7% пациентов, во 2 группе у 3,7% ($P_{1-2}=0,6$). Клинически выраженная ХСН в 1 группе выявлена в 11,6%, во 2 группе в 3,7% случаев ($P_{1-2}=0,07$). Различные нарушения функции щитовидной железы в 1 группе выявлены в 34,9%, во 2 группе в 29,6% случаев ($P_{1-2}=0,37$). Сахарный диабет 2 типа в первой группе установлен у 2,3% пациентов, во 2 группе у 1,9% ($P_{1-2}=0,4$). Для изучения влияния изученных хронических заболеваний на частоту рецидивов аритмии у женщин трудоспособного возраста был рассчитан относительный риск. Установлено, что в группе женщин трудоспособного возраста с рецидивами ФП на риск развития частых приступов аритмии достоверное влияние изученные хронические заболевания не оказывают.

Заключение:

У женщин трудоспособного возраста с частыми рецидивами ФП длительность анамнеза ГБ, привычное АД и ИМТ больше чем в группе с нечастыми рецидивами ФП. В изученных группах хронические заболевания, ассоциирующиеся с развитием фибрилляции предсердий не оказывают влияние на частоту приступов аритмии.

НЕОТЛОЖНАЯ КАРДИОЛОГИЯ

АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОМБИНАНТНОГО БЕЛКА, СОДЕРЖАЩЕГО АМИНОКИСЛОТНУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СТАФИЛОКИНАЗЫ И ТЕНЕКТЕПАЗЫ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

РАБИНОВИЧ Р. М.¹, МАЗУР Е. С.¹, КУЗНЕЦОВА Н. С.²

¹ФГБОУ ВО ТВЕРСКОЙ ГМУ Минздрава РФ, ²ГБУЗ

ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА МЗ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение (цели/ задачи):

Фармакоинвазивный подход лечения инфаркта миокарда в большинстве регионов РФ является основной стратегией реперфузионного лечения. При этом до настоящего времени основными препаратами для проведения фармакологической реперфузии оставались тканевые активаторы плазминогена. Разработка новых тромболитических препаратов, в частности, рекомбинантного белка, содержащего аминокислотную последовательность стафилокиназы, диктует необходимость сравнительной оценки их эффективности, в том числе в реальной клинической практике. Цель исследования - провести оценку ангиографических результатов применения Тенектеплазы (ТНК) и Рекомбинантного белка, содержащего аминокислотную последовательность стафилокиназы (РБАС) при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST.

Материал и методы:

Исследование - неэкспериментальное, обсервационное (группа РБАС) с использованием исторической когорты (группа ТНК). Включено 79 пациентов с ИМпST, которым проводилась ТЛТ, 33 - РБАС (средний возраст $56,7 \pm 10,2$ лет, мужчин 74%), 46 - ТНК (средний возраст $54,8 \pm 13,4$ лет, мужчин 74%). Частота передних инфарктов миокарда составила 39,4% и 40,5% соответственно. ТЛТ проводилась на базе первичных сосудистых центров и Регионального сосудистого центра г. Твери. РБАС вводили по зарегистрированной госпитальной схеме: 10 мг болюсом, далее 5 мг инфузией в течение 30 мин. Всем пациентам вводился гепарин, назначалась двойная антитромбоцитарная терапия согласно рекомендациям ESC и РКО. Коронароангиография выполнялась не позднее 24 часов после ТЛТ, в сроки, соответствующие рекомендациям, оценка ангиографических результатов проводилась совместно с эндоваскулярным хирургом.

Результаты:

Кровоток по TIMI 2-3 в группе РБАС обнаружен в 66,7 %, в группе ТНК - в 67,4% ($p=0,56$), кровоток TIMI 3 - 41,9% и 45,4% ($p=0,39$), процент остаточного стеноза при TIMI 2-3 - $83,9 \pm 18,8\%$ и $78,8 \pm 14,4\%$ ($p=0,296$), TFC при TIMI 2-3 - $1,41 \pm 0,5$ сек. и $1,48 \pm 0,5$ сек. ($p=0,65$), частота выявления тромбозов после ТЛТ 72,7% и 71,4% ($p=0,55$) соответственно.

Заключение:

В реальной клинической практике не выявлено статистически значимых различий в отношении ангиографической эффективности препаратов Рекомбинантного белка, содержащего аминокислотную последовательность стафилокиназы, и Тенектеплазы у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

ХРОНОМЕТРИЧЕСКАЯ СУТОЧНАЯ И СЕЗОННАЯ СТРУКТУРА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Пигалин А. Л., Маслова Н. П., Нагибин А. Ю.

ГБУ РМЭ «Йошкар-Олинская городская больница»

Введение (цели/ задачи):

Изучение структуры: 1. развития острого инфаркта миокарда (ОИМ) в различное время года и время суток; 2. времени поступления в стационар от начала появления первых признаков ОИМ.

Материал и методы:

В основу исследования был взят ретроспективный анализ 461 случая (по историям болезней пациентов) с установленным и подтвержденным диагнозом ОИМ за 2014г. Гендерный состав пациентов: 63% - мужчин и 37% женщин. Возрастной состав поступивших на стационарное лечение: лица мужского пола 31-89 лет, женщины: от 47 до 89 лет. Количество умерших от ОИМ - 37 пациентов, из которых 54% (20 чел.) было мужчин и 46% женщин (17 человек). Возраст умерших мужчин колебался от 52 до 87 лет, женщин - от 64 до 81 года.

Результаты:

Частота развития ОИМ по месяцам выглядит следующим образом: Январь - 9,5%, Февраль - 5,8%, Март - 4%, Апрель - 10,4%, Май - 6,1%, Июнь - 8,7%, Июль - 12,4%, Август - 8,1%, Сентябрь - 11,6%, Октябрь - 12,4%. Ноябрь - 4,6%, Декабрь - 6,1%. Для изучения времени развития ОИМ, за основу нами было взято 8 часовых интервалов по 3 часа (от 0 часов до 03 часов, от 03 до 06 и т.д.). На долю интервала от 0 до 3 часов, выпало 21,5% развития ОИМ (с максимальным пиком на июнь). На период от 03 до 06 часов - 7% (с пиком на июль). От 06 до 09 часов инфаркт развился у 14,5% (чаще - в сентябре и октябре). В период 09-12 часов, ОИМ развился у 18% (с пиком в июле, сентябре и октябре). От 12 до 15 часов - 14% (пик в апреле). От 15 до 18 часов - 12,2% (максимальное количество было в апреле и августе). От 18 до 21 часа инфаркт развился у 7% (чаще это происходило в сентябре). В интервал от 21 до 24 часов - 5,8% (наибольшее количество было в январе).

Заключение:

1) На зимние месяцы (по нашим данным) приходится 21,4%, на весну - 20,5%, на лето - 29,2%, на осень - 28,6%. Это может быть связано с нагрузками на сердечно-сосудистую систему в период садово-огородных работ. 2) На интервал от 03 до 06 часов выпадает максимальная частота развития ОИМ - 21,5%. Хронологический период от 21 до 24 часов является наиболее редким для развития ОИМ и составил 5,8%. Данные факты объясняются особенностями нейро-гуморальной регуляции тонуса сердца и сосудов. 3) Врачам первичного звена (участковые терапевтам и специалистам «скорой помощи») необходимо учитывать существующие циркадные ритмы в патогенезе развития ОИМ, и уделять пристальное внимание жалобам пациентов, возникающих в ночное время. 4) Госпитальная летальность от ОИМ у женщин была выше (10%), чем у мужчин - 6,8%. Это, объясняется такими факторами как наличие отягощающей течение ОИМ сопутствующей патологии: артериальная гипертония и сахарный диабет.

ОСТРАЯ И ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

ВЛИЯНИЕ КАРВЕДИЛОЛА НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА, ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ И ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

ЗАКИРОВА Н. Э.¹, ЗАКИРОВА А. Н.¹, НИКОЛАЕВА И. Е.²,

НИЗАМОВА Д. Ф.¹, ФИЛИППОВА О. А.²

¹ФГБОУ ВО БГМУ, ²ГБУЗ РБ РКЦ

Введение (цели/ задачи):

Оценить влияние карведилола на ремоделирование миокарда, иммуновоспалительные реакции и функцию эндотелия у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза.

Материал и методы:

В исследование включены 82 мужчин, больных ХСН I-IV ФК, которые рандомизированы на 2 группы. 1-ю группу составили 32 пациента, которые получали карведилол (Акридиол, «ОАО Акрихин», Россия), во 2-ю группу вошли 30 пациентов, получавших метопролол (Эгилок, «Эгис», Венгрия). Группы были сопоставимы по возрасту, полу, продолжительности и ФК ХСН, гемодинамическому статусу и базисной терапии. Длительность лечения составила 24 недели. Состояние внутрисердечной гемодинамики оценивали методом эхокардиографии с определением линейных и объемных параметров левого желудочка (ЛЖ), индекса массы миокарда (ИММ) и фракции выброса (ФВ), относительной толщины стенки (ОТС) ЛЖ. Рассчитывали структурно-геометрические параметры ремоделирования ЛЖ. Состояние иммуновоспалительных реакций изучали по уровню провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α . Вазорегулирующую функцию эндотелия оценивали по эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) при проведении пробы с реактивной гиперемией, о вазоконстрикторной и адгезивной функциях эндотелия судили по уровню эндотелина-1 (ЭТ-1) и концентрации молекулы межклеточной адгезии VCAM-1, которые определяли иммуноферментным методом.

Результаты:

Установлено, что длительное применение карведилола способствовало улучшению клинического состояния и физической работоспособности пациентов. Тест с шестиминутной ходьбой при приеме карведилола увеличился на 41,8%, а при приеме метопролола повысился на 21,7% ($p < 0,05$). Использование карведилола на фоне базисной терапии существенно влияло на процессы ремоделирования ЛЖ, способствуя значимому уменьшению параметров конечного диастолического и конечного систолического объемов ЛЖ, ИММЛЖ (14,4; 17,5; 13,4%; $p < 0,05$), приводило к повышению ФВ ЛЖ (19,5%; $p < 0,05$). При лечении метопрололом происходили однонаправленные гемодинамические сдвиги, которые носили характер тенденции ($p > 0,05$). Выявлено, что карведилол при длительном приеме оказывал существенное влияние на экспрессию провоспалительных цитокинов, значимо уменьшая уровень ФНО- α (22,2%; $p < 0,05$) и показатели ИЛ-1 β , ИЛ-6 (18,9; 19,8%, $p < 0,05$). Под воздействием карведилола увеличилась ЭЗВД сосудов (30,9; $p < 0,01$), а метопролол не влиял на эти параметры. Под влиянием длительного приема карведилола отмечено снижение на 24% уровня молекулы межклеточной адгезии VCAM-1 ($p < 0,05$).

Заключение:

Длительное применение карведилола на фоне базисной терапии больных ХСН замедляет процессы ремоделирования ЛЖ, повышает толерантность к физической нагрузке, ингибирует иммуновоспалительные реакции и улучшает функциональное состояние эндотелия.

ВНУТРИКЛЕТОЧНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ КАРДИАЛЬНОГО ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМА И КАРДИАЛЬНАЯ ЛИПОТОКСИЧНОСТЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

СТЕПАНОВА О. В., Куликова Т. Г., Воронова А. Д., Сироткин В. Н., Валихов М. П., Жиров И. В., Самко А. Н., Масенко В. П., Терещенко С. Н.
ФГБУ РКНПК МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

При хронической сердечной недостаточности нарушение миокардиального энергетического метаболизма вносит значительный вклад в прогрессирование заболевания. Основным регулятором миокардиального метаболизма является ядерный рецептор, активируемый пролифератором пероксисом (PPAR alpha). PPAR alpha и его коактиватор PGC-1 alpha контролируют гомеостаз длинноцепочечных насыщенных жирных кислот, основного источника энергии в здоровом сердце, через транскрипционную активацию генов, кодирующих ключевые ферменты метаболизма липидов, включая поступление, внутриклеточный транспорт и окисление липидов. На моделях сердечной недостаточности (СН) у животных было показано, что накопление липидов в кардиомиоцитах ассоциировано с сократительной дисфункцией. У пациентов с СН и диабетом с ожирением или без него было обнаружено значительное накопление интрамиокардиальных липидов и выявлена апрегуляция PPAR alpha и PGC-1 alpha. Накопление избыточного количества липидов в кардиомиоцитах приводит к возникновению токсичных остатков липидов и в итоге к клеточной гибели. Было обнаружено, что кардиальная липотоксичность ассоциирована с нарушением метаболизма жирных кислот и с сократительной дисфункцией. Однако является ли миокардиальное накопление липидов и возникновение эффекта кардиальной липотоксичности особенностью СН у человека остается неизученным. Целью данного исследования было изучить интрамиокардиальное накопление липидов и уровни экспрессии PPAR alpha и PGC-1 alpha у пациентов с СН и дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Материал и методы:

В работе было исследовано 38 эндомиокардиальных биоптатов, полученных от пациентов с ДКМП и СН, и 5 аутопсийных образцов миокарда человека без сердечно-сосудистых заболеваний. Уровни экспрессии PPAR alpha и PGC-1 alpha были определены методом полимеразно-цепной реакции в реальном времени. Окрашивание срезов для выявления накопления липидов в кардиомиоцитах проводилось на Oil red O.

Результаты:

Полученные результаты показали, что при ДКМП и СН интрамиокардиальное накопление липидов слабо выражено. Уровни экспрессии PPAR alpha и PGC-1 alpha понижены.

Заключение:

Отсутствие выраженного накопления липидов в кардиомиоцитах показывает, что эффект липотоксичности не возникает. Понижение уровней экспрессии PPAR alpha и PGC-1 alpha свидетельствует о даунрегуляции рецептора и коактиватора, об изменении кардиального энергетического метаболизма, выраженном в переходе с окисления жирных кислот на окисление глюкозы в качестве главного источника энергии. Данные, полученные нами, показывают, что нарушение метаболизма жирных кислот при ДКМП и СН не приводит к накоплению интрамиокардиальных липидов. Вероятно, вследствие даунрегуляции PPAR alpha и PGC-1 alpha происходит дезактивация генов, кодирующих ключевые ферменты метаболизма жирных кислот, в том числе генов, отвечающих за поступление жирных кислот в кардиомиоциты. Следовательно, сократительная дисфункция при СН и ДКМП не ассоциирована с накоплением липидов в кардиомиоцитах. Изменение активности молекулярных маркеров

внутриклеточной регуляции PPAR alpha и PGC-1 alpha играет важную роль в нарушении кардиального метаболизма и может приводить к сократительной дисфункции при СН.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА 2 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Горбунова Н. П., Лопина Е. А., Либис Р. А.
ФГБОУ ВО «ОрГМУ»

Введение (цели/ задачи):

Эпидемия хронической сердечной недостаточности (ХСН) с каждым годом охватывает все большее количество граждан. Несомненный рост уровня заболеваемости ХСН обусловлен старением населения планеты. Длительно существующая ХСН приводит к развитию хронической болезни почек (ХБП), сочетание которых составляет основу сердечно-сосудистого континуума. Так же взаимное влияние ХСН и ХБП оказывает неблагоприятное прогностическое влияние и ведет к росту смертности от всех причин. Цель: оценить гендерные особенности состояния функции почек у пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса левого желудочка.

Материал и методы:

В исследование включено 49 пациентов, страдающих ХСН-СФВ. В зависимости от гендерной принадлежности пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 29 мужчин, средний возраст которых составил $60,6 \pm 7,6$ лет. Вторая группа состояла из 20 женщин в возрасте $62,2 \pm 4,9$ лет. Всем пациентам проводился биохимический анализ крови с определением креатинина сыворотки крови и дальнейший расчет СКФ по формуле CKD-EPI, определялся уровень альбумин-креатининового соотношения в утренней порции мочи.

Результаты:

ФВ ЛЖ у пациентов 1 группы составила $57,8 \pm 10,1\%$, у пациентов 2 группы $63,5 \pm 9,7\%$ ($p=0,7$). Уровень креатинина сыворотки крови был равен $112,0$ [$98,0$; $119,0$] и $99,0$ [$91,0$; $111,5$] мкмоль/л соответственно ($p=0,04$). Пациенты обеих групп статистически значимо отличались друг от друга по уровню СКФ: $63,0$ [$56,0$; $70,0$] и $52,0$ [$43,5$; $59,5$] мл/мин/1,73 м² ($p=0,0005$). Альбумин-креатининовое соотношение было выше в группе женщин – $68,5$ [$48,0$; $108,7$] мг/моль и ниже в группе мужчин $38,2$ [$30,2$; $84,2$] мг/моль.

Заключение:

У пациентов обеих групп отмечено снижение функциональной активности почек на фоне ХСН-СФВ. Однако в группе женщин выявлено более значимое снижение функции почек.

ДИНАМИКА СТИМУЛИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА ST2 И НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА NTproBNP У БОЛЬНЫХ С НЕОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Ахматова Ф. Д.¹, Чукаева И. И.¹,

Галачиева С. Х.², Доронина И. М.²

¹ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова

Минздрава России, ²ГБУЗ Городская

клиническая больница № 13 ДЗ г. Москвы

Введение (цели/ задачи):

Определение маркеров сердечной недостаточности (СН) у пациентов с инфарктом миокарда используется для страти-

фикации риска и мониторинга эффективности лечения. Цель исследования: Изучить динамику стимулирующего фактора роста ST2 и натрийуретического пептида NTproBNP в раннем и позднем постинфарктном периоде при не осложненном течении инфаркта миокарда (ИМ).

Материал и методы:

В исследование было включено 25 больных острым инфарктом миокарда, медиана возраста – 52,8 лет [46; 58], мужчин – 89%, женщин – 11%. У 82% больных отмечался Q ИМ, 18% – неQ ИМ; степень тяжести сердечной недостаточности (СН) по KILLIP I – 43%, KILLIP II – 57%. Критериями исключения являлись проведение реваскуляризации, возникновение осложнений в остром периоде ИМ, наличие постинфарктного кардиосклероза. Обследование проводилось в 1-е сутки, 14-е сутки и через 6 месяцев после развития ИМ: определялась концентрация в сыворотке крови NTproBNP (пк/мл) и ST2 (нг/мл), оценивались конечно – диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ, мм), ФВ ЛЖ (%), размеры левого предсердия (ЛП, мм), отношение пика Е и А трансмитрального кровотока (Е/А).

Результаты:

В остром периоде ИМ отмечались высокие значения обеих исследуемых маркеров: медиана концентрации ST2 в 1 сутки ИМ составила $31,86$ [$27,4$; $38,57$] нг/мл, что было значимо выше, чем на 14 сутки, $p<0,01$; медиана значения NTproBNP в первые сутки была также выше – $645,4$ [$197,08$; $993,65$], $p=0,05$. На 14 сутки не осложненного ИМ оба маркера СН демонстрировали одинаковую динамику – снижение концентрации по сравнению с острым периодом: значения ST2 на 14 сутки – $25,99$ [$20,66$; $33,87$] нг/мл, $p<0,01$, значения NTproBNP – $164,96$ [$91,97$; $614,76$] пак/мл, $p=0,05$. Через 6 месяцев в сравнении с 14 сутками наблюдения происходит значимое снижение концентрации NTproBNP – $52,55$ [$16,05$; $787,88$] пак/мл, $p<0,02$; концентрация ST2 существенно не меняется – $31,24$ [$21,06$; $33,93$] нг/мл, $p>0,05$. Показатели ФВ ЛЖ не достигали статистически значимой динамики за весь период наблюдения: в 1 сутки – $55,0$ [$46,0$; $63,0$] %, на 14 сутки – $54,5$ [$44,3$; $58,5$] %, через 6 месяцев – $52,0$ [$45,8$; $58,3$] %, $p>0,05$. Значения КДР ЛЖ также не различались: в 1 сутки – $45,0$ [42 ; 49] мм, на 14 сутки – $45,3$ [$42,7$; $49,0$] мм, через 6 месяцев – $45,8$ [$43,0$; $47,0$] мм, $p>0,05$. Значения ЛП в 1 и 14 сутки не различались: $37,0$ [$35,0$; $38,0$] мм и $36,0$ [$33,5$; $38,4$] мм, $p>0,05$, через 6 месяцев отмечалось значимое увеличение размеров ЛП до $36,9$ [$35,1$; $40,0$] мм, $p<0,02$. Отношение Е/А трансмитрального кровотока были значимо ниже в 1 сутки заболевания – $0,67$ [$0,43$; $0,96$], $p<0,003$, чем на 14 сутки – $0,9$ [$0,76$; $1,04$] и через 6 месяцев – $0,89$ [$0,68$; $1,07$], $p>0,05$.

Заключение:

В остром периоде ИМ происходит повышение концентрации натрийуретического пептида и стимулирующего фактора роста, которое вызвано повреждением миокарда и диастолической дисфункцией ЛЖ. У больных с не осложненным течением инфаркта миокарда содержание натрийуретического пептида NTproBNP в динамике нормализуется, что связано с нормальной систолической функцией левого желудочка и отсутствием его гемодинамической перегрузки. Концентрация стимулирующего фактора роста ST2 в позднем и раннем постинфарктном периоде не различается и может отражать связь фактора воспаления с диастолической дисфункцией левого желудочка и формированием дилатации левого предсердия.

РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Толкачев И. М., Сайфутдинов Р. И.
ФГБОУ ВО ОРГМУ Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Диастилическая сердечная недостаточность у больных, идущих на операцию реваскуляризации миокарда ввиду своей распространенности, представляет собой важнейшую медицинскую и социально-экономическую проблему. Данные литературы о состоянии диастолической функции в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде после реваскуляризации противоречивы. В литературе сообщается как о положительном влиянии операции реваскуляризации на различные параметры, характеризующие диастолическую функцию сердца: улучшение активного расслабления – снижение времени изоволюмического сокращения, снижение скорости предсердного наполнения (пик А), увеличение отношения Е/А, так и об их отсутствии. Цель исследования: оценка качества жизни с использованием Миннесотского опросника «Жизнь с сердечной недостаточностью» и показателей диастолической функции желудочка: времени диастолического сокращения и отношение Е-пиковой скорости раннего диастолического трансмитрального потока к А-пиковой скорости предсердного диастолического потока у больных стенокардией, идущих на реваскуляризацию.

Материал и методы:

Обследовано 42 мужчин в возрасте 30-60 лет с гемодинамически значимыми стенозами коронарных артерий, требующими реваскуляризации, и хронической сердечной недостаточностью 1-3-го функциональных классов. Все больные были рандомизированы на три сопоставимые по возрасту, выраженности ХСН, уровню артериального давления группы. Пациентам первой группы (18 человек) была проведена операция аорто-коронарного шунтирования, второй группы (13 человек) – баллонная ангиопластика со стентированием. Контрольную группу (11 человек) составили пациенты, отказавшиеся от оперативного вмешательства. Исследование проводилось методом анкетирования с использованием Миннесотского опросника «Жизнь с сердечной недостаточностью» и трансторакальной эхокардиографии на аппарате ACUSON-128 XP/10 с оценкой диастолической функции до операции и через 3, 6 и 12 месяцев соответственно.

Результаты:

Нами изучены в динамике показатели изоволюмического сокращения и отношения Е/А до операции, через 3, 6 и 12 месяцев после операции при различных методах реваскуляризации миокарда у больных хронической сердечной недостаточностью. Установлено, что через 3 месяца отмечалось уменьшение времени изоволюмического сокращения как при аорто-коронарном шунтировании со $121,00 \pm 6,73$ до $109,00 \pm 5,71$ ($p < 0,05$), так и при баллонной ангиопластике со стентированием со $133,00 \pm 10,21$ до $123,00 \pm 9,31$ ($p < 0,05$), однако в динамике через 6 и 12 месяцев после операции соответствовали уровню этих показателей до операции. При оценке показателей соотношения Е/А через 3 месяца отмечалось увеличение соотношения как при аорто-коронарном шунтировании со $0,73 \pm 0,04$ до $0,81 \pm 0,05$ ($p < 0,05$), так и при баллонной ангиопластике со стентированием со $0,67 \pm 0,05$ до $0,7 \pm 0,08$ ($p < 0,05$), однако в динамике через 6 и 12 месяцев после операции также соответствовали уровню этих показателей до операции. При сравнительной оценке качества жизни и толерантности к физической нагрузке также уста-

новлены достоверные различия качества жизни у больных после операции реваскуляризации по сравнению с больными, которым показано медикаментозное лечение. Так при операциях реваскуляризации отмечалось улучшение качества жизни через 6 месяцев при аорто-коронарном шунтировании со $39,33 \pm 2,19$ до $25,89 \pm 1,44$ ($p < 0,05$) и при баллонной ангиопластике со $40,85 \pm 3,13$ до $31,69 \pm 2,43$ ($p < 0,05$) по сравнению с результатами до операции; через 12 месяцев качество жизни составляло при аорто-коронарном шунтировании $27,5 \pm 1,53$ и при баллонной ангиопластике со стентированием $35,31 \pm 2,71$, оставаясь выше по сравнению со значениями до операции ($p < 0,05$). В контрольной группе пациентов аналогичной направленности показателей не отмечалось.

Заключение:

Независимо от метода реваскуляризации миокарда (аорто-коронарное шунтирование или баллонная ангиопластика со стентированием) у больных с диастолической сердечной недостаточностью через 3 месяца после операции отмечается временное улучшение показателей: снижение времени изоволюмического сокращения и увеличение соотношения Е/А; однако эффект не стойкий, через 6 и 12 месяцев после реваскуляризации достоверного улучшения этих показателей не наблюдается. Операции реваскуляризации достоверно улучшают качество жизни пациентов у больных диастолической сердечной недостаточностью.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ БЕЗ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ВНЕСЕРДЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

Икромов Х. С., Ходжанова Ш. И., Хикматов М. Н.
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/ задачи):

Исследователями последних лет установлено, что показатели нарушенной функции почек у больных хронической сердечной недостаточности (ХСН) являются такими же важными предикторами неблагоприятного прогноза кардиоваскулярной смертности, как и параметры сердечной деятельности (фракция выброса левого желудочка, класс ХСН по классификации NYHA). Учитывая увеличения количества больных ХСН, неблагоприятное прогностическое значение, повышения уровня сывороточного креатинина и снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ), а также малое количество данных, касающихся функционального состояния почек у больных ХСН, особенно без сопутствующей внесердечной патологии, изучение этой проблемы является актуальной задачей.

Материал и методы:

Исследование проведено в Ташкентском Республиканском больнице №1. В исследование включено 80 пациентов с ХСН I-III функционального класса (ФК). Из них мужчин – 49 человек (61,25 %), женщин – 31 человек (38,75%). Все пациенты были разделены на две группы по равно: 1-группа основная группа пациенты имеющий дисфункцию почек (ДП) ($n=40$) (средний возраст $55,4 \pm 10,2$ лет), 2-группа контрольная группа без дисфункцией почек ($n=40$) (средний возраст $57,3 \pm 10,0$ лет). Мы оценили клинические симптомы по шкале оценки клинического состояния (ШОКС-модифицированная В.Ю. Мареевым). Изучили СКФ (по формуле MDRD – Modification of Diet in Renal Disease Study), экскреция альбумина с мочой (по тест-полоскам), креатинин в крови и оценили его влияние на течение ХСН.

Результаты:

Обследованные больные с ХСН не отличались по возрасту, полу, по длительности течения ХСН (у основной группы средний показатель $36,7 \pm 4,6$ у контрольной группы $32,7 \pm 5,6$) по этиологию ХСН, по функциональному классу ХСН (у 1- группы в среднем $2,6 \pm 0,7$ у 2-группы $1,7 \pm 0,8$) по принимаемым препаратам. Показатели креатинина в крови у 1-группы в среднем $105,2 \pm 17,65$ мкмоль/л, у 2-группы $84,7 \pm 21,35$ мкмоль/л. Показатели мочевины у 1- группы в среднем $8,24 \pm 1,06$ МЕ/мл, у 2-группы $7,13 \pm 1,25$ МЕ/мл. Показатели СКФ по MDRD у 1-группы в среднем $70,4 \pm 14,32$ мл/мин/1,73 м² что показывает легкий дисфункции почек, у 2-группы $98,2 \pm 7,06$ мл/мин/1,73 м². Наиболее частыми жалобами в обеих группах являлись боль перикардиальной области (87,% и 90%), одышка при физической нагрузке (75% и 65%), слабость (57,5% и 52%) и головная боль (37,5% и 45%). Причем в группе больных с дисфункцией почек практически все параметры клинического состояния встречались в большей степени чем у больных без дисфункции почек. Основная разница отмечалась при изучение частоты встречаемости одышки (75% и 65%) и сердцебиение (35% и 25%). При изучении данных физикального осмотра основные изменения отмечались у больных с ДП так как застойные хрипы в легких, периферические отеки и тахикардия были более характерны для пациентов основной группы (55%, 40%, $85,9 \pm 19,8$), чем для группы сравнения (47,5%, 30%, $78,2 \pm 16,2$). Пастозность нижних конечностей и гепатомегалия регистрировались с близкой частотой – 37,5% и 35% vs. 20% и 17,5% для больных основной группы и группы сравнения соответственно. Систолическая артериальная давления (САД) и диастолическая артериальная давления (ДАД) тоже были в близких уровнях в обеих исследуемых группах $155,4 \pm 32,9$ и $92,8 \pm 15,2$ vs. $150,6 \pm 28,9$ и $91,1 \pm 14,6$ для больных основной группы и группы сравнения соответственно. Результаты показывает, что больные с ДП баллы по ШОКСу ($7,2 \pm 0,67$ балл) полутора раза превосходили баллы в сравнение с группой без ДП ($4,7 \pm 0,51$ балл) что показывает достоверную разницу между группами и тяжесть клинического состояния у больных с ДП. Показатели СКФ по функциональным классам у больных показывает что СКФ у больных с ХСН I ФК (87 ± 6 мл/мин/1,73 м²) были несколько достоверно выше чем у больных ХСН II-III (76 ± 8 и 62 ± 6 мл/мин/1,73 м²), исходя из выше указанного можно предполагать, что у больных нарастанием ДП нарастает и тяжесть ХСН ($p < 0,01$). Показатели СКФ по возрастным группам показывает что у больных моложе 60 лет СКФ в среднем $86,3 \pm 18,4$ мл/мин/1,73 м², у старше 60 лет $77,5 \pm 16,6$ мл/мин/1,73 м². С возрастанием возраста СКФ снижается. Нормальные показатели СКФ выявлено у 58,3% женщин, до 60-89 мл/мин/1,73 м² у 22,2%, до 30-59 мл/мин/1,73 м² у 19,4%, а у мужчин 63,6% нормальные, до 60-89 мл/мин/1,73 м² у 25%, до 30-59 мл/мин/1,73 м² у 11,4%. Различия между женщинами и мужчинами по всем уровням СКФ были статистически достоверны ($p < 0,05$), но в исследованиях у женщин креатинин был несколько выше чем у мужчин.

Заключение:

Особенности клинической течения у больных хронической сердечной недостаточности с дисфункцией почек в отличие отсутствия нарушения почек является более высокий ФК сердечной недостаточности оцененной с помощью шкалы ШОКС. При ХСН дисфункция почек выражается снижением СКФ а также больших вероятностью микроальбуминурией. Степень выраженности дисфункции почек (пониженные уровни СКФ) чаще является у больных ХСН старше 60 лет и у лиц женского пола.

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

ГЛОБАЛЬНЫЙ РЕЕСТР ПОКАЗАТЕЛЕЙ РИСКА ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ ПРОГНОЗИРУЕТ СМЕРТНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ И АНОМАЛЬНОЙ СЫВОРОТКОЙ ТРОПОНИНОМ

Хикматов М. Н.¹, Икромов Х. С.¹,
Исломов Ж. Б.¹, Жураев М. И.^{1,2}

¹Ташкентская Медицинская Академия,

²Ташкентская Республиканская больница №1

Введение (цели/ задачи):

Почти у 18% пациентов с острым ишемическим инсультом наблюдаются аномальные уровни тропонина I (TnI) в сыворотке крови, которые связаны с повышенной смертностью. Предыдущие исследования дают ограниченные данные для дальнейшей стратификации риска в этой популяции.

Материал и методы:

Данные 164 пациентов с острым ишемическим инсультом, поступивших в Ташкентском Республиканском больнице №1 с декабря 2015 г. по ноябрь 2016 г. Мы включили 26 (16%) пациентов с TnI $\geq 0,1$ нг / мл. Для определения класса Killip с помощью рентгенограммы грудной клетки рассчитывали глобальный реестр острых коронарных событий (GRACE) и тромбозис при инфаркте миокарда (TIMI); TnI $\geq 0,5$ нг / мл использовали для определения «положительных биомаркеров» на основе прогностической ценности этого отсечения в предыдущих исследованиях этой популяции. Мы использовали модели пропорциональных рисков Кокса, чтобы определить связь этих показателей риска с смертностью в стационаре после многопараметрической корректировки.

Результаты:

Средний балл по шкале GRACE составил $126,0 + 42,1$, а средний показатель TIMI составил $2,95 + 1,40$. Стационарная смертность составила 32,0% с баллом GRACE < 140 и 53,2% при балльной шкале GRACE ≥ 140 (нескорректированный человеческие ресурсы (ЧР) 2,41, $p < 0,001$). Стационарный показатель GRACE ≥ 140 независимо ассоциировался со смертностью после многопараметрической коррекции (скорректированный HR 1,74, $p = 0,017$). Показатель риска TIMI был достоверно связан с смертностью в нескорректированных анализах (частота сердечных сокращений (ЧСС) 1.32, $p = 0,004$), но не после многовариантной корректировки (ЧСС 1.02, $p = 0,63$). Стационарный показатель GRACE был значительно связан с смертностью после корректировки, включая показатель риска TIMI (ЧР 1.02, $p < 0,001$). Мы наблюдали градуированную взаимосвязь между квантилями оценки GRACE и смертностью.

Заключение:

балльная шкала риска GRACE в стационаре, но не показатель риска TIMI, независимо предсказывает смертность у пациентов с острым ишемическим инсультом и аномальным тропонином в сыворотке крови.

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК - ПРЕДИКТОР ПРОГНОЗА БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ

Вакульчик К. А.¹, Межонов Е. М.²,

Вялкина Ю. А.², Шалаев С. В.¹

¹ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России,

²ГБУЗ ТО «ОКБ№1»

Введение (цели/ задачи):

В проспективном наблюдении в течение полугода изучить прогностическое значение поражения почек у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

Материал и методы:

В проспективное наблюдение, продолжавшееся 6 месяцев, включен 241 пациент с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМП ST), поступивших в стационар в течение года, в возрасте 32-95 лет (средний возраст – 62,4±11,13 лет), из них 177 (73,4%) мужчин. Проведена оценка влияния почечной дисфункции на исходы ИБС в течение 6 месяцев. Конечными точками в исследовании являлись: госпитальная летальность, смерть от сердечно-сосудистых причин в период последующего наблюдения, повторные госпитализации в связи с ОКС.

Результаты:

Среди всех больных в 41,1% встречалась почечная дисфункция (СКФ<60 мл/мин). По тяжести нарушения функции почек больные распределились следующим образом: СКФ >90 мл/мин – 32,8%, СКФ 89-60 мл/мин – 44,0%, СКФ 59-45 мл/мин – 13,3 %, СКФ 44-30 мл/мин – 5,8%, СКФ 29-15 мл/мин – 4,1%. Госпитальная летальность среди всех пациентов ИМП ST зарегистрирована в 9,5% случаев (23 из 241 пациентов). Наибольшая госпитальная летальность отмечена в группе пациентов с СКФ<60 мл/мин – 17,2% (17 из 99 пациентов), в то время как среди пациентов с СКФ>60 мл/мин – 4,2% (6 из 142 пациентов), $p<0,001$. Исходно низкие показатели СКФ ассоциировались с неблагоприятным прогнозом, так при уровне СКФ от 45 до 59 мл/мин госпитальная летальность составила 6,3% (2 пациента из 32), при уровне СКФ от 30 до 44 мл/мин – 42,9% (6 пациентов из 14), при уровне СКФ от 15 до 29 мл/мин – 60,0% (6 пациентов из 10), в то время как в группах с более высокими значениями СКФ случаи госпитальной летальности встречались значительно реже ($p<0,001$). Также была установлена положительная корреляция между СКФ и количеством летальных исходов в течение полугода с момента включения в наблюдение ($p<0,001$). Также был проанализирован ОР наступления госпитальной летальности и комбинированной первичной конечной точки в зависимости от уровня СКФ. СКФ менее 60 мл/мин увеличивает риск наступления госпитальной летальности в 5 раз (ОР 95% 4,699 (1,781-12,399), $p=0,002$), а СКФ от 45 до 30 мл/мин - в 29 раз (ОР 95% 28,875 (4,977-167,522), $p<0,001$) и СКФ от 30 до 15 мл/мин - в 58 раз (ОР 95% 57,750 (8,726-382,120), $p<0,001$). СКФ менее 60 мл/мин увеличивает риск наступления комбинированной первичной конечной точки в 3 раза (ОР 95% 2,831 (1,387-5,736), $p=0,004$), а СКФ от 45 до 30 мл/мин - в 8 раз (ОР 95% 7,92 (2,032-30,872), $p=0,003$) и СКФ от 30 до 15 мл/мин - в 10 раз (ОР 95% 9,9 (2,371-41,341), $p=0,002$). В 96,7% случаев проведена коронароангиография (КАГ), частота проведения КАГ снижалась со снижением СКФ ($p<0,001$), в 91,7% случаев проведение КАГ завершалось выполнением ангиопластики. Среди пациентов с ИМП ST с СКФ>60 мл/мин КАГ не проведена в 1,6% случаев, в то время как с СКФ<60% в 8,9% случаев ($p=0,013$), в группе же пациентов с СКФ<30 мл/мин КАГ не проведена 30% пациентов (3 из 10 пациентов), $p<0,001$. Острое почечное повреждение (ОПП) развивалось у 23,2% пациентов с ИМП ST, в том числе ОПП 1 степени – 19,1%, ОПП 2 степени – 3,3%, ОПП 3 степени – 0,8%. Частота развития ОПП возрастала со снижением уровня СКФ при поступлении в стационар, так при уровне СКФ от 45

до 59 мл/мин частота ОПП различных стадий достигала 34,4%, при уровня СКФ от 30 до 44 мл/мин – 42,9%, при уровня СКФ от 15 до 29 мл/мин – 60,0% ($p=0,003$). Частота развития ОПП также ассоциировалась со стадией ОН по Killip при поступлении, ОПП более часто встречалось при более высоких степенях ОН ($p<0,001$). Развитие ОПП ассоциировалось с увеличением госпитальной летальности у пациентов с ИМП ST, возрастая с утяжелением степени ОПП, так при ОПП 1 степени госпитальная летальность составила 26,2%, ОПП 2 степени – 42,9%, ОПП 3 степени – 100% ($p<0,001$). Анализ ОР наступления госпитальной летальности в зависимости от наличия или отсутствия ОПП показал, что ОПП увеличивает риск данной конечной точки в 6,5 раз (ОР 95% 6,519 (2,664-16,073), $p<0,001$). ОПП увеличивает риск наступления комбинированной первичной конечной точки в 4 раза (ОР 95% 4,394 (2,107-9,193), $p<0,001$).

Заключение:

Поражение почек как органа-мишени достаточно часто встречается у пациентов с различными вариантами ОКС и сопряжено с неблагоприятным прогнозом у пациентов с ИМП ST. Снижение СКФ отражает существенное увеличение вероятности летального исхода в течение 6-месячного периода наблюдения.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ БИФУРКАЦИОННОГО V – ОБРАЗНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕТВЕЙ ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Голощапов-Аксенов Р. С., Воронкина М.В.,
Ветров К.В., Мирзахамдамов Ж.М., Дышекова Д.М.,
Резеньков А.В., Гурин А.В., Лакунин К.Ю.

ГАУЗ МО «Центральная городская

клиническая больница»

Введение (цели/ задачи):

Пациенты с острым коронарным синдромом (ОКС), обусловленным бифуркационным поражением магистральных ветвей левой коронарной артерии (ЛКА) относятся к категории высокого риска. Цель: оценить отдаленные результаты бифуркационного V-стентирования магистральных ветвей ЛКА у пациентов с ОКС.

Материал и методы:

В период с 2013 по 2016 год бифуркационное V-стентирование магистральных ветвей ЛКА в экстренном порядке выполнили 9 пациентам с ОКС: у 5 пациентов при ОКС с подъемом сегмента ST, у 4 пациентов при ОКС без подъема сегмента ST. Возраст больных от 57 до 66 лет. Одному пациенту с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST передней стенки левого желудочка сердца на догоспитальном этапе выполнен тромболитический Метализе 10 тыс. ЕД. Всем пациентам перед коронарографией (КАГ) назначали двойную антиагрегантную терапию: Тикагрелор 180 мг и Аспирин 100 мг. Бифуркационное поражение магистральных ветвей ЛКА, выявленное при КАГ, по классификации «Medina» оценивали, как 0:1:1. У 7 пациентов выявлено поражение передней нисходящей и ее диагональной ветви, у 2 пациентов огибающей и ее ветви тупого края. Все вмешательства выполняли через правый лучевой доступ инструментами диаметром 6 френч в сроки до 12 часов с момента развития заболевания. Выполняли V-стентирование. Имплантировали стенты с лекарственным антипролиферативным покрытием. Результаты оценивали по данным коронарографии, клиническим и инструментальным критериям эффективности лечения. Сроки наблюдения 36 месяцев после стентирования.

Результаты:

Рентгенэндоваскулярную операцию успешно выполнили всем больным. Осложнений на госпитальном этапе не было. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии через 12 – 14 суток. По данным коронарографии через 12, 24 и 36 месяцев у всех пациентов стентированные сегменты без признаков рестеноза. Одному пациенту через 1 месяц после экстренной операции выполнено плановое стентирование правой коронарной артерии. При Эхо-КГ признаков нарушения насосной функции сердца не зафиксировано в течение всего периода наблюдения. Повторные рентгенэндоваскулярные вмешательства на коронарных артериях не проводили.

Заключение:

Методика V-образного стентирования бифуркационных поражений коронарных артерий у пациентов с ОКС с поражением коронарных артерий по классификации Medina 0:1:1 безопасна и эффективна в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения. Своевременное выполнение рентгенэндоваскулярной операции у больных ОКС и сохранение оптимального кровотока по крупной боковой ветви при V-стентировании обеспечивает удовлетворительные результаты лечения с сохранением насосной функции сердца.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ (ПО ДАННЫМ РОКСИМ-УЗ)

НАГАЕВА Г. А., МАМУТОВ Р. Ш.

АО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ»

Введение (цели/ задачи):

Провести сравнительный анализ и оценку проводимой терапии на стационарном этапе у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) и острым инфарктом миокарда (ОИМ), госпитализированных за 1 (2015) календарный год в клинические стационары из экспериментального района г. Ташкента (по данным исследования РОКСИМ-Уз).

Материал и методы:

В исследование было включено 238 больных с ОКС/ОИМ, госпитализированных в клинические больницы (КБ) одного из районов г. Ташкента. Анализ проводимой терапии проводился в сопоставлении со стандартами лечения ОКС/ОИМ на основании данных листов назначений в историях болезней республиканского и городских стационаров. В зависимости от места госпитализации были выделены 3 группы: 1гр. – 50 (21%) больных, госпитализированных в АО «РСЦКардиологии»; 2гр. – 48 (20,2%) больных из КБ №7 и 3гр. – 140 (58,8%) больных из КБ №4. Из всех клиник АО «РСЦКардиологии» оснащен современным медицинским оборудованием для проведения интервенционных вмешательств, поэтому 1гр. была выбрана в качестве «контрольной».

Результаты:

В количественном аспекте по назначаемым группам лекарственных препаратов (ЛП) было установлено, что аспирин в дозе 75 мг во всех группах использовался одинаково часто (~50%), а в дозе 150 мг в 1,5 раза чаще назначался во 2 и 3 группах. Клопидогрель, напротив, во 2 и 3 группах использовался значительно реже (33,3% - во 2гр. и 14,3% - в 3гр. против 82% - в 1гр.; оба $p < 0,001$), в т.ч. и в нагрузочной дозе. Примерно одинаковое соотношение наблюдалось при назначении ингибиторов АПФ (в 1гр. – 44%; во 2гр. – 41,7% и в 3гр. – 47,2%; оба $p > 0,05$) и антиаритмических препаратов (в 1гр. – 12%; во 2гр. – 14,6% и в 3гр.

– 9,3%, оба $p > 0,05$). Назначение нитратов во 2 и 3 группах фиксировалось в ~2 раза больше, чем в группе контроля (56,3% и 51,4%, соответственно во 2 и 3 группах против 32% - в 1гр.; оба $p < 0,05$); β -блокаторы использовались во 2гр. у 77,1%, а в 3гр. – 47,8% больных, в то время как в 1гр. данные ЛП назначались в 94% случаев (оба $p < 0,05$). Статины во 2гр. назначались 60,4%, а в 3гр. – у 31,4% пациентов, напротив в группе контроля статины использовались у 96% больных (оба $p < 0,001$). Антагонисты рецепторов ангиотензина-II во 2 и 3 группах назначались гораздо реже, чем в группе контроля (все $p < 0,001$).

Заключение:

По данным регистра «РОКСИМ-Уз» в КБ экспериментального района г. Ташкента на стационарном этапе лечения при ОКС/ОИМ наиболее часто применяемыми оказались аспирин, нитраты, β -адреноблокаторы, ингибиторы АПФ и статины, входящие в стандарты терапии ИБС. Однако назначение клопидогреля остается на недостаточном уровне, наблюдаются существенные различия в соблюдении стандартов лечения в ЛПУ республиканского и городского уровня, что требует активизации соответствующих обучающих программ.

ФАКТОРЫ АНГИОГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

ХАИШЕВА Л. А.¹, СУРОЕДОВ В. Н.¹, РЫЖКОВА Е. С.², ЗАКОВРЯШИНА И. Н.¹, САМАКАЕВ А. С.¹, ЛИТВИНОВКИНА М. С.³, САГАКОВА Е. А.⁴, ШЛЫК С. В.¹

¹Ростовский государственный медицинский университет,

²Городская больница №6,

³Клинико-диагностический центр Здоровье,

⁴Городская больница скорой медицинской помощи

Введение (цели/ задачи):

Изучить уровень факторов ангиогенеза (фактора роста фибробластов, фактора роста тромбоцитов, эндостатина), а так же фактора некроза опухоли альфа в остром периоде инфаркта миокарда в зависимости от наличия медикаментозной реваскуляризации.

Материал и методы:

В исследование включено 106 пациентов преобладали мужчины – 61,5%. Из них 78 пациентов (48 мужчин и 30 женщин), – с ОИМ и 28 – относительно здоровых пациентов. Включались больные ОИМ передней стенки ЛЖ с подъемом сегмента ST, поступившие в стационар в первые сутки от момента развития ИМ. Согласно целям и задачам исследования пациенты были разделены на следующие группы: - 1 группа - больные с ОИМ (39 человек), которым восстановление кровотока не проводилось в связи с поздними сроками поступления в отделение кардиореанимации через $14,37 \pm 4,26$ часов от момента развития ангинозного приступа; других противопоказаний для проведения ТЛТ не было; - 2 группа - больные с ОИМ, которым была проведена тромболитической терапии (39 человек), поступившие в отделение кардиореанимации через $6,02 \pm 3,51$ часов от момента развития ангинозного приступа; - 3 группа - группа контроля - 28 практически здоровых лиц (17 женщин и 11 мужчин) в возрасте 45–69 лет, средний возраст $57,82 \pm 5,19$ лет. Определение уровня эндостатина, фактора роста фибробластов (FGFb), человеческого тромбоцитарного фактора роста AA (PDGF-AA), человеческого фактора некроза опухолей α (TNF- α) - проводили иммуноферментный анализ (ELISA)

Результаты:

При изучении факторов ангиогенеза у обследованных пациентов на госпитальном этапе нами получено, что средний уровень

ЭФФЕКТИВНОСТЬ –
снижение риска
инсульта/
системных
тромбоэмболий
по сравнению
с варфарином²

БЕЗОПАСНОСТЬ –
меньше
риск
больших
кровотечений
по сравнению
с варфарином²

ЭЛИКВИС® ОБЪЕДИНЯЕТ ОБА ПРЕИМУЩЕСТВА

ЭЛИКВИС® – достоверно снижает риск инсульта/системных тромбоэмболий в сочетании с меньшим риском развития больших кровотечений*

ЭЛИКВИС® – в клинических исследованиях доказал снижение общей смертности*

Торговое название: Эликвис®, МНН: аписксабан. Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Состав: одна таблетка содержит 2,5 мг или 5 мг аписксабан. Показания к применению: – профилактика венозной тромбоэмболии у пациентов после планового эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава; – профилактика инсульта и системной тромбоэмболии у взрослых пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий, имеющих один или несколько факторов риска (таких, как инсульт или транзиторная ишемическая атака в анамнезе, возраст 75 лет и старше, артериальная гипертензия, сахарный диабет, сопровождающаяся симптомами хронической сердечной недостаточности (функциональный класс II и выше по классификации NYHA). Исключение составляют пациенты с тяжелым и умеренно выраженным митральным стенозом или искусственными клапанами сердца; – лечение тромбоза глубоких вен (ТГВ), тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), а также профилактика рецидивов ТГВ и ТЭЛА. Противопоказания. Гиперчувствительность к любому компоненту препарата. Клинически значимое кровотечение. При состояниях, характеризующихся повышенным риском кровотечений: врожденными или приобретенными нарушениями свертываемости крови; обострениях язвенной болезни желудочно-кишечного тракта; бактериальном эндокардите; тромбоцитопении; тромбоцитопатиях; геморрагическом инсульте в анамнезе; недавно перенесенном оперативном вмешательстве на головном или спинном мозге, а также на органе зрения; при тяжелой неконтролируемой артериальной гипертензии. Тяжелые нарушения функции печени, заболевания печени, сопровождающиеся нарушениями в системе свертывания крови и клинически значимым риском развития кровотечений. Нарушение функции почек с клиренсом креатинина менее 15 мл/мин, а также применение у пациентов, находящихся на диализе. Возраст до 18 лет (данные о применении препарата отсутствуют). Беременность (данные о применении препарата отсутствуют). Период грудного вскармливания (данные о применении препарата отсутствуют). Одновременное применение с препаратами, действие которых может быть связано с развитием серьезных кровотечений. Врожденный дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция. Побочное действие. Часто: анемия, кровотечения (часто – носовые, желудочно-кишечные, ректальные, кровотечения из десен, гематурия, гиперменорея, кровоизлияния в ткани глазного яблока), гематомы, тошнота. Перечень всех побочных эффектов представлен в полной версии инструкции по медицинскому применению. Способ применения и дозы. Препарат Эликвис® принимают внутрь, независимо от приема пищи. Для пациентов, которые не могут проглотить таблетку целиком, ее можно измельчить и развести (в воде, водной декстрозе, яблочном соке или пюре) и немедленно принять внутрь. В качестве альтернативы, таблетку можно измельчить и развести в воде или 5% водном растворе декстрозы и немедленно ввести полученную суспензию через назогастральный зонд. Лекарственное вещество в измельченных таблетках сохраняет стабильность в воде, водной декстрозе, яблочном соке или пюре до 4 часов. У пациентов с фибрилляцией предсердий: по 5 мг два раза в сутки. У пациентов с фибрилляцией предсердий дозу препарата снижают до 2,5 мг два раза в сутки при наличии сочетания двух или более из следующих характеристик – возраст 80 лет и старше, масса тела 60 кг и менее или концентрация креатинина в плазме крови $\geq 1,5$ мг/дл (133 мкмоль/л). У пациентов после планового эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава: 2,5 мг 2 раза в сутки (первый прием через 12–24 ч после оперативного вмешательства). У пациентов, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава, рекомендуемая длительность терапии составляет от 32 до 38 дней, коленного сустава – от 10 до 14 дней. Лечение тромбоза глубоких вен, тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА): По 10 мг два раза в сутки в течение 7 дней, затем 5 мг 2 раза в сутки. Продолжительность лечения определяется индивидуально с учетом соотношения ожидаемой пользы и риска возникновения клинически значимых кровотечений. Профилактика рецидивов тромбоза глубоких вен, тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА): По 2,5 мг два раза в сутки после как минимум 6 месяцев лечения тромбоза глубоких вен или ТЭЛА. Отпускается по рецепту врача. Срок годности: 3 года. Регистрационное удостоверение: ЛП-002007, ЛП-001475. Подробная информация содержится в инструкции по применению препарата. Перед применением необходимо ознакомиться с полной инструкцией по медицинскому применению препарата. Дата версии: 30.11.2016.

Медицинских работников просят сообщать о любых нежелательных явлениях в службу фармаконадзора компании Пфайзер.

1. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения ЭЛИКВИС® от 30.11.2016. 2. Granger CB et al. N Engl J Med 2011; 365: 981–992.

* Статистически значимо по сравнению с варфарином.



ООО «Пфайзер Инновации». Россия 123112, Москва, Пресненская наб., д. 10.
Тел.: +7 495 287 5000; факс: +7 495 287 5300.

PP-ELI-RUS-0055 25.01.2017

индукторов ангиогенеза – тромбоцитарного фактора роста и фактора роста фибробластов оказался статистически значимо выше среди пациентов с ИМ, чем у практически здоровых, однако средний уровень ингибитора ангиогенеза – эндостатина, по сравнению со здоровыми добровольцами был сопоставим. Необходимо отметить, что фактор роста фибробластов у здоровых колебался в пределах от 0,9 до 0,64 пг/мл, а у лиц с ОИМ был выше в десятки раз и находился в пределах от $9,76 \pm 6,72$ до $8,11 \pm 3,67$ пг/мл, его повышение обусловлено тем, что гены bFGF не закодированы для секреторного сигнального пептида и поэтому считается, что bFGF находится внутри клетки и может высвобождаться при её повреждении, что и наблюдается при ОИМ. Эндостатин, как фактор ингибирующий ангиогенез сопоставим по сравнению со здоровыми лицами, вероятно потому, что низкий уровень эндостатина позволяет организму в полной мере активировать ангиогенез. Концентрация фактора некроза опухоли оказалась на 63% процента выше в первой группе пациентов, в то время как в группе пациентов с ТЛТ терапией она была в 2 раза меньше и составляла лишь 12,75 pg/ml, и в среднем была в 12 раз выше нормы среди пациентов с ОИМ по сравнению с относительно здоровыми добровольцами. Что свидетельствует об активных воспалительных процессах в коронарном русле при ОИМ, которые более выражены при отсутствии проведения реперфузионной терапии

Заключение:

У пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST наблюдается усиление процессов ангиогенеза, о чем свидетельствует не зависимо от наличия или отсутствия проведения тромболитической терапии повышенный уровень индукторов ангиогенеза

ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

ОПЕРАЦИИ ТРОМБЭНДАРТЕРЭКТОМИИ ИЗ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ: ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА

МЕРШИН К. В., АКЧУРИН Р. С., ТАБАКЬЯН Е. А.,
ГАЗИЗОВ В. В., БОЙКОВ Н. В., ВЛАСОВА Э. Е., ЦЫРЕНОВ Д. Д.
ФГБУ «РКНПК» Минздрава РФ

Введение (цели/ задачи):

Операции тромбэндартерэктомии из легочных артерий (ТЭЭ) у больных хронической тромбоэмболической легочной гипертензией (ХТЭЛГ) являются методом первого выбора. Тем не менее, до 50% больных может быть отказано в проведении вмешательства. Сегодня, помимо ТЭЭ, для лечения могут быть использованы ангиопластика легочных артерий и гибридный подход. Каждый метод имеет свои преимущества и недостатки и должен применяться по решению мультидисциплинарного консилиума специалистов.

Материал и методы:

Методом выбора в лечении больных ХТЭЛГ остается операция тромбэндартерэктомии из легочных артерий (ТЭЭ). С 2013 года операции ТЭЭ в РКНПК МЗ РФ и включают применение срединной стернотомии, ИК, циркуляторного ареста. Проанализированы результаты 30 последовательно выполненных операций ТЭЭ, проведенных в период с марта 2013 по апрель 2017 года. Средний возраст больных составил $52,4 \pm 12$ лет (26 лет – 74 года). Мужчин -17, Женщин -13. Большинство больных находились в 3-4 ФК по NYHA (в среднем – 3,4). Предоперационно всем больным проводили катетеризацию и

ангиопульмонографию. Среднее давление в легочной артерии (срДЛА) составило – 49 мм.рт.ст., легочно-сосудистое сопротивление (ЛСС) – 985 дин.см.с-5, индексированное легочно-сосудистое сопротивление (ИЛСС) – 1923 дин.м2.см.с-5. Принципиальным в принятии решения об операции считали хирургическую доступность поражения легочных артерий не менее чем в 9-10 сегментах. Операции проводились с мониторингом гемодинамики катетером Свана-Ганса. Суммарное среднее время циркуляторного ареста составило – 36 мин/пац. Средняя продолжительность пребывания больных в отделении реанимации – 4 суток, в стационаре – 17 сут.

Результаты:

На госпитальном этапе погиб 1 больной (госпитальная летальность - 3%). Причиной летального исхода был легочный гипертензивный криз на 3 сутки после операции. Еще один летальный исход отмечен на 34 сутки, после выписки пациента из стационара вследствие недиагностированной эмпиемы плевры (ранняя летальность - 6%). Длительная ИВЛ (более 3 суток) потребовалась у трех больных. Причины продленной ИВЛ рецидивирующее бронхиальное кровотечение (1), стойкая реперфузионная гипоксемия (1), полиорганная недостаточность (1). Из других специфических осложнений следует отметить: нелетальный тромбоз легочных артерий (2), пневмоторакс (3), транзиторные расстройства со стороны ЦНС (3). У всех больных покинувших стационар (29 пациентов) отмечалось улучшение показателей легочной гемодинамики. СрДЛА снизилось до 24,4 мм рт.ст. ЛСС к моменту прекращения мониторинга гемодинамических показателей (2-5 сутки) упало до 281 ± 85 дин.с-5, ИЛСС – до 560 ± 153 дин.м2.см.с-5, что более чем в 3,6 раза ниже предоперационных показателей. Среднее время пребывания в клинике составило – 16 суток. У 7 пациентов в отдаленные сроки была проведена повторная катетеризация и ангиопульмонография, подтвердившие как гемодинамическую, так и анатомическую эффективность операции. В работе обсуждаются также вопросы использования гибридного варианта операции, то есть сочетания легочной эндартерэктомии и ангиопластики ЛА. Дается также краткая характеристика периоперационного медикаментозного ведения больных, в том числе с использованием ЛАГ-специфических препаратов.

Заключение:

Операция ТЭЭ из легочных артерий позволяет у большинства больных добиться значительного улучшения кровотока через легочную ткань. Междисциплинарный подход, а также профилактика и агрессивное упреждающее лечение осложнений позволяют достичь хороших результатов, сравнимых с другими операциями на сердце и магистральных сосудах.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СОГЛАСНО ДАННЫМ РОССИЙСКОГО РЕГИСТРА БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ТАРАН И. Н., АРХИПОВА О. А., ВАЛИЕВА З. С.,
ВЫБОРОВ О. Н., МАРТЫНЮК Т. В.,
НАКОНЕЧНИКОВ С. Н., ЧАЗОВА И. Е.
ФГБУ «РКНПК» Минздрава РФ

Введение (цели/ задачи):

Оценить гемодинамические и функциональные характеристики пациентов с идиопатической легочной гипертензией (ИЛГ), легочной артериальной гипертензией, ассоциированной с

врожденными пороками сердца (ЛАГ - ВПС) и системными заболеваниями соединительной ткани (ЛАГ - СЗСТ) согласно данным Российского регистра ЛАГ и ХТЭЛГ.

Материал и методы:

В период с 01.01.2012 г. по 30.06.2016 г. в исследовании участвовало 14 Российских экспертных центров. В Регистре включались пациенты старше 18 лет с ЛАГ и хронической тромбоэмболической легочной гипертензией (ХТЭЛГ) из 44 регионов Российской Федерации. Online версия Регистра представлена на сайте www.pul-hyp.medibase.ru.

Результаты:

400 пациентов с ЛАГ было включено в сравнительный анализ: 170 пациентов с ИЛГ (группа 1; 140 ж/ 30 м) в возрасте $40,6 \pm 12,9$ лет на момент включения, 141 пациент с ЛАГ – ВПС (группа 2; 108 ж/ 33 м) в возрасте $40,3 \pm 18,1$ лет, 89 пациентов с ЛАГ – СЗСТ (группа 3; 78 ж/ 11 м) в возрасте $50,0 \pm 14,4$ лет. Пациенты с ЛАГ – СЗСТ были значительно старше по сравнению с пациентами из других групп. Длительность легочной гипертензии до момента включения в регистр значимо различалась между группами: 3,3 (1,4-8,6), 13,1 (4,2-23,5), 2,4 (1,0-4,98) лет, соответственно.

У пациентов с ИЛГ наблюдалась наибольшая дистанция в тесте 6-минутной ходьбы $395,6 \pm 104,2$ м по сравнению с пациентами с ЛАГ – ВПС $351,3 \pm 119,5$ м ($p=0,002$) и ЛАГ – СЗСТ $345,9 \pm 131,0$ м ($p=0,003$). Функциональный класс по классификации ВОЗ был сопоставим между группами на момент включения. При проведении ЭхоКГ для пациентов с ЛАГ-ВПС в сравнении с ИЛГ и ЛАГ-СЗСТ выявлены достоверно большие размеры левого предсердия (3,7 [3,2-4,4] см против 3,3 [2,9-3,7] см, $p<0,0001$ и 3,4 [3,0-3,9] см, $p=0,003$, соответственно), толщины передней стенки ПЖ (1,0 [0,8-1,2] см против 0,7 [0,6-0,8] см, $p<0,0001$ и 0,6 [0,5-0,8] см, $p<0,0001$, соответственно), диаметра ствола ЛА (3,5 [3,0-4,2] см против 3,1 [2,9-3,7] см, $p=0,006$ и 3,2 [2,8-3,5] см, $p=0,0016$), СДЛА ($96,5 \pm 32,5$ см против $87,7 \pm 25,7$ см, $p=0,007$ и $85,5 \pm 30,6$ см, $p=0,01$, соответственно), ДЛАСр ($65,0 [53,0-80,0]$ см против $57,0 [40,8-61,5]$ см, $p=0,001$ и $50,5 [46,3-51,8]$ см, $p=0,01$, соответственно). Конечно-диастолический размер ЛЖ оказался достоверно меньше у пациентов с ИЛГ (4,1 [3,5-4,5] см против ЛАГ-ВПС (4,3 [3,8-4,8] см, $p=0,003$) и ЛАГ-СЗСТ (4,3 [3,8-4,7] см, $p=0,02$). Значимых различий по площади правого предсердия, переднезаднему размеру ПЖ не зарегистрировано. При проведении катетеризации правых отделов сердца у пациентов ЛАГ-СЗСТ, в противоположность толерантности физической нагрузке, выявлены наименьшие значения ДЛАСр ($49,0 [42,0-54,0]$ мм рт. ст. против $56,0 [49,0-63,0]$ мм рт. ст. для ИЛГ ($p<0,0001$) и $59 [37-82,5]$ мм рт. ст. для ЛАГ-ВПС ($p=0,047$)), СДЛА ($78,0 [64,0-89,0]$ мм рт. ст. против $88,0 [75,0-101,0]$ мм рт. ст. у ИЛГ ($p<0,0001$), легочного сосудистого сопротивления ($781 [533-1004]$ дин*сек/см5 против $1096 [825-1485]$ дин*сек/см5 при ИЛГ ($p<0,001$)). Значения сердечного выброса ($4,2 [3,4-5,4]$ л/мин против $3,5 [2,8-4,1]$ л/мин, $p<0,001$ у ИЛГ и $3,4 [2,8-4,3]$ л/мин, $p=0,02$ при ЛАГ-ВПС) и сердечного индекса ($2,43 [2,1-3,1]$ л/мин/м2 против $1,9 [1,6-2,3]$ л/мин/м2, $p<0,001$ у ИЛГ и $1,9 [1,7-2,3]$ л/мин/м2, $p=0,001$ при ЛАГ-ВПС) у больных ЛАГ-СЗСТ оказались наибольшими. У пациентов с ЛАГ-ВПС выявлена наименьшая сатурация кислородом артериальной крови ($91,5 [87,6-97,0]\%$ против $96,0 [93,5-99,0]\%$, $p=0,0004$ при ИЛГ и $96,0 [92,5-99,0]\%$, $p=0,0037$ при ЛАГ-СЗСТ) и наибольшая сатурация крови из легочной артерии ($65,5 [60,0-73,0]\%$ против $60,0 [52,0-65,0]\%$, $p=0,0008$ при ИЛГ). Остальные различия были недостоверными.

Заключение:

Пациенты с ЛАГ различной этиологии имеют значимые различия гемодинамических и функциональных характеристик, что может повлиять на результаты лечения и прогноз.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЕ СОПРЯЖЕНИЕ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА – ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ПЕРЕХОДЕ С ТЕРАПИИ СИЛДЕНАФИЛОМ НА РИОЦИГУАТ

ТАРАН И.Н., БЕЛЕВСКАЯ А.А., САИДОВА М.А.,
МАРТЫНЮК Т.В., ЧАЗОВА И.Е.
ФГБУ «РКНПК» Минздрава РФ

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: Оценить влияние терапии риоцигуатом на функциональный статус, сердечно - сосудистое (СС) сопряжение между правым желудочком (ПЖ) и легочной артерией (ЛА) и ремоделирование правых отделов сердца у пациентов с идиопатической легочной гипертензией (ИЛГ) при переходе с терапии силденафилом на риоцигуат.

Материал и методы:

8 пациентов с ИЛГ (средний возраст $45,1 \pm 8,02$ лет) были включены в исследование. Исходно все пациенты принимали терапию силденафилом 20 мг 3 раза в сутки в течение $21,5 \pm 16$ месяцев. 27% пациентов принимали двойную комбинированную ЛАГ-специфическую терапию (силденафил и бозентан), 1 пациент принимал силденафил и илопрост. Предшествующая терапия не привела к достижению целей лечения, что потребовало замены терапии силденафилом на риоцигуат в дозе 1 мг 3 раза в сутки с последующей титрацией дозы на 0,5 мг 3 раза в сутки каждые 2 недели до максимальной дозы 2,5 мг 3 раза в сутки (согласно алгоритму титрации препарата). Пациентам проводился тест -6-минутной ходьбы (Т6МХ) с оценкой индекса одышки по Боргу, спирометрия (СВЭМ) исходно и через 12 недель терапии риоцигуатом. Трансторакальная эхокардиография (ЭхоКГ) проводилась исходно и через 12 недель терапии риоцигуатом на ультразвуковом приборе Vivid E9 (GE Healthcare, США) с использованием датчика M5S-D для регистрации изображений в 2D режиме и матричного датчика 4V-D для регистрации изображений в 3D режиме. Для оценки систолической функции ПЖ в 3D режиме проводилась запись изображения в апикальной 4-камерной позиции. В дальнейшем изображение переносилось на рабочую станцию EchoPac PC (GE Healthcare, США), снабженную специальной программой Tomtec для расчета фракции выброса (ФВ) ПЖ. Для оценки систолической функции ПЖ в 2D режиме использовались показатели систолической экскурсии кольца трикуспидального клапана (TAPSE) и фракционного изменения площади (FAC). Для расчета СС сопряжения ПЖ - ЛА использовалась формула: $СС \text{ сопряжение} = E_a / E_{max}$, где E_a – эффективная артериальная жесткость ЛА, E_{max} – конечно-систолическая жесткость ПЖ. Расчет E_a проводился по формуле: $E_a = (срДЛА - ДЗЛА) / VO$, где срДЛА - среднее давление в легочной артерии, ДЗЛА - давление заклинивания легочной артерии, VO - ударный объем ПЖ. Расчет E_{max} проводился по формуле: $E_{max} = срДЛА / КСО$, где КСО – конечно систолический объем ПЖ. Катетеризация правых отделов сердца (КПОС) была проведена на визите перехода с терапии силденафилом на риоцигуат (ожидается на 24 неделе лечения).

Результаты:

На момент перехода с терапии силденафилом на риоцигуат у 50 % пациентов был II функциональный класс (ФК) по класси-

фикации Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) и у 50 % пациентов был III ФК (ВОЗ) с средним значением дистанции в Т6МХ 380±57 м. По данным Эхо-КГ средние значения S правого предсердия (ПП) и базального размера правого желудочка были 21,2±7,4 см² и 4,2±0,4 см соответственно. TAPSE, диастолический индекс эксцентricности (ДИЭ) и FAC ПЖ были 1,63±0,3см, 1,57 ±0,4 и 29±8,5% соответственно. По данным КПОС срдЛА и срдПП исходно были 49,5±7,4 и 4,4±3,7 мм рт.ст., соответственно, сердечный индекс был 2,1±0,4 л/мин/м². Средние значения пикового потребления кислорода (Vo2 peak) и вентиляционного эквивалента по углекислому газу (VE/Vco2 slope) по данным СВЭМ были 11,7±4,2 мл/кг/мин и 41±16 соответственно. Тщательный анализ клинического, функционального и гемодинамического статуса пациентов показал, что большинство имеют высокий риск летального исхода в течение года (n=5), у 3 пациентов был промежуточный риск. Терапия риоцигуатом была начата после 24 – часовой отмены силденафила. К 12 неделе лечения риоцигуатом наблюдалось значимое улучшение функционального статуса пациентов в виде увеличения дистанции в Т6МХ до 441±61м (p=0,03), Vo2 peak до 11,9± 2,7 мл/кг/мин (p=0,049), уменьшения VE/Vco2 slope до 28,9 ± 2,1 (p=0,04). У 3-х пациентов наблюдалось улучшение функционального класса (ВОЗ) до I. Уже к 12 неделе лечения риоцигуатом была выявлена положительная динамика параметров Эхо-КГ: увеличение TAPSE до 1,83±1,15 см и FAC ПЖ до 34,3 ± 7 %, уменьшение правых отделов сердца. Отмечалось улучшение ФВ ПЖ с 32[22; 32] до 38[34,5; 41] (p=0,049). СС ПЖ - ЛА уменьшилось с 0,79[0,4; 0,9] до 0,44 [0,27; 0,65] (p=0,01) в связи с снижением Ea ЛА (p= 0,02) и увеличением Emax ПЖ (p=0,046). К 12 неделе лечения в группе низкого риска было 3 пациента, в группе промежуточного риска 2 пациента. Клинически значимых побочных эффектов на фоне терапии риоцигуатом не наблюдалось. Всем пациентам был рекомендован дальнейший прием риоцигуата.

Заключение:

После перехода с терапии силденафилом на риоцигуат у пациентов с ИЛГ 12-недельная терапия риоцигуатом продемонстрировала не только положительный эффект на функциональный статус пациентов, но и на ремоделирование правых отделов сердца, сердечно-сосудистое сопряжение ПЖ-ЛА.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РОКСИМ-УЗ

НАГАЕВА Г. А., МАМУТОВ Р. Ш., АМИНОВ А. А., МУН О. Р.
АО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ» МЗ

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ), как коморбидное состояние у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) и острым инфарктом миокарда (ОИМ) (по данным регистра РОКСИМ-Уз).

Материал и методы:

Материалом исследования явилась созданная в соответствии с разработанным протоколом регистра ОКС/ОИМ база анкетных данных пациентов одного из районов г. Ташкента, госпитализированных в соответствующие ЛПУ с диагнозом ОКС/ОИМ (по данным службы «03» и/или семейных поликлиник), или умерших от этой патологии (по данным бюро СМЭ и

ЗАГСа) за 1 (2015) календарный год. Для оценки клинических параметров были выделены 2 группы: 1 гр. – 47 респондентов без АГ (группа контроля) и 2гр. – 385 человек с наличием АГ различной степени выраженности.

Результаты:

Группы были сопоставимы по возрасту и полу, а также ростовым параметрам. Тем не менее, распределение лиц по весовой категории установило некоторые различия. А именно, в группе с АГ количество больных с избыточным весом оказалось больше, чем в группе контроля (p=0,019; $\chi^2=5,520$). Обращает на себя внимание то, что в группе с АГ, количество пациентов с нормальным весом $\approx$ в 2 раза было меньше, чем в контрольной группе, а ожирение 3 степени встречалось в 5 раз реже, чем в 1гр. Из сопутствующих нозологий наличие СД 2 типа среди лиц контрольной группы имело место у 2 (4,3%), а среди больных с АГ – у 134 (34,8%) человек, при этом средний уровень глюкозы крови в 1гр.= 5,8±2,6 ммоль/л и во 2гр.= 6,3±2,9 ммоль/л (p>0,05). Оценка уровня глюкозы крови непосредственно у пациентов с СД показала, что в группе с АГ данный показатель оказался равным 8,4±3,5ммоль/л, что на 0,7ммоль/л было выше, чем в 1гр. (p>0,05). Анализ анамнестических данных показал, что во 2гр. преобладали лица с перенесенным инфарктом миокарда (33,2% vs 8,5%, соответственно во 2 и 1 группах; p=0,000 и $\chi^2=10,941$). Также АГ достоверно чаще сопровождалось развитием хронической сердечной недостаточности (53,3% vs 23,4%, соответственно во 2 и 1 группах; p=0,000 и $\chi^2=13,751$). Перенесенные чрескожные вмешательства или аортокоронарное шунтирование пациенты с АГ отмечали в 7,3% и 3,1% случаях, в то время как в группе контроля аналогичные показатели составили 8,5% и 0% (p>0,05). Наличие стенотических сужений >50% в венечных сосудах в 1группе было выявлено у 4,3% пациентов, а во 2группе – у 7,8% респондентов (p>0,05). При индивидуальной беседе осведомленность пациентов об острой коронарной патологии была установлена в 53,5% случаев у лиц с АГ и в 38,3% - в группе контроля (p=0,069; $\chi^2=3,295$).

Заключение:

При ОКС/ОИМ сопутствующие коморбидные состояния, такие как ожирение 1-2 ст., перенесенный инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность и сахарный диабет 2 типа, явились прерогативой лиц с наличием артериальной гипертензии и, соответственно, характеризовались большим количеством больных со стенотическими >50% сужениями венечных артерий.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВКУСОВОЙ СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Абдуллаева Г. Ж.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ

Введение (цели/ задачи):

Изучить влияние вкусовой солечувствительности на показатели суточного профиля артериального давления (СПАД) у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

Обследовано 167 больных АГ I-III степени (ВОЗ, 2007), средний возраст 55,4±11,3 лет. Средняя длительность АГ составила 12,3±6,5 лет. С целью выявления порога вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) всем пациентам проводили тест по методике R. Henkin. СПАД изучался с помощью суточного мониторирования, которое проводили регистратором «BR-102 plus» (SCHILLER, Switzerland). Результаты исследования представлены в M±SD.

Результаты:

С целью выявления особенностей СПАД с учетом ПВЧПС были выделены подгруппы больных с высоким, средним и низким ПВЧПС. Распределение пациентов с учетом ПВЧПС в обследованной группе было следующим: высокий ПВЧПС был выявлен в 62,9% случаев, средний ПВЧПС – 16,2%, низкий ПВЧПС – 20,9% ($p=0.000$, $\chi^2=99,234$). Анализ средне-суточных показателей систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД) не выявил значимых различий в изучаемых подгруппах больных, однако прослеживалась тенденция к более повышенным показателям в подгруппе больных с высоким ПВЧПС. Так, средне-суточный показатель САД составил $134,4 \pm 15,8$ мм рт. ст. в подгруппе больных с высоким ПВЧПС, $129,7 \pm 13,5$ мм рт. ст. в подгруппе больных со средним ПВЧПС и $130,8 \pm 15,5$ мм рт. ст. в подгруппе больных с низким ПВЧПС ($p>0,05$). Средне-суточный показатель ДАД составил $81,4 \pm 9,8$ мм рт. ст. в подгруппе больных с высоким ПВЧПС, $78,4 \pm 8,8$ мм рт. ст. в подгруппе больных со средним ПВЧПС и $79,7 \pm 9,7$ мм рт. ст. в подгруппе больных с низким ПВЧПС ($p>0,05$). Следует отметить, что скорость утреннего подъема САД достоверно превышала у больных с высоким ПВЧПС, чем у больных с низким ПВЧПС: $25,2 \pm 17,5$ мм рт. ст./ч против $16,9 \pm 8,5$ мм рт.ст./ч соответственно ($p=0,0289$). Прослеживалась тенденция к более высокому показателю скорости утреннего подъема ДАД в подгруппе больных с высоким ПВЧПС по сравнению с подгруппой с низким ПВЧПС: $21,7 \pm 17,0$ мм рт. ст./ч против $14,8 \pm 8,6$ мм рт.ст./ч ($p=0,0842$). Анализ степени ночного снижения ДАД показал достоверное преобладание дипперов в подгруппе больных с низким ПВЧПС. Так, количество дипперов составило 45,7%, нон-дипперов – 28,6%, найт-пикперов – 20% и овер-дипперов – 5,7% ($\chi^2=15,657$, $df=3$, $p=0,001$) в подгруппе больных с низким ПВЧПС, тогда как в подгруппе больных с высоким ПВЧПС: 36,2%, 41,9%, 13,3% и 8,6% соответственно ($\chi^2=45,752$, $df=3$, $p=0,000$) и в подгруппе больных со средним ПВЧПС: 25,9%, 59,3%, 11,1% и 3,7% соответственно ($\chi^2=26,222$, $df=3$, $p=0,000$).

Заключение:

Имело место преобладание высокого ПВЧПС в изучаемой группе больных АГ. Изучение параметров СПАД с учетом ПВЧПС выявило наиболее высокую скорость утреннего подъема САД и ДАД у больных АГ с высоким ПВЧПС, что ассоциируется с высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений. По степени ночного снижения ДАД в подгруппе больных с низким ПВЧПС достоверно преобладало количество больных с достаточным его снижением.

ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

ВАСКЕС АБАНТО А. Э.¹, АРЕЛЬЯНО В. С.Б.², ВАСКЕС А. Х.Э.³

¹НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. А.А. Богомольца, ²УНИВЕРСИТЕТ САН-ПЕДРО, г. ЧИМБОТЕ, ПЕРУ, ³ЦЕНТР ПМСП № 2, г. КИЕВ, УКРАИНА

Введение (цели/ задачи):

Охарактеризовать впервые выявленную артериальную гипертензию (АГ) у лиц молодого возраста (от 18 до 40 лет) в практике врача первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Материал и методы:

Было проведено наблюдательное, описательное и поперечное исследование с аналитическим составляющим у 56 человек в возрасте от 18 до 40 лет (пациенты набраны среди 2-х популя-

ций: одной – в г. Киеве (Украина), другой – в г.Чимботе (Перу), среди которых мужчины и женщины почти поровну. У пациентов было зафиксировано: артериальное давление (АД), индекс массы тела, окружность талии, курение и физическая активность. Были обобщены качественные переменные в абсолютных и относительных частотах и процентах. Исследование проводилось параллельно и на основе непрерывного обмена данными и информацией через Интернет в 2015-2016 гг. За основу приняты цифры нормального артериального давления (АД = 120/80 мм. рт. ст.), высокого или повышенного (САД ≥ 140 мм. рт.ст. и / или ДАД ≥ 90 мм. рт. ст.), согласно рекомендациям ESH/ESC 2013 г (European Society of Hypertension и European Society of Cardiology). В исследовании применялось анкетирование с использованием описательного и наблюдательного метода, где отдельное внимание обращалось на взаимосвязь между независимой переменной (факторами риска, ФР) и зависимой переменной (поддержание АД). У 25 пациентов (44,6%) исследуемой популяции отмечалась АГ 1-й (22 пац.) и 2-й (3 пац.) степени без гипотензивного лечения, а у остальных членов группы – разная степень (ст.) повышения АД, охарактеризованного авторами как ВСД с гипертензивным синдромом (прегипертензия). Было принято во внимание влияние ФР и критерии высокого или очень высокого сердечно-сосудистого риска, связанные с высоким АД. Пациентам с такими ФР и критериями рекомендовалась физическая активность (ходьба, бег, плавание, гимнастика) с меньшей нагрузкой, а также устранение или минимизация влияния ФР (потребления табака, регулирование питания, прием алкоголя и воздействие отрицательного стресса, борьба с лишним весом и высоким уровнем холестерина). Из исследования были исключены пациенты с сахарным диабетом и заболеваниями почек. Первичная (эссенциальная) АГ или АГ неизвестного происхождения, связана с атерогенными факторами, такими как: ожирение, сахарный диабет и дислипидемия, с отягчающим обстоятельством того, что отсутствие лечения может сократить жизнь человека примерно от 10 до 20 лет.

Результаты:

В соответствии с полученными результатами большинство пациентов (32,14% исследуемой популяции) с АГ 1-й ст. (18) легко реагировали на коррекцию монотерапией (β -адреноблокаторы и АРА II) и / или минимизацией влияния ФР. Пациенты данной группы в основном имели САД выше нормальных показателей, которое имело склонность к снижению спустя 2-3 мес. гипотензивного лечения, напрямую связанного с их отношением к рекомендациям по ФР. В ходе исследования у всех 25 пациентов с АГ 1-й и 2-й ст. наблюдалось постепенное уменьшение АД, начиная с конца первой недели, которое стало более стойко отмечаться в конце первого месяца. Наряду с АД уменьшалась и частота сердечных сокращений. Уже в конце второй недели была снижена дозировка гипотензивных препаратов у 14 пациентов (13 пац. с АГ 1-й ст. и у 1-ого с АГ 2-й ст.). В конце наблюдения примерно 50% пациентов с АГ 1-й и 2-й ст. только продолжали применять гипотензивные препараты в минимизированных индивидуально дозировках. С начала наблюдения было отмечено, что динамическая физическая активность вызывает у большинства пациентов повышение САД, что объясняется непосредственной зависимостью от сократительной способности сердечной мышцы и процессом адаптации после привычной малоподвижности. Не обнаружено значимое изменение ДАД исследуемых пациентов в ходе наблюдения, хотя в целом ДАД имеет тенденцию к снижению, наряду с САД (вероятно, как результат периферической вазодилатации). Полученные результаты подтверждают теорию, что существует прямая связь

между ФР и АГ. В сравнительном плане данная программа исследования показала, что САД и ДАД реагируют по-разному на физическую активность, а в результате индивидуально подобранной физической активности уменьшается САД; а ДАД, как правило, остается мало измененным.

Заключение:

В последние годы в практике врача ПМСП диагноз АГ, впервые выявленной среди лиц молодого возраста, является частым явлением, в основном из-за катастрофически «отрицательного» влияния ФР. По мере устранения ФР, обеспечивается более эффективная сократимость сердца, в результате чего и снижается САД с благоприятным для здоровья человека прогнозом. Медикаментозное гипотензивное лечение в этих условиях оказывается эффективнее, способствуя, прежде всего, прогрессивному снижению САД. Устранение отрицательного влияния ФР оказывается достаточно эффективным способом не только в плане улучшения прогноза АГ и продолжительности жизни, но и как фактор препятствия дальнейшему развитию АГ как заболевания.

ГЕМОДИНАМИКА МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Шлык С. В.¹, Разумовский И. В.¹, Хаишева Л. А.¹,
Литвинова М. С.², Редькин А. В.³,
Карташова Н. В.³, Рыжкова Е. С.⁴

¹Ростовский государственный медицинский университет,

²КДЦ Здоровье, ³ГБСМП Ростова на Дону,

⁴Городская больница №6

Введение (цели/ задачи):

Изучить изменения показателей микроциркуляторного русла (МЦР) во у пациентов с гипертонической болезнью, сочетанием гипертонической болезни и хронической обструктивной болезни легких и здоровых лиц.

Материал и методы:

В настоящем исследовании приняло участие 160 человек. Были сформированы три группы: первая – 54 пациента, страдающих ГБ, вторая – 74 пациента, страдающих ГБ и ХОБЛ, и третья – 32 практически здоровых человека. Средний возраст пациентов с ГБ составил 63,09±5,46 лет, средний возраст пациентов с ГБ и ХОБЛ – 67,28±7,99 лет ($p>0,05$), средний возраст практически здоровых лиц – 50,71±4,29 ($p<0,05$). Изучение МЦР проводили с использованием аппарата доплерографа Минимакс-доплер-К, ООО СП «Минимакс», город Санкт-Петербург (удостоверение о регистрации прибора от 18.09.2007 № ФСР 2007/00810). Исследование кровотока проводили в области ногтевого валика третьего пальца кисти с помощью транскутанного датчика общего применения 20 МГц. Были проведены две пробы: холодовая проба с погружением, изучали редукцию кожного кровотока на 1, 3, 5 минутах, процент редукции кожного кровотока (Q%) выражали как: $Q\%_{\text{сниж.}} = (Q_{\text{исх.}} - Q_{\text{min}}) / Q_{\text{исх.}} \times 100$, где $Q_{\text{исх.}}$ – исходный кровоток в коже, Q_{min} – минимальный кровоток в коже, и проба с реактивной гиперемией, проводившаяся по методике С. Celermayer (1999 г.).

Результаты:

Максимальная систолическая скорость кровотока по кривой средней скорости (Vas) среди пациентов первой группы варьировала от 0,06 до 1,53 см/с и составила в среднем по группе 0,75±0,038 см/с, причем она достоверно не отличалась от пациентов второй группы, у которых максимальная систолическая скорость кровотока варьировала от 0,07 до 1,74 см/с и соста-

вила 0,89±0,15 см/с. У пациентов третьей исследуемой группы данный показатель составил в среднем 0,46±0,12 см/с, варьируя от 0,31 до 0,52 см/с, что статистически значимо меньше, чем в первой и во второй исследуемых группах пациентов. У пациентов с ГБ в ответ на холодовое воздействие на 1й, 3й и 5й минутах происходила вазодилатация, максимальные значения которой достигались к 5й минуте (в среднем по группе 8,8%), следовательно, реакция в ответ на холодовое воздействие у пациентов с ГБ слабая, изменения объемной скорости кровотока от исходной не более чем на 10%. У пациентов второй группы максимальные значения вазодилатации достигаются также к 5й минуте, в среднем по группе 6,4%, ($p<0,05$). У практически здоровых лиц на непрямое холодовое воздействие максимальное сужение сосудов происходит на 1-ой минуте, к 3-ей минуте наблюдается резкий прирост кровотока (от -9,1% до 12,1%) в среднем более 20%, к 5-ой же минуте кровоток снижается до 2,2%, что сопоставимо с исходным показателем и является нормальным ответом микроциркуляторного русла. В пробе с реактивной гиперемией среди пациентов с ГБ наблюдается прирост кровотока, который в среднем по группе составил 17,9%, и к 3й минуте от начала пробы он начал снижаться до 11,6%, практически не изменившись на 5й минуте 10,44%. Среди пациентов с ГБ и ХОБЛ прирост кровотока в среднем по группе составил лишь 14,4%, к 3й минуте от начала пробы он начал снижаться до 10,3%, не изменившись на 5й минуте 9,74%. Практически здоровые лица должным образом реагировали на окклюзию сосудов, прирост кровотока составил 19,2%. К 3-ей минуте скорость кровотока в микроциркуляторном русле начинала снижаться до 8,2% (более чем на 10%), а уже к пятой минуте была сопоставима с исходной – 2,8%.

Заключение:

Пациенты с ГБ и ХОБЛ имеют нарушенную реакцию МЦР в ответ на функциональные пробы, которая проявляется в виде медленного и неадекватного ответа на раздражители, в отличие от практически здоровых лиц.

ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Хакимов А. А., Файзиева М. Д.К.

Ташкентская медицинская академия

Введение (цели/ задачи):

Выявить изменение функционального состояния эндотелия и периферической гемодинамики у женщин с избыточным весом в сочетании с гипертонической болезнью

Материал и методы:

Обследовано 61 женщин. Средний возраст составил 25,8 ± 2,3 года, из них 27 пациенток с ИМТ – 15-19,9 (1 группа) и 34 пациенток с ИМТ – 20,0 и выше. Материалом для исследования служила периферическая венозная кровь. Проводили доплерографию общей сонной артерии, внутренней сонной артерии, среднечерепной артерии. Определяли среднесуточное систолическое и диастолическое давление, индекс времени систолического и диастолического АД.

Результаты:

В 1 группе пациентки имели ИМТ на 18,6 % выше нормы (средний ИМТ – 18,2 кг/м²). На ОСА: ИС выявлен у 30%, ЛСК оказалась снижена на 31,3%, ТИМ увеличена на 21,3%. На ВСА: ИС выявлен у 40%, Р_и повышен на 18%, а ЛСК снижена на 18,2%. На СМА выявлено снижение ЛСК на 14,3%. САД/ДАД составили

139/93 мм рт.ст., ИВСАД-10%, ИВДАД – 13%. Во 2 группе пациентки имели ИМТ на 28,3 % выше нормы (средний ИМТ – 23,6 кг/м²). На ОСА: ИС выявлен у 60%, ЛСК оказалась снижена на 41,4%, ТИМ увеличена на 43,4%. На ВСА: ИС выявлен у 50%, Р_i повышен на 29,4%, а ЛСК снижена на 49,3%. На СМА выявлено снижение ЛСК на 29,4%. САД/ДАД составили 147/98 мм рт.ст., ИВСАД-74%, ИВДАД – 84%.

Заключение:

Таким образом, физиологические показатели функционального состояния эндотелия у женщин с избыточным весом в сочетании с АГ отличаются от показателей функционального состояния эндотелия у женщин с избыточным весом не в сочетании с АГ. И у них имеются нарушения периферической гемодинамики, они более значительны при повышенном АД и нарастают при высокой степени ожирения. Знание адаптивных изменений функционального состояния эндотелия при АГ в сочетании с ИМТ позволит прогнозирование целого ряда осложнений в практическом акушерстве.

ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИИИ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО СТАТУСА С УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Погожева А. В., Батулин А. К., Алешина И. В.,
Тоболева М. А., Денисова Н. Н., Левин Л. Г.,
Аристархова Т. В., Жукова Л. А.
ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», Москва

Введение (цели/ задачи):

Известно, что в развитии артериальной гипертензии (АГ) имеют значение как немодифицированные, так и модифицированные факторы риска, одним из которых является нарушение питания. Целью настоящего исследования явилось изучение ассоциации уровня артериального давления с нарушением пищевого статуса

Материал и методы:

В КДЦ «Здоровое и спортивное питание» ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» (г. Москва) было проведено изучение пищевого статуса у 4580 взрослых (1881 мужчина и 2699 женщин, средний возраст 48,4±0,3 лет), проживающих в Российской Федерации. Обследование включало оценку фактического питания, состава тела методом биоимпедансметрии, определение биомаркеров пищевого статуса.

Результаты:

При анализе фактического питания у обследованных лиц отмечалась повышенная калорийность рациона относительно суточных энерготрат за счет избыточного потребления общего (42,5% по калорийности) и насыщенного жира (13,7%), добавленного сахара (11,1%), натрия (в 2 раза) и недостаточного – пищевых волокон (в 2,5 раза), витаминов группы В. Результаты изучения пищевого статуса показали, что 29,6% пациентов имели избыточную массу тела, а 34,1% страдали ожирением. Уровень артериального давления был достоверно выше у мужчин, у лиц с избыточной массой тела и ожирением ($p<0,001$). По сравнению с лицами моложе 30 лет у пациентов в старшей возрастной группе достоверно более высоким был уровень систолического (соответственно, 114,0 ± 0,96 мм рт.ст. и 139,5 ± 1,41 мм рт.ст., $p<0,001$) и диастолического артериального давления (74,5 ± 0,68 мм рт.ст. и 86,6 ± 0,81 мм рт.ст., $p<0,001$). Отмечалась положительная корреляция между уровнем систолического и диастолического АД, с одной стороны, и величиной ИМТ (соответственно $r=0,444$, $p<0,001$ и $r=0,450$, $p<0,001$), концентрацией в сыворотке крови холестерина ($r=0,121$, $p<0,001$ и $r=0,173$, $p<0,001$), ХС ЛПНП ($r=0,178$,

$p<0,01$ и $r=0,184$, $p<0,01$), глюкозы ($r=0,190$, $p<0,001$ и $r=0,150$, $p<0,01$), триглицеридов ($r=0,228$, $p<0,001$ и $r=0,173$, $p<0,001$), мочевой кислоты ($r=0,254$, $p<0,001$ и $r=0,129$, $p<0,05$), гомоцистеина ($r=0,385$, $p<0,001$ и $r=0,292$, $p<0,01$), с другой, и отрицательная – с силовым индексом ($r=-0,213$ $p<0,001$ и $r=-0,223$, $p<0,001$). С возрастом у обследованных чаще отмечались нарушения пищевого статуса, которые обуславливают повышение риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. У мужчин значительно чаще диагностируется риск развития АГ.

Заключение:

Уровень АД ассоциирован с немодифицированными факторами риска (пол, возраст), а также с нарушением питания и пищевого статуса (ИМТ, изменение маркеров липидного, углеводного, белкового обмена). Коррекция рациона питания и пищевого статуса пациентов будет способствовать профилактике АГ.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ВЗАИМОСВЯЗЬ С ТОЛЩИНОЙ КОМПЛЕКСА ИНТИМЫ-МЕДИИ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Бахшалиев А. Б., Гаджиев А. Б.О.,
Бабаева Н. З.К., Гасымов С. Э.О.
НИИ кардиологии им. акад. Дж. Абдуллаева

Введение (цели/ задачи):

Целью исследования является изучение особенностей липидного обмена и взаимосвязь с толщиной комплекса интимы-медии сонных артерий у больных с артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2-го типа.

Материал и методы:

Были обследованы 63 больных обеих полов в возрастном диапазоне 27-78 лет. Были определены показатели липидного спектра: концентрация общего холестерина (ОХС), липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ) в плазме крови и был рассчитан индекс атерогенности (ИА). Кроме того, были определены концентрация глюкозы в крови и протромбиновый индекс. С помощью ультразвукового доплерографического метода были обследованы общие сонные артерии с обеих сторон, при этом определялся характер изменений в этих сосудах и толщина комплекса интимы-медии (ТКИМ). У 28 больных был диагностирован сахарный диабет 2-го типа. На основании полученных данных была изучена взаимосвязь содержания показателей липидного спектра и глюкозы в крови с толщиной комплекса интимы-медии в общих сонных артериях. Целью исследования является изучение особенностей липидного обмена и взаимосвязь с толщиной комплекса интимы-медии сонных артерий у больных с артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2-го типа. Были обследованы 63 больных обеих полов в возрастном диапазоне 27-78 лет. Были определены показатели липидного спектра: концентрация общего холестерина (ОХС), липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ) в плазме крови и был рассчитан индекс атерогенности (ИА). Кроме того, были определены концентрация глюкозы в крови и протромбиновый индекс. С помощью ультразвукового доплерографического метода были обследованы общие сонные артерии с обеих сторон, при этом определялся характер изменений в этих сосудах и толщина комплекса интимы-медии (ТКИМ). У 28 больных был диагностирован сахарный диабет 2-го типа. На основании полученных данных была изучена взаимосвязь со-

держания показателей липидного спектра и глюкозы в крови с толщиной комплекса интимы-медии в общих сонных артериях.

Результаты:

Мужчины составили 33 (53%), женщины 30 (47%) больных, средний возраст составил $56,58 \pm 3,53$. Мужчины находились в возрастном диапазоне 27-77 ($57,33 \pm 10,31$), женщины - 32-78 ($55,76 \pm 10,31$). Показатели ОХС ($5,28 \pm 3,22$) были незначительно выше у мужчин ($5,35 \pm 0,83$), нежели у женщин ($5,31 \pm 0,58$). Показатели ЛПНП ($3,51 \pm 0,84$) были ненамного выше у женщин ($3,56 \pm 0,89$) в сравнении с мужчинами ($3,52 \pm 0,72$); показатели ЛПВС ($1,17 \pm 0,42$) были примерно одинаковыми у мужчин ($1,2 \pm 0,49$) и женщин ($1,2 \pm 0,33$); показатели ТГ ($1,67 \pm 0,9$) и глюкозы ($6,89 \pm 2,35$) выше были у мужчин (ТГ- $1,75 \pm 1,11$, глюкоза - $7,43 \pm 2,83$) в сравнении с женщинами (ТГ- $1,57 \pm 0,58$, глюкоза - $6,31 \pm 1,48$). Показатели ИА ($3,85 \pm 1,43$) были повышены как у мужчин ($3,9 \pm 1,77$), так и у женщин ($3,76 \pm 0,99$) с незначительной разницей между ними. По полученным нами данным не отмечалось гендерных отличий между показателями в зависимости от пола. За норму ТКИМ в общих сонных артериях принималась величина менее 0,9 мм. Полученные данные были сопоставлены в группе мужчин ($1,05 \pm 0,17$) и женщин ($1,02 \pm 0,18$), а также в группе с высоким уровнем сахара в крови ($1,04 \pm 0,18$) и с нормальным ($1,03 \pm 0,19$). Средние показатели ТКИМ были несколько выше нормы в различных группах, но существенно не различались. Наряду с этим, был проведен корреляционный анализ между ТКИМ и показателями уровня липидного спектра, сахара в крови и протромбинового индекса. Не было отмечено статистически достоверной корреляционной зависимости между изученными показателями.

Заключение:

Проведенное нами исследование показало, что показатели ТКИМ повышены как у мужчин, так и у женщин с артериальной гипертензией вне зависимости от уровня гликемии. Принимая во внимание то, что увеличение показателей ТКИМ является важным прогностическим фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений, исследование ТКИМ должно обязательно проводиться у больных с артериальной гипертензией и сахарным диабетом.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ III СТЕПЕНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПОДАГРОЙ, У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Горшков-Кантакузен В. А.

Российское Представительство

Папского Колледжа св. Георгия

Введение (цели/ задачи):

Изолированная систолическая гипертензия (ИСГ) – вид артериальной гипертензии характеризующийся, согласно классификации ВОЗ и Международного общества гипертензии, значениями систолического артериального давления (САД) ≥ 140 mmHg при нормальном (< 90 mmHg) диастолическом артериальном давлении (ДАД). ИСГ характерна для лиц пожилого и старческого возраста и обнаруживается примерно у 15-20%. Основной сложностью при назначении медикаментозной терапии являются низкие значения ДАД (и возможное снижение ДАД на фоне терапии), возраст и сопутствующие заболевания пациента, отсутствие клинического опыта ведения пациентов и достаточных знаний по лечению ИСГ, а также снижение эффективности антигипертензивной терапии с увеличением возраста пациента. Еще до недавнего времени

представлялось почти невозможным лечение пациентов с ИСГ из-за возможных осложнений в результате приема антигипертензивной терапии, однако, крупные многоцентровые рандомизированные исследования (1985-1992 гг.) с плацебо-контролем в условиях двойного слепого опыта показали эффективность такой терапии, в частности, было показано снижение инсультов на 40%, сердечно-сосудистых осложнений на 30%, осложнений ишемической болезни сердца на 15%.

Материал и методы:

Пациентка Л., 1930 года рождения. Жалобы на высокое АД (до 200/55 mmHg), плохое самочувствие, головокружения, слабость, бессонницу. В анамнезе: подагра. Содержание мочевой кислоты в крови на верхней границе, медикаментозную терапию не принимает. По данным ЭКГ имеются амплитудные критерии гипертрофии левого желудочка (без нарушения процессов реполяризации), ЧСС = 61 уд/мин. На начало участия в исследовательской программе «RMH» Папского Колледжа св. Георгия значения АД составляли 186/62 mmHg, что соответствует III степени ИСГ. Сопутствующее заболевание ограничивает возможный выбор терапии. На первом этапе была назначена монотерапия: 160 мг валсартана утром, через 2 дня доза увеличена до 320 мг валсартана утром, и еще через 4 дня доза увеличена до 160 мг валсартана утром и 320 мг валсартана днем. На втором этапе был сделан переход на комбинированную терапию: 160 мг валсартана утром, 320 мг валсартана днем и 10 мг нифедипина вечером (перед сном); через 5 дней доза увеличена до 160 мг валсартана + 10 мг нифедипина утром, 32 мг валсартана днем и 10 мг нифедипина вечером (перед сном).

Результаты:

На первом этапе, в результате суммарного суточного приема 480 мг валсартана АД постепенно снизилось до 165/65 mmHg. Пациентка отметила улучшение самочувствие, отсутствие головокружения и бессонницы. На втором этапе, в результате суммарного суточного приема 480 мг валсартана и 20 мг нифедипина отмечено сохранение стабильного АД в диапазоне 140-145/60-63 mmHg; хорошее самочувствие, повышение настроения, крепкий сон и отсутствие головокружений.

Заключение:

Таким образом, в результате выбранной стратегии, АД постепенно снижено до 140-145/60-63 mmHg. Отмечен положительный эффект высоких доз валсартана в комбинации с нифедипином для лечения ИСГ, осложненной подагрой, у пациента старческого возраста. Настоящий клинический случай еще раз доказывает благотворное влияние сартанов и комбинаций с ними при лечении различных форм гипертензии, в том числе у пациентов старческого возраста.

НАРУШЕНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Склянная Е. В.

Донецкий национальный медицинский

университет им. М. Горького

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: изучить роль нарушений психоэмоционального состояния в развитии артериальной гипертензии (АГ) у лиц молодого возраста.

Материал и методы:

Было обследовано 842 добровольца (417 мужчин, 425 женщин) в возрасте от 20 до 29 лет, у которых уровень АД был в

пределах нормы (ниже 140/90 мм рт.ст). Психозомоциональный статус исследуемых оценивали с помощью теста нервно-психической адаптации С.Б. Семичова, шкалы оценки уровня ситуационной тревожности Спилбергера – Ханина и опросника «От неуверенности к уверенности» Н.Н. Обозова. Обследованные наблюдались в течение 5 лет. Конечной точкой в исследовании считалось развитие АГ.

Результаты:

За период наблюдения из исследования по различным причинам выбыли 78 обследованных: 72 – сменили место жительства, у 6 – были выявлены заболевания, вызывающие симптоматическую артериальную гипертензию. Таким образом, в статистический анализ были включены данные 764 пациентов. АГ была выявлена у 144 человек (18,8%, 95% ДИ 16,2-21,7%). Среди них нарушения психозомоционального состояния при первичном обследовании были выявлены у 81 пациента (56,3%, 95% ДИ 48,0-64,3%). Среди обследованных с нормальным уровнем АД этот показатель составил 280 человек (45,2, 95% ДИ 41,3-49,1%), что было достоверно реже ($p=0,021$). Относительный риск развития АГ в течение 5 лет у обследованных с нарушением психозомоционального состояния составил 1,44 (95% ДИ 1,07-1,93).

Заключение:

У обследованных с нарушением психозомоционального состояния АГ в течение 5 лет развивается в 1,44 раза чаще.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВРЕМЕННОГО АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПАРАМЕТРОВ ТУРБУЛЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ

Алейникова Т. В.

ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Материал и методы:

Обследовано 214 пациентов с АГ II степени (средний возраст $57,7 \pm 7,6$). Из них 121 женщина (56,5 %) и 93 мужчины (43,5 %). Всем пациентам проведено холтеровское мониторирование (ХМ), в программе которого оценивались временные (time domain) показатели variability сердечного ритма (BCP): SDNN(мс), SDNN-i(мс), SDANN-i(мс), RMSSD(мс), pNN50(%). У 173 (80,8 %) пациентов по данным ХМ были зарегистрированы желудочковые нарушения ритма, позволяющие рассчитать и оценить параметры турбулентности сердечного ритма (TCP). Оценивались параметры TO («onset»-«начало» турбулентности, показатель, отражающий период тахикардии) и TS («slope» -«наклон» турбулентности, отражающий период брадикардии). Статистическая обработка результатов выполнялась с помощью программного обеспечения «Statistica», 10.0. Достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты:

Большинство пациентов с АГ II степени имеет нормальные значения показателей временного анализа BCP. У пациентов молодого возраста отмечается преимущественное повышение показателей, что может свидетельствовать о компенсаторном преобладании тонуса парасимпатической нервной системы в ответ на повышение уровня артериального давления. У пациентов старше 40 лет выявлена следующая тенденция: повышение показателей зарегистрировано преимущественно у женщин, снижение — у мужчин. Таким образом, у мужчин в возрасте старше 40 лет чаще отмечается преобладание тонуса симпатической нервной системы, что способствует более быстрому срыву компенсаторных возможностей и прогрессирующему повышению уровня АД. Выявлены статистически значимые

корреляции показателей BCP с возрастом пациентов, средней ЧСС, циркадным индексом, фракцией выброса. Доказан высокий уровень статистической значимости взаимосвязи time domain показателей variability. Выявлены корреляции с высокой статистической значимостью между SDNN (мс) и средней ЧСС ($r = -0,458$; $p < 0,0001$), SDNN и ЦИ ($r = 0,531$; $p < 0,0001$); SDNN и TS ($r = 0,447$; $p < 0,0001$), SDANNi и средней ЧСС ($r = -0,417$; $p < 0,0001$), SDANNi и ЦИ ($r = 0,73$; $p < 0,0001$), SDANNi и TS ($r = 0,317$; $p < 0,0001$); SDNNi и средней ЧСС ($r = -0,366$; $p < 0,0001$), SDNNi и TO ($r = 0,3$; $p < 0,0001$), SDNNi и TS ($r = 0,504$; $p < 0,0001$); RMSSD и средней ЧСС ($r = -0,291$; $p < 0,0001$), RMSSD и TO ($r = 0,42$; $p < 0,0001$), RMSSD и TS ($r = 0,359$; $p < 0,0001$); pNN50 и средней ЧСС ($r = -0,268$; $p < 0,001$), pNN50 и TO ($r = 0,38$; $p < 0,0001$), pNN50 и TS ($r = 0,345$; $p < 0,0001$). Нормальные значения параметров турбулентности зарегистрированы у 52,8% всех обследованных лиц. С увеличением возраста пациентов отмечается повышение TO и снижение TS, таким образом, увеличивается количество пациентов, имеющих редукцию одного параметра или тотальную редукцию параметров TCP. Выявлена статистически значимая корреляция между TS и ФВ ($r = 0,2$; $p = 0,008$). Получен высокий уровень статистической значимости взаимосвязи TO и TS ($r = -0,29$; $p = 0,0001$). Выявлено, что уровень взаимосвязи параметров TO и TS возрастает с увеличением возраста обследованных пациентов. Выявлена достоверная корреляция значений TO и TS с основными показателями «time domain» анализа BCP.

Заключение:

Комплексная оценка variability и турбулентности сердечного ритма по данным холтеровского мониторирования позволит разработать метод выделения группы пациентов с артериальной гипертензией, имеющих повышенный риск формирования возможных неблагоприятных исходов.

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Корниенко Н. В., Фомочкина И.И.,

Корытько И.Н., Петренко В.И.

МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМЕНИ С.И. ГЕОРГИЕВСКОГО

ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского»

Введение (цели/ задачи):

Оценить приверженность пациентов с АГ к приему фиксированной комбинации периндоприла с амлодипином.

Материал и методы:

Обследовано 60 пациентов (45 мужчин и 15 женщин) с АГ II и III степени. В 52,4% случаев преобладали больные с гипертонией III степени. Возраст обследованных был от 45 до 58 лет ($51,5 \pm 5$ года). По данным анамнеза средний стаж АГ составил 15,6 лет. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) была диагностирована у 91% и хроническая сердечная недостаточность у 54% пациентов с АГ. Исходная клиническая характеристика обследованных соответствовала общепринятым критериям. До начала лечения и через 3 месяца всем пациентам было проведено инструментальное (суточное мониторирование АД – СМАД, холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиография) и лабораторное обследование с определением уровня креатинина, калия крови, мочевой кислоты. Был проведен опрос пациентов с помощью опросника. На момент включения в исследование средняя систолическая АД (САД) составила $171,4 \pm 20,1$ мм. рт. ст., среднее диастолическое АД (ДАД) – $92,0 \pm 11,2$

мм.рт.ст.. Все обследуемые имели неконтролируемую АГ на фоне ранее назначенной антигипертензивной терапии (АГТ). Из них монотерапию получали 36 (60%), на двухкомпонентной терапии находились 20 человек (33,3%) и 4 человека (6,7%) были на трехкомпонентной терапии. По результатам опросника отмечена невысокая приверженность к ранее назначенному лечению (49,5%). АГТ пациенты принимали нерегулярно или в недостаточно адекватной дозе. На фоне базисной терапии всем больным была назначена фиксированная комбинация периндоприла с амлодипином (Дальнева, КРКА) в разных дозировках от 4/5 мг до 8/10 мг 1 раз в сутки, в зависимости от исходного состояния. Оценку эффективности лечения проводили по уровню АД при очередных визитах, по данным дневника самоконтроля и СМАД. Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistika 6.0. различия между показателями считались статистически значимыми при $P < 0,05$.

Результаты:

В ходе обследования у всех пациентов была отмечена положительная динамика при применении фиксированной комбинации периндоприла с амлодипином. У 92,4% обследованных были достигнуты целевые уровни АД 135/80 мм.рт.ст., а также было отмечено статистически значимое как среднесуточных показателей САД ($136,4 \pm 9,1$) и ДАД ($80,2 \pm 4,1$) мм.рт.ст. как в дневное так и в ночное время. При опросе пациенты чаще указывали на причины снижающие приверженность к лечению, такие как количество назначенных препаратов, наличие сопутствующей патологии, недостаточная информированность о комбинации АГП. Все пациенты лечение переносили удовлетворительно. При ответе на вопрос о приеме фиксированной комбинации АГП 95,4% больных согласились регулярно продолжать это лечение в дальнейшем. Существенных нежелательных эффектов зарегистрировано не было.

Заключение:

По нашим данным, использование фиксированной комбинации периндоприла с амлодипином является эффективным и безопасным препаратом при лечении пациентов с АГ. Применение фиксированной комбинации АГП повышает комплаентность больного к лечению.

ПРИРОДНЫЕ ФОРМЫ ДЕПОНИРОВАНИЯ NO КАК ГИПОТЕНЗИВНЫЕ СРЕДСТВА И РЕГУЛЯТОРЫ УРОВНЯ ОКСИДА АЗОТА В ОРГАНИЗМЕ

Тимошин А. А.¹, Лакомкин В. Л.¹,

Абрамов А. А.¹, Рууге Э. К.¹, Ванин А. Ф.²

¹ФГБУ «РКНПК» Минздрава России, ²ФГБУН Институт химической физики им. Н.Н. Семенова, Москва

Введение (цели/ задачи):

Известно, что динитрозильные комплексы железа (ДНКЖ) с тиол-содержащими лигандами являются одной из основных стабилизированных форм NO в организме животных и человека. Такие соединения осуществляют депонирование NO и перенос его к мишеням действия, а также обладают собственным антиоксидантным действием. Целью работы являлось исследование переноса и накопления данных комплексов в ткани органов, а также их гипотензивного и защитного действия в результате введения препарата ДНКЖ с лигандом глутатионом (ДНКЖ-Глт) в организм крыс в нормальных условиях, а также при воспалении.

Материал и методы:

Эксперименты проводились на крысах линии Wistar. В качестве природной формы депонирования NO применялся стандарт-

ный гипотензивный препарат «Оксаком», активным веществом которого является ДНКЖ-Глт. В ходе опытов осуществлялся мониторинг среднего АД (АДср) и его изменений в результате введения ДНКЖ-Глт. Содержание связанных с белками ДНКЖ в крови и ткани органов после инъекции данного препарата определялось исходя из их сигналов ЭПР при $g=2,03$. Для оценки уровня NO, включая его стабилизированные формы, применялась спиновая ловушка на основе комплексов ионов железа и диэтилдитиокарбамата, а для регистрации спиновых аддуктов использовался метод ЭПР. Анализ действия ДНКЖ-Глт в нормальных условиях проводился при его введении в организм путём внутривенной, внутрибрюшинной, внутримышечной и подкожной инъекций, а также ректально. В другой части работы исследовался защитный эффект ДНКЖ-Глт, вводимого внутривенно в условиях генерализованного воспаления, вызванного введением липополисахаридов.

Результаты:

Установлено, что препарат ДНКЖ-Глт, вводимый внутривенно, инициирует существенный и пролонгированный гипотензивный эффект, сопровождающийся значительно более слабым увеличением уровня свободного NO в организме, по сравнению с другими препаратами-донорами NO (в качестве препарата сравнения применялся Изокет /изосорбиддинитрат/). При этом, как источник депонированных форм NO, ДНКЖ-Глт обладает избирательным действием на сердце. Показано, что наиболее существенный и продолжительный эффект ДНКЖ-Глт наблюдается в результате его внутривенного или подкожного введения. При этом в результате подкожной инъекции ДНКЖ-Глт снижение АДср и накопление связанных с белками ДНКЖ в крови и ткани органов происходит более медленно, по сравнению с внутривенным введением. В другой части работы установлено, что введение ДНКЖ с глутатионом в условиях эндотоксического шока не приводит к увеличению общего NO в органах крыс, оказывает защитное действие, подавляя гиперпродукцию оксида азота в лёгких и печени, и вызывает накопление этих комплексов с белковыми лигандами в почках животного. Следовательно, препарат ДНКЖ-Глт способен действовать не только как донор, но и как эффективный регулятор уровня NO в организме, подавляя гиперпродукцию NO в ткани органов.

Заключение:

Таким образом, наиболее существенный и продолжительный эффект ДНКЖ-Глт наблюдается в результате внутривенного и подкожного введения данного препарата. В результате подкожной инъекции данного соединения снижение АДср и накопление связанных с белками ДНКЖ в крови и ткани органов происходит более медленно, по сравнению с внутривенным введением, при этом подкожная инъекция характеризуется также более эффективным накоплением этих форм депонирования NO в ткани лёгких. Кроме того, данные комплексы способны инициировать защитный эффект, оказывая антиоксидантное действие и подавляя гиперпродукцию NO в ткани органов в условиях воспаления. Работа выполнена при частичной поддержке РФФИ, грант № 15-04-04355а.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КОМОРБИДНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МУЖЧИН С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И/ЛИ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА «РОКСИМ-УЗ»)

Мамутов Р. Ш., Нагаева Г. А.

АО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ»



Прадакса® – защита от инсульта, которой Вы можете доверять*¹⁻⁶

Прадакса® – профиль безопасности
подтвержден в независимом
исследовании FDA
(>134 000 пациентов)²

Прадакса® 150 мг – единственный
НОАК, превзошедший варфарин
в снижении риска ишемического
инсульта*¹

*у пациентов с фибрилляцией предсердий
НОАК – новый оральный антикоагулянт
FDA – Food and Drug Administration – Управление по контролю за продуктами и лекарствами
Министерства здравоохранения США

«У меня много планов. Инсульт в них не входит»

Литература:
1. Connolly SJ et al. N Engl J Med 2009;361:1139-1151; Connolly SJ et al. N Engl J Med 2010;363:1875-1876. 2. Graham DJ et al. Circulation 2014; doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.012061. 3. Seeger JD et al. Presented at AHA 2014; Villines TC et al. Presented at AHA 2014. 4. Larsen TB et al. Am J Med 2014;127:650-656. doi: 10.1016/j.amjmed.2014.01.031. 5. Larsen TB et al. Am J Med 2014;127:329-336. doi: 10.1016/j.amjmed.2013.12.005. 6. Eizekowitz M. et al. Presentation # 10684 at AHA Scientific sessions; 16-20 Nov 2013; Dallas; available at <http://www.abstractsonline.com/Plan/ViewAbstract.aspx?mID=3281&cKey=dddce9ce-d16b-467b-8a5f-f368a928f645&Key=c2d1f570-0c15-4fb3-a538-e0b82ef8f310>

Краткая инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Прадакса® (Pradaxa®)

Регистрационный номер: ЛСР-007065/09 (для дозировок 75 мг и 110 мг); ЛП-000872 (для дозировки 150 мг). МНН: дабигатрана этексилат. **Лекарственная форма:** капсулы. **Состав:** одна капсула содержит 86,48 мг, 126,83 мг или 172,95 мг дабигатрана этексилата мезилата, что соответствует 75 мг, 110 мг или 150 мг дабигатрана этексилата. **Показания:** профилактика венозных тромбоэмболий у пациентов после ортопедических операций; профилактика инсульта, системных тромбоэмболий и снижение сердечно-сосудистой смертности у пациентов с фибрилляцией предсердий; лечение острого тромбоза глубоких вен (ТГВ) и/или тромбозомии легочной артерии (ТЭЛА) и профилактика смертельных исходов, вызываемых этими заболеваниями; профилактика рецидивирующего тромбоза глубоких вен (ТГВ) и/или тромбозомии легочной артерии (ТЭЛА) и смертельных исходов, вызываемых этими заболеваниями. **Противопоказания:** известная гиперчувствительность к дабигатрану, дабигатрана этексилату или к любому из вспомогательных веществ; тяжелая степень почечной недостаточности (КК менее 30 мл/мин); активное клинически значимое кровотечение, геморрагический диатез, спонтанное или фармакологически индуцированное нарушение гемостаза; поражение органов в результате клинически значимого кровотечения, включая геморрагический инсульт в течение 6 месяцев до начала терапии; существенный риск развития большого кровотечения из имеющегося или недавнего изъязвления ЖКТ, наличие злокачественных образований с высоким риском кровотечения, недавнее повреждение головного или спинного мозга, недавняя операция на головном или спинном мозге или офтальмологическая операция, недавнее внутримышечное кровоизлияние, наличие или подозрение на варикозно-расширенные вены пищевода, врожденные артериовенозные дефекты, сосудистые аневризмы или большие внутрипозвоночные или внутриорганные сосудистые нарушения; одновременное назначение любых других антикоагу-

лянтов, в том числе нефракционированного гепарина, низкомолекулярных гепаринов (НМГ) (эноксапарин, дальтепарин и др.), производных гепарина (фондапаринукс и др.), пероральных антикоагулянтов (варфарин, ривароксабан, аписабан и др.), за исключением случаев перехода с или на препарат ПРАДАКСА или в случае применения нефракционированного гепарина в дозах, необходимых для поддержания центрального венозного или артериального катетера; одновременное назначение кетоконазола для системного применения, циклоспорина, итраконазола, таколимуса и дронедрона; нарушения функции печени и заболевания печени, которые могут повлиять на выживаемость; наличие протезированного клапана сердца; возраст до 18 лет (клинические данные отсутствуют). **Способ применения и дозы:** капсулы следует принимать внутрь 1 или 2 раза в день (в зависимости от показаний) независимо от времени приема пищи, запивая стаканом воды для облегчения прохождения препарата в желудок. Не следует вскрывать капсулу. **Особые указания при изъятии капсул из блистера:** оторвите один индивидуальный блистер от блистер-упаковки по линии перфорации; выньте капсулу из блистера, отслаивая фольгу; не выдавливайте капсулы через фольгу. **Побочное действие:** побочные эффекты, выявленные при применении препарата с целью профилактики ВТЭ после ортопедических операций; для профилактики инсульта и системных тромбоэмболий у пациентов с фибрилляцией предсердий; для лечения острого тромбоза глубоких вен (ТГВ) и/или тромбозомии легочной артерии (ТЭЛА) и профилактики смертельных исходов, вызываемых этими заболеваниями; для профилактики рецидивирующего тромбоза глубоких вен (ТГВ) и/или тромбозомии легочной артерии (ТЭЛА) и смертельных исходов, вызываемых этими заболеваниями. Часто (от 1/100 до 1/10 случаев): анемия, носовое кровотечение, желудочно-кишечные кровотечения, ректальные кровотечения, боль в животе, диарея, диспепсия, тошнота,

нарушение функции печени, кожный геморрагический синдром, урогенитальные кровотечения, гематурия. **Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по медицинскому применению. Особые указания: риск развития кровотечений.** Применение препарата ПРАДАКСА, так же как и других антикоагулянтов, рекомендуется с осторожностью при состояниях, характеризующихся повышенным риском кровотечений. Во время терапии препаратом ПРАДАКСА возможно развитие кровотечений различной локализации. Снижение концентрации гемоглобина и/или гематокрита в крови, сопровождающееся снижением АД, является основанием для поиска источника кровотечения. Лечение препаратом ПРАДАКСА не требует контроля антикоагулянтной активности. Тест для определения МНО применяться не должен, поскольку есть данные о ложном завышении уровня МНО. Для выявления чрезмерной антикоагулянтной активности дабигатрана следует использовать тесты для определения тромбинового или экаринового времени свертывания. В случае, когда эти тесты недоступны, следует использовать тест для определения АЧТВ. В исследовании RE-LY у пациентов с фибрилляцией предсердий превышение уровня АЧТВ в 2-3 раза выше границы нормы перед приемом очередной дозы препарата было ассоциировано с повышенным риском кровотечения. **Условия хранения:** в сухом месте, при температуре не выше 25 °С. Хранить в недоступном для детей месте. **Срок годности:** 3 года. Полная информация представлена в инструкции по медицинскому применению.

150 мг 2 раза в день

Прадакса®
дабигатрана этексилат

Защита от инсульта, подтвержденная практикой²⁻⁸

Введение (цели/ задачи):

Изучение распространенности и коморбидности артериальной гипертензии (АГ) у мужчин с острым коронарным синдромом и/или острым инфарктом миокарда (ОКС/ОИМ) в одном из районов г. Ташкента.

Материал и методы:

Материалом исследования явились созданная и обработанная в соответствии с разработанным протоколом регистра ОКС/ОИМ, база анкетных данных пациентов в одном из районов г.Ташкента за 1 календарный (2015) год. В регистр вошли 782 больных, из которых 491 (63,7%) были живы, оставшиеся 291 (36,3%) – были умершими (по данным СМЭ и ЗАГСа). В данном фрагменте представлены данные 243 живых мужчин с ОКС/ОИМ, средний возраст которых составил $57,26 \pm 8,59$ лет. Статистические методы анализа проводились с использованием программы «Statics-6,0».

Результаты:

Средние цифры систолического АД составили $139,56 \pm 28,85$ мм.рт.ст. и диастолического АД- $85,03 \pm 15,25$ мм.рт.ст. Нормотония регистрировалась в $\approx 42\%$; гипотония – в 7% случаев; АГ различной степени выраженности имела место у 124 (51%) мужчин, а именно: АГ-1ст. – у 25,9%; АГ-2ст – у 14,5% и АГ-3ст – у 10,7% больных. При поступлении ОИМ с Q зарегистрирован у 26 мужчин, из которых 6 (23,1%) были с АГ; ОИМ без Q – у 16 человек, в том числе 6 (37,5%) с АГ; ОКС с ST – у 21 респондента, из которых 8 (38,1%) с АГ; ОКС без ST – у 17 мужчин, в том числе 9 (52,9%) с АГ; НС – у 158 больных, из которых 92 (58,2%) с АГ и у 5 человек установлены другие заболевания, из которых у 3 (60%) была АГ. При выписке диагноз ОИМ с Q был выставлен 34 больным, из них 11 (32,3%) были с АГ; ОИМ без Q – 24 респондентам, из которых 7 (29,2%) с АГ; НС – у 167 пациентов, в том числе 99 (59,3%) имели АГ и у 13 мужчин диагноз ОКС/ОИМ был исключен, из которых 7 (53,8%) были с АГ. Отдельный анализ группы мужчин с АГ показал, что наиболее часто АГ регистрировалась в возрасте 56-60 лет (34 человека) и 66-70 лет (26 больных). Характер предъявляемых жалоб установил, что 116 (93,5%) человек жаловались на ощущение боли за грудной; 105 (84,7%) – на общую слабость; 99 (79,8%) – на одышку; 24 (19,3%) – отмечали холодный пот и у 1 (0,8%) пациента было синкопальное состояние. Суммарная составляющая предъявляемых жалоб была следующей: 1 симптом отмечался у 3 (2,4%) мужчин; 2 симптома – у 32 (25,8%); 3 симптома – у 76 (61,3%); симптомокомплекс из 4 жалоб – у 13 (10,5%) обследованных.

Заключение:

Среди мужчин с ОКС/ОИМ у 51% выявлена АГ, при этом АГ 1ст. имела у 25,9%; АГ-2ст – у 14,5% и АГ-3ст – у 10,7% больных. Коморбидность с АГ на момент госпитализации среди мужчин ОИМ с Q составила 23,1%; ОИМ без Q – 37,5%; ОКС с ST – 38,1% и среди ОКС без ST – 52,9%. При выписке коморбидность с АГ имела место у 32,3% мужчин с диагнозом ОИМ с Q и у 29,2% больных с ОИМ без Q.

ТРЕВОЖНОСТЬ И ДЕПРЕССИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Цырульников А. Н.

Гомельский государственный медицинский университет, Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Актуальность взаимовлияния психической и соматической составляющих, роли психологических факторов в развитии,

клиническом течении и прогнозе сердечно-сосудистых заболеваний не вызывает сомнений. Депрессия является одним из наиболее важных факторов, определяющих развитие и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний. В связи с этим, особое внимание уделяется изучению взаимосвязи депрессии с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца. А так как артериальная гипертензия и ИБС являются основными причинами развития ХСН, то депрессия является одним из факторов определяющих течение и прогноз сердечной недостаточности. Цель исследования: изучение уровня депрессии, личностной и реактивной тревожности у больных хронической сердечной недостаточностью на фоне артериальной гипертензии.

Материал и методы:

Было обследовано 55 пациентов с артериальной гипертензией I-III степени с проявлением ХСН I-IV функциональных классов по классификации Нью-йоркской ассоциации сердца. Уровень депрессии определяли по шкале депрессии Бека, оценку личностной и реактивной тревожности проводили с применением шкалы Спилберга-Ханина. Статистический анализ проводили с использованием непараметрических критериев: Т- критерия Манна-Уитни, метода ранговой корреляции Спирмена, обработка данных проводилась с помощью программы « Statistica» 6.0.

Результаты:

Отсутствие депрессивных симптомов было отмечено у 19 пациентов (34,5%), депрессия различной степени была выявлена у 36 пациентов (65,5%). Легкая депрессия наблюдалась у 17 пациентов (47,2%), умеренная – у 11 пациентов (30,5%), выраженная - у 5 пациентов (13,8%) и тяжелая у 3 пациентов (8,5%). Чаще депрессией страдали пациенты, у которых была артериальная гипертензия II-III степени, а также пациенты, имеющие сочетание артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца. Депрессией страдали 68% женщин и 32% мужчин в возрасте старше 50-ти лет. Уровень реактивной тревожности у всех групп пациентов не превысил 45 баллов, т.е. остался умеренным, не было зависимости реактивной тревожности от ФК ХСН и степени артериальной гипертензии. В тоже время был отмечен высокий уровень личностной тревожности у пациентов II и III ФК ХСН.

Заключение:

Депрессивные расстройства выявлены у 65,5% пациентов, страдающих артериальной гипертензией и ХСН; когнитивно - аффективные нарушения преобладали у пациентов I и II ФК ХСН и артериальной гипертензией I-II степени, соматические проявления депрессии – у пациентов III и IV ФК ХСН с артериальной гипертензией III степени либо при сочетании артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца. Депрессивные расстройства ассоциировались с женским полом (68% женщин и 32% мужчин), возрастом старше 50-ти лет и тяжестью соматического заболевания. Уровень реактивной тревожности у всех групп пациентов с ХСН и артериальной гипертензией был умеренным; уровень личностной тревожности был высоким и ассоциировался с тяжестью ХСН и соматического заболевания, т.е. степенью артериальной гипертензии либо сочетанием артериальной гипертензии и ИБС, что возможно связано с индивидуальными особенностями личности и влиянием соматического заболевания на личность.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

ДИНАМИЧЕСКОЕ ДИСПАНСЕРНОЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: О НЕОБХОДИМОСТИ ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ В РАННЕЕ РАЗРАБОТАННЫЙ ГРАФИК

Цоколов А. В.¹, ВЕРТЁЛКИН А. В.²

¹ФГУ МО РФ 1409 Военно-морской клинический госпиталь, ²МУЗ «Городская детская поликлиника №6», г. Калининград

Введение (цели/ задачи):

Программа диспансерного динамического ЭхоКГ обследования детей и подростков, изложенная в Приказе МЗ РФ №1346н (от 21.12.2012 года), и четко выполняемая в поликлиниках РФ, включает обязательное выполнение ЭхоКГ исследований в 1 месяц (даже при наличии ЭхоКГ заключений, в 100% случаев выполняемых при рождении в местном перинатальном региональном центре), 7 и 14 лет. Подобный подход, с точки зрения разработчиков объяснялся, в том числе, необходимостью раннего выявления врожденных (ВПС) и приобретенных пороков сердца, в ряде случаев приводящих к внезапной смерти, как правило - во время спортивных тренировок и на уроках физкультуры. При этом результат получился прямо противоположным, с коэффициентом полезного действия работы врачей, занимающихся подобной скрининговой работой, близким к 0%. Формирование перинатальных центров в рамках ФЦП позволило выявлять основную часть детей с тяжелой сердечно-сосудистой патологией уже в первые дни их жизни - как на основании результатов ЭхоКГ, так и по данным аускультации, клинической картине (дыхательная недостаточность, гипоксия, акроцианоз и т.п.). Цель исследования: на примере одной конкретно взятой детской городской поликлиники в северо-западном регионе России выяснить эффективность программы диспансерного динамического ЭхоКГ обследования детей и подростков, в части касающегося выявления новых случаев сердечно-сосудистой патологии, а также их влияние на характер оперативной активности среди пациентов этой группы.

Материал и методы:

Оценены архивные данные более 17000 ЭхоКГ заключений, выполненных в детской поликлинике в 2014-2016 г.г. Все исследования были выполнены силами 3 врачей ультразвуковой диагностики высшей и первой категории.

Результаты:

В результате анализа архивных данных было установлено, что за 3 года не удалось выявить ни одного нового, не диагностированного ранее, гемодинамически значимого ВПС, как и не было отправлено на оперативное лечение ни одного ребенка. Такая ситуация не может считаться нормальной, а подобный подход ведет только лишь к экономически необоснованному расходованию материальных и людских ресурсов. Самыми распространенными диагнозами у пациентов 1 месяца жизни, в дальнейшем чуть ли не ежегодно направляемых на контрольные ЭхоКГ исследования, были гемодинамически незначимые дефекты, чаще - открытые овальные окна, мышечные ДМПП, ОАП с минимальным лево-правым сбросом. С учетом амортизации оборудования и заработной платы двух врачей ультразвуковой

диагностики, силами которых возможно выполнить весь объем необходимых диспансерных ЭхоКГ (с учетом расчетных норм времени на ультразвуковые исследования, выполненных на основании Приказа МЗ РФ №283 1993 г.) только в одной детской поликлинике расходы могут достигать 1 млн рублей в год. Колоссальные цифры при практически нулевой эффективности. В этой связи вероятно следует поставить вопрос о целесообразности принятого графика динамического наблюдения детей и подростков и обратиться к зарубежным данным. В качестве альтернативного подхода могут быть рассмотрены «Рекомендации по кардиологическому ультразвуковому обследованию в педиатрии» (Версия 18.0 2016 г.; Американская Медицинская Ассоциация), где в качестве показаний к повторным ультразвуковым исследованиям рассматриваются следующие: 1) вновь появившиеся или усилившиеся симптомы у лиц с известным заболеванием сердца, в том числе и в случаях появления (!) изменений на ЭКГ; 2) каждые 12 месяцев у пациентов до 12-18 лет первой степени родства с семейным анамнезом гипертрофической кардиомиопатии; 3) каждые 12 месяцев у пациентов, кому проводится интенсивная терапия по поводу гипертрофии миокарда желудочков, клапанной дисфункции, кардиомиопатии. Повторные же ЭхоКГ у большинства пациентов, в соответствии с этими Рекомендациями, не показаны вовсе. В качестве единственного альтернативного метода диспансерного наблюдения может быть оставлено только ЭКГ-исследование (включено в перечень исследований Приказа МЗ РФ №1346н), либо вместо ЭхоКГ включена 12-пунктовая методика, предложенная Американской Ассоциацией Сердца (АНА, 2005), и используемая в качестве скрининговой у спортсменов в том числе и с кардиальной патологией. При этом для динамического наблюдения по данным АНА оказывается достаточно ЭКГ исследования 1 раз в год. Также можно обратиться и к данным Американских специалистов по спортивной кардиологии (2011 г), где имеется ссылка на то, что ввиду крайней дороговизны (!) ЭХОКГ исследований, у спортсменов с гипертрофической кардиомиопатией подобные исследования могут выполняться 1 раз в 5 лет (!), тогда как для динамического наблюдения достаточно ЭКГ исследования 1 раз в год.

Заключение:

Подобное видение проблемы диспансерного динамического ЭхоКГ обследования следует рассматривать лишь как частное мнение узких специалистов, однако сложившаяся ситуация, безусловно, требует кардинального пересмотра, всестороннего обсуждения в медицинской профессиональной среде, главным образом в свете экономической несостоятельности и низкой эффективности подобной диспансерной работы в масштабах всей страны. Исключение из графика динамического диспансерного ЭхоКГ обследования исследований в 1 месяц и/или 7 лет позволит оптимизировать экономические затраты, исключив ненужные с практической точки зрения исследования, оставив вместо них либо ЭКГ, либо заменив их 12-пунктовой скрининговой методикой, комплексно отражающей состояние сердечно-сосудистой системы как в данный период времени, так и с учётом наследственности. При таком подходе, на наш взгляд, не происходит подмены непосредственного общения врача и пациента, на так называемое «лечение результатов анализов и инструмент обследований». В настоящее время ЭхоКГ обследование в 1 месяц абсолютно безболезненно может быть исключено из списка обязательных у тех пациентов, кому при рождении (в неонатальном периоде жизни) такое исследование было выполнено, тем самым уже сейчас частично уменьшив нагрузку на врачей ультразвуковой диагностики.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ

ДИСФУНКЦИЯ ПОЧЕК КАК ПРЕДИКТОР НЕГАТИВНОГО ОТДАЛЕННОГО ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Скородумова Е. А., Костенко В. А.,
Скородумова Е. Г., Сиверина А. В.

ГБУ «САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НИИ П им. И.И. Джанелидзе»

Введение (цели/ задачи):

Изучить влияние острого повреждения почек (ОПП) у больных с инфарктом миокарда (ИМ) на фоне хронической почечной дисфункции или без неё на отдаленный прогноз заболевания.

Материал и методы:

Изучены результаты 2-х летнего наблюдения за 245 пациентами с ИМ после выписки из ГБУЗ НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в 2014 г. I выборку составили 63 пациента без хронической болезни почек (ХБП) в анамнезе, но с их повреждением в острый период ИМ. Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) отмечено в диапазоне от 59 до 30 мл/мин/1,73м². Во II группу вошли 88 человек, в анамнезе у которых была ХБП, а СКФ фоне ИМ снижалась также в пределах 59 - 30 мл/мин/1,73м². Контроль составили 94 больных без ХБП в анамнезе и без развития ОПП на госпитальном этапе. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Данные статистически обработаны.

Результаты:

За 2 года пациенты госпитализировались в различные стационары города: с повторным эпизодом острого коронарного синдрома (ОКС) - 33 (13,5%) человека (из них у 25 больных (10,2%) диагностирован инфаркт миокарда); декомпенсация хронической сердечной недостаточности (ДХСН), потребовавшая госпитализации, произошла у 26 пациентов (10,6%), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) - у 5 (2,0%). Если суммировать неблагоприятные исходы: ИМ+ДХСН+ОНМК, то таких больных в первый год оказалось 29 (11,8%), во второй 27 (12,0%), всего 56 (22,9%). В течение первого года после выписки в I группе у 15,9%, во 2-й выборке у 12,8% развивался повторный ОКС, что было достоверно больше по сравнению с контролем (4,3%), $p < 0,05$. Повторный ИМ существенно чаще отмечался у больных I группы (14,3%), относительно контрольной (3,2%), $p < 0,05$, а во 2-й почти в 3 раза превышал контроль: 9,1% против 3,2%. Госпитализации, связанные с ДХСН, в первый год встречались у пациентов как первой (3,2%) так и второй групп (5,7%). В третьей выборке их обнаружено не было. На втором году наблюдения повторный ОКС во всех группах развивался существенно реже, чем в первый, без достоверных различий между выборками: 3,5%, 6,5%, 1,1% соответственно. Госпитализации в связи с ДХСН на второй год продолжали расти: 10,5%, 13,0%, 3,3%, $p < 0,05$. При анализе наличия ХБП у больных, перенесших ИМ с повреждением почек, не ранее, чем через 3 месяца после выписки из стационара, была выявлена следующая картина. Снижение СКФ менее 60 мл/мин/1,73м² после индексной госпитализации в 1 год достоверно чаще отмечалось у пациентов как первой (41,9%), так и второй групп (75,0%) против контрольной выборки (6,4%),

$p < 0,01$. Снижение СКФ менее 60 мл/мин/1,73м² за 2 года также с достоверной частотой распределилось в I группе (51,2%) и во 2 (80,4%), относительно контрольной выборки (8,5%), $p < 0,01$. В течение 1-24 месяцев после выписки всего умерло 28 больных (11,4%). В первый год наблюдения случаи смерти встречались в I выборке в 9,5%, во II - 12,5%, что достоверно больше относительно 3-й группы (3,2%), $p < 0,05$. На второй год наблюдения летальность снизилась в 2,5 раза. Достоверных различий по выборкам обнаружено не было. Всего за два года в I выборке скончалось 12,7%, во второй 18,2%, что значительно превышало контрольные показатели (4,3%), $p < 0,01$.

Закключение:

1. Более тяжелому течению заболевания в отдаленном периоде инфаркта миокарда подвержены больные с ОПП и снижением СКФ в остром периоде ИМ вне четкой зависимости от наличия/отсутствия ХБП. 2. Снижение СКФ в остром периоде ИМ на фоне ОПП до 59-30 мл/мин/1,73м² у больных без ХБП в течение последующих 2-х лет приводит к развитию или прогрессированию почечной дисфункции со снижением СКФ у каждого второго, а при снижении СКФ в острый период заболевания на фоне предсуществовавшей ХБП - у четырех из пяти человек. 3. Предикторами более высокой летальности у пациентов с ИМ в течение 2-х лет являются ХБП и/или ОПП со снижением СКФ от 59 до 30 мл/мин/1,73м² в острый период заболевания.

ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА, ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА В РАЗЛИЧНЫХ СОСУДИСТЫХ БАССЕЙНАХ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Круглый Л. Б.¹, Фомичева О. А.¹, Балахонова Т. В.¹,
Карпов Ю. А.¹, Попкова Т. В.², Насонов Е. Л.^{2,3}

¹НИИ клинической кардиологии ФГБУ РКНПК МЗ,

²ФГБНУ «НИИР» им. В.А. Насоновой,

³ГБОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Введение (цели/ задачи):

Риск заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний у больных РА повышен на 50-80%. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – одна из основных причин сердечно-сосудистой смертности при ревматоидном артрите (РА). Оценка факторов риска и интерпретация клинических и инструментальных признаков ИБС при РА затруднена. В частности, не определены целевые уровни показателей липидного профиля для больных РА.

Материал и методы:

За период с 2012 по 2016 гг. мы обследовали 124 пациентов (83 женщин и 41 мужчина) с достоверным диагнозом РА по критериям EULAR (2010 г.) с подозрением на ИБС и/или с факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ФР ССЗ). Все больные наблюдались в ФГБУ «НИИР» РАМН им. В.А. Насоновой. Всем больным проводилось стандартное обследование на выявление ишемии миокарда (согласно Европейским рекомендациям по лечению стабильной ишемической болезни сердца 2013 года). Кроме того, всем больным проводилось определение показателей липидного профиля (ОХС, ХС ЛПНП и ЛПВП), иммунологических показателей (вЧСРБ, ФНО, ИЛ-1, ИЛ-6), дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, исследование лодыжечно-плечевого индекса, по показаниям выполнялась коронарография.

Результаты:

Средний возраст в исследованной группе составил 58 лет (52; 63), мужчин 41 (33%), АГ имела у 95 больных (77%), курил 31 пациент (25%), средняя длительность РА составила 13

лет (6;32), позитивны по АЦЦП 81 (65%), по РФ 109 (88%). Отягощенная наследственность по ССЗ была выявлена у 45 пациентов (36%), СД у 16 (13%), ожирение у 33 ИМТ(27%). Метотрексат принимали 78 (63%) пациентов (средняя доза 15 мг/сут), ГИБП 32 больных (26%), сочетание метотрексата и ГИБП принимали 20 больных (16%). Метилпреднизолон в низких дозах получало 60 больных (48%). Получали статины 84 (68%), из них 73 (59%) аторвастатин (средняя доза 20 мг/сут), 11 (9%) розувастатин (средняя доза 15 мг/сут). На фоне терапии достигнутый средний уровень ОХС составил 5,44 (4,3;6,1) ммоль/л, ЛПВП 1,4 (1,1; 1,63) ммоль/л, ЛПНП 3,4 (2,4; 3,94) ммоль/л. Целевого уровня ОХС достигло 23 пациента (19%). За 90 пациентами из 124 в течение 3 лет производилось наблюдение за динамикой атеросклеротического процесса в различных сосудистых бассейнах. Комплексное обследование через 3 года производилось повторно в том же объеме. В результате из 90 пациентов 21 (23%) имел отрицательную динамику атеросклеротического процесса в одном или более сосудистом бассейне, у 69 больных отрицательной динамики не было выявлено. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, наличию АГ, ожирения, СД, длительности РА, DAS28, РФ и АЦЦП-позитивности, показателей липидного спектра, приему статинов. Отмечалось достоверное различие в таких ФР, как курение (43% против 18%, $p=0,04$) и отягощенная наследственность по ССЗ (52% против 32%, $p=0,05$), а также повышение уровня иммунологических маркеров: ФНО (7,66±3,22 против 3,67±3,97, $p=0,004$), ИЛ-1 (3,50±1,42 против 2,69±1,95 пг/дл) и ИЛ-6 (12,5±14,8 против 6,89±7,81 пг/мл, $p=0,05$). СОЭ было выше в группе без прогрессирования атеросклероза (28,1±19,6 против 17,5±12,7 мм/ч, $p=0,025$). ГИБП принимали 62% больных в группе прогрессии атеросклероза и 27% в группе без прогрессии атеросклероза ($p=0,001$).

Заключение:

При стратификации риска прогрессирования атеросклероза при РА, динамическое определение иммунологических показателей в сочетании с оценкой факторов риска более показательно, чем определение только маркеров воспаления.

КОРРЕКЦИЯ ФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Ковалев С. А.¹, Маликов В. Е.², Арзуманян М. А.², Донецкая О.П.³, Шульдешова Н.В.³, Сукоян Г. В.⁴

¹Кардиохирургический центр при ГУЗ Воронежская ОКБ №1,

²ФГБУ «ННПЦССХ им.А.Н.Бакулева» МЗ РФ,

³Клиническая больница №1 УПД Президента РФ,

⁴НИИ общей патофизиологии РАМН

Введение (цели/ задачи):

Изучить эффективность корригирующего воздействия терапии аденоцином в сравнении с традиционным лечением на показатели внутрисердечной гемодинамики, редокс-потенциала плазмы, аутоантител к кардиолипину (Ауто-АТ к КЛ) и цитокиновой профиль при ИБС с выраженной дисфункцией левого желудочка и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы:

Проведено комплексное клиничко-функциональное и иммуно-биохимическое исследование 67 больных ИБС, артериальной гипертензией III-IV функционального класса (ФК), перенесших инфаркт миокарда с выраженной постинфарктной дисфункцией левого желудочка (фракция выброса (ФВ) менее 30%), СД 2 типа. Все больные, вошедшие в исследование,

были рандомизированы на группы, леченную модулирующей терапией карведилол, эналаприлом и диуретиками и группу, леченную аденоцином, эналаприлом и диуретиками.

Результаты:

Показано, что степень выраженности цитокиновой гиперактивности и повышенных титров Ауто-АТ к КЛ до 180 МЕмл (отсутствующих у здоровых лиц) были пропорциональны тяжести одышки при ХСН и уровню редокс-потенциала НАДНАДН плазмы. Терапия аденоцином в дозе 2 ампулы внутривенно капельно в комбинации с ингибиторами АПФ эналаприлом в дозе 10±2,5мгсут и диуретиками в течении 10 дней безопасна и эффективна, обеспечивает регресс ишемического ремоделирования сердца в виде снижения КДО ЛЖ на 23% и ИММ ЛЖ на 25%, антиангинальный эффект достигается с достоверным повышением ТФН на 84%, ФВ ЛЖ – на 24%, снижает уровень аутоантител к кардиолипину (Ауто-АТ к КЛ) на 49%.

Заключение:

Установлено, что курсовая терапия ХСН с выраженной дисфункцией ЛЖ и сахарным диабетом кардиопротективным препаратом нового поколения аденоцином, купирующим синдром системного воспалительного ответа оказывает положительное корригирующее действие на выраженность кардиолипидного синдрома, иммуно-воспалительную реакции миокарда, значительно улучшает насосную, систолическую и диастолическую функции сердца.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЛОБАЛЬНОГО ПРОДОЛЬНОГО СТРЕЙНА КАК РАННЕГО МАРКЕРА КАРДИОТОКСИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОК С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АНАМНЕЗА АГ

Авалян А. А.¹, Кириллова М. Ю.¹, Шитов В. Н.¹, Болотова М. Н.¹, Саидова М. А.¹, Стенина М. Б.², Ощепкова Е. В.¹, Чазова И. Е.¹

¹ФГБУ РКНПК МЗ РФ,

²ФГБУ РОНЦ им Н.Н. Блохина МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Изучить влияние антрациклинсодержащих противоопухолевых препаратов на риск развития кардиотоксичности у пациенток с раком молочной железы в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) и без нее.

Материал и методы:

В исследование было включено 70 пациенток с раком молочной железы [средний возраст 48,6±12,4 лет]. Исходно и после 8 курсов химиотерапии женщинам (n=61) выполнялась трансторакальная ЭхоКГ, включая 2D Speckle Tracking Imaging. Все исследования проводились на ультразвуковом аппарате Vivid – 9. Для оценки глобальной систолической функции ЛЖ определялись фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) (по методу Simpson's Biplane) и показатель глобального продольного стрейна (GLS) по данным 2D Speckle Tracking Imaging [средние значения GLS для женщин – 22,1± 1,8]. Пациентки были разделены на 2 группы: 1 группа (n=15) – пациентки с анамнезом АГ и 2 группа (n=46) – без анамнеза АГ. Проводилось измерение клинического АД.

Результаты:

У 18 пациенток (25,7%) имелась в анамнезе АГ и 52 больных (74,3%) – без анамнеза АГ. У 8 (44,4%) отмечалось прогрессирование АГ (САД 162,2±11,2 мм рт.ст., ДАД 98,3±4,9 мм рт.ст.), у 10 (55,5%) имелась контролируемая АГ на фоне приема АГТ (САД 126,2±4,5 мм рт.ст., ДАД 71,6± 3,5 мм рт.ст.). У 7 (13,4%)

развилась АГ, индуцированная химиотерапией (САД $148,3 \pm 5,8$ мм рт.ст., ДАД $94,1 \pm 3,7$ мм рт.ст.), у 17 (32,7%) сохранялась нормотензия (САД $122,4 \pm 6,7$ мм рт.ст., ДАД $78,1 \pm 6,6$ мм рт.ст.), у 28 (53,8%) развилась гипотензия (САД $80,2 \pm 8,9$ мм рт.ст., ДАД $56,4 \pm 4,3$ мм рт.ст.). При анализе показателей значения GLS до начала курсов химиотерапии в группе 1 он был ниже нормальных ($-18,8 \pm 2,1\%$ vs $-22,1 \pm 1,8\%$) ($p < 0,05$) и ниже, чем в группе 2 ($-20,1 \pm 2,8\%$) ($p > 0,05$). После всех 8 курсов химиотерапии снижение GLS как в общей группе ($-20,0 \pm 2,8\%$ до $-18,5 \pm 2,9\%$) ($p < 0,05$), так и в обеих группах: в группе 1 [$-18,8 \pm 2,6\%$ до $-16,7 \pm 3,6\%$ ($p > 0,05$)] в группе 2 [$-20,1 \pm 2,8\%$ до $-19,2 \pm 2,4\%$ ($p < 0,05$)]. Выявлено снижение ФВЛЖ в обеих группах, однако значения находились в пределах допустимых показателей (норма ФВ ЛЖ $> 55\%$).

Заключение:

На фоне лечения антрациклинсодержащими противоопухолевыми препаратами у 18 (25,7%) пациенток развилась и отмечалось прогрессирование АГ. Значения показателя GLS у пациенток с раком молочной железы с анамнезом АГ исходно ниже нормальных значений, и ниже, чем в группе без АГ. После всех курсов химиотерапии отмечалось снижение GLS у всех женщин ($n=61$) с раком молочной железы в течение 2 месяцев после лечения противоопухолевыми препаратами. Таким образом, GLS является наиболее ранним маркером кардиотоксичности, индуцированной антрациклинсодержащей химиотерапией.

ОПЫТ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ В ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ

Акчури Р. С., Имаев Т.Э., Лепилин П.М., Колегаев А.С., Комлев А.Е., Кучин И.В., Саличкин Д.В.
ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Анализ результатов операций эндопротезирования аневризм брюшного отдела аорты, выполненных в отделе сердечно – сосудистой хирургии ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ.

Материал и методы:

Ретроспективно проанализирована база отдела ССХ РКНПК, включено 228 пациентов, оперированных с 2009 по 2017 годы по поводу аневризмы брюшной аорты, 194 пациентам выполнено стандартное эндопротезирование инфраренального отдела аорты из них у девяти пациентов по поводу острого разрыва аневризмы, у семи пациентов использовались полимерные эндопротезы с супраренальной системой фиксации. Применение сложных техник с использованием различных методик: эндопротезирование брюшной аорты фенестрированным протезом выполнено трем пациентам, трем пациентам применялась техника «осьминог», двадцати восемью применялась техника «печной трубы».

Результаты:

30-дневная летальность составила 3(1,3%), летальность за весь период наблюдения- 6(2,6 %). Эндолики 1а типа наблюдались у 6 (2,6%) пациентов, 3 типа-3(1,3), ОПН- 8 (3,5%), диализ-3(1,3%), конверсия- 2(0,6%), окклюзия бранши-2(0,8%). За все время наблюдения увеличение размера (>5 мм) аневризмы не наблюдалось.

Заключение:

Эндоваскулярное протезирование аорты является альтернативой открытому оперативному лечению дающее возможность уменьшить риск осложнений, что положительно отразится на уровне смертности и сроках госпитализации. Показания для применения эндопротезирования постоянно расширяются в связи с

внедрением новых моделей стент-графтов. Правильный выбор эндопротеза расширяет показания к имплантации у пациентов со сложной анатомией. С применением фенестрированных и браншированных протезов, а также различных техник: «печной трубы», «осьминог» стало возможно эндоваскулярное протезирование аорты при аневризмах юкстаренальной и параренальной локализации, в ряде случаев и при супраренальных аневризмах.

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАСТРОЙСТВА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ

Мацкевич С. А., Бельская М. И.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

«Кардиология», г.Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Оценить гендерные различия тревожно-депрессивных расстройств при хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы:

Обследовано 200 пациентов с ХСН II,III функционального класса (ФК) ишемического генеза (фракция выброса левого желудочка $50,6 \pm 6,86\%$). Из них 100 мужчин (средний возраст $59,89 \pm 5,27$ года) и 100 женщин (средний возраст $60,79 \pm 5,37$ года). В группах было одинаковое количество пациентов с ХСН ФК II (60% пациентов) и ФК III – (40% пациентов). Пациенты с заболеваниями почек и эндокринной патологией в исследование не включались. Оценка наличия и выраженности тревожно-депрессивных расстройств проводилась с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS, в качестве скринингового инструмента для выявления депрессивного расстройства использовался опросник CES-D. Качество жизни определялось с использованием «Миннесотского опросника качества жизни пациентов с ХСН (MLHFO)». Статистический анализ проведен с применением общепринятых методов.

Результаты:

В результате психологического тестирования (опросник CES-D) установлено, что 70% обследованных пациентов имеют признаки депрессии. Поэтому наличие и выраженность депрессивных переживаний также оценивалось с помощью опросника HADS, но уже в совокупности с тревожными переживаниями и с учетом гендерных различий. В группе мужчин по результатам оценки опросника CES-D в 22% случаев выявлены признаки депрессии. По данным шкалы HADS тревожные и депрессивные переживания выявлены у 30% мужчин. Признаки изолированной тревоги определялись в 23% случаев, депрессии – в 18% случаев. Также получено, что 14% мужчин страдают как депрессией, так и тревогой, качество жизни в этой группе в 1,5 раза хуже, чем у пациентов без коморбидности. В группе мужчин с ХСН ФК II тревожно-депрессивные переживания по данным шкалы HADS выявлены у 30% пациентов. Признаки изолированной тревоги и депрессии определялись в 25% и 16,6% случаев соответственно. Выявлено также, что 13,3% мужчин страдают и тревогой и депрессией, качество жизни в этой группе хуже, чем при изолированной тревоге или депрессии ($p < 0,01$). При ХСН ФК III тревожно-депрессивные переживания по данным шкалы HADS выявлены также у 30% мужчин. В этой группе выявлена корреляционная зависимость между качеством жизни и уровнями депрессии ($r=0,41$, $p < 0,05$) и тревоги ($r=0,42$, $p < 0,05$). Признаки изолированной тревоги и депрессии определялись в 20% случаев. У 15% мужчин выявлены признаки и тревоги и депрессии,

качество жизни в этой группе хуже, чем при изолированной тревоге или депрессии ($p < 0,01$). У обследованных мужчин не выявлено значимых различий уровней тревоги и депрессии в зависимости от ФК ХСН. В группе женщин в 48% случаев по результатам оценки опросника CES-D выявлены признаки депрессии. По данным шкалы HADS тревожные и депрессивные переживания выявлены у 64% женщин. Признаки изолированной тревоги определялись в 40% случаев, депрессии – в 41% случаев. Также получено, что 21% женщин страдают как депрессией, так и тревогой, качество жизни в этой группе в 1,5 раза хуже, чем у женщин без коморбидности. Выявлены положительные взаимосвязи между качеством жизни и уровнями депрессии ($r = 0,59$, $p < 0,01$) и тревоги ($r = 0,54$, $p < 0,01$), а также между уровнями депрессии и тревоги ($r = 0,65$, $p < 0,01$). В группе женщин с ХСН ФК II тревожно-депрессивные переживания по данным шкалы HADS выявлены в 56,7% случаев. Признаки изолированной тревоги и депрессии определялись в 36,7% и 28,4,6% случаев соответственно. Выявлено также, что 10% женщин страдают и тревогой и депрессией, качество жизни в этой группе хуже, чем при изолированной тревоге или депрессии ($p < 0,01$). При ХСН ФК III тревожно-депрессивные переживания по данным шкалы HADS выявлены у 75% женщин. Признаки изолированной тревоги и депрессии определялись в 45% и в 60% случаев соответственно. В этой группе выявлена корреляционная зависимость между качеством жизни и уровнями депрессии ($r = 0,55$, $p < 0,01$) и тревоги ($r = 0,40$, $p < 0,05$), а также между уровнями депрессии и тревоги ($r = 0,63$, $p < 0,01$). У 37,5% женщин выявлены признаки и тревоги и депрессии, качество жизни в этой группе хуже, чем при изолированной тревоге или депрессии ($p < 0,01$).

Заключение:

Таким образом, у женщин более чем в два раза чаще, чем у мужчин при ХСН выявлены тревожно-депрессивные нарушения. При ХСН ФК II и у мужчин и у женщин превалирует тревога. В группе женщин при увеличении ФК ХСН отмечается значительное увеличение количества пациенток с тревогой и депрессией, причем превалирует депрессивная симптоматика.

ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

ТРОМБОЗ ЭЛЕКТРОДА ИЛИ ЭЛЕКТРОДНЫЙ ЭНДОКАРДИТ?

Цоколов А. В., Крылов В. А., Чилоч Г. Ф.

ФГУ МО РФ 1409 Военно-морской

клинический госпиталь

Введение (цели/ задачи):

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) является одним из наиболее грозных осложнений электростимуляционного лечения больных с нарушениями ритма и проводимости сердца. Литературные данные свидетельствуют о том, что апикальная электрокардиостимуляция (ЭКС) в 15% случаев сопровождается развитием ТЭЛА, имеющей, как правило, латентную форму. Ситуация осложняется еще и тем, что тромбообразование возможно и на электроде. Также возможно формирование вегетаций на электродах ЭКС, о чем имеются немногочисленные литературные данные. Поэтому наличие дополнительных эхо-сигналов на электродах не может трактоваться однозначно в пользу тромбоза последнего. Представленный клинический случай служит тому подтверждением.

Материал и методы:

Чреспищеводная и трансторакальная эхокардиография, ЭКГ, посев крови на стерильность, флюорография, рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковых проекциях, компьютерная томография легких, ультразвуковая доплерография сосудов нижних конечностей, коагулография.

Результаты:

У пациента А. (74 года), на фоне клиники ТЭЛА и рецидивирующей полисегментарной абсцедирующей пневмонии, на протяжении 2х месяцев регистрировалась клиника септицемии, при недостаточном эффекте от проводимой комбинированной антибактериальной терапии. При трансторакальном и чреспищеводном ЭхоКГ исследовании в правом предсердии визуализировался электрод ЭКС, утолщенный до 6-8 мм, а в правом желудочке – до 12,1 мм, с нечеткими контурами рыхлых наложений средней плотности, с их минимальной подвижностью. Учитывая персистирующий субфебрилитет и септицемию, ЭхоКГ-картина не могла быть расценена однозначно как тромбоз электрода. Сохранялась вероятность электродного эндокардита. Ввиду низкой эффективности проводимой антибактериальной терапии, был выставлен диагноз «Бактериальный эндокардит. Тромбоз электрода ЭКС». Поскольку у пациента ранее был установлен кава-фильтр, источником тромбозов в легочную артерию могли служить электроды ЭКС. Через 6 месяцев, при повторном ЭхоКГ-исследовании электроды имели нормальный диаметр (2,1-2,6 мм). На фоне тромболитической терапии ситуация с ТЭЛА разрешилась. С учетом динамики изменения «толщины и структуры» электродов в правых отделах сердца, выявляемые ранее изменения «постфактум» трактовались нами как рыхлые подвижные тромботические массы. Характерная локализация очагов эмболизации в легких связана с особенностями анатомического строения артериальной системы легких: кровоснабжение 4-5 правых и 8-9 левых бронхолегочных сегментов осуществляется из крупных ветвей легочных артерий, анатомически являющихся прямым «продолжением» основной сосудистой магистрали.

Заключение:

Предложенный клинический случай демонстрирует необходимость настороженного отношения врачей к возможному развитию тромбоза внутрисердечных электродов, не забывая об инфекционном эндокардите и о необходимости своевременной диагностики последнего, особенно после имплантации ЭКС с манифестирующей лихорадкой. Определение клинической вероятности ТЭЛА служит основанием для дальнейшей инструментальной диагностики ТЭЛА с целью ее подтверждения или исключения. При неопределенной (промежуточной) вероятности ТЭЛА (по радиологическим критериям) для исключения данного вида осложнения необходимо повторное скинтиграфическое исследование перфузии легких после курса гепаринотерапии. При этом увеличение перфузии легких на 10% и более практически однозначно свидетельствует в пользу тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ОСТРУЮ КОРОНАРНУЮ ПАТОЛОГИЮ (ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ РОКСИМ-УЗ)

Аминов А. А.

АО Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

В рамках исследования Регистр Острого Коронарного Синдрома и Инфаркта Миокарда в Узбекистане (РОКСИМ-УЗ) путем проспективного наблюдения проанализирована смертность за 18 месяцев, после перенесенной острой коронарной патологии (ОКП), в одном из районов г.Ташкента. Целью исследования явилось изучение смертности в половозрастном аспекте в первые 24 месяцев, после перенесенного острого коронарного синдрома и острого инфаркта миокарда (ОКС/ОИМ), а также с подозрением на них. Анализировались свидетельства о смерти, выданные отделу ЗАГСа врачами судебно-экспертизы, стационаров и семейных поликлиник изучаемого района за 2 календарный год (2015-2016 гг.).

Материал и методы:

Исследование проводилось среди лиц в возрасте 20-70 лет (ср. возраст 57,6±9,1 лет). В анализ включено 466 лиц, перенесших острую коронарную патологию. Наблюдение велось с января 2015 г. до 1 февраля 2017 г. (в среднем 12,3 месяцев). Умершие были разделены на 2 группы: (1-группа) умершие в остром периоде ОКП (в течение 10 дней после развития ОКП), и (2-группа) умершие после выписки из стационаров (от 1-го до 24 мес.). Использовались популяционно-профилактические, статистические и математические методы исследования.

Результаты:

Из 466 больных, подвергшихся проспективному наблюдению, мужчин было 246 человек (ср. возраст -61,3±5,8 лет), женщин 220 человек (60,9±5,9 лет), т.е. гендерной разницы в возрасте больных практически не было. За период наблюдения, всего умерших было 78 (16,7 %) больных. Из них в 1-ие 10 дней после развития ОКП умерло 19 (24 %), а в последующие сроки умерли 59 (76 %) больных. Среди 246 мужчин в разные сроки умерли 44 (17,9 %) человек, среди 220 женщин умерли 34 (15,4 %), разница статистически недостоверна. Однако, среди женщин преобладала ранняя смертность (в период пребывания в стационаре) после перенесенной ОКП по сравнению с мужчинами: 29 % и 20 % соответственно у женщин и мужчин. Из всех умерших респондентов первичные диагнозы при включении в регистр были следующими: острый коронарный синдром (ОКС) – 8%, острый инфаркт миокарда (ОИМ) – 10%, острые нарушения ритма сердца (НРС)-14%, нестабильная (или прогрессирующая) стенокардия (НС) – 68%.

Заключение:

Среди больных, перенесших ОКП, около 17 % лиц умирают в первые 18 месяцев. Врачами первичного звена здравоохранения, при наличии клинко-электрокардиографических данных за ОКС, в 68 % случаях устанавливается диагноз НС (или прогрессирующая), что говорит о низкой осведомленности их о данной патологии.

АТЕРОСКЛЕРОЗ И НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

ДИНАМИКА УРОВНЕЙ СОДЕРЖАНИЯ ДЕНДРИТНЫХ КЛЕТОК, ХЕМОКИНА CCL17 И ВЫРАЖЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРА CCR4 Т-ХЕЛПЕРАМИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ АНГИОПЛАСТИКИ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Карпов А. М., Рвачева А. В., Шогенова М. Х., Жетишева Р. А., Масенко В. П., Наумов В. Г.
Институт клинической кардиологии
им. А.Л. Мясникова ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Миелоидные дендритные клетки (мДК) экспрессируют хемокин CCL17, который взаимодействует с CCR4 рецептором на поверхности Т-хелперов, индуцирует их хемотаксис, и способствует инициации Т-клеточного иммунного ответа. Ранее опубликованные нами исследования показали взаимосвязь уровня содержания дендритных клеток и Т-хелперов, экспрессирующих рецептор CCR4 с выраженностью коронарного атеросклероза. Воспалительная реакция, возникающая в ответ на имплантацию стента является одной из основных причин развития рестенозов и ассоциирована с большей вероятностью развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в отдаленном периоде. Цель исследования: Сравнить уровни содержания дендритных клеток, хемокина CCL17 и выраженность экспрессии рецептора CCR4 т-хелперами до и через сутки после проведения ангиопластики со стентированием коронарных артерий.

Материал и методы:

В исследование вошло 22 больных ИБС мужского пола в возрасте от 40 до 70 лет, находившихся на стационарном лечении в ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ, которым во время госпитализации проводилась ангиопластика со стентированием коронарных артерий. Всем пациентам определяли количество мДК ((CD14+CD16)-FITC / CD85k (ILT3)-PE / CD33-PC5), общего количества Т-хелперов (CD3+CD4+) и Т-хелперов, экспрессирующих на своей поверхности рецептор CCR4 (CD4+CCR4+) методом цветной проточной цитофлуориметрии, хемокина CCL17 методом количественного твердофазного иммуноферментного анализа типа «сэндвич». Забор венозной крови производился накануне и через 24 часа после проведения эндоваскулярного лечения. Для исследования динамики показателей относительно исходных уровней использовался W-критерий Уилкоксона.

Результаты:

Через сутки после проведения коронарного стентирования у больных достоверно повышался уровень содержания мДК с 16,0кл/мкл до 17,0 кл/мкл, $p=0,046$ (относительно общего количества мононуклеаров, процент мДК в динамике повысился с 5,69% до 6,60%, $p=0,025$) и концентрация хемокина CCL17 с 240,75пг/мл до 267,90пг/мл, $p=0,019$. Уровень содержания Т-хелперов, экспрессирующих рецептор CCR4 также был несколько выше после проведения эндоваскулярного лечения (322,0 кл/мкл и 305,0 кл/мкл исходно, $p=0,64$), однако выявленные изменения не достигли уровня статистической значимости.

Заключение:

Результаты исследования позволяют предположить о влиянии дендритных клеток на выраженность иммунновоспалительной реакции в ответ на локальное повреждение стенок коронарных артерий при имплантации стента. Отсутствие динамики уровня содержания в крови Т-хелперов и выраженности экспрессии рецептора CCR4 обусловлено, вероятно, ранними сроками повторного анализа. Дальнейшее изучение роли дендритных клеток в активации Т-клеточного иммунного ответа при коронарном стентировании может помочь разработке новых методов иммунотропной терапии, направленной на предотвращение развития послеоперационных осложнений.

ДИНИТРОЗИЛЬНЫЕ КОМПЛЕКСЫ ЖЕЛЕЗА (ДОНОРЫ NO) - ИНГИБИТОРЫ МИЕЛОПЕРОКСИДАЗЫ, БИОМАРКЕРА АТЕРОСКЛЕРОЗА

Акентьева Н. П., Санина Н. А., Гизатуллин А. Р., Шматко Н. Ю., Приходченко Т. Р., Шкондина Н. И., Горячев Н. С., Алдошин С. М.
Институт проблем химической физики РАН

Введение (цели/ задачи):

По данным Всесоюзной организации здравоохранения сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают первое место по уровню смертности в мире. Для России патология сердечно-сосудистой системы является крайне актуальной проблемой, поскольку определяет более половины случаев инвалидности и смертности взрослого населения. Поэтому синтез новых потенциальных кардиологических препаратов и изучение их механизма действия является важной задачей. Исследования последних лет в области молекулярной кардиологии установили центральную роль NO в регуляции сосудистого тонуса и метаболизма миокарда. Синтетические аналоги моноядерных динитрозильных комплексов железа (ДНКЖ) с функциональными серо-содержащими лигандами ряда тиомочевины являются новым перспективным семейством доноров монооксида азота. Исследования последних лет указывают, что фермент миелопероксидаза (МРО) является биомаркером развития атеросклероза. Повышенные уровни МРО в организме значительно увеличивают риск ССЗ и смертности. Было установлено, что высокий уровень МРО ассоциируется с наличием коронарных артериальных заболеваний (ишемия, атеросклероз, инфаркт миокарда, острая грудная боль, острый коронарный синдром, внезапная смерть и другие) и плохим прогнозом развития кардиологических событий. Целью исследования является изучение влияния ряда соединений семейства катионных ДНКЖ (доноров NO) на активность миелопероксидазы и оценка эффективности их действия.

Материал и методы:

Для анализа действия соединений ряда катионных ДНКЖ на активность МРО использовали флуоресцентный метод определения миелопероксидазной активности (Amplite Fluorometric myeloperoxidase assaykit, AATBioquest, Inc., USA). В работе использованы адгезивные клетки-кардиомиоциты крысы (H9c2(2-1), выделенные из тканей сердечного миокарда. Клеточные лизаты, полученные из кардиомиоцитов, использовали в эксперименте для определения влияния ДНКЖ на активность МРО. Измерение флуоресценции проводили на спектрофлуориметре Varian (Cary Eclipse, USA) при длине волны возбуждения 530 нм и длине волны испускания 570 нм. Определение IC₅₀, константы полу-максимального ингибирования ферментативной активности МРО, проводили методом построения кривых концентрация-эффект, описывающих изменение влияния ДНКЖ на активность МРО в зависимости от их концентраций (10⁻⁷, 10⁻⁶, 10⁻⁵, 10⁻⁴, 10⁻³, 10⁻² М).

Результаты:

Результаты показали, что шесть из семи тестируемых соединений ДНКЖ ингибировали активность МРО, а соединение №7 активировало фермент. Количественный анализ влияния ДНКЖ на активность МРО показал, что соединения №1, 2, 5 и 6 ингибировали активность фермента более, чем на 30 %, а соединение №7 активировало МРО на 40 %. Соединения № 3, № 4 и №5 показали наиболее сильный ингибирующий эффект на МРО, 56, 68 и 48 %, соответственно. Для сравнения эффективности двух катионных ДНКЖ (№3 и №4), наиболее эффективных ингибиторов МРО, были определены величины IC₅₀ этих биологически активных веществ путем построения кривых концентрация-эффект. Результаты показали, что ДНКЖ № 3 ингибирует активность МРО на 50 % при IC₅₀ = 2×10⁻⁴М, а ДНКЖ №4 - при IC₅₀ = 5×10⁻⁷М. Поскольку IC₅₀ является показателем концентрации лекарственного вещества, необходимого для 50 % ингибирования тестовой реакции *in vitro*, эти данные свидетельствуют о том, что соединение №4 обладает более сильным фармакологическим потенциалом в качестве кардиологического средства.

Заключение:

Таким образом, результаты исследования указывают на то, что миелопероксидаза является молекулярной мишенью катионных ДНКЖ. Показано, что соединения №3 и №4 семейства катионных ДНКЖ достаточно эффективно ингибируют активность МРО. Сравнительная оценка двух соединений показала, что соединение №4 является более эффективным ингибитором, чем соединение №3. Оценивая полученные данные с практической точки зрения, можно сделать вывод о том, что соединение №4 является перспективным кандидатом для дальнейших фармакологических исследований с целью разработки лекарственного средства для лечения ССЗ.

ДИСЛИПИДЕМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РЕСТЕНОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ ПОСЛЕ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ

БАХМЕТЬЕВ А. С.

ГБОУ ВПО «САРАТОВСКИЙ ГМУ им. В.И. РАЗУМОВСКОГО»

Введение (цели/ задачи):

Выявить корреляцию между наличием дислипидемии и повторным образованием атеросклеротической бляшки в сонных артериях (рестеноз) после каротидной эндартерэктомии (КЭ).

Материал и методы:

Проанализированы данные лабораторных показателей крови у 43 пациентов (мужчины – 30; средний возраст – 68 лет) с рестенозами (изолированная выборка из 54 больных с рестенозами после КЭ по результатам 3-летнего наблюдения). Повторное сужение бифуркации общей сонной артерии и проксимального сегмента внутренней сонной артерии атеросклеротическим субстратом выявлялось на основании ультразвукового ангиосканирования ветвей дуги аорты по стандартной методике с оценкой максимальной степени стенозирования (методика ECST), структуры бляшки, а также параметров гемодинамики. Пациенты наблюдались у сосудистого хирурга и кардиолога с целью коррекции факторов риска. Проанализированы данные динамического наблюдения за липидным спектром, нарушение которого, по данным многочисленных исследований, является важным предиктором рестеноза сонных артерий. Из исследования были исключены пациенты с семейной гиперхолестеринемией, а также с данными анализа крови реже 1 раза в год.

Результаты:

У подавляющего большинства пациентов (33 больных; 76,7%; мужчины – 26) по результатам как минимум 2-летнего наблюдения за липидным спектром выявлены изменения компонентов липидограммы. Чаще всего (28 человек; 65,1%) у пациентов с рестенозами были повышены липопротеиды низкой плотности (ЛПНП). Средний показатель – 4,22 ммоль/л. Триглицериды (ТГ) превышали нормальные значения как минимум в 2 анализах крови у 19 пациентов (44,2%; средний показатель – 2,11 ммоль/л). ЛПНП и ТГ одновременно были увеличены у 11 пациентов (25,6%; мужчины – 8). Показатели общего холестерина первично (как правило, через 3 месяца после КЭ) превышали нормальные значения у 30 пациентов (69,8%), но далее на фоне немедикаментозной и медикаментозной терапии этот показатель входил в диапазон нормальных величин у 28 больных. Медикаментозную липидкорректирующую терапию регулярно после КЭ получали 18 пациентов (41,9%) с рестенозами. У 10 (23,3%) из них не было выявлено нарушений липидного спектра ни на одном из сроков наблюдения. Как правило, больные принимали один из препаратов из группы статинов. Остальные 25 пациентов (58,1%) получали препараты нерегулярно или вовсе пренебрегали назначениями лечащего врача.

(у всех из них выявлены нарушения липидного спектра по результатам как минимум 2 анализов; также в эту группу вошли все 11 пациентов с одновременным превышением нормальных значений как ЛПНП, так и ТГ). Корреляции выявленных изменений липидного спектра с возрастом и полом не выявлено. Также мы не обнаружили зависимость между нарушением определенных компонентов липидного спектра и структурой атеросклеротической бляшки в сонных артериях.

Заключение:

Таким образом, нарушения липидного спектра у лиц с рестенозами после КЭ выявлены у 76,7% пациентов. В большинстве случаев превышают нормальные значения показатели ЛПНП. Среди 10 пациентов с нормальным липидным спектром все регулярно получали липидкорректирующую терапию препаратами статинового ряда. В то же время, мы не можем назвать дислипотеидемию абсолютно-независимым фактором риска ввиду наличия ряда пациентов (23,3%) с повторным образованием атеросклеротического субстрата и нормальными лабораторными показателями крови.

ЛИПОПРОТЕИД(А) - ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ И ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

ТМОЯН Н. А., ЕЖОВ М. В., АФАНАСЬЕВА О. И.,
БАЛАХОНОВА Т. В., ПОКРОВСКИЙ С. Н.
ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Липопротеид(а) [Лп(а)] является независимым фактором риска атеросклероза коронарных артерий. О роли Лп(а) в развитии атеросклеротического поражения сонных артерий имеются противоречивые данные. Целью исследования явилось изучение связи уровня Лп(а) со стенозирующим атеросклерозом сонных артерий и перенесенным ишемическим инсультом.

Материал и методы:

Исследование включило 228 пациентов (116 мужчин и 112 женщин, средний возраст $58,8 \pm 11,3$ лет). Пациенты были разделены на 2 группы: в основную группу вошли 89 пациентов со стенозирующим атеросклерозом сонных артерий (атеросклеротическая бляшка в одном из сегментов сонных артерий более 50%) без ишемической болезни сердца, в группу контроля были включены 139 пациентов без гемодинамически значимого атеросклероза артерий любой локализации (коронарные артерии, сонные артерии, артерии нижних конечностей). У всех пациентов было проведено измерение уровня липидов крови и Лп(а).

Результаты:

Группы были сопоставимы по частоте сахарного диабета, ожирения и курения, однако статистически значимо отличались по возрасту (средний возраст 66 ± 9 и 54 ± 10 лет, $p < 0,0001$ у пациентов основной и контрольной групп, соответственно). В основной группе было больше мужчин (67% и 43%, $p < 0,001$) и выше частота артериальной гипертензии (88% и 50%, $p < 0,01$), чем в контрольной группе. В основной группе средний уровень общего холестерина — $5,05 \pm 1,67$ ммоль/л, тогда как в контрольной — $6,23 \pm 1,46$ ммоль/л, $p < 0,0001$, уровень триглицеридов — $1,75 \pm 1,05$ ммоль/л и $2,15 \pm 0,98$ ммоль/л, $p = 0,04$, уровень холестерина липопротеидов высокой плотности $1,38 \pm 0,34$ ммоль/л и $1,28 \pm 0,39$ ммоль/л, $p = 0,07$, уровень холестерина липопротеидов низкой плотности — $2,78 \pm 1,50$ ммоль/л и $4,01 \pm 1,32$ ммоль/л, $p < 0,0001$, соответственно. В основной группе 83 пациента (93%) получали терапию статинами, в контрольной группе — 2 челове-

ка (1%). У пациентов основной группы средний уровень Лп(а) был значительно выше, чем в контрольной группе: 33 ± 29 мг/дл и 25 ± 27 мг/дл, $p = 0,03$, соответственно. Уровень Лп(а) ≥ 30 мг/дл встречался почти в два раза чаще в основной, чем в контрольной: 40% ($n = 36$) и 27% ($n = 37$), $p = 0,04$, соответственно. Наличие высокого уровня Лп(а) ассоциируется с увеличением вероятности наличия стенозирующего атеросклероза сонных артерий в 2 раза: отношение шансов 1,9; 95% доверительный интервал 1,1-3,3; $p = 0,03$. В основной группе 19 человек из 89 (21%) перенесли ишемический инсульт. Среди них средний уровень Лп(а) был выше 43 ± 38 мг/дл, чем у пациентов основной группы без инсульта — 31 ± 26 мг/дл, $p = 0,03$. Различий по другим факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний между подгруппами пациентов в зависимости от перенесенного ишемического инсульта выявлено не было.

Заключение:

Повышенный уровень липопротеида(а) связан с риском развития стенозирующего атеросклероза сонных артерий и ишемического инсульта.

ЛИПОПРОТЕИД(А) И ПОДФРАКЦИИ КРУПНЫХ, ОБОГАЩЕННЫХ ТРИГЛИЦЕРИДАМИ, ЛИПОПРОТЕИДОВ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ПЛОТНОСТИ КАК ВОЗМОЖНЫЕ АУТОАНТИГЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ

КЛЕСАРЕВА Е. А., АФАНАСЬЕВА О. И., УТКИНА Е. А.,
ЕЖОВ М. В., ПОПОВА А. Б., АФАНАСЬЕВА М. И.,
РАЗОВА О. А., ПОКРОВСКИЙ С. Н.
ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время активно изучается связь аутоантител (аутоАт), продуцируемых различными типами В-клеток, с атеросклерозом. Ранее мы показали, что у пациентов с документированным атеросклерозом коронарных артерий титр IgG аутоАт к липопротеиду(а) [Лп(а)] связан с количеством пораженных коронарных артерий, что свидетельствует о включении гуморального звена иммунитета в атерогенез. Подфракции апоВ100-содержащих липопротеидов промежуточной (ЛПП) и низкой (ЛНП) плотностей могут выступать в роли потенциальных аутоантигенов. Цель исследования - изучить связь Лп(а) и субфракционного состава липопротеидов низкой и промежуточной плотностей с титром аутоАт к атерогенным апоВ100-содержащим липопротеидам у пациентов с гиперхолестеринемией и различной степенью поражения сонных артерий.

Материал и методы:

В исследование были включены 133 пациента в возрасте $52,3 \pm 10,7$ лет с отсутствием клинических признаков ИБС и гемодинамически значимых атеросклеротических поражений сонных артерий по данным ультразвукового исследования, повышенным уровнем общего холестерина (ОХС) и холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) по данным предшествующих анализов. Всем пациентам были измерены: липидный спектр - ферментативным методом, уровень Лп(а) - методом иммуноферментного анализа и субфракционный состав атерогенных апоВ-содержащих липопротеидов при помощи системы Липопринт® (Quantimetrix, США). Препараты окисленных липопротеидов (окЛНП и окЛп(а)) получали медь-индуцированным свободно-радикальным окислением при 37°C в течение 3 часов. Титр аутоАт к Лп(а), к ЛНП и к окисленным липопротеидам был измерен методом твердофазного иммуноферментного анализа. Концентрацию ХС ЛНП с поправкой на ХС, входящий



*KRKA – лидер в области кардиологии!**

Телмиста®

24

час

телмисартан
таблетки 40 мг и 80 мг



ХОРОШИЕ НОВОСТИ КАЖДЫЙ ДЕНЬ

Показания	Доза	Способ применения
Артериальная гипертензия	40-80 мг	Внутрь, вне зависимости от времени приема пищи, один раз в сутки
Снижение сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности**	80 мг	

Форма выпуска: Таблетки, 40 мг, 80 мг №28.

Условия хранения: При температуре не выше 25 °С, в оригинальной упаковке. Хранить в недоступном для детей месте.

Срок годности: 3 года.

Условия отпуска: По рецепту.

Регистрационный номер: ЛП-003269 от 26.10.2015.

Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.

* Премия XXIII Российского национального конгресса «Человек и лекарство», май 2016, г. Москва.

** У пациентов в возрасте 55 лет и старше с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний.

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.

Заказчик размещения рекламы ООО «КРКА ФАРМА»

125212, г. Москва, Головинское шоссе, дом 5, корпус 1. Тел.: (495) 981-10-95, факс: (495) 981-10-91. e-mail: info@krka.ru, www.krka.ru



в состав Лп(а), рассчитывали по формуле Фридвальда в модификации Далена ХС ЛНП кор=ХС ЛНП – 0,33хЛп(а), мг/дл.

Результаты:

Концентрация Лп(а), субфракционный состав апоВ100-содержащих липопротеидов, также как и титр аутоантител к ЛНП и Лп(а), не были связаны с полом, возрастом, курением, диабетом и гипертонией. Титр аутоАт к апоВ100-содержащим липопротеидам, принадлежащих к классу М, был достоверно выше в подгруппе пациентов с интактными общими сонными артериями, чем у пациентов с начальными признаками поражения сонных артерий: для ЛНП – $0,131 \pm 0,004$ и $0,116 \pm 0,003$ лаб.ед., $p=0,0005$; для Лп(а) – $0,094 \pm 0,003$ и $0,083 \pm 0,002$ лаб.ед., $p=0,0003$; для окЛп(а) – $0,111 \pm 0,003$ и $0,095 \pm 0,003$ лаб.ед., $p=0,0007$. Для аутоАт к окЛНП такой закономерности обнаружено не было. Степень стенозирования сонных артерий была напрямую связана с возрастом ($r=0,24$, $p=0,005$) и обратно связана с титром аутоАт класса М к ЛНП и к Лп(а) ($r=-0,25$, $p=0,011$, $r=-0,27$, $p=0,005$, соответственно). Связи степени стенозирования с другими факторами риска, субфракционным составом липопротеидов и Лп(а) обнаружено не было. По данным многофакторного анализа – титр IgM аутоАт к апоВ100-содержащим липопротеидам оставался независимым предиктором отсутствия поражения сонных артерий. По данным ROC-анализа титр IgM аутоАт к Лп(а) менее 0,078 лаб.ед. со специфичностью 86% и чувствительностью 46% или к окЛп(а) менее 0,083 лаб.ед. со специфичностью 80% и чувствительностью 40%, а также к ЛНП менее 0,116 лаб.ед. со специфичностью 67% и чувствительностью 64% достоверно предсказывал наличие начальных поражений сонных артерий. Титр аутоАт как разной специфичности, так и разных классов с высокой значимостью коррелировали между собой прямо пропорционально. Титр аутоАт IgM к окисленному, но не нативному ЛНП и Лп(а), был достоверно связан с уровнем крупных триглицерид-обогащенных липопротеидов промежуточной плотности подкласса С (ЛПП-С). Данная взаимосвязь не зависела от пола, возраста, концентрации ЛНП и Лп(а) и фенотипа апо(а). Уровень ЛПП-С в плазме также коррелировал с титром аутоАт класса G, специфичных как к окЛНП, так и к окЛп(а). При этом взаимосвязи ЛПП-С с титром аутоАт к окЛп(а) и окЛНП носили разнонаправленный характер – для окЛп(а) зависимость была прямая, для окЛНП – обратная.

Заключение:

Аутоантитела класса М к апоВ100-содержащим липопротеидам у пациентов с гиперлипидемией могут оказывать антиатерогенное действие. Крупные триглицерид-обогащенные частицы липопротеидов промежуточной плотности ЛПП-С имеют в своем составе антигенные детерминанты, характерные также для окЛп(а), и могут являться аутоантигенами.

ЛИПОПРОТЕИД(А) КАК ПРЕДИКТОР КОНЦЕНТРАЦИИ ПРОПТЕИН-КОНВЕРТАЗЫ СУБТИЛИЗИН-КЕСИНОВОГО ТИПА 9 У ПАЦИЕНТОВ С НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫМ ФЕНОТИПОМ АПОБЕЛКА(А)

АФАНАСЬЕВА О. И., РАЗОВА О. А., ЕЖОВ М. В.,
ПОПОВА А. Б., АФАНАСЬЕВА М. И., ПОКРОВСКИЙ С. Н.
ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Повышенный уровень липопротеида(а) [Лп(а)] устойчив к различным медикаментозным препаратам, за исключением двух классов инновационных препаратов – препаратов на основе антисмыслового олигонуклеотида блокирующего синтез апоВ100

(Мипомерсен) и ингибиторов пропротеин-конвертазы субтилизин-кесинового типа 9 (PCSK9). Однако, механизм по которому ингибиторы PCSK9 могут воздействовать на уровень Лп(а) не понятен. Лп(а) представляет собой надмолекулярный комплекс, содержащий ЛНП-подобную частицу, в котором молекула апоВ100 связана с уникальным для липопротеидов апобелком – апо(а). Апо(а) обладает выраженным полиморфизмом, молекулярная масса варьируется от 300 до 800 кДа, при этом Лп(а) с низкомолекулярным (НМ) фенотипом апо(а) оказывается более атерогенным, чем с высокомолекулярным (ВМ) фенотипом апо(а). Цель исследования: Изучить взаимосвязь концентрации Лп(а) и фенотипа апо(а) с уровнем PCSK9 у пациентов с повышенным уровнем общего холестерина (ОХС) без диагностированной ИБС и значимых поражений сонных артерий.

Материал и методы:

В исследование было включено 133 пациента с уровнем ОХС выше 7,5 ммоль/л, без каких-либо проявлений ИБС, без значимых поражений сонных артерий и не принимавших статины. Всем пациентам были измерены: липидный спектр, концентрация Лп(а) и PCSK9, фенотип апо(а). Концентрацию холестерина ЛНП скорректированного (ХС-ЛНПкор) рассчитывали по формуле Фридвальда с поправкой на концентрацию ХС в составе Лп(а). В зависимости от фенотипа апо(а) все пациенты были разделены на две группы – с НМ фенотипом апо(а) ($n=37$) и с ВМ фенотипом апо(а) или недетектируемым фенотипом апо(а) ($n=96$) ввиду низкой концентрации Лп(а) в плазме.

Результаты:

Группы были сравнимы по всем основным клиническим характеристикам, показателям липидного спектра, таким как ОХС и ХС ЛНП. Средний уровень PCSK9 также не различался между группами 345 ± 105 и 344 ± 103 нг/мл, $p>0,1$. Уровень Лп(а) был достоверно выше в группе пациентов с НМ фенотипом апо(а) 65 ± 38 и 18 ± 24 мг/дл, $p<0,0001$. Уровень PCSK9 в плазме был связан с мужским полом ($r=0,21$, $p=0,0145$), уровнем ОХС ($r=0,23$, $p=0,0184$) и не был связан с возрастом, уровнем ХС ЛНП, ХС ЛНПкор, ХС ЛВП и фенотипом апо(а). Мы обнаружили слабую взаимосвязь между концентрацией Лп(а) и PCSK9 ($r=0,19$, $p=0,028$), которая усиливалась в группе пациентов с НМ фенотипом апо(а) ($r=0,45$, $p=0,005$) и исчезала у пациентов с ВМ фенотипом апо(а) ($r=0,13$, $p=0,21$). В группе пациентов с НМ апо(а) также была выявлена достоверная связь между концентрацией ХС ЛНПкор и PCSK9 ($r=0,35$, $p=0,034$). При проведении многофакторного анализа с поправкой на пол, возраст, уровень ХС ЛНПкор и фенотип апо(а), концентрация Лп(а), наряду с мужским полом ($r=0,19$, $p=0,037$), была независимым предиктором уровня PCSK9 ($r=0,243$ $p=0,0055$) в общей группе пациентов. При анализе лиц только с НМ фенотипом апо(а) уровень ХС ЛНПкор ($r=0,348$, $p=0,0017$) наряду с Лп(а) ($r=0,45$, $p=0,0001$), также был достоверно связан с уровнем PCSK9, тогда как у пациентов с ВМ фенотипом апо(а) такой связи не обнаруживалось.

Заключение:

Положительная связь концентраций Лп(а) и PCSK9 наблюдается только для лиц с низкомолекулярным фенотипом апо(а), что может означать различия в физиологических и патофизиологических свойствах Лп(а) в зависимости от экспрессируемой изоформы белка апо(а).

НОВЫЙ МАРКЕР ВОСПАЛЕНИЯ UKL-40 АССОЦИИРУЕТСЯ С ТОЛЩИНОЙ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Чуракова Е. И., Шубина А. Т., Погорелова О. А.,
Трипотень М. И., Балахонова Т. В., Карпов Ю. А.
ФГБУ РКНПК МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Новый маркер воспаления YKL-40 секретируется гладкомышечными клетками сосудов. YKL-40 способствует миграции клеток эндотелия, гладкомышечных клеток в интиму сосудов. Повышение уровня YKL-40 отмечено у больных с атеросклерозом коронарных и сонных артерий, а также с сахарным диабетом. Целью нашего исследования было изучение связи уровня YKL-40 с атеросклеротическими изменениями сонных артерий у больных со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС), артериальной гипертензией (АГ) и сопутствующим сахарным диабетом 2 типа (СД 2).

Материал и методы:

В исследование включались пациенты в возрасте 40-80 лет с сердечно-сосудистыми заболеваниями (стабильной ИБС и АГ) с СД 2 и без нарушения толерантности к глюкозе и диабета по результатам перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ). В исследование не включались пациенты с перенесенным инфарктом или инсультом в течение предшествующих 3 месяцев, застойной сердечной недостаточностью, постоянной формой фибрилляции предсердий, острыми воспалительными заболеваниями. Всем пациентам проводилось определение уровня гликированного гемоглобина (HbA1c), показателей липидного спектра, измерение артериального давления (АД). Пациентам без диабета в анамнезе и с уровнем глюкозы в плазме венозной крови натощак менее 7,0 ммоль/л проводился ПГТТ (с приемом внутрь нагрузочной дозы 75 г безводной глюкозы, растворенной в 250 мл воды). Сывороточный уровень YKL-40 определялся методом ELISA kits (Quidel, USA). Всем пациентам проводилось дуплексное сканирование сонных артерий с оценкой толщины комплекса интима-медиа (ТИМ) общей сонной артерии (ОСА), суммарного процента стеноза (сумм% стеноза), количества атеросклеротических бляшек (АСБ)- plaque number (PN), суммы максимальных высот всех АСБ, визуализируемых в 8 сегментах сонных артерий - plaque score (PS). Данные представлены в виде медианы с интерквартильным размахом [25; 75 процентиля].

Результаты:

В исследование всего было включено 83 пациента с сердечно-сосудистыми заболеваниями (АГ и ИБС), из них 60 пациентов с СД 2 типа (группа 1) и 23 пациента без СД (группа 2). Продолжительность заболевания СД 2 типа у пациентов группы 1 составила 5 [2; 10] лет. Группы были сопоставимы по возрасту (63 [58; 72] против 62 [55; 67] лет, $p=0,52$). Не было выявлено отличий между группами по уровню YKL-40 (67,1 [46,1; 113,2] против 68,0 [37,6; 123,4] нг/мл, $p=0,72$) и ультразвуковым характеристикам атеросклероза сонных артерий. Уровни триглицеридов и HbA1c были выше в группе 1: 1,88 [1,33; 2,77] против 1,14 [1,00; 1,51] ($p<0,001$) и 7,6 [7,0; 9,1] против 5,7 [5,5; 5,9]%, $p<0,001$, соответственно. У 13 (57%) пациентов в группе 2 уровень HbA1c превышал 5,7% (пороговое значение предиабета). В группе 1 достоверно выше показатели систолического (136 [128; 148] против 127 [116; 133] мм рт.ст., соответственно, $p=0,004$), диастолического (83 [75; 89] против 77 [73; 81] мм рт.ст., соответственно, $p=0,010$) и пульсового АД (56 [48; 63] против 49 [40; 54] мм рт.ст., соответственно, $p=0,035$). По гипотензивной и антиангинальной терапии группы не отличались. Пациенты обеих групп получали терапию статинами: 70 % против 90 %, $p>0,05$. Выраженность атеросклеротического поражения сонных артерий в группе 1 ассоциировалась с возрастом: ТИМ правой ОСА ($r=0,40$, $p=0,002$), сумм% стеноза ($r=0,28$, $p=0,030$), PN ($r=0,25$, $p=0,049$)

и PS ($r=0,34$, $p=0,009$). Также выявлена связь PS с длительностью заболевания СД 2 ($r=0,29$, $p=0,033$). У пациентов в группе 1 уровень YKL-40 коррелировал с возрастом ($r=0,49$; $p<0,001$), продолжительностью заболевания СД 2 ($r=0,36$; $p=0,006$), пульсовым АД ($r=0,36$; $p=0,006$), ТИМ ОСА (0,52, $p<0,05$), сумм% стеноза ($r=0,26$, $p=0,041$), PN ($r=0,25$, $p=0,049$), PS ($r=0,30$, $p=0,019$). По результатам множественной регрессии в группе 1 выявлена связь YKL-40 с показателем ТИМ общей сонной артерии ($\beta=0,353$; $p=0,011$), независимая от возраста, продолжительности сахарного диабета и уровня пульсового АД.

Заключение:

Уровень YKL-40 ассоциируется с ТИМ ОСА независимо от возраста, продолжительности сахарного диабета и уровня пульсового артериального давления у больных с ИБС, АГ и сопутствующим СД 2.

ЧАСТОТА СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С РАННИМ РАЗВИТИЕМ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Соловьева Е. Ю., Ежов М. В., Шахнович Р. М.,
Титов В. Н., Кухарчук В. В.
ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Семейная гиперхолестеринемия (СГХС) распространенное генетическое заболевание, характеризующееся повышенным уровнем холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) и преждевременной ишемической болезнью сердца (ИБС). Для многих пациентов СГХС, неосведомленных о своем заболевании, первым клиническим проявлением ИБС является острый коронарный синдром (ОКС). Однако диагноз СГХС во многих случаях ОКС отсутствует в выписках из стационара. Цель исследования: оценить частоту клинической СГХС и нелипидных факторов риска атеросклероза у больных, госпитализированных с диагнозом ОКС в Институт клинической кардиологии «РКНПК» в 2015 году.

Материал и методы:

Настоящий анализ использует данные, полученные при изучении электронных историй болезни 172 пациентов с ОКС, развившимся у мужчин в возрасте до 55 лет и у женщин в возрасте до 60 лет. Диагноз СГХС был поставлен с использованием Голландских Диагностических Критериев для диагностики СГХС (Dutch Lipid Clinic Network Criteria).

Результаты:

Диагноз определенной СГХС был поставлен 2 больным (1,2%), вероятной СГХС – 12 больным (7,0%), возможной СГХС – 32 больным (18,6%). Мы сравнили основные характеристики пациентов с СГХС и без СГХС. Средний возраст пациентов в группах больных с СГХС ($n=46$) и без СГХС ($n=126$) был сопоставим: $49,0\pm 7,4$ и $48,5\pm 6,0$ лет, соответственно. В группе больных с СГХС женщин было несколько больше, чем в группе больных без СГХС: 26,1% против 10,3% ($p<0,05$). Частота факторов риска: артериальной гипертензии, ожирения, сахарного диабета и курения была сравнима в группах больных с СГХС и без СГХС и составляла 76,1% и 67,5%, 39,1% и 37,3%, 15,2% и 14,3%, 52,2% и 63,4%, соответственно. В группе больных с СГХС был выше ХС ЛНП по сравнению с группой больных без СГХС: $4,90\pm 0,95$ и $2,60\pm 0,89$ ммоль/л, соответственно ($p<0,05$, уровень ХС ЛНП был определен в первый день ОКС и пересчитан с использованием коэффициента коррекции у пациентов, принимавших статины до госпитализации). Отягощенный семейный анамнез в отношении сердечно-сосудистых заболеваний был выявлен у 45,7% больных с СГХС и 13,5% больных без СГХС.

Пациенты с СГХС несколько чаще принимали статины до госпитализации (в 28,3%) по сравнению с больными без СГХС (в 18,3%), статистически не достоверно. Только 3% больных (n=5) с ранним развитием ОКС и впервые диагностированной ИБС и 40,8% (n=70) больных с ранее поставленным диагнозом ИБС принимали статины до настоящей госпитализации. Во время госпитализации почти всем пациентам (97,7%) были назначены статины, в том числе аторвастатин в дозе 40-80 мг – 63 % больным, в дозе 10-20 мг в сутки – 28,5% больным, розувастатин в дозе 20-40 мг – 3,5% больным, в дозе 10 мг – 3% больным.

Заключение:

Диагноз определенной/вероятной СГХС выявлялся у 8% больных, госпитализированных по поводу ОКС в возрасте до 55 лет у мужчин и до 60 лет у женщин. Частота назначения статинов у лиц с существующей ИБС составила 40,8% до госпитализации.

ЗАБОЛЕВАНИЯ МИОКАРДА

ПРИМЕР АМИЛОИДНОЙ КАРДИОПАТИИ ПРИ СИСТЕМНОМ AL АМИЛОИДОЗЕ

Третьяков А. Ю.¹, Захарченко С. П.¹,
Шиленок В. В.², Третьякова В. А.¹, Хабибулин Р. Р.¹,
Паламарчук Ю. Ю.¹, Балык Д. А.¹

¹НИУ БелГУ, ²ФГБОУ ВО «Курский

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Введение (цели/ задачи):

В условиях редкости амилоидоза (А) как нозологической единицы, когда показатель вероятности новых случаев заболевания для европейской популяции за год не превышает 6-9 на 1 млн, тем более, актуально каждое рассмотрение атипичных форм болезни. В нашем примере, - системного AL-А, при котором отсутствует традиционное в такой ситуации поражение почек и печени, и клинический манифест составляют симптомы сердечной недостаточности (СН). Цель работы - представить для обсуждения пример системного AL-А с преимущественным поражением сердца, прогрессирующей СН, в сочетании с диффузным альвеоларно-септальным легочным А и достижением положительного лечебного результата.

Материал и методы:

Пациент Я., 74 года, инвалид III группы, на момент поступления с симптомами СН 3 ст. ФК IV, дыхательной недостаточностью 3 ст. Болен 4 года, диагноз направившего учреждения - хроническая обструктивная болезнь легких III-IV стадии, постпневмонический пневмосклероз в базальных сегментах справа, язычковых сегментах слева. 20-летний анамнез курения, в последние 7 лет не курит. Проявлений периорбитальной пурпуры не отмечает. Состояние средней тяжести. Рост 164 см, вес 55 кг. Отеки стоп, нижней трети голени. Перкуторный легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 22 в мин, сатурация кислорода 83%. Границы сердца не изменены, тоны приглушенные, ритмичные, акцента, шума нет. ЧСС 96 в мин, АД 110/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, не увеличен, печень и селезенка не пальпируются. ЭхоКГ: КДР ЛЖ - 4,0 см, КДР ЛП - 3,7 см, ТМЖП - 1,6 см, ТЗСЛЖ - 1,5 см, диффузная гипокинезия ЛЖ, ФВ - 52%, КДР ПЖ - 2,7 см, свободная стенка ПЖ - 0,7 см, КДР ПП - 3,8-5,0 см, кальциноз створок АК, МК, недостаточность АК с регургитацией 1 ст., недостаточность МК с регургитацией 2 ст., недостаточность ТК с регургитацией 2, небольшое количество жидкости в пери-

карде. Рестриктивный тип диастолической дисфункции (ДД) ЛЖ (однофазный поток E=33 см/с). УЗИ печени, почек, селезенки без особенностей. ЭКГ: синусовая тахикардия, ЭОС отклонена влево, снижение вольтажа зубцов менее 5 мм в отведениях от конечностей, отсутствие прироста зубца R в V1-V4. СКТ органов грудной клетки: двухсторонняя пневмония, двухсторонний гидроторакс. Лабораторные показатели крови и мочи без особенностей.

Результаты:

Правожелудочковая субэндокардиальная биопсия в мышечной части МЖП - конгофилия, яблочно-зеленое свечение. Иммуногистохимическое окрашивание выполненное с помощью панели антител против четырех основных белков амилоидных фибрилл показало сильную, диффузную иммунореактивность к легким цепям иммуноглобулинов (λ-тип). Миеломная болезнь не выявлена. Лечение СН с положительной динамикой (инфузия фуросемида 40 мг/сут, диурер 5 мг/сут, верошпирон 100 мг/сут, эналаприл 2,5 мг/сут, бронхолитики, отхаркивающая терапия) к 7 дню стационарного наблюдения.

Заключение:

Системный AL-А с поражением сердца в нашем случае имел все атрибуты, свойственные данной локализации болезни (атриомегалия, утолщение стенок ЛЖ и ПЖ при отсутствии системной АГ, рестриктивный тип ДД ЛЖ, изменение клапанного аппарата, малоамплитудные комплексы QRS в стандартных отведениях, имитацию передне-перегородочного повреждения ЛЖ, морфологическую верификацию) и необычно быструю положительную динамику при традиционном режиме терапии СН.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

АНАЛИЗ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ФАРМАКОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Лунева Ю. В., Поветкин С. В.

Курский ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/ задачи):

Сердечно-сосудистые заболевания на сегодняшний день остаются одной из главных причин смертности в большинстве стран мира. Основная цель лечения больных артериальной гипертензией (АГ) состоит в максимальном снижении риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти от них. Для достижения этой цели требуется не только снижение АД до целевого уровня, но и коррекция всех модифицируемых факторов риска, а также лечение ассоциированных заболеваний – СД, ИБС, ХСН и т.д. Цель исследования: провести сравнительный анализ изменения гемодинамических и биохимических показателей при использовании различных схем фармакотерапии у пациентов с сочетанной кардиальной патологией.

Материал и методы:

В исследовании участвовали 200 пациентов в возрасте 45 - 65 лет с сочетанной сердечно-сосудистой патологией: АГ I-III степени, стабильная стенокардия напряжения (I-II ФК), ХСН (I-II ФК). Критерии исключения: больные с ИМ давностью менее 6 месяцев, острым коронарным синдромом, нестабильной стенокардией, аритмиями, тяжелой ХСН (III-IVФК), клапанными пороками сердца, пластика/протезирование клапана в анамнезе,

нарушения мозгового кровообращения, ХОБЛ, сахарный диабет 1-го типа или декомпенсация сахарного диабета 2-го типа, беременность, пациенты, которые имеют серьезное не сердечно-сосудистое заболевание или состояние, влияющее на продолжительность жизни (необходимость в гемодиализе, онкологические заболевания, наркомания и др.). Все больные были распределены в 2 группы методом случайной выборки. Больные 1-й группы (100 человек) получали блокатор рецепторов к ангиотензину II (БРА) валсартан в дозе 80-160 мг/сут, амлодипин – 5-10 мг/сут, бисопролол 5-10 мг/сут, гипотиазид – 12,5-25 мг/сут, верошпирон 25 мг/сут, препараты ацетилсалициловой кислоты (АСК) – 75 – 100 мг/сут, аторвастатин – 20-40 мг/сут. Больные 2-й группы (100 человек) получали моноприл в дозе 10-40 мг/сут, карведилол в дозе 12,5-50 мг/сут, амлодипин – 5-10 мг/сут, гипотиазид – 12,5-25 мг/сут, верошпирон 25 мг/сут, АСК – 75 – 100 мг/сут, аторвастатин – 20-40 мг/сут. Назначение препаратов проводилось под тщательным контролем клинического состояния больного, уровня АД, ЧСС, лабораторных показателей. Для достижения целевого уровня АД подбирались клинически эффективные дозы препаратов. Период наблюдения составил 6 месяцев. Оценивалась динамика следующих показателей: ЧСС, АД (по результатам суточного мониторирования АД (СМАД)), уровень биохимических показателей крови: ОХС, ТГ, ЛПНП, ЛПВП, креатинина, глюкозы. Статистическая обработка данных производилась с помощью программы Statistica 8.0. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты:

Комплексная терапия пациентов с сочетанной кардиальной патологией хорошо переносилась всеми пациентами. К концу срока наблюдения положительная динамика основных показателей по результатам СМАД (ЧСС, АД, индекс времени: ИВСАД и ИВДАД) отмечалась в обеих группах. Все пациенты достигли целевых уровней ЧСС и АД. При анализе показателей гемодинамики (Δ %) оказалось, что статистически значимых различий между группами исследуемых не было. В ходе 6-месячной терапии в обеих группах не было отмечено негативного влияния на метаболические показатели: параметры липидного спектра, уровни глюкозы и креатинина крови.

Заключение:

Таким образом, результаты проведенных исследований указывают на выраженную клиническую эффективность комплексной терапии в обеих группах у пациентов с сочетанной кардиальной патологией в виде улучшения показателей гемодинамики (достоверному снижению систолического и диастолического АД), метаболических показателей: параметров липидного спектра, уровня глюкозы и креатинина крови.

ВЛИЯНИЕ ВОСПАЛЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Соболева Г. Н., Бойко В. В., Федорович А. А.
ФГБУ РКНПК МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Воспаление является важным звеном атерогенеза и модуляции сосудистого тонуса. В настоящее время общепризнанным является вклад нарушений микроциркуляции в генез ишемической болезни сердца (ИБС). Цель нашего исследования - изучение связи между уровнем высокочувствительного С-реактивного белка (вЧСРБ), валидированным маркером воспаления, и показателями микроциркуляции в коже как модели микроциркуляции в миокарде.

Материал и методы:

В исследование включен 21 пациент с подтвержденным диагнозом ишемической болезнью сердца (ИБС), не получавший статины в течение последних 4 недель ($57,7 \pm 6,5$ лет; 18м/Зж). В исследование не включали пациентов с сахарным диабетом и повышением АД $> 160/90$ мм рт.ст. Всем пациентам проводили забор крови для определения липидного профиля, вЧСРБ. Оценка показателей микроциркуляции в сосудах кожи проводилась методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) на правом предплечье после 15-минутного периода адаптации. В течение 6 мин проводили регистрацию ЛДФ-сигнала, оценивали уровень базальной перфузии (М), среднее колебание перфузии (σ), коэффициент вариации (Кv) – соотношение величин М и σ , с последующим вейвлет-анализом для расчета амплитудно-частотного спектра сигнала в диапазоне эндотелиального (Аэ), нейрогенного (Ан), миогенного (Ам), кардиального (Ас) и веноулярного (Ав) звеньев модуляции микрокровоотока. Если величину амплитуды осцилляций кровотока перевести на «язык» сосудистого тонуса, то можно говорить о том, что чем выше амплитуда, тем меньше сосудистый тонус и наоборот.

Результаты:

Средний уровень вЧСРБ в исследованной группе составил $1,81 \pm 1,93$ мг/л. Отмечена достоверная отрицательная корреляция между уровнем вЧСРБ и Аэ, характеризующей вазомоторную функцию микрососудистого эндотелия ($r = -0,54$, $p < 0,05$), а также достоверная отрицательная корреляция между уровнем вЧСРБ и Ан, отражающей нейрогенный компонент сосудистого тонуса ($r = -0,55$, $p < 0,05$). При сопоставлении липидного профиля с показателями микроциркуляции статистически достоверных корреляций не обнаружено.

Заключение:

Полученные результаты позволяют сделать предположение о наличии негативного влияния воспаления на эндотелиальный и нейрогенный компоненты регуляции тонуса микрососудистого русла.

ВЛИЯНИЕ ИНТЕНСИВНОЙ СТАТИНОТЕРАПИИ НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Душина Е. В., Гуськова Ю. А.,
Томашевская Ю. А., Саламова Л. И.
ФГБОУ ВО «ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Введение (цели/ задачи):

Анализ динамики временных и спектральных параметров вариабельности сердечного ритма (ВСР) у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМнСТ) через 48 недель терапии аторвастатином в дозах 20 и 80 мг/сутки.

Материал и методы:

После подписания информированного согласия на 2-4-е сутки ИМнСТ включено 70 пациентов – 61 мужчина (87%) и 9 женщин (13%), средний возраст составил $52,5 \pm 8,7$ года. Среднее время от начала болевого синдрома до проведения системного тромболитического лечения составило $2 (1,1; 5,6)$ часа, до чрескожного коронарного вмешательства – $6,6 (4; 15,9)$ часа. На 7-9 сутки и 48-й неделе от возникновения заболевания регистрировалась суточная ЭКГ по 12-отведениям с помощью системы «Холтеровский анализ - Astrocord» (ЗАО «Медитек», Россия) с анализом параметров ВСР: MeanNN (мс), SDNN (мс), SDNNi (мс), SDANN (мс), RMSSD (мс), pNN50 (%), TotP (мс2), ULfP (мс2), VLfP (мс2), LfP (мс2), HfP (мс2), L/H. В зависимости от дозы аторвастатина, пациенты

были разделены на группы: в группу контроля «К» вошли 36 человек (51%), которые получали аторвастатин 20 мг/сутки, группу аторвастатина «А» составили 34 больных (49%), принимавшие аторвастатин 80 мг/сутки. Сравнимые группы были сопоставимы по возрасту, полу и антропометрическим показателям.

Результаты:

К 48-й неделе терапии аторвастатином у всех включенных в исследование лиц регистрировалось увеличение некоторых временных показателей: SDNN со 106 ± 26 до 133 ± 43 мс в группе К и со 106 (79; 145) до 157 ± 46 мс в группе А ($p < 0,001$), SDANN с 91 ± 22 до 118 ± 40 мс в группе К и с 99 (68; 131) до 145 ± 46 мс в группе А ($p < 0,001$). Также в обеих группах возросла общая мощность спектра: с 10236 (8364; 14589) до 16686 (10730; 21850) мс² у больных, принимавших аторвастатин 20 мг/сутки, и с 11329 (5805; 20389) до 222343 (14303; 34988) мс² у лиц, находящихся на высокодозовой статинотерапии ($p < 0,01$). Кроме того заметно повышение мощности низкочастотного компонента ULfP с 7946 (6422; 12682) до 14348 (8930; 18910) мс² у больных группы К и с 9148 (4843; 17848) до 19479 (12872; 32083) мс² у лиц группы А ($p < 0,001$). Однако у пациентов, принимавших аторвастатин в дозе 80 мг/сутки, регистрировалось увеличение параметра TotP преимущественно за счет высокочастотного спектра HfP, значение которого возросло с 66 (39; 115) до 144 (85; 278) мс² к 48-й неделе ($p < 0,05$) при снижении отношения L/H с $6,91$ (4,85; 10,42) до 5 (2; 6) ($p < 0,05$).

Заключение:

Рост SDNN, SDANN, TotP, ULfP к 48-й неделе после перенесенного ИМnST отражает восстановление вегетативной регуляции сердечной деятельности после транзиторного снижения BCP в острую фазу инфаркта. У больных, получавших интенсивную статинотерапию, на фоне лечения регистрировалось увеличение высокочастотной компоненты BCP и его доли в общей мощности спектра, что свидетельствует об усилении парасимпатической активности в этой группе пациентов.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА МАГНИЯ НА АРИТМОГЕНЕЗ И УРОВНИ ОКСИПРОЛИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

МИРОШНИЧЕНКО Е. П., КОРЫТКО И.Н., КОРНИЕНКО Н.В., ДРАНЕНО Н.Ю., КУЗНЕЦОВ Э.С., УШАКОВ А.В.

МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМЕНИ С.И. ГЕОРГИЕВСКОГО

ФГАОУ ВО «КРЫМСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ

УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ В.И. ВЕРНАДСКОГО»

Введение (цели/ задачи):

Проанализировать влияние препарата магния на уровни оксипролина в сыворотке крови и частоту возникновения нарушений сердечного ритма у больных с инфарктом миокарда (ИМ) на фоне сопутствующей недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ).

Материал и методы:

Обследовано 112 пациентов с ИМ с зубцом Q, среди них 26 (23,2 %) женщин и 86 (76,8 %) мужчин. I группу составили 22 пациента с ИМ и НДСТ, которым в дополнение к стандартной базовой терапии назначали препарат магне В6 (магния лактата дигидрат 470 мг + пиридоксина гидрохлорид 5 мг, производства компании «Санофи-Авентис», Франция) в дозе 2 таблетки 2 раза в сутки в течение 28 дней от начала развития ИМ. II группу составили 30 пациентов с ИМ и НДСТ, получавшие только базовую терапию; III группа представлена 60 больными ИМ без НДСТ, получавшие

стандартную базовую терапию. Группа контроля – 32 человека без сердечно-сосудистой патологии и без НДСТ. Уровень оксипролина в сыворотке крови определяли спектрофотометрическим методом на 1-е, 14-е и 28-е сутки от начала развития ИМ. Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру проводилось на 28-е сутки от начала развития ИМ.

Результаты:

У больных ИМ всех исследуемых групп в 1-е сутки исследования наблюдалось достоверное снижение уровня оксипролина в сыворотке крови: в I группе – $63,96 \pm 3,60$ ммоль/л, во II – $58,45 \pm 0,99$ ммоль/л, в III – $55,74 \pm 1,23$ ммоль/л по сравнению с контролем ($14,66 \pm 0,40$ ммоль/л; все $p < 0,05$). Через 14 дней после развития ИМ у больных II ($63,25 \pm 1,05$ ммоль/л) и III ($60,88 \pm 1,99$ ммоль/л) групп наблюдалось статистически значимое повышение уровня оксипролина в сыворотке крови по сравнению с показателями 1-х суток ИМ. В I группе напротив, происходило достоверное снижение уровня оксипролина ($59,29 \pm 3,23$ ммоль/л) по сравнению как с показателями первых суток ИМ, так и с контролем. К 28-м суткам ИМ концентрация оксипролина крови в группах больных II ($66,04 \pm 0,94$ ммоль/л) и III ($61,87 \pm 0,99$ ммоль/л) продолжала увеличиваться по сравнению с 14-ми сутками ИМ, в то время как в I группе ($46,94 \pm 2,58$ ммоль/л) уровень оксипролина достоверно снижался. При проведении анализа динамики уровня оксипролина достоверность отличия II и III групп от показателей I группы была достигнута только на 28-й день ИМ ($p < 0,05$). При анализе характеристик аритмического синдрома у больных II группы по сравнению с группами I и III значительно чаще регистрировались парные наджелудочковые экстрасистолы, пароксизмы наджелудочковой тахикардии и фибрилляции предсердий. Кроме того, в обеих группах больных ИМ с НДСТ по сравнению с больными ИМ без НДСТ достоверно чаще регистрировались пароксизмы желудочковой тахикардии. При изучении взаимосвязей между уровнем оксипролина сыворотки крови в 1-е сутки ИМ и показателями суточного мониторирования ЭКГ были отмечены корреляционные связи в I группе с количеством парных наджелудочковых экстрасистол ($r = 0,49$; $p = 0,04$), а в III группе с парными желудочковыми экстрасистолами ($r = 0,28$; $p = 0,03$).

Заключение:

У пациентов с ИМ, протекающем на фоне НДСТ изначально имеющаяся гипероксипролинемия ассоциируется с повышением частоты возникновения таких нарушений сердечного ритма как парная наджелудочковая экстрасистолия, пароксизмальные наджелудочковая тахикардия, фибрилляция предсердий и желудочковая тахикардия. Назначение препарата магния больным ИМ с НДСТ способствует уменьшению выраженности гипероксипролинемии, а также уменьшению частоты наджелудочковых нарушений сердечного ритма.

ВЛИЯНИЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В АНАМНЕЗЕ НА РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

ЕМЕЛЬЯНОВ А. В., АКЧУРИН Р. С., ШИРЯЕВ А. А.,
ВАСИЛЬЕВ В. П., ГАЛЯУТДИНОВ Д. М., ЧЕРКАШИН Д. И.
ФГБУ «РКНПК» Минздрава РФ

Введение (цели/ задачи):

Сравнить результаты коронарного шунтирования у пациентов после ЧКВ и пациентов без предшествующего эндоваскулярного вмешательства.

Материал и методы:

В исследовании проанализированы результаты 242 пациентов с ИБС, прооперированных на базе отдела сердечно-сосудистой хирургии ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ. Сформированы 2 группы: в 1 группу вошли 123 пациента с ЧКВ в анамнезе, во 2 – 119 пациентов без предшествующего ЧКВ, прооперированные в те же сроки. Группы были сопоставимы по демографическим показателям, сопутствующим заболеваниям и тяжести стенокардии. Однако отмечены достоверные различия по количеству больных со значимым стенозом ствола левой коронарной артерии (56,5% и 10,6%, $p=0,001$) и диффузным поражением (55,6% и 10,3%, $p<0,0001$), с худшими показателями в группе после ЧКВ. Все операции проводились в условиях искусственного кровообращения, с использованием операционного микроскопа и микрохирургической техники. Средний срок наблюдения составил 3 года.

Результаты:

При анализе результатов через 1 год после оперативного лечения у пациентов с ЧКВ отмечалось более частое рецидивирование стенокардии (11,1% и 2,5%, $p=0,01$) и большая потребность в антиангинальной терапии (15,5% и 1,8%, $p=0,001$). По остальным показателям различий между изучаемыми группами не выявлено. Через 3 года после КШ также сохранилась достоверная разница по рецидивам стенокардии (26,3% и 9,8%, $p<0,001$), повторным вмешательствам (19,5% и 4,7%, $p<0,001$), повторным госпитализациям (33,2% и 14,7%, $p=0,001$), и необходимости в приеме антиангинальных препаратов (15,6% и 6,2%, $p<0,03$) с худшими результатами в группе с ЧКВ в анамнезе.

Заключение:

Учитывая значительное количество диффузных и дистальных поражений коронарных артерий после ЧКВ, целесообразно использовать большое оптическое увеличение и микрохирургическую технику для формирования анастомозов с артериями, диаметр которых не превышает 1,5 мм в зоне предполагаемого анастомоза. ЧКВ в анамнезе достоверно ухудшает прогноз последующего КШ, поэтому с целью улучшения отдаленных результатов, хирургическое лечение рекомендуется как метод выбора при многососудистом поражении и возврате симптомов стенокардии после ЧКВ.

ГЕНЕРИЧЕСКИЕ СТАТИНЫ В АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ВАСИЛЬЕВА И. Н., ОСАДЧУК М. А.,
КИРЕЕВА Н. В., КОРЖАНКОВ Н. П.
ФГАОУ ВО ПЕРВЫЙ МГМУ
им. И.М. Сеченова Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Целью исследования явилось оценка эффективности и безопасности применения генерического розувастатина в амбулаторном лечении больных стабильной ишемической болезнью сердца.

Материал и методы:

В исследование было включено 35 пациентов с диагнозом ИБС: 16 мужчин (45,7%) и 19 женщин (54,3%), среднего возраста $66,80\pm 1,81$ лет. На каждого пациента заполнялась соответствующая анкета, отражающая состояние пациента с оценкой факторов риска и поражения органов-мишеней. Всем больным, включенным в исследование, корректировалась подобранная ранее антигипертензивная и антиишемическая терапия в зависимости от уровня артериального давления и

частоты сердечных сокращений, после чего в амбулаторных условиях проводили комплексное клиническое обследование: электрокардиографическое исследование, холтеровское ЭКГ-мониторирование. Далее пациенты направлялись на клинико-лабораторное исследование для определения липидного спектра, креатинина, глюкозы, трансаминаз. Основываясь на полученных данных назначался генерический розувастатин, доза которого оставалась неизменной весь период наблюдения: 10 мг розувастатина было назначено в 34,3% случаев (12 человек), 20 мг – в 60,0% (21 человека), 40 мг – 5,7%. Средняя доза розувастатина составила 16,6 мг. Кроме того, больных стенокардией анкетировали с помощью визуально-аналоговой шкалы состояния здоровья. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием приложений пакета программ «StatSoft STATISTICA 10.0». В ходе исследования использовались стандартные методы описательной статистики: среднее (M), ошибка среднего (m) и стандартное отклонение (SD). Достоверность динамики показателей определяли с помощью критерия Вилкоксона. За достоверность различий изучаемых параметров принимали уровень значимости $p<0,05$.

Результаты:

Сравнительный анализ результатов биохимического исследования позволил выявить положительную динамику показателей липидного профиля у больных к концу периода наблюдения: достоверное уменьшение уровня ОХС, ХС ЛПНП, триглицеридов, индекса атерогенности. Через 24 недели терапии розувастатином у пациентов, страдающих ИБС, с высокой степенью достоверности выявлено помимо снижения уровня общего холестерина на 38,1%, ХС ЛПНП – на 51,3%, ХС ЛНПН – на 36,4%, уменьшение фракции ТГ на 28,5%, повышение ХС ЛПВП на 21,1% ($p<0,05$). По данным клинического исследования у всех пациентов к концу периода наблюдения артериальное давление достоверно снизилось в сравнении с исходными значениями: систолическое АД – офисное уменьшилось на 17,3% (с $152,76\pm 3,91$ до $126,32\pm 2,43$ мм рт.ст.; $p<0,0001$), диастолическое АД – офисное – на 12,7% (с $88,29\pm 1,80$ до $77,09\pm 1,54$ мм рт.ст.; $p<0,0001$). Кроме того, сравнительный анализ результатов холтеровского ЭКГ-мониторирования показал тенденцию к улучшению вегетативного статуса у пациентов с ИБС (циркадного индекса; $p=0,12$) на фоне длительной терапии с включением в схему лечения розувастатина. Кроме того, к концу периода наблюдения уменьшению частоты использования нитратов в неделю с $3,56\pm 0,46$ до $0,41\pm 0,10$; ($-88,5\%$; $p<0,05$), а также уменьшению частоты приступов стенокардии в неделю с $3,50\pm 0,36$ до $0,50\pm 0,12$ ($-85,7\%$; $p<0,05$).

Заключение:

Добавление генерического розувастатина к базовой терапии в течение 24 недель привело к повышению функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы, улучшению клинического состояния больных ИБС, повышению толерантности к физической нагрузке, значимому гиполипидемическому эффекту, благоприятному влиянию на электрофизиологическую активность миокарда и улучшение вегетативного статуса больных ИБС.

КОРРЕКЦИЯ РЕДОКС-ПОТЕНЦИАЛА КЛЕТОК, УРОВНЯ АЛЬДОСТЕРОНА И СИСТЕМЫ НА-УРЕТИЧЕСКИХ ПЕПТИДОВ У БОЛЬНЫХ ИБС И КАРДИОРЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ СЕРДЦА

КОВАЛЕВ С. А.¹, МАЛИКОВ В. Е.², АРЗУМАНЯН М. А.²,
ДОНЕЦКАЯ О. П.³, ТУЛУПОВА В. А.³, СУКОЯН Г. В.⁴

¹Кардиохирургический центр при ГУЗ Воронежская ОКБ №1,

²ФГБУ «ННПЦССХ им. А.Н. БАКУЛЕВА» МЗ РФ,³Клиническая больница №1 УПД Президента РФ,⁴НИИ общей патофизиологии РАМН**Введение (цели/ задачи):**

Целью настоящего исследования был поиск медицинской технологии оптимизации послеоперационного ведения больных постинфарктным кардиосклерозом и кардиоренальным синдромом, направленной на одновременную коррекцию содержания в плазме мозгового натрийуретического пептида, редокс-потенциала и альдостерона как показателей риска интраоперационной дисфункции сердца.

Материал и методы:

Проведено контролируемое рандомизированное исследование 68 больных с постинфарктным кардиосклерозом, кардиоренальным синдромом, рефрактерной стенокардией напряжения и покоя III-IV функционального класса (ФК), с выраженной систолической дисфункцией левого желудочка, артериальной гипертензией II-III степени, с нарушениями ритма и проводимости различного генеза.

Результаты:

Показано, что проведение короткого курса (3-5 дней) лечения кардиопротекторным препаратом аденоцином, обладающим положительным инотропным действием, в результате устранения гипоксии почек, снижающим выраженность кардиоренального синдрома и противовоспалительным эффектом, в раннем послеоперационном периоде приводит к стабилизации АД (на 2-3 день после перевода из реанимационного отделения) - 120/80 мм.рт.ст. (при исходной гипотонии или тенденции к гипотонической реакции), нормализации ритма при тенденции к нарушению или тахикардии, уменьшению выраженности одышки на 69% (в контрольной группе на 23%), застойных явлений в малом круге кровообращения на 72% (в контрольной группе на 20%), в большом – отеков на 74% (при традиционной терапии на 12%), и размеров печени на 82% (в контроле на 49%). В результате средний ФК ХСН по NYHA уменьшался на 32%, а в контрольной группе – на 9%. Содержание альдостерона в крови снижается на 51%, а уровень ренина – на 45% и повышение отношения НАД: НАДН в плазме крови на 23%. В контрольной группе содержание обоих показателей после лечения существенно от исходного не отличается. Применение аденоцина позволяет существенно снизить дозы и продолжительность катехоламиновой терапии, нормализовать соотношение азота мочевины в крови к креатинину в раннем послеоперационном периоде и сократить сроки пребывания больного в отделении интенсивной терапии.

Заключение:

Деремоделирование миокарда и значительный регресс систолической дисфункции левого желудочка у больных ИБС с кардиоренальным синдромом, ассоциируется с обратимыми изменениями редокс-потенциала, НАД/НАДН клеток миокарда и почек, ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и системы Na-уретических пептидов.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС С ГОСПИТАЛИЗАЦИЕЙ НА ОДНУ НОЧЬ

Басинкевич А. Б., Матчин Ю. Г., Бубнов Д. С.,
Атанесян Р. В., Данилушкин Ю. В.,
Сильвестрова Г. А., Шамрина Н. С., Агеев Ф. Т.
ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Усовершенствование катетерных технологий с применением лучевого доступа дало возможность значительно сократить

количество осложнений и уменьшить продолжительность пребывания больных в специализированных кардиологических отделениях. В настоящее время в клиническую практику вводятся новые методики и схемы ведения пациентов до и после эндоваскулярных вмешательств (ЭВ), позволяющие сокращать время пребывания больного в специализированном учреждении до 24 часов, с выпиской на следующее утро. Это позволяет значительно повысить доступность проведения различных видов ЭВ, сократить листы ожидания и снизить материальные затраты в связи с сокращением койко-дня.

Материал и методы:

В исследование было включено 204 больных хронической ИБС, которым в лаборатории рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения в амбулаторных условиях при Научно-диспансерном отделе ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ проводилось эндоваскулярное лечение коронарных артерий (ЭЛ). Стандартное амбулаторное обследование перед ЭВ и назначение двойной антитромбоцитарной терапии выполнялись врачами-кардиологами консультативно-диагностического отделения РКНПК. На догоспитальном этапе проводился тщательный отбор больных, соответствующих группе низкого риска с наличием одно- и двухсосудистого поражения коронарного русла. Все ЭВ проводились через артерии предплечья. В день проведения процедуры больной госпитализировался в одно из клинических отделений ИКК им. А. Л. Мясникова на одну ночь, с выпиской на следующее утро после чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) при отсутствии осложнений. Из 204 больных, 92(45%) больным проведена коронароангиография (КАГ) с одномоментным переходом в ЧКВ; 112 (55%) больным по результатам ранее выполненной КАГ проведено ЧКВ. Необходимым условием для ранней выписки пациента являлась географическая удаленность места жительства пациента не более, чем 1,5 часа езды на автомобиле от РКНПК. Для диагностики и предотвращения возможных осложнений и жизнеугрожающих состояний у больных после ЭВ применялось дистанционное мониторирование ЭКГ с использованием 4-х канальных кардиомониторов Миокард - 3 (Россия, г. Саров) с мониторингом и анализом критических ситуаций в реальном времени.

Результаты:

Успех процедуры был достигнут у 203 больных (99,0%). У 1 (0,5%) больного в группе КАГ с переходом в ЧКВ имел место ЧКВ - ассоциированный не Q-инфаркт миокарда (4 а тип) после проведения ЧКВ передней - нисходящей артерии, в связи с чем были пролонгированы сроки госпитализации до 7 дней. Других сердечно - сосудистых осложнений зарегистрировано не было. Низкой была и частота осложнений со стороны места пункции. Так, гематомы в месте пункции артерий предплечья имели место у 3 (0,7%) больных, не потребовали ни специальной терапии, ни пролонгации сроков лечения. У 2(0,5%) больных отмечалась бессимптомная окклюзия лучевой артерии; проходимость артерии спонтанно восстановилась в течение первых трех месяцев после проведения ЧКВ. Из 204 больных, у 4 (2%) больных была незапланированная пролонгация госпитализации более 1 суток в связи со следующими причинами: у 1(0,5%) больного развился инфаркт миокарда 4 А типа, потребовавший пролонгацию до 7 дней, у 2(1%) больных развился ангинозный приступ во время проведения процедуры с пролонгацией до 2 суток для наблюдения, не сопровождавшийся повышением уровня тропонина. Один (0,5%) больной отказался от ранней выписки. В течение 1 месяца после выписки незапланированных госпитализаций в обеих группах не было. Дистанционное мониторирование ЭКГ было проведено у 204 больных: жалоб больные не предъявляли, в связи с чем потребности в расшифровке ЭКГ в режиме он

- лайн не было. По данным разработанной нами анкеты, отражающей удовлетворенность больными предложенным вариантом госпитализации на одну ночь, 155 (76%) больных при оценке по десятибалльной шкале выбрали самый высокий балл и предпочли бы только подобный подход в дальнейшем в случае необходимости повторного лечения. При оценке тревоги, 148 (73%) больных не испытывали тревожного состояния, 22 (16%) оценили подобный подход как очень тревожный и, вероятнее всего, не выбрали бы его в дальнейшем при необходимости; 22 (11%) больных расценили подход как тревожный.

Заключение:

Проведение эндоваскулярного лечения коронарных артерий с госпитализацией на одну ночь у тщательно отобранной категории больных со стабильным течением ИБС, является безопасным, с низкой частотой осложнений и высоким уровнем удовлетворенности больных короткими сроками пребывания в стационаре.

ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Панфилов Ю. А., Рудакова М. Н., Луняков В. А.
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Заболеваемость инфарктом прогрессивно возрастает по мере старения населения, достигая максимума в возрасте 60 лет и старше. Первые случаи заболевания острым ИМ у мужчин почти повсеместно отмечаются уже в возрасте 20-29 лет, а у женщин в возрасте на 10-15 лет позднее. Цель исследования - изучить особенности течения инфаркта миокарда у пациентов разных возрастных групп.

Материал и методы:

Проанализировано 100 историй болезни пациентов в возрасте от 30 до 88 лет с диагнозом Q(+) и Q(-) инфаркт миокарда, проходивших стационарное лечение в отделении неотложной кардиологии ГБУ РО ОКБ в 2015-2017 годах. Больные были разделены на 4 возрастных группы: 1) до 45 лет (22 человека); 2) 45-59 (23); 3) 60-74 (33); 4) 75 и старше (22).

Результаты:

Во всех возрастных группах, кроме старческого возраста, преобладали мужчины. Доля курильщиков уменьшалась с возрастом (64% в молодом возрасте, 52% в среднем, 30% в пожилом и 0% в старческом). В пожилом (81%) и старческом (73%) возрасте гиперхолестеринемия выявлялась чаще, чем в молодом и среднем (62 и 61% соответственно). В пожилом и старческом возрасте доля больных, направленных в ОКБ из другого медицинского учреждения, достигала 27%. Причем чаще всего поступали в отделение неотложной кардиологии по направлению из поликлиники больные старше 74 лет (18%). Наиболее часто поступали в стационар в срок свыше 24 часов от возникновения болевого синдрома пациенты старческого возраста - 36%. Частота повторных инфарктов миокарда увеличивалась с возрастом (5-13-15-32%). В молодом, среднем и старческом возрасте наиболее часто встречался инфаркт миокарда передней локализации (41, 57 и 50% соответственно). Во всех возрастных группах наиболее частым сопутствующим заболеванием была гипертоническая болезнь (77-87-97-100%). На втором месте по частоте (у молодых 14%, у пожилых 24%, в старческом возрасте 36%) сахарный диабет 2 типа. У пациентов всех возрастных групп гипертоническая болезнь в анамнезе отмечалась чаще, чем ИБС. Причем наименьшая доля пациентов с ИБС в анамнезе наблюдалась в молодом возрасте. Частота проведения коронароангиографии составила: в молодом возрасте - 54%, в сред-

нем - 39%, в пожилом - 45%. Частота стентирования при выполнении коронароангиографии была различной: 83% в молодом, 78% в среднем, 100% и в пожилом, и в старческом возрасте. Отсутствие пораженных коронарных артерий отмечалось лишь у молодых пациентов (17%). Частота развития осложнений увеличивалась с возрастом (14%-13%-24%-36%).

Заключение:

В группе пациентов молодого возраста курение, гиперхолестеринемия, повышение АД в анамнезе встречается в более 60% случаев. В 86% случаев (чаще, чем в других возрастных группах) инфаркт миокарда у молодых стал первым проявлением ИБС. С возрастом увеличивается число сопутствующей патологии, количество повторных инфарктов миокарда и частота осложнений. Частота госпитализаций в сроки после 24 часов от начала заболевания наиболее велика у пациентов старческого возраста.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Джанибекова А. Р.¹, Горбунова С. И.¹,
Джанибекова Л. Р.², Эжиева Б. Б.³, Гожа Я. И. Н.⁴

¹Ставропольский государственный медицинский университет, ²РГБ ЛПУ «КЧРКБ» Черкесск,

³ГУЗ ПКТД РО Ростов на Дону,

⁴«Ставропольская краевая клиническая больница»

Введение (цели/ задачи):

В последние годы особое внимание уделяется изучению депрессии в общемедицинской практике, в частности у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС). Согласно данным аналитического прогноза ВОЗ, к 2020г. депрессия выйдет на второе место после ИБС по числу утраченных лет полноценной жизни, а также принимая во внимание, что наиболее распространенным психическим расстройством у пациентов ИБС является депрессия, целью настоящего исследования послужило изучение тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с ИБС до и после хирургического лечения.

Материал и методы:

В исследование включены 32 пациента трудоспособного возраста от 43 до 55 лет, которым по данным коронароангиографии (КАГ) показано хирургическое лечение с помощью аортокоронарного шунтирования (АКШ). Соотношение мужчины vs женщин было 21 (65,6%) vs 11 (34,4%). Коронарный анамнез составлял около 3-4 лет. У всех пациентов выявляли и оценивали тяжесть депрессии и тревоги с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) на момент госпитализации и через 2-6 месяцев (в среднем послеоперационном периоде) после АКШ. При этом выделяли три области значений суммарного показателя: 0-7 баллов - «норма», 8-10 баллов - «субклиническая тревога/депрессия», 11 и выше - «клинически выраженная тревога/депрессия». Статобработку данных проводили с помощью пакета анализа STATISTICA, версия 6,0 и в Excell.

Результаты:

У лиц мужского пола были выявлены следующие гемодинамически значимые стенозы: правой коронарной артерии - в 42,9% случаях, в передней нисходящей артерии - в 28,6% случаях и в огибающей - в 38,1% случаях. У двоих мужчин имело место поражение двух сосудов. У лиц женского пола гемодинамически значимые стенозы указанных локализаций распределились соответственно в 54,5%, 18,2%, и 27,3% случаях. По данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) установлено,

что на момент госпитализации различные расстройства тревожно-депрессивного спектра в виде субклинической и клинической формы с учетом гендерного признака были выявлены у 52,4 % лиц мужского и у 54,5% лиц женского пола. Анализ распространенности расстройств тревожно-депрессивного спектра в среднем послеоперационном периоде после проведенного АКШ показал уменьшение частоты встречаемости данных расстройств более чем в 2 раза и соответственно составил 28,6% и 36,4%, что сочеталось с уменьшением частоты и интенсивности болевого синдрома, повышением толерантности к физической нагрузке после оперативного лечения. Однако, у ряда пациентов, а именно у 23,8% и 18,2% лиц мужского и женского пола уровни тревоги и депрессии в сочетании с более низкими показателями качества жизни сохраняются и в позднем послеоперационном периоде (более 6 месяцев) АКШ.

Заключение:

Следовательно, полученные данные отражают не только высокую распространенность расстройств тревожно-депрессивного спектра у пациентов с ИБС, но и указывают на необходимость активного выявления коморбидных психопатологических расстройств у данной категории больных и своевременное проведение лечебно-профилактических мероприятий, что обеспечит улучшение медико-социальной эффективности лечения основного заболевания и является своего рода «инвестицией» в будущее благополучие пациента.

ПОВТОРНЫЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПОСЛЕ ПЛАНОВОГО СТЕНТИРОВАНИЯ: АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИХ ФАКТОРОВ

Проваторов С. И., Ромасов И. В., Потехина А. В., Осокина А. К., Филатова А. Ю., Ноева Е. А., Шлевкова Г. В., Меркулов Е. В., Самко А. Н.
ФГБУ «РКНПК» Минздрава РФ

Введение (цели/ задачи):

Несмотря на внедрение в практику стентов с антипролиферативным покрытием, частота повторных вмешательств у пациентов, перенесших коронарное стентирование, остается довольно высокой. Целью данной работы было изучение структуры повторных реваскуляризаций в отдаленные сроки после планового коронарного стентирования и выявление основных факторов, predisposing к проведению повторной реваскуляризации.

Материал и методы:

В исследование включен 1691 пациент, перенесший плановое коронарное стентирование с имплантацией стентов с антипролиферативным покрытием в 2010-2011 г.г. Возраст пациентов составил $59,87 \pm 10,47$ лет, 1367 пациентов (80,8%) были мужчинами. В последующий анализ включены 383 пациента, которые в различные сроки в течение 6 лет после вмешательства подверглись повторной КАГ. Концентрацию холестерина в крови определяли у каждого пациента перед проведением стентирования и перед проведением повторной коронароангиографии. Каждый пациент получал аторвастатин 20-80 мг/сут или розувастатин 10-40 мг/сут и аспирин 75 - 100 мг/сут, в течение года после стентирования назначался клопидогрел 75 мг/сут.

Результаты:

У 213 (12,6%) пациентов было выявлено значимое стенозирование коронарных артерий, в связи с чем они подверглись повторной реваскуляризации (группа I). 170 пациентов, у которых по данным повторной КАГ не было выявлено прогрессирования стенозов коронарных артерий составили группу II. Рестеноз/окклю-

зия стента послужили причиной реваскуляризации в 85 случаях (39,9%), в остальных случаях повторное вмешательство было выполнено в связи с прогрессированием коронарного атеросклероза. Интервал между первичной и повторной реваскуляризациями составил от 5 суток до 6 лет, в среднем $26,2 \pm 19,2$ месяцев. Сахарный диабет отмечался у 52 (24,4%) пациентов в группе I и у 33 (19,4%) пациентов из группы II (различия недостоверны). Исходное содержание холестерина в крови у пациентов группы I составило $4,93 \pm 1,32$ ммоль/л, у пациентов группы II - $4,92 \pm 1,27$ ммоль/л (различия отсутствуют). На момент повторной госпитализации концентрация ХС в крови у пациентов группы I составляла $4,70 \pm 1,41$ ммоль/л, а у пациентов группы II - $4,40 \pm 0,95$ ммоль/л ($p=0,02$). Таким образом, у большинства пациентов, перенесших коронарное стентирование, содержание холестерина в крови на момент проведения повторной ангиографии снижалось по сравнению с исходным, изменение составило $-0,28 \pm 1,56$ ммоль/л в группе I и $-0,55 \pm 1,29$ ммоль/л в группе II ($p<0,05$).

Заключение:

Более 10% пациентов, перенесших плановое коронарное стентирование, подвергаются повторной реваскуляризации в течение последующих 6 лет. Прогрессирование коронарного атеросклероза чаще служит причиной повторной реваскуляризации, чем нарушение проходимости стента. Вероятность проведения повторной реваскуляризации сопряжена с концентрацией холестерина в крови не на момент проведения вмешательства, а в отдаленном послеоперационном периоде.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ИНОКАРДИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Литвинова Т. И., Лучко В. С., Петельский Ю. В., Анацко С. В., Ширма Ю. В., Махомет Е. В.
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Введение (цели/ задачи):

В последние десятилетия научный поиск клиницистов, ученых направлен на создание и внедрение в медицинскую практику кардиопротекторов – препаратов, которые успешно устраняют нарушение клеточного метаболизма. Инокардин – комбинированное метаболическое лекарственное средство, действие которого обусловлено свойствами входящих в его состав аминокислоты L-аргинина и предшественника АТФ инозина. Цель нашего исследования – изучение эффективности и переносимости препарата Инокардин в комплексном лечении пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы:

В исследование было включено 92 пациента с ишемической болезнью сердца. В их числе мужчин было 65, женщин – 27, средний возраст составил $62,4 \pm 7,2$ года. Все пациенты были распределены в две группы: в первую (основную) группу вошли 47 больных, которым к базисной терапии был добавлен Инокардин в дозе 1300 мг/сут; вторую (контрольную) группу составили 45 человек, которые получали аналогичную терапию без Инокардина. Между группами не было достоверных различий по возрасту, полу, анамнезу заболевания, функциональному классу ИБС. Длительность наблюдения составила 3 недели. На ЭКГ у большинства пациентов (45 человек) обеих групп преобладала депрессия сегмента ST более 1 мм, что составило 48,9%, блокада левой ножки пучка Гиса у 19,2%, признаки гипертрофии левого желудочка у 17,1%, лишь у 12,8% трепетание предсердий. Всем пациентам проводились: общий осмотр, лабораторно-инструментальные исследования: общий анализ крови и мочи,



НОВАЯ ФОРМА

ОТ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО КРИЗИСА К КОМФОРТНОЙ ЖИЗНИ

Базовый антиишемический препарат.
Теперь 1 капсула в день



СОСТАВ. * 1 твердая капсула с пролонгированным высвобождением содержит триметазидина дигидрохлорида 80 мг. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ.** * Длительная терапия ишемической болезни сердца: профилактика приступов стабильной стенокардии в составе моно- или комбинированной терапии. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ.** * Внутрь, по 1 капсуле 1 раз в сутки, утром во время завтрака. Оценка пользы от лечения может быть проведена после трех месяцев приема препарата. Прием препарата следует прекратить, если за это время улучшения не наступило. Пациенты с почечной недостаточностью/пациенты старше 75 лет: у пациентов с почечной недостаточностью умеренной степени тяжести (КК 30-60 мл/мин) рекомендуется снижение дозы, т.е. 1 таблетка, содержащая 35 мг триметазидина в день. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.** * Повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата. Болезнь Паркинсона, симптомы паркинсонизма, тремор, синдром «беспокойных ног» и другие, связанные с ними двигательные нарушения. Тяжелая почечная недостаточность (КК < 30 мл/мин). Непереносимость фруктозы/сахарозы, наличие синдрома глюкозо-галактозной мальабсорбции, сахарозо-изомальтозной недостаточности и других ферментопатий, связанных с непереносимостью сахарозы, входящей в состав препарата. Из-за отсутствия достаточного количества клинических данных пациентам до 18 лет назначение препарата не рекомендуется. **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ.** * Предуктал® ОД не предназначен для купирования приступов стенокардии и не показан для начального курса терапии нестабильной стенокардии или инфаркта миокарда на догоспитальном этапе или в первые дни госпитализации. В случае развития приступа стенокардии следует пересмотреть и адаптировать лечение (лекарственную терапию или проведение процедуры реваскуляризации). Предуктал® ОД может вызывать или ухудшать симптомы паркинсонизма (тремор, акинезию, повышение тонуса), поэтому следует проводить регулярное наблюдение пациентов, особенно пожилого возраста. Могут отмечаться случаи падения, связанные с неустойчивостью в позе Ромберга и «шаткостью» походки или выраженным снижением АД, особенно, у пациентов, принимающих гипотензивные препараты. **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ.** * **БЕРЕМЕННОСТЬ И ПЕРИОД ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ.** * Не рекомендуется во время беременности. Не следует применять в период грудного вскармливания. **ВЛИЯНИЕ НА СПОСОБНОСТЬ УПРАВЛЯТЬ АВТОТРАНСПОРТОМ И ВЫПОЛНЯТЬ РАБОТЫ, ТРЕБУЮЩИЕ ВЫСОКОЙ СКОРОСТИ ПСИХОМОТОРНЫХ РЕАКЦИЙ.** * Наблюдались случаи головокружения и сонливости, что может повлиять на способность к управлению автотранспортом и выполнению работ, требующих повышенной скорости физической и психической реакций. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ.** * Часто: боль в животе, диарея, диспепсия, тошнота, рвота, астения, головокружение, головная боль, кожная сыпь, зуд, крапивница, астения. Редко: ощущение сердцебиения, экстрасистолия, тахикардия, выраженное снижение АД, ортостатическая гипотензия, которая может сопровождаться общей слабостью, головокружением или потерей равновесия, особенно при одновременном приеме гипотензивных препаратов, «приливы» крови к коже лица. Неустойчивая частота: запор, симптомы паркинсонизма (тремор, акинезия, повышение тонуса), «шаткость» походки, синдром «беспокойных ног», другие связанные с ними двигательные нарушения, обычно обратимые после прекращения терапии, нарушения сна (бессонница, сонливость), острый генерализованный экзантематозный пустулез, отек Квинке, агранулоцитоз, тромбоцитопения, тромбоцитопеническая пурпура, гепатит. **ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА.** * Триметазидин предотвращает снижение внутриклеточной концентрации аденозинтрифосфата (АТФ) путем сохранения энергетического метаболизма клеток в состоянии гипоксии. Триметазидин не оказывает прямого воздействия на показатели гемодинамики. **ФОРМА ВЫПУСКА.** * Капсулы с пролонгированным высвобождением 80 мг. По 10 капсул в блистер из ПА/Ал/ПВХ-пленки м фольги алюминиевой. По 3 блистера с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную.



*Смотрите полную информацию о препарате в инструкции по применению.
АО «Сервье», 125047, Москва, ул. Лесная, д. 7. Тел. (495) 937 07 00, факс (495) 937 07 01, www.servier.ru

Регистрационное удостоверение: ЛП-003410 от 13.01.2016.

РЕКЛАМА

биохимический анализ крови: общий белок, сахар, АЛТ, АСТ, холестерин, креатинин, мочевины, С-реактивный белок, электрокардиография (ЭКГ), холтеровское мониторирование ЭКГ.

Результаты:

Анализ полученных результатов показал, что в обеих группах наблюдалась положительная динамика течения ИБС, но у пациентов первой группы было отмечено более быстрое регрессирование болевого синдрома и повышение толерантности к физической нагрузке. По данным суточного мониторирования ЭКГ до начала лечения и после 3 недель после проведенной терапии Инокардином в основной группе было зарегистрировано достоверное снижение частоты желудочковых и наджелудочковых экстрасистол, как проявление уменьшения электрической нестабильности миокарда и продолжительности ангинозной боли ($p < 0,01$). Анализ динамики лабораторных данных не выявил отрицательного влияния препарата на показатели общего и биохимического анализа крови и мочи.

Заключение:

Таким образом, назначение Инокардина пациентам с ИБС в составе комплексной терапии позволяет добиться стойкого антиангинального эффекта. Препарат положительно влияет не только на общее состояние, но и на лабораторно-инструментальные показатели. В результате исследования были подтверждены хорошая клиническая эффективность и переносимость препарата Инокардин у пациентов с ИБС.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕОБСТРУКТИВНЫМ КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Лыков Ю. В., Комарова И. С., Дятлов Н. В.
ПМГМУ им. И. М. Сеченова

Введение (цели/ задачи):

Проанализировать приверженность к лечению и отдаленный прогноз пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) при необструктивном поражении коронарных артерий.

Материал и методы:

В исследование включено 1240 пациентов с диагнозом «первичный острый инфаркт миокарда», проходивших лечение в ГКБ им. С. С. Юдина г. Москвы в 2015-2016 гг. В исследование включались пациенты, которым проводилась коронарная ангиография (КАГ). Первую группу (7,7%) составили пациенты с ИМ и необструктивным атеросклеротическим поражением коронарных артерий (НОАПКА), вторую (группа сравнения, 21,9%) – пациенты с ИМ и 100% острой окклюзией единственной инфаркт-ответственной коронарной артерии (ОАПКА). Поражение коронарного русла считали необструктивным при выявлении обструкции коронарных артерий (КА) не более 50% по данным КАГ независимо от количества заинтересованных артерий. Средний возраст пациентов 1 и 2 групп составил $67,9 \pm 11,5$ и $56,59 \pm 11,6$ лет соответственно ($P < 0,001$). Группа 1: 45,8% мужчин и 54,2% женщин против группы 2: 67,6% мужчин и 32,4% женщин; $P < 0,01$. Обследованные пациенты наблюдались в течение года после выписки из стационара. Потери в наблюдении составили 35% в группе 1 и 23% в группе 2. В конце учетного года каждый пациент был анкетирован посредством телефонных контактов. Изучались повторные госпитализации, клинические проявления стенокардии напряжения, повторные коронарные события и КАГ, перечень лекарственных препаратов для постоянного приема.

Результаты:

На момент выписки из стационара не всем пациентам из первой группы была рекомендована двойная антитромбоцитарная те-

рапия (аспирин + клопидогрел/тикагрелор), в отличие от второй группы, где она была назначена всем пациентам без исключения. Аспирин в качестве антиагреганта в группе 1 был назначен в 87,5%, клопидогрел/тикагрелор в 91,7% случаев. 12,5% пациентам из группы 1 было рекомендовано добавить к лечению варфарин или новые оральные антикоагулянты в сравнении с 7,4% пациентов из группы 2, $p > 0,05$. Бета-адреноблокаторы назначены в группе 1 и 2 в 91,7% и 97,1% соответственно, $p > 0,05$. ИАПФ или сартан достоверно чаще были рекомендованы больным с НОАПКА, чем пациентам с ОАПКА (83,4% и 76,5% соответственно, $P < 0,05$). Статины рекомендовались к приему большинству пациентов обеих групп (91,7% в группе 1 и 98,5% во группе 2, $P > 0,05$). Потребность в петлевых диуретиках между группами также достоверно не различалась (25% против 17,6% соответственно, $p > 0,05$). Блокаторы кальциевых каналов пациентам группы 1 были показаны в 25% случаев, а больным второй группы вообще не рекомендовались к приему. В течение года после выписки из стационара, у пациентов с ИМ и НОАПКА не наблюдались повторные коронарные события и не проводилась повторная КАГ, хотя у 45% пациентов выявлены клинические проявления стенокардии напряжения. При этом в группе пациентов с ОАПКА 7,7% пациентов подверглись повторной КАГ в связи с повторным коронарным событием, однако клинических проявлений стенокардии напряжения у них не отмечалось. Хотя бы одна повторная госпитализация в течение года зафиксирована у 33,3% пациентов из группы 1 и у 25% пациентов из группы 2 ($P < 0,05$). В конце учетного года, по данным анкетирования, аспирин перестали принимать 27,5% пациентов из группы 1 и 16,7% из группы 2 $P < 0,01$; клопидогрел/тикагрелор перестали принимать 71,7% и 41,7% соответственно, $P < 0,01$; иАПФ или сартан – 13,4% и 18,2% пациентов соответственно, $p > 0,05$; бета-блокаторы – 11,7% пациентов первой группы и 37,1% из второй, $P < 0,05$; статины – 11,7% и 40,2% соответственно, $P < 0,01$.

Заключение:

За наблюдаемый год выявлена низкая приверженность пациентов обеих групп лечению, высокая частота клинических проявлений стенокардии напряжения и достоверно более частые повторные госпитализации среди пациентов, перенесших ИМ с необструктивным поражением КА.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИБС У ПАЦИЕНТОВ, РАННЕЕ ПЕРЕНЕСШИХ СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ: НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Емельянов А. В., Ширяев А. А., Васильев В. П.,
Галютдинов Д. М., Власова Э. Е., Черкашин Д. И.
ФГБУ «РКНПК»

Введение (цели/ задачи):

Оценить интраоперационные данные и ранние результаты коронарного шунтирования у больных с ЧКВ в анамнезе.

Материал и методы:

Проведен анализ результатов коронарного шунтирования у 158 пациентов со стентированием коронарных артерий в анамнезе (группа I – 112 пациентов с однократным ЧКВ, группа II – 46 пациентов с многократным ЧКВ). В качестве сравнения исследованы 160 пациентов, оперированных в те же сроки, но без предшествующего стентирования (группа III). Группы сопоставимы по возрасту и полу, функциональному классу стенокардии, тяжести поражения коронарного русла по шкале SYNTAXscore, спектру и частоте сопутствующих заболеваний, а также по среднему количеству шунтированных артерий. Во

всех случаях использовался операционный микроскоп и искусственное кровообращение. Передняя нисходящая артерия была шунтирована с использованием левой ВГА в 100% случаев, остальные шунты были аутовенозными. Секвенциальное шунтирование выполняли чаще у пациентов II группы. Все пациенты с 1-х суток послеоперационного периода получали аспирин в стандартной дозировке, в случае коронарной эндартерэктомии дополнительно к этому в течение полугода назначался варфарин с целевым значением МНО не менее 2.0.

Результаты:

При сравнении технических особенностей операции пациентов I, II и III групп: время ишемии миокарда составило соответственно 46 ± 7 , 62 ± 10 и 44 ± 6 мин ($p=0,001$), средняя длительность ИК – 79 ± 17 , 98 ± 21 и 77 ± 18 мин ($p=0,001$), количество коронарных эндартерэктомий 10 из 112 (9%), 11 из 46 (24%) и 7 из 160 (4,3%) ($p=0,005$). Во II группе в 10 случаях эндартерэктомию выполняли с экстракцией стентов в связи с отсутствием места для формирования стандартного анастомоза. Дистальное шунтирование к артериям $<1,5$ мм и пролонгированная ангиопластика выполнялись чаще во II группе: 12 из 46 (26%) и 14 из 160 (9%) в III группе ($p=0,004$). При сравнении ранних осложнений: периоперационный инфаркт миокарда имел место в 5 (4,5%) и 4 (9%) случаях в группе I и II, и 6 случаев (4%) группы III. Рестернотомия с целью дополнительного гемостаза выполнялась достоверно чаще у пациентов II группы (6 больных, 13%) по сравнению с III группой (5 больных, 3%), ($p=0,01$), и низкий сердечный выброс наблюдался у 21 пациента (47%) II группы против 18 (11%) в III группе ($p=0,0001$).

Заключение:

КШ у пациентов с ЧКВ в анамнезе сопряжено с интраоперационными техническими сложностями, частым выполнением ЭАЭ и требует применения прецизионных методик, особенно в случаях множественного и повторного стентирования КА, что несомненно должно учитываться при выборе тактики операции у пациентов с многососудистым поражением. В наших наблюдениях, в отличие от большинства других исследований, не выявлено существенного влияния предшествующих ЧКВ на летальность и нефатальный инфаркт миокарда при операциях КШ. Однако по большинству показателей эффективности вмешательств отмечено отрицательное влияние эндоваскулярного лечения на результаты последующей хирургической реваскуляризации.

КАРДИОХИРУРГИЯ. РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ. ГИБРИДНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЛЕРИША

Чернявский М. А., Гусев А. А., Чернов А. В.,
Алексеева Н. В., Чернова Д. В.
ФГБУ «СЗФМИЦ имени В.А. Алмазова»

Введение (цели/ задачи):

Оценить результаты малоинвазивного хирургического лечения хронических окклюзий подвздошных артерий, в том числе при сочетании с поражением ипсилатеральной общей бедренной артерии.

Материал и методы:

С декабря по март 2017 года в отделении сосудистой и гибридной хирургии ФГБУ «СЗФМИЦ имени В.А. Алмазова» выполнено лечение 31 человека с хроническими окклюзиями подвздошных артерий, у 10 из них наблюдалось, в том числе, поражение общей бедренной артерии (ОБА): окклюзии ОБА наблюдались в 74% случаев, у остальных пациентов – гемодинамически значимые стенозы до 70%. В зависимости от стадии хронической ишемии нижних конечностей по классификации Фонтейна-Покровского: IIB стадии соответствовали 17 (54,8%) человек, III стадии – 9 (29%) человек, IV стадии – 5 (16,1%) человек. Среди них мужчины составляли 61,1 %, женщины – 38,8 %. Возраст больных варьировался от 45 лет до 84 лет, в среднем составил 73,46 года ($\pm 3,68$ года). Распределение в зависимости от характера поражений по классификации аорто-подвздошных поражений TASC II: тип B наблюдался у 6 (19,3%) пациентов, тип C – у 13 (41,9%), тип D – у 12 (38,7%) пациентов. Двухстороннее поражение наблюдалось у 3 пациентов. Выполнено 21 эндоваскулярных реканализации подвздошных артерий. В 10 случаях выполнено гибридное хирургическое вмешательство: одномоментная открытая эндартерэктомия с пластикой ОБА и последующей эндоваскулярной реканализацией общей и наружной подвздошных артерий. Ретроградный доступ использовался в 25,9% случаях, доступ через лучевую артерию выполнен в 1 случае (3,7%). Контралатеральная реканализация осуществлена в 74,1 % операциях.

Результаты:

Первичный технический успех достигнут у 93,5 % пациентов. В одном случае выполнить эндоваскулярную реканализацию подвздошной артерии не удалось из-за выраженного кальциноза. Пациенту выполнено открытое подвздошно-бедренное шунтирование с восстановлением магистрального кровотока. У одного пациента при контрольной ангиографии выявлен остаточный стеноз около 50%, что потребовало повторного эндоваскулярного вмешательства через 1,5 месяца с восстановлением магистрального кровотока. Послеоперационных осложнений не наблюдалось. Средний послеоперационный койко-день составил 1,38 суток. 30-дневная проходимость, в том числе после повторного вмешательства, составила 100% по данным УЗДГ артерий нижних конечностей. Клинически увеличение дистанции безболевого ходьбы в среднем в 2.2 раза.

Заключение:

Эндоваскулярное лечение окклюзий подвздошных артерий может быть успешно выполнено при окклюзиях подвздошных артерий класса D и C по TASCII. У пациентов с окклюзией подвздошной артерии в сочетании с ипсилатеральной окклюзией общей бедренной артерии – операцией выбора является гибридное хирургическое вмешательство в гибридной операционной.

10 ЛЕТ ПРОГРАММЕ УСКОРЕННОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ: ВОПРОСЫ ЕЩЕ ЕСТЬ

Власова Э. Е., Ильина Л. Н., Тарасова Л. В.,
Васильев В. П., Галяутдинов Д. М.,
Ширяев А. А., Акчурин Р. С.
ФГБУ «РКНПК» Минздрава РФ

Введение (цели/ задачи):

Увеличение операций на открытом сердце у больных ИБС обуславливает необходимость разработки и внедрения стандартных программ послеоперационной реабилитации. С позиций доказательной медицины, участие в реабилитационных

программах достоверно снижает общую и сердечно-сосудистую смертность и экономит средства. В то же время одним из важных аспектов оптимизации работы кардиохирургического отделения является организация восстановительного периода и стремление к сокращению послеоперационного койко-дня. Принято разделение реабилитационной программы на 3 фазы: первую - госпитальную, вторую - раннюю внегоспитальную (3-6 недель после выписки), третью - позднюю внегоспитальную, которая является по сути вторичной профилактикой болезни. В ОССХ программа ускоренной реабилитации после коронарного шунтирования (КШ) реализуется в течение 10 лет. Задачей программы является оптимизация 1 фазы реабилитационной программы при длительности госпитального восстановительного периода не более 7 суток. Цель: Оценить результаты программы ускоренной реабилитации в реальных условиях, а также состояние второй и третьей фазы реабилитации у больных, включенных в эту программу.

Материал и методы:

В период с 2007 по 2016гг в программу ускоренной реабилитации ОССХ суммарно включено 495 больных; средний возраст $55,2 \pm 5,8$ лет, 402 мужчины (81%). Проведен анализ до- и послеоперационных клинических характеристик этой группы больных. Нами был составлен опросник, с помощью которого мы пытались выявить проблемы, с которыми пациенты данной группы встречались в течение года после выписки, а также оценить реальную доступность специализированного кардиологического наблюдения и реабилитационных мероприятий.

Результаты:

Опыт показал, что в реальности программа ранней реабилитации выполняема только у небольшой части оперированных больных, представляющих собой относительно молодой контингент с неосложненным течением ИБС. Группа характеризовалась сохранной систолической функцией левого желудочка (средняя ФВлж составила $56,1 \pm 6,1\%$, средний КДРлж - $5,2 \pm 0,68$ см), отсутствием жизнеугрожающих аритмий, невысокой частотой фибрилляции предсердий (6%), отсутствием выраженного ожирения, инсулинопотребного СД, неврологического дефицита, почечной и дыхательной недостаточности. Течение операции и раннего послеоперационного периода в этой группе характеризовалось относительно коротким искусственным кровообращением и временем пережатия аорты ($90,0 \pm 19,6$ и $55,4 \pm 16,8$ мин. соотв.), относительно небольшой кровопотерей (810 ± 120 мл), относительно недлительными ИВЛ и пребыванием в отделении реанимации ($13,7 \pm 2,9$ и $35,0 \pm 4,1$ час соотв.). Число таких больных в структуре перенесших КШ год от года не превышает 15%; в остальных случаях послеоперационное восстановление требует до 12-14 суток пребывания в отделении. Это объясняется значительным утяжелением состава больных и растущим числом сочетанных операций в последнее десятилетие. Из 348 анкет, разосланных больным с коротким послеоперационным койко-днем, получено заполненных - 322, доступно анализу - 312. Результаты опроса показали, что повторные госпитализации в стационар в ближайшие 3 месяца после выписки потребовались 21% пациентов; причинами повторных госпитализаций по мнению больных служили: повышение АД - в 25%, болевой синдром в грудной клетке - в 22%, легочные осложнения - 12%, аритмия - в 11%. Регулярные визиты к кардиологу считают доступными не более 25% опрошенных, восстановление в специализированных реабилитационных центрах после выписки - не более 15%. Тренировки с индивидуальным подбором режимов были назначены лишь 2,5% больных. Регулярный контроль липидов и ферментов

осуществляют 34%, достигли целевых уровней ХС ЛНП - 19%. Полный отказ от курения отметили 77%, считают АД устойчиво нормализованным - 58% опрошенных.

Заключение:

Ускоренное госпитальное восстановление после КШ при современном составе больных реально возможно у 15% пациентов. Однако, по нашему мнению, такое сокращение послеоперационного госпитального периода предполагает перенос дальнейшего восстановления в специализированное реабилитационное учреждение и гораздо более широкое внедрение программ физической реабилитации и контроля.

АНGIOГРАФИЧЕСКАЯ И КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОЛИЧЕСТВА СОСУДИСТЫХ ПОРАЖЕНИЙ

Юлдашев Н. П.

АО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ»

Введение (цели/ задачи):

Провести сравнительный анализ клинико-функциональных и лабораторных показателей у больных ИБС в зависимости от количества сосудистых поражений.

Материал и методы:

В исследование было включено 129 больных ИБС (из них 111 (86,1%) - мужчин), средний возраст которых составил $54,4 \pm 10,5$ лет. Всем проводились физикальный осмотр, лабораторные исследования (определяли общий холестерин (ОХ), триглицериды (ТГ), С-реактивный белок (СРБ) и вычисляли скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD), ЭКГ, ЭхоКГ (с вычислением фракции выброса левого желудочка (ФВлж)). Всем больным проводилась коронароангиография (КАГ) с определением калибра (d) и длины (L) поражения коронарных артерий (КА). Пациенты были разделены на две группы: 1гр. - 87 больных с 1-сосудистыми поражениями и 2гр. - 42 человека с 2-сосудистыми поражениями

Результаты:

Группы были сопоставимы по возрасту и полу, а также росту-весовым показателям. Во 2гр. преобладали пациенты с наличием инфаркта миокарда с ST-элевацией (47,6%-во 2гр. и 39,1% - в 1гр.) и сахарным диабетом II типа (35,7% -во 2гр. и 27,6% - в 1гр.), все $p > 0,05$. Также пациенты 2гр. характеризовались более выраженной дислипидемией (ОХ в 1гр. = $187,5 \pm 55,2$ мг/дл и во 2гр. = $194,5 \pm 51,2$ мг/дл; ТГ в 1гр. = $211,3 \pm 141,0$ мг/дл и во 2гр. = $243,1 \pm 166,4$ мг/дл, все $p > 0,05$); повышением уровня СРБ (в 1гр. = $9,0 \pm 11,4$ г/л и во 2гр. = $35,4 \pm 37,6$ г/л, $p = 0,000$) и снижением СКФ (в 1гр. = $74,9 \pm 15,8$ мл/мин/1,73м² и во 2гр. = $68,9 \pm 17,8$ мл/мин/1,73м²; $p = 0,050$). Со стороны ЭхоКГ-показателей существенных различий выявлено не было, однако, пациенты с 2-сосудистыми поражениями имели ФВлж = $57,0 \pm 10,8\%$, что на 1,7% было ниже, чем у лиц с 1-сосудистыми поражениями. Анализ данных КАГ показал, что во 2гр. больных преобладали повреждения сосудов мелкого калибра (d в 1гр. = $3,28 \pm 0,38$ мм и во 2гр. = $3,13 \pm 0,49$ мм; $p = 0,059$), при этом протяженность поражения КА была значительно больше (L в 1гр. = $25,67 \pm 9,94$ мм и во 2гр. = $39,71 \pm 19,95$ мм; $p = 0,000$).

Заключение:

При ИБС 2-сосудистые поражения венозного русла характеризуются повреждением сосудов преимущественно мелкого калибра (что подтверждается более выраженной почечной дисфункцией) и большей протяженностью поражения, что может быть обуслов-

лено сравнительно частой встречаемостью инфарктов миокарда с ST-элевацией и сахарного диабета, а также более выраженной дислипидемией и высокой активностью С-реактивного протеина.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КАЛИБРА ПОРАЖЕННЫХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ С КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ДАННЫМИ ПРИ ОДНОСОСУДИСТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Юлдашев Н. П.

АО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ»

Введение (цели/ задачи):

Провести сравнительную оценку клинико-функциональных показателей больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с однососудистыми поражениями в зависимости от калибра венечных артерий.

Материал и методы:

В исследование было включено 77 больных (из них 68 (88,3%) – мужчин), средний возраст которых составил $53,7 \pm 10,9$ лет. Всем проводились: физикальный осмотр, лабораторные исследования (общий холестерин (ОХ); триглицериды (ТГ)), ЭКГ, ЭхоКГ (вычисление фракции выброса (ФВ)). Всем пациентам была проведена коронароангиография (КАГ) с последующим стентированием коронарных артерий (КА). В исследование включались пациенты лишь с однососудистыми поражениями. В зависимости от калибра (d) КА пациенты были разделены на 2 группы: 1гр. – 31 больной с $d \text{ КА} \leq 3 \text{ мм}$ и 2гр. – 46 человек с $d \text{ КА} > 3 \text{ мм}$.

Результаты:

Группы были сопоставимы по возрасту (ср.возраст в 1гр.= $52,8 \pm 11,7$ лет и во 2гр.= $54,3 \pm 10,5$ лет) и полу (число женщин в 1гр. – 5, во 2гр. – 4). Средний d КА в 1гр.= $2,89 \pm 0,81 \text{ мм}$ и во 2гр.= $3,57 \pm 0,17 \text{ мм}$ ($p=0,000$). Протяженность поражения в 1гр.= $24,13 \pm 5,41 \text{ мм}$ и во 2гр.= $23,46 \pm 6,07 \text{ мм}$ ($p>0,05$). Средний балл по шкале Syntax в 1гр. составил $8,65 \pm 4,17$ и во 2гр.= $7,41 \pm 2,59$ ($p>0,05$). При оценке показателей липидного спектра было выявлено, что уровень ОХ и ТГ в 1гр. был выше, чем во 2гр. на $7,6 \text{ мг/дл}$ и на $19,4 \text{ мг/дл}$, соответственно (оба $p>0,05$). Аналогичная тенденция отмечалась и по уровню С-реактивного протеина, который в 1гр. составил $11,4 \pm 12,8 \text{ г/л}$ и на 3 г/л был выше, чем во 2гр. ($p>0,05$). По ЭхоКГ-показателям было установлено, что ФВ левого желудочка в гр. составила $60,1 \pm 8,9\%$ и во 2гр.= $58,1 \pm 7,8\%$ ($p>0,05$). При проведении корреляционного анализа было установлено наличие обратной зависимости между ФВ левого желудочка и d КА ($p=0,134$; $r=0,173$), т.е. повреждение сосудов мелкого калибра характеризовалось относительно сохранной систолической функцией сердечной мышцы.

Заключение:

При ИБС однососудистые поражения сосудов мелкого калибра характеризуются более высоким риском по шкале Syntax, а также более выраженной дислипидемией и повышенной активностью С-реактивного белка, но относительно сохранной систолической функцией миокарда левого желудочка. Между фракцией выброса левого желудочка и калибром пораженной венечной артерии имеется обратная корреляционная зависимость, но недостоверного характера.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ НИСХОДЯЩЕЙ АРТЕРИИ С СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИЕЙ МИОКАРДА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, КОМОРБИДНОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Юлдашев Н. П.

АО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ» МЗ

Введение (цели/ задачи):

Оценить взаимозависимость атеросклеротического поражения передней нисходящей артерии (ПНА) и систолической функции миокарда левого желудочка (ЛЖ) у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы:

Было обследовано 33 больных, средний возраст – $58,7 \pm 9,4$ лет, из них 5 (15,2%) – женщин. Всем были проведены исследования: осмотр, сбор анамнеза, лабораторные анализы, ЭКГ, ЭхоКГ с измерением фракции выброса (ФВ) ЛЖ и коронароангиография (КАГ) с последующим стентированием ПНА. Достоверными считались различия при $p<0,05$.

Результаты:

Средний уровень глюкозы крови в целом по группе составил $8,3 \pm 2,5 \text{ ммоль/л}$. Средний калибр ПНА = $3,39 \pm 0,35 \text{ мм}$. Средний процент стеноза ПНА = $89,25 \pm 8,79\%$. Изолированное поражение проксимальной части ПНА имело место в 19 (57,6%) случаях; средней – в 7 (21,2%); сочетанное поражение проксимально и средней частей было выявлено у 6 (18,2%) больных и у 1 (3%) пациента наблюдалось комбинация поражений проксимальной и дистальной частей ПНА. Исследование показало явное превалирование сложных типов стеноза у данной категории больных: типы В и С отмечались в 9 (27,3%) и 23 (69,7%) случаях. Средняя ФВЛЖ = $56,5 \pm 7,9\%$, при этом 5 (15,2%) больных имели ФВЛЖ < 50%. Была установлена обратная корреляционная зависимость между калибром ПНА и ФВЛЖ ($p=0,009$; $r=0,196$; $t=-2,757$) и между уровнем стеноза и ФВЛЖ ($p=0,065$; $r=0,105$; $t=-1,906$).

Заключение:

При ИБС, наличие сопутствующего сахарного диабета 2 типа способствует усугублению ангиографических поражений в бассейне ПНА, характеризующихся преимущественно проксимальной локализацией и превалированием стенозов С-типа, что, в свою очередь, сопровождается снижением систолической функции миокарда левого желудочка ($p<0,05$).

ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ И АНГИОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ОДНОСОСУДИСТЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ

Юлдашев Н. П., Курбанов Р. Д., Нагаева Г. А.

АО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ»

Введение (цели/ задачи):

Сравнительная оценка влияния желудочковой экстрасистолии (ЖЭ) на клинико-функциональные и ангиографические показатели у больных ИБС с однососудистыми поражениями.

Материал и методы:

В исследование было включено 77 больных (из них 68 (88,3%) – мужчин), средний возраст которых составил $53,7 \pm 10,9$ лет. Всем проводились: физикальный осмотр, лабораторные исследования (общий холестерин (ОХ); триглицериды (ТГ), С-реактивный белок (СРБ)), ЭКГ, ЭхоКГ (вычисление фракции выброса левого желудочка (ФВЛж)). Всем пациентам была проведена коронароангиография (КАГ) с определением калибра (d) и длины (L) пораженной коронарной артерии (КА) и последующим её стентированием. В исследование включались пациенты лишь с однососудистыми поражениями.

Пациенты были разделены на 2 группы: 1гр. – 13 больных с наличием ЖЭ (среднее количество ЖЭ=724,5±1450,5) и 2гр. – 64 человек без ЖЭ.

Результаты:

В ходе исследования было установлено, что пациенты в 1гр. оказались моложе, чем во 2гр. (47,8±13,3 лет vs 54,9±10,1 лет, соответственно, $p=0,030$), а также имели большую весовую категорию ($p=0,050$). При оценке лабораторных параметров было выявлено, что больные 1гр. характеризовались более высоким уровнем ОХ (209,5±92,7мг/дл – в 1гр. и 188,4±43,4мг/дл – во 2гр.) и СРБ (17,02±20,39г/л – в 1гр. и 8,02±9,21г/л – во 2гр., $p=0,014$), но относительно низким содержанием гемоглобина крови (127,8±19,8г/л и 129,8±13,6г/л, соответственно в 1 и 2 группах) и, практически, одинаковым уровнем ТГ (217,8±168,2мг/дл – в 1гр. и 217,5±139,6мг/дл – во 2гр.). По ЭхоКГ было показано, что ФВлж у лиц с наличием ЖЭ составила 57,7±7,1%, что на 1,5% было ниже, чем у больных без ЖЭ. При проведении КАГ было выявлено, что пациенты 1гр. характеризовались поражением КА меньшего d (3,23±0,44мм – в 1гр vs 3,31±0,37мм – во 2гр.), но имели большую L (24,62±5,48мм – в 1гр и 23,55±5,87мм – во 2гр), однако данные различия не достигали уровня достоверности.

Заключение:

При ИБС односторонние поражения в совокупности с наличием желудочковой экстрасистолии, характеризуются молодым возрастом, большей весовой категорией, более выраженной гиперхолестеринемией и высокой активностью С-реактивного протеина. Ангиографическая картина данной категории пациентов характеризуется атеросклеротическими поражениями венечных сосудов меньшего калибра, но с, относительно, большей протяженностью повреждения.

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ОПЕРАЦИЙ НА СЕРДЦЕ

ТАБАКЬЯН Е. А., МАРГОЛИНА А. А., БУЛДАКОВА Н. А.,
ГАЛЯУТДИНОВ Д. М., БУРМИСТРОВА И. В., ПАРТИГУЛОВ С. А.
ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Острое повреждение почек (ОПП) распространённое (до 30%) осложнение при проведении операций на сердце с искусственным кровообращением (ИК) и эндоваскулярных вмешательств. У большинства пациентов ОПП носит обратимый характер и не требует применения заместительной почечной терапии (ЗПТ). Послеоперационная смертность, в случаях развития ОПП, возрастает в 4 раза. Потребность в ЗПТ составляет в среднем 3% от всех случаев ОПП. В ряде случаев высокого риска развития ОПП, ЗПТ применяют профилактически. Цели. Исследовать причины ОПП с потребностью в ЗПТ при проведении операций на сердце с ИК, гибридных и эндоваскулярных вмешательствах. Проанализировать результаты применения методов экстракорпоральной гемокоррекции.

Материал и методы:

Ретроспективно сформировали 3 группы больных в зависимости от типов операций. 1-я: операции с ИК, 2-я транскатетерное протезирование аортального клапана, 3-я эндоваскулярное протезирование аорты, коронароангиопластика. Риск развития ОПП, требующей ЗПТ после операций с ИК оценивали по Thakar C.V. 2005, риск ОПП после эндоваскулярных вмешательств по Barrett B J 2006. Стадии ОПП определяли по классификациям RIFLE 2004 и AKIN

2007. Процедуры ЗПТ начинали при ОПП 2-3-й стадии, в ряде случаев профилактически. Использовали непараметрические методы статистики для описания групп. Для оценки межгрупповых различий применяли U-критерий Манна-Уитни.

Результаты:

Из 3324 больных, оперированных на открытом сердце, у 34 пациентов, развилась острая почечная и полиорганная недостаточность, потребовавшая применения ЗПТ, что составило 1%. Из 277 операций транскатетерной имплантации аортального клапана (ТИАК), потребность в ЗПТ в 5-и случаях (1,8%). Из 90 операций эндоваскулярного протезирования аорты, проведение ЗПТ у 5 больных: в 3,3 % случаев после развития ОПП, в 2,2% профилактически. При проведении 4-х тысяч коронаро-, шунто-, вентрикулографий, и ангиопластик со стентированием. потребность в ЗПТ у 7 больных (0,17%, в 4-х случаях профилактически). В случаях ОПП с потребностью в ЗПТ смертность оставила 64,7% при операциях с ИК, 60% при операциях ТИАК, 0% при протезировании аорты, 14% в случаях коронарографий и ангиопластик. Большинство случаев ОПП наблюдали после сочетанных и клапанных операций с длительным ИК, частыми причинами потребности в ЗПТ после операций с ИК были, кровотечение и гемотрансфузии гемолиз и тромбоцитопения, низкий сердечный выброс, длительное применение симпатомиметиков, развитие полиорганной недостаточности. В случаях гибридных и эндоваскулярных операций, ЗПТ требовалась больным с хронической болезнью почек 3-4-й стадий, введением значительного количества контрастных веществ. Профилактическое применение ЗПТ у больных очень высокого риска развития ОПП не вызвало осложнений, развития ОПП не наблюдали.

Заключение:

Перед операциями на сердце следует оценить риск ОПП, по возможности исключить модифицируемые пред-, интра- и послеоперационные факторы риска ОПП. У больных высокого риска развития ОПП следует избегать исследований с введением контрастных веществ за 3 дня до операции. При эндоваскулярных вмешательствах и ТИАК сократить объём вводимого контрастного вещества (КВ), предпочесть изомолярные КВ. Возможно профилактическое применение ЗПТ, однако, его целесообразность остаётся дискуссионной.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ БУЗ ВО ВОКБ №1 В ПЕРИОД С 2013 ПО 2017 ГГ

САВВИН А. А., САРЫЧЕВ П. В., ЛАПТИЕВ Р. В.
БУЗ ВО ВОКБ №1

Введение (цели/ задачи):

Целью исследования явилось определение эффективности методов антеградной и ретроградной реканализации ХОКА, а также оценка выраженности аритмического синдрома у пациентов до и после реканализации ХОКА.

Материал и методы:

В период с 2013 по 2017гг в нашей клинике было выполнено 360 реканализаций ХОКА, из них антеградным способом было выполнено 216 операций (60%), ретроградным способом было выполнено 144 операции (40%). В период с 2013 по 2016 гг подход к реканализации ХОКА был двухэтапным, на первом этапе методом выбора реканализации ХОКА был антеградный способ, в случае неудачной реканализации пациенту выполнялся ретроградный способ реканализации ХОКА через 3 месяца, в этот период пациент продолжал прием двойной дезагрегантной терапии. С 2016 года у пациентов с ХОКА ин-

траоперационно при неэффективности антеградного метода, мы переходим на ретроградный. Инструментарий используемый для ретроградной реканализации ХОКА во всех случаях был идентичен, а именно телескопическая методика гайд катетр, микрокатетер для прохождения хронических окклюзий – CORSARE, коронарный проводник SION, RG-3.

Результаты:

Несколько клинических случаев одноэтапных оперативных вмешательств мультифокального поражения коронарных артерий: 1. Ретроградная реканализация хронической бифуркационной окклюзии среднего сегмента ПМЖА с CULOTTE стентированием. 2. CULOTTE стентирование ствола ЛКА с контрпульсацией с одномоментным переходом на ретроградную реканализацию хронической окклюзии ПКА. 3. Антеградная реканализация со стентированием хронической окклюзии проксимального сегмента ПКА с интраоперационным переходом на ретроградную реканализацию хронической окклюзии среднего сегмента ПМЖА. В отношении выраженности аритмического синдрома у пациентов с ХОКА, все пациенты после реканализации ХОКА отмечают положительную динамику такую как: снижение количества эпизодов аритмического синдрома, снижение гемодинамической значимости аритмического синдрома.

Заключение:

Можно считать, что методики реканализации ХОКА являются хорошей альтернативой операции АКШ, так как в 95% случаев реканализации успешны, существенно снижая класс стенокардии повышается качество жизни пациентов, в отдаленном периоде можно говорить и о снижении аритмического синдрома у всех пациентов.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В УСЛОВИЯХ ОДНОГО ЦЕНТРА

Чернявский М. А., Гусев А. А.,

Чернов А. В., Чернова Д. В.

ФГБУ «СЗФМИЦ ИМЕНИ В.А. АЛМАЗОВА»

Введение (цели/ задачи):

Улучшить эффективность лечения пациентов с синдромом диабетической стопы.

Материал и методы:

придерживаясь мультидисциплинарного подхода, с января 2017 года в ФГБУ «СЗФМИЦ им. В. А. Алмазова» пролечено 23 пациента с синдромом диабетической стопы. Язвенные дефекты на стопах наблюдались у 15 из них. Средний ЛПИ 0.44 (от 0,2 до 0,9). Лечение проходило в три этапа. Первый этап заключался в обследовании и подготовке пациентов к сосудистой реваскуляризации на отделении эндокринологии. На втором этапе лечение пациентов проходило на отделении сосудистой и гибридной хирургии, где выполнялась непосредственная реконструкция артерий нижних конечностей. После операции пациенты вновь переводились на эндокринологическое отделение для дальнейшего долечивания. Оценивалось изменение выраженности болевого синдрома, динамика заживления язв, сохранение конечности.

Результаты:

Дистальная форма атеросклеротического поражения наблюдалась в большинстве случаев. Эндovasкулярное лечение выполнено 20 (86,9%) больным, 3 (13%) получили этапное гибридное лечение. В 80% случаев использован антеград-

ный доступ через общую бедренную артерию. В 20% случаях ретроградная реканализация через артерии стопы. У 100% пациентов достигнуто клиническое улучшение в виде купирования ишемических болей покоя. В течение 60 дней полное заживление язв наблюдалось у 5 пациентов (21,7%), у остальных — положительная динамика, в виде очищения и уменьшения размеров язвенного дефекта. 30-дневная проходимость реконструированных артериальных сегментов 100% по результатам дуплексного сканирования. За максимальный 3х месячный период наблюдения ампутаций и летальных исходов не выявлено.

Заключение:

Комплексное мультидисциплинарное лечение пациентов с синдромом диабетической стопы в условиях одного медицинского учреждения способствует индивидуальному подходу к каждому пациенту и улучшению качества оказанной медицинской помощи.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТРАНСРАДИАЛЬНОГО ДОСТУПА ПРИ СТЕНТИРОВАНИИ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ

Шарафутдинов М. Р.¹, Щаницын И. Н.²,

Якубов Р. А.¹, Ларин И. В.³

¹ГБУЗ Республики Татарстан Больница скорой медицинской помощи,

²НИИ травматологии, ортопедии и нейрохирургии ФГБОУ ВО СГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России,

³ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского

Введение (цели/ задачи):

Бедренный доступ являлся наиболее распространенным при стентировании сонных артерий, в основном из-за быстрого обучения и возможности применения катетеров большого диаметра. Тем не менее, этот доступ не всегда осуществим при атеросклерозе и извитости артерий нижних конечностей, и при некоторых анатомических вариантах дуги аорты. Основанием для применения лучевого доступа является попытка уменьшить частоту геморрагических осложнений в области пункции и избежать необходимости длительного постельного режима. Как было продемонстрировано в многочисленных исследованиях при коронарном стентировании, трансрадиальный доступ уменьшает риск кровотечения и местных сосудистых осложнений. Целью этого исследования являлся сравнительный анализ применения трансрадиального и трансфemorального доступа при каротидном стентировании.

Материал и методы:

Проведен ретроспективный анализ результатов трансрадиального и трансфemorального стентирования сонных артерий у 168 пациентов в двух центрах. Операции выполнены с 2012 по 2017 гг. Оценивали клинические и ангиографические данные, технические аспекты операций, результаты и осложнения. Оценивались такие осложнения как инсульт, транзиторная ишемическая атака, инфаркт миокарда, местные осложнения доступа. Провели однофакторный анализ риска развития осложнений в зависимости от метода доступа.

Результаты:

Стентирование каротидных артерий выполнено у 75 пациентов через лучевой доступ и у 93 пациентов – через бедренный доступ. При сравнении двух групп основные клинические и

ангиографические данные статистически значимо не различались. Успех процедуры достигнут в 100% случаев, частота конверсии составила 4% при лучевом и 1% при бедренном доступе ($p=0,087$). Группы не различались по частоте неврологических осложнений. В течение 30 дней после операции не были зафиксированы летальные исходы и инфаркт миокарда. Кровотечений или других, связанных с доступом, осложнений не было, хотя при трансрадиальном доступе у 7 (9,3%) пациентов была выявлена асимптомная окклюзия лучевой артерии. Время операции, лучевая нагрузка и срок госпитализации статистически значимо не различались в зависимости от доступа.

Заключение:

Трансрадиальный доступ является эффективным и безопасным методом при стентировании сонных артерий. В зависимости от клинической ситуации и анатомических особенностей, трансрадиальный доступ может быть эффективнее. У пациентов высокого риска геморагических осложнений со стороны сосудистого доступа и при сложной анатомии дуги аорты и ее ветвей, затрудняющей катетеризацию сонной артерии при бедренном доступе, лучевой доступ может быть рассмотрен в качестве приоритетного.

ПРЕПАРАТ «ОКСАКОМ» УМЕНЬШАЕТ МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ СЕРДЦА ПОСЛЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ КАРДИОПЛЕГИЧЕСКОЙ ГЛОБАЛЬНОЙ ИШЕМИИ

ВЕСЕЛОВА О. М., ПИСАРЕНКО О. И., СТУДНЕВА И. М.,
ТИМОШИН А. А., ШУЛЬЖЕНКО В. С.
ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Способность динитрозильного комплекса железа (ДНКЖ) с восстановленным глутатионом $\{(GS-)_2Fe+(NO+)_2\}^+$ (препарата Оксаком) уменьшать функциональные нарушения сердца при ишемии и реперфузии обосновывает возможность его использования при кардиохирургических операциях. Целью настоящей работы было изучить влияние Оксакома (Окс) на метаболическое состояние сердца крысы, повреждение клеточных мембран и образование активных форм кислорода (АФК) при его введении в кардиоплегический или реперфузионный раствор.

Материал и методы:

Опыты проводили на изолированных сердцах крыс Вистар, подвергнутых воздействию глобальной ишемии и реперфузии. Кардиоплегию осуществляли раствором Госпитала св. Томаса (РГСТ), реперфузию - буфером Кребса-Хензелейта (БКХ). Концентрация Окс в РГСТ и БКХ составляла 100 мкМ. Активность лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в миокардиальном оттоке и содержание макроэргических фосфатов и лактата в сердце оценивали с помощью спектрофотометрических методов. Метод ЭПР использовали для определения содержания ДНКЖ в миокарде на разных этапах опыта и концентрации аддуктов гидроксильных радикалов в перфузионном оттоке с помощью спиновой ловушки 5,5-диметил-1-пирролин-N-оксид (ДМПО).

Результаты:

Использование БКХ с Окс на стадии ранней реперфузии в достоверно большей степени восстанавливало коронарный поток и функцию сердца при реперфузии, чем включение Окс в РГСТ. Эти эффекты сопровождалось улучшением энергетического

состояния реперфузированного миокарда и снижением содержания лактата до исходного уровня. Совместное введение Окс со скарвенджером NO карбокси-РТЮ значительно снижало эффективность защитного действия препарата. В результате введения Окс в РГСТ или в БКХ наблюдалось уменьшение выхода активности ЛДГ из сердца и снижение концентрации аддуктов гидроксильных радикалов (ДМПО-ОН) в перфузионном оттоке во время реперфузии. Наиболее заметно эти эффекты проявлялись при включении Окс в БКХ. Методом ЭПР установлено, что при введении Окс, в сердце в условиях кардиоплегии или реперфузии в ткани миокарда наблюдается накопление связанных с белками ДНКЖ. Эти комплексы далее подвергались эффективному распаду в результате взаимодействия с супероксидными анион-радикалами, образующимися при реперфузии.

Заключение:

Полученные результаты указывают на преимущества использования Окс в составе реперфузионного раствора для защиты сердца при кардиохирургических вмешательствах. Механизмы кардиопротекторного действия Окс связаны с депонированием в миокарде связанных с белками ДНКЖ и последующим перехватом короткоживущих АФК, а также высвобождением NO в результате распада этих комплексов в ткани сердца.

РАЗНОВИДНОСТИ СУПРААОРТАЛЬНОГО ДЕБРАНШИНГА, ВЫПОЛНЯЕМОГО В РАМКАХ ГИБРИДНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ДУГИ АОРТЫ

АКЧУРИН Р. С., ИМАЕВ Т. Э., ЛЕПИЛИН П. М., КОМЛЕВ А. Е.,
КОЛЕГАЕВ А. С., САЛИЧКИН Д. В., КУЧИН И. В.
ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Оценка результатов гибридных хирургических вмешательств на дуге аорты с применением различных методов сосудистого переключения брахиоцефальных артерий.

Материал и методы:

За период с 2010 по 2017гг. в отделе ССХ РКНПК выполнено 34 гибридных оперативных вмешательства на дуге аорты по поводу различной патологии. Проведен анализ результатов хирургического лечения за весь срок наблюдения. Эффективность супрааортального дебраншинга и наличие эндоликов в различные сроки после оперативного вмешательства определялась на основании интраоперационной ангиографии и послеоперационной КТ.

Результаты:

Средний возраст больных составил 67 лет, в подавляющем большинстве оперировались пациенты мужского пола. В восемнадцати случаях гибридное вмешательство было выполнено по поводу расслоения аорты 3 типа по DeBakey и у 5 пациентов имелся 1 тип расслоения, в двух случаях причиной реконструкции был спонтанный разрыв грудной аорты, в оставшихся девяти показанием служила аневризма больших размеров различной этиологии (дегенеративные и посттравматические). В зависимости от проксимальной посадочной зоны стент-графта выполнялись различные виды дебраншинга ветвей дуги аорты (1 реимплантация левой подключичной артерии (ПКА) в левую общую сонную артерию (ОСА), 16 сонно-подключичных шунтов слева, 1 шунтирование левой ПКА и левой ОСА бифуркационным протезом, 4 шунтирования всех трех ветвей дуги трифуркационным протезом, 11 сонно-подключичных

шунтов в сочетании с эндодебринингом левой ОСА методом «печной трубы» и в одном случае выполнена операция «заможенный хобот слона». Крупные послеоперационные осложнения включали в себя 1 случай контрастированной ОПН, потребовавший сеанса гемофильтрации и 1 ТЭЛА. Имелся 1 эндолик III типа, который был устранен эндоваскулярно путем, по данным контрольных МСКТ-ангиографий случаев поздних эндоликов не зарегистрировано. Причиной одного госпитального летального исхода (4,5%) было ретроградное расслоение 1 типа по DeBakey.

Заключение:

Гибридный подход в лечении патологии дуги аорты является эффективным и позволяет безопасно выполнять хирургическую коррекцию. Данный метод позволяет избежать осложнений, ассоциированных с «традиционным хирургическим вмешательством», что позволяет рассматривать его приоритетным у данной когорты больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕКЦИИ КРИТИЧЕСКОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА МЕТОДОМ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ БИОПРОТЕЗОВ

Акчурин Р. С., Имаев Т. Э., Комлев А. Е.,
Колегаев А. С., Лепилин П. М., Марголина А. А.,
Малеев М. И., Саидова М. А., Терновой С. К.
ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Оценить результаты использования транскатетерного протезирования аортального клапана с использованием различных типов биопротезов у пациентов высокого хирургического с аортальным стенозом тяжелой степени

Материал и методы:

350 пациента с критическим аортальным стенозом со средним систолическим градиентом на аортальном клапане $55,8 \pm 18,3$ мм рт.ст. Средний возраст пациентов составил $74 \pm 7,5$ (65-92), средний функциональный класс недостаточности кровообращения 3.5. Были имплантированы биопротезы 2 типов: баллон-расширяемые (Edwards Sapien/Sapiens XT) и самораскрывающиеся (Medtronic CoreValve). 300 операций выполнены с применением трансфеморального доступа, 30 - трансапикального, в остальных случаях использовались альтернативные сосудистые доступы (подключичный, прямой трансаортальный).

Результаты:

После проведения транскатетерной имплантации аортального клапана отмечена нормализация следующих максимальной скорости кровотока, а также среднего и максимального градиента на аортальном клапане и фракции выброса левого желудочка ($p < 0,001$). Периоперационная летальность составила 6,9%, сосудистые осложнения наблюдались у 4% больных, осложнения, связанные с операцией составили 21,5%, 30-дневная летальность - 6,9%. Выживаемость не зависела от типа клапана и от использованного доступа и составила через год 85,2% и через 2 года - 84,8% для клапана CoreValve, 87,6% и 82,5% для клапана Edwards Sapien при трансфеморальном доступе и 86,9% и 77,5% - при трансапикальном доступе, соответственно. Между группами с использованием различных типов биопротезов и хирургических доступов достоверных различий по летальности и осложнениям не наблюдалось, за исключением большей частоты развития полной атриовентрикулярной блокады после имплантации биопротеза

за CoreValve. Максимальный остаточный систолический градиент на протезе Edwards Sapien составил $22,4 \pm 9,3$ мм рт.ст., на группе CoreValve $20,2 \pm 8,6$ мм рт. ст. Выживаемость к концу 2 года наблюдения составила 76%. Уменьшение функционального класса до 1-2 достигнуто у 95% больных. У 35 (10%) пациентов отмечалось наличие выраженной ангуляции восходящей аорты («горизонтальная аорта»), потребовало использования супержестких проводников для заведения биопротеза у 20 пациентов (6% из всех прооперированных) после имплантации самораскрывающегося биопротеза CoreValve после интраоперационно отмечалась парапротезная регургитация выше 2 степени, что потребовало выполнения баллонной постдилатацией с уменьшением степени регургитации до 1 степени у 17 больных (85%).

Заключение:

Транскатетерное протезирование аортального клапана с имплантацией различных типов биопротезов посредством разных доступов позволяет успешно корректировать аортальный стеноз тяжелой степени у пациентов старших возрастных групп высокого хирургического риска с хорошими непосредственными и средне-отдаленными результатами.

РЕЗУЛЬТАТЫ МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА НА ОТДАЛЕННОМ СРОКЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Ширяев А. А., Галютдинов Д. М., Васильев В. П.,
Власова Э. Е., Латыпов Р. С., Акчурин Р. С.
ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Одним из важнейших факторов ранней реабилитации пациентов после хирургического вмешательства является травматичность доступа. В последние годы многие кардиохирурги отказываются от классического доступа к сердцу - стернотомии - в пользу минимально-инвазивных доступов. В хирургии ИБС также многими авторами показаны преимущества минимально-инвазивной реваскуляризации миокарда при изолированном поражении передней нисходящей артерии (ПНА) или при выполнении гибридной реваскуляризации миокарда. Однако, в настоящее время в литературе встречается мало исследований, посвященных отдаленным результатам минимально-инвазивных вмешательств. Цель исследования. Оценка результатов минимально-инвазивной реваскуляризации миокарда на отдаленном сроке наблюдения.

Материал и методы:

Проведена оценка результатов операций минимально-инвазивной реваскуляризации миокарда (МИРМ), выполненных в отделе сердечно-сосудистой хирургии ФГБУ РКНПК МЗ РФ в период с 2000 по 2008 годы. В исследование включены пациенты с изолированным поражением ПНА. Выделены две группы пациентов: в первой группе была выполнена операция МИРМ (60 операций), во второй группе (46 операций) выполнена стандартная операция КШ через срединную стернотомию с искусственным кровообращением. В обеих группах для шунтирования ПНА была использована левая внутренняя грудная артерия (ЛВГА). В первой группе доступом была передняя торакотомия с длиной кожного разреза не более 10 см. Выделение внутренней грудной артерии выполнялось с использованием реберного ретрактора. Дистальный анастомоз ЛВГА с ПНА в 1 группе выполняли с использованием различных систем стабилизации миокарда под оптическим увеличением.

Результаты:

Максимальный срок наблюдения составил 10 лет. Проведена оценка результатов выполненных операций в первой группе у 48 пациентов, во второй – у 35. Были выбраны следующие конечные точки: общая смертность, смерть от сердечных причин, инфаркт миокарда, рецидив стенокардии, потребовавший госпитализации для назначения антиангинальной терапии и/или проведения ЧКВ. Общая смертность составила 3,2% в первой и 3,7% во второй группе. Частота смерти от сердечных причин составила 1% в первой группе и 1,5% во второй группе. Частота инфарктов миокарда в первой группе составила 7,1% и 6,5% во второй. Частота рецидивов стенокардии составила 18% и 15% в первой и второй группе соответственно. При выполнении КАГ у пациентов, госпитализированных по кардиальным причинам, проходимость шунта ЛВГА составила 93% в первой группе, и 95% во второй.

Заключение:

Проходимость ЛВГА-шунта через 10 лет после проведенного вмешательства одинакова в обеих группах и сопоставима с мировыми данными. Показатели общей и кардиальной смертности, а также, частота инфарктов миокарда оказались сопоставимы в обеих группах пациентов. Частота рецидива стенокардии, потребовавшего повторных вмешательств на коронарном русле, несколько выше в группе больных с МИРМ, но не является статистически достоверной. Таким образом, операция минимально-инвазивной реваскуляризации миокарда является эффективной и безопасной, по основным показателям на отдаленном сроке наблюдения сопоставима со стандартной операцией коронарного шунтирования с использованием искусственного кровообращения и может применяться у пациентов с однососудистым поражением или являться этапом гибридной реваскуляризации.

СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ И КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ ТРОМБЭНДАРТЕКТОМИИ ИЗ ВЕТВЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Цыренов Д. Д., Акчуринов Р. С., Мершин К. В.,
Власова Э. Е., Латыпов Р. С., Табакьян Е. А.,
Шитов В. Н., Газинов В. В.

Институт клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова

Введение (цели/ задачи):

Хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия (ХТЭЛГ) —потенциально излечимая форма легочной артериальной гипертензии (ЛАГ), характеризующаяся механической обструкцией легочных артерий эластического типа организованными тромбами, прогрессирующим повышением легочного сосудистого сопротивления (ЛСС), что приводит к развитию правожелудочковой сердечной недостаточности и преждевременной гибели пациентов. ХТЭЛГ развивается у 1 - 5% пациентов, перенесших тромбоэмболию легочной артерии. Десятилетняя выживаемость больных ХТЭЛГ без лечения при среднем давлении в легочной артерии (ДЛА) более 50 мм.рт.ст. составляет около 5%. Методом выбора в лечении ХТЭЛГ является операция тромбэндартерэктомии из ветвей легочной артерии (ТЭЭ). Однако, показано, что хороших результатов лечения добиваются клиники целенаправленно и системно занимающиеся такими пациентами с количеством указанных операций 50 и более в год. Цель исследования: Проанализировать результаты операций, проведенных с использованием собственной стратегии периоперационного ведения и сопоста-

вить их с данными из литературных источников.

Материал и методы:

С 2010 года в отделе сердечно-сосудистой хирургии РКНПК было выполнено 34 операции ТЭЭ больным, страдающим хронической тромбоэмболической легочной гипертензией. Отбор производился из группы больных ХТЭЛГ, проходящих диагностику и лечение в отделениях нашего центра. В сомнительных случаях больные были дополнительно консультированы в экспертном центре по лечению ХТЭЛГ. Предоперационная подготовка включала: исключение состояний, противопоказанных при операции; медикаментозное лечение, направленное на стабилизацию состояния и уменьшение выраженности явлений сердечной недостаточности (курс ЛАГ-специфической терапии, коррекция диуретической терапии и др.); коррекцию антикоагулянтной терапии (перевод пациента с непрямых антикоагулянтов на низкомолекулярный гепарин не менее, чем за 5 суток до операции под контролем международного нормализованного отношения (МНО) и перевод на нефракционированный гепарин за сутки до операции под контролем активированного частичного тромбопластинового времени). Особенности послеоперационного ведения: несколько суток после операции происходит адаптация легочного капиллярного русла, в это время высок риск реперфузионного повреждения, в связи с чем мы ограничивали инфузии кристаллоидных растворов, а при наличии признаков гиперволемии вводили диуретики. При развитии реперфузионного повреждения легких мы применяли разнообразные средства от селективных легочных вазодилататоров до глубокой седации и продолженной ИВЛ. В раннем послеоперационном периоде больные в обязательном порядке получали гепарины в нарастающей максимально допустимой дозе. Через 5 суток после операции дозы обычно достигали уровня лечебных, и мы переводили больных на непрямые антикоагулянты с достижением целевых значений МНО – 2,5-3,5. Активизацию больных проводили постепенно, начиная с 3-х суток под врачебным наблюдением.

Результаты:

Госпитальная летальность составила 3 случая (8,8%). У четверых пациентов в связи с гипоксемией потребовалась длительная поддержка ИВЛ – максимально до 12 суток. Наблюдалось 3 случая (8,8%) транзиторных неврологических расстройств, которые полностью регрессировали в период до 2 месяцев после операции. Большинство пациентов перенесли операцию хорошо. Отмечен значительный регресс показателей ЛСС (1023 ± 251 до 268 ± 74 дин.с.см-5), среднего ДЛА (с 49,6 до 25,5 мм.рт.ст.) уже через 12-24 часа после операции. Большинство пациентов в раннем послеоперационном периоде отметили снижение интенсивности одышки и улучшение переносимости физических нагрузок. Наблюдалась существенная динамика эхокардиографических показателей: уменьшались размеры правых отделов сердца и трикуспидальная регургитация, снижалось систолическое ДЛА, кривая потока в легочном стволе приобретала физиологическую конфигурацию. Наши результаты согласуются с данными мировой литературы, в том числе с данными международного регистра пациентов с ХТЭЛГ 2007- 2012гг.

Заключение:

Результаты первой серии операций ТЭЭ, проведенных с использованием собственной стратегии периоперационного ведения, в целом сопоставимы с результатами, полученными клиниками со средним уровнем операционной активности.

СПАСИТЕ БОЛЬШЕ ЖИЗНЕЙ

БРИЛИНТА® 90 МГ 12 МЕСЯЦЕВ

БРИЛИНТА® 60 МГ > ГОДА

СЕГОДНЯ И ЗАВТРА

БРИЛИНТА®
тикагелор таблетки



КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ лекарственного препарата для медицинского применения БРИЛИНТА® 90 мг (тикагелор). Регистрационный номер: ЛП-001059. Торговое название: Брилинта®. Международное непатентованное название: тикагелор. Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ.** Брилинта®, применяемая одновременно с ацетилсалициловой кислотой, показана для профилактики атеротромботических событий у пациентов с острым коронарным синдромом (нестабильной стенокардией, инфарктом миокарда без подъема сегмента ST или инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST [STEMI], включая больных, получающих лекарственную терапию, и пациентов, подвергнутых чрескожному коронарному вмешательству (ЧКВ) или аортокоронарному шунтированию (АКШ). **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.** Повышенная чувствительность к тикагелору или любому из компонентов препарата. Активное патологическое кровотечение. Внутреннее кровоизлияние в анамнезе. Умеренная или тяжелая печеночная недостаточность. Совместное применение тикагелора с мощными ингибиторами СYP3A4 (например, кетоконазолом, кларитромицином, нефазодолом, ритонавиром и атазанавиром). Детский возраст до 18 лет (в связи с отсутствием данных об эффективности и безопасности применения у данной группы пациентов). **СОСТОРОЖНОСТЬЮ.** Предисположенность пациентов к развитию кровотечения (например, в связи с недавно полученной травмой, недавно проведенной операцией, нарушениями свертываемости крови, активным или недавним желудочно-кишечным кровотечением) (см. раздел «Особые указания»). Пациенты с сопутствующей терапией препаратами, повышающими риск кровотечений (т.е. нестероидные противовоспалительные препараты, пероральные антикоагулянты и/или фибринолитики) в течение 24 часов до приема препарата Брилинта®. Пациенты с повышенным риском развития брадикардии (например, больные с синдромом слабости синусового узла без кардиостимулятора, с атриовентрикулярной блокадой 2-й или 3-ей степени, обмороком, связанным с брадикардией) в связи с недостаточным опытом клинического применения препарата Брилинта® (см. раздел «Особые указания»). При совместном применении с препаратами, вызывающими брадикардию. Тикагелор должен использоваться с осторожностью у пациентов с бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Если пациент сообщает о возникновении нового эпизода одышки, о длительной одышке или ухудшении одышки, необходимо провести обследование, и в случае непереносимости, лечение тикагелором должно быть прекращено. На фоне приема препарата Брилинта® уровень креатинина может повыситься (см. разделы «Побочное действие», «Особые указания»), в связи с чем необходимо производить оценку почечной функции в соответствии с рутинной клинической практикой, обращая особое внимание на пациентов от 75 лет и старше, пациентов с умеренной или тяжелой почечной недостаточностью, пациентов, получающих терапию антагонистами рецепторов к ангиотензину. Необходимо соблюдать осторожность у пациентов с гиперурикемией или подагрическим артритом в анамнезе. В качестве превентивной меры следует избегать применения тикагелора у пациентов с гиперурикемической нефропатией. Не рекомендуется совместное применение тикагелора и высокой поддерживающей дозы ацетилсалициловой кислоты (более 300 мг). При совместном применении дигоксина и препарата Брилинта® рекомендован тщательный клинический и лабораторный мониторинг (частоты сердечных сокращений, и при наличии клинических показаний также ЭКГ и концентрации дигоксина в крови). Нет данных о совместном применении тикагелора с мощными ингибиторами тироксина P (например, верапамилом и хинидином), в связи с чем их совместное применение должно осуществляться с осторожностью (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды лекарственного взаимодействия»). **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ.** Следует начинать с однократной нагрузочной дозы 180 мг и затем продолжать прием по 90 мг два раза в сутки. Пациенты, принимающие препарат Брилинта®, должны ежедневно принимать ацетилсалициловую кислоту (от 75 мг до 150 мг). **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ.** По данным исследования PLATO самыми частыми отмечавшимися нежелательными явлениями у пациентов, принимавших тикагелор, были одышка, ушибы и носовые кровотечения. Частота развития нежелательных реакций определялась с использованием следующих условных обозначений: очень часто ($\geq 1/10$), часто ($\geq 1/100$, $1/100$), нечасто ($\geq 1/1000$, $1/1000$), редко ($\geq 1/10000$, $1/10000$). Нежелательные лекарственные реакции по частоте развития и классу системы органов. Метаболизм и питание: редко – гиперурикемия. Нервная система: нечасто – головная боль, головокружение; редко – парестезия, спутанность сознания. Органы зрения: нечасто – кровоизлияния (интраокулярные, конъюнктивальные, ретинальные). Органы слуха: редко – кровоизлияние в ухо, вертиго. Дыхательная система: часто – одышка, носовое кровотечение; нечасто – кровохарканье. Пищеварительная система: часто – желудочно-кишечные кровотечения; нечасто – рвота с кровью, кровотечения из язвы ЖКТ, геморроидальные кровотечения, гастрит, кровотечения в ротовой полости (включая гингивальные кровотечения), рвота, диарея, абдоминальная боль, тошнота, диспепсия; редко – ретроперитонеальное кровотечение, запор. Кожа и подкожные ткани: часто – подкожные или кожные гематомы, синяки; нечасто – сыпь, зуд. Опорно-двигательная система: редко – гемартроз. Мочевыделительная система: нечасто – кровотечения из мочевыводящих путей. Репродуктивная система: нечасто – вагинальные кровотечения (включая метроррагии). Отклонения лабораторных показателей: редко – увеличение концентрации креатинина в крови. Прочие: часто – кровотечение на месте проведения процедуры; нечасто – кровотечение после процедуры; редко – кровотечение из раны, травматическое кровотечение. Постмаркетинговое применение. Нарушения со стороны иммунной системы: реакции повышенной чувствительности, включая ангионевротический отек (см. раздел «Противопоказания»). Дата утверждения – 01.12.2016.

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ лекарственного препарата для медицинского применения БРИЛИНТА® 60 мг. Регистрационный номер: ЛП-003779. Торговое название: Брилинта® (Brilinta®). Международное непатентованное название: тикагелор. Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ.** Брилинта®, применяемая одновременно с ацетилсалициловой кислотой, показана для профилактики атеротромботических осложнений у взрослых пациентов с инфарктом миокарда в анамнезе (инфаркт миокарда перенесен один год и более назад) и высоким риском развития атеротромботического осложнения. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.** Повышенная чувствительность к тикагелору или любому компоненту препарата; активное патологическое кровотечение; внутреннее кровоизлияние в анамнезе; нарушение функции печени тяжелой степени; совместное применение тикагелора с мощными ингибиторами СYP3A4 (например, кетоконазолом, кларитромицином, нефазодолом, ритонавиром и атазанавиром); детский возраст до 18 лет (в связи с отсутствием данных об эффективности и безопасности применения у данной группы пациентов). **СОСТОРОЖНОСТЬЮ.** Предисположенность пациентов к развитию кровотечения (например, в связи с недавно полученной травмой, недавно проведенной операцией, нарушениями свертываемости крови, нарушениями функции печени средней степени тяжести, активным или недавним желудочно-кишечным кровотечением). Пациенты с сопутствующей терапией препаратами, повышающими риск кровотечений (т.е. нестероидные противовоспалительные препараты, пероральные антикоагулянты и/или фибринолитики) в течение 24 часов до приема препарата Брилинта®. Пациенты с инфарктом миокарда в анамнезе с предшествующим ишемическим инсультом при длительности терапии более одного года. Пациенты с нарушением функции печени средней степени тяжести. Пациенты с риском развития брадикардии (например, пациенты без кардиостимулятора с синдромом слабости синусового узла, атриовентрикулярной блокадой 2-й или 3-ей степени, обмороком, связанным с брадикардией). Пациенты с бронхиальной астмой и/или хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в анамнезе. Не рекомендуется совместное применение тикагелора и высокой поддерживающей дозы ацетилсалициловой кислоты (АСК) (более 300 мг). **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ.** Пациентам с инфарктом миокарда перенесен один год и более назад не требуется нагрузочная доза препарата Брилинта®, рекомендуемая доза – 60 мг два раза в сутки. Опыт применения препарата Брилинта® 60 мг свыше трех лет у пациентов с инфарктом миокарда в анамнезе отсутствует. Пациенты, принимающие препарат Брилинта®, должны ежедневно принимать низкую поддерживающую дозу АСК (75–150 мг), если отсутствует специфическое противопоказание. Пациенты могут начать терапию препаратом Брилинта® 60 мг два раза в сутки через один день после инфаркта миокарда, независимо от предшествующей антиагрегантной терапии и от наличия перерывов в терапии. Пациенты, начавшие прием препарата Брилинта® 60 мг два раза в сутки в период острого состояния, через один год могут продолжить терапию препаратом Брилинта® 60 мг два раза в сутки без перерывов. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ.** Профиль безопасности препарата Брилинта® оценивали в двух исследованиях фазы 3 (PLATO и PEGASUS), включавших более 39000 пациентов. В исследовании PLATO пациенты, получавшие препарат Брилинта®, чаще прекращали терапию из-за развития нежелательных явлений, чем пациенты, получавшие клопидогрел (7,4% по сравнению с 5,4%). В исследовании PEGASUS частота прекращения лечения из-за развития нежелательных явлений была выше при приеме препарата Брилинта®, чем при монотерапии АСК (16,1% в группе тикагелора 60 мг + АСК по сравнению с 8,5% в группе монотерапии АСК). Наиболее часто отмечавшимися нежелательными реакциями у пациентов, принимавших тикагелор, были кровотечения и одышка. Дата утверждения – 23.03.2017.

1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Брилинта® (таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 90 мг), с учетом изменений 1-4. Регистрационное удостоверение ЛП-001059 от 27.10.2011 (переформировано 02.11.2016).
2. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Брилинта® (таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 60 мг). Регистрационное удостоверение ЛП-003779 от 12.08.2016. 3. Полную редакцию раздела Способ применения и дозы смотрите в полном варианте инструкции. 4. Полную редакцию раздела Побочное действие смотрите в полном варианте инструкции. Имеются противопоказания. Перед применением препарата ознакомьтесь, пожалуйста, с полной инструкцией по медицинскому применению! Дальнейшая информация предоставляется по требованию: ООО «АстраЗенка Фармасьютикалс», Россия 125284 Москва, ул. Беговая, д.3, стр.1. Тел.: +7 (495) 799 56 99; факс: +7 (495) 799 56 98. www.astrazeneca.ru

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ МИОКАРДИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Дзыбинская Е. В., Власова Э.Е., Медведева И.С.,
Грамович В.В., Лепилин М.Г., Акчурин Р.С.
НИИ клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова

Введение (цели/ задачи):

Периоперационная острая сердечная недостаточность (ОСН) является одной из важных проблем современной кардиохирургии. На протяжении многих лет частота острой миокардиальной дисфункции остаётся высокой и во многом определяет риск кардиохирургических вмешательств. Периоперационная ОСН сопровождается высокой операционной и ранней послеоперационной летальностью, увеличением длительности госпитализации, значительным удорожанием лечения и снижением качества жизни пациентов.

Материал и методы:

Результаты получены на основании обследования более 1500 пациентов, оперированных в отделе сердечно-сосудистой хирургии. Спектр оперативных вмешательств включал операции реваскуляризации миокарда и коррекцию приобретенных пороков сердца, выполненных в условиях искусственного кровообращения. Всем пациентам интраоперационно выполняли инвазивный мониторинг параметров центральной гемодинамики. Более чем у 400 пациентов выполняли интраоперационное чреспищеводное эхокардиографическое обследование сердца с помощью ультразвукового аппарата Philips и мультипланового ультразвукового чреспищеводного датчика. Все исследования выполняли анестезиологи. Использовали два варианта визуализации сердца: стандартная визуализация – на уровне левого предсердия, трансгастральная визуализация – при перемещении датчика из пищевода в желудок. У 15 больных (мужчин – 10, женщин – 5) в возрасте 68 ± 3 лет, со сниженной сократительной способностью миокарда с целью подготовки к операции ($n=9$) и для коррекции ОСН во время операции ($n=6$) применяли левосимендан, включая болюсный и непрерывно-инфузионный варианты введения.

Результаты:

Традиционные методы диагностики и лечения ОСН с использованием лечебно-диагностического алгоритма хорошо известны и применяются в клинической практике в большинстве центров. Они, как правило, сводятся к предоперационной эхокардиографии, интраоперационному мониторингу, включая инвазивный и неинвазивные методики, использованию общепринятых инотропных препаратов, а при их неэффективности, – к доступным методам вспомогательного кровообращения. Достаточно известным, но не часто встречаемым остается метод количественного определения и динамического наблюдения содержания плазменного натрийуретического пептида, как возможности прогнозирования успешности операции и контроля качества подготовки к ней. Наряду с традиционной симпатомиметической терапией достаточно эффективным средством подготовки к операциям пациентов со сниженной сократительной способностью миокарда и интраоперационного лечения ОСН является использование нескольких вариантов введения левосимендана. Для отечественной практики остаётся новым и не распространённым методом диагностики интраоперационная эхокардиография, которая существенно расширяет возможности анестезиологического обеспечения в ранней диагностике и прогнозировании ОСН, а также в оценке эффективности лечебных мер, направленных на ее

коррекцию. В настоящее время большое внимание уделяется интраоперационной профилактике ишемически-реперфузионного повреждения миокарда, включая анестетическое «прекондиционирование», фармакологические агенты, кардиоплегическую защиту и метаболическую терапию. Кондиционирование миокарда инсулином стало альтернативным направлением метаболической терапии в кардиохирургии и кардиологии. Отдельным аспектом использования глюкозо-инсулин-калиевой смеси в кардиохирургии является адьювантная кардиопротекция при хирургическом лечении больных с выраженной гипертрофией миокарда. Редкой, но тем не менее эффективной мерой терапии рефрактерной постперфузионной СН является применение сверх высоких доз инсулина. Отдельным редким и опасным осложнением кардиохирургических операций признана обструкция выводного тракта левого желудочка, сопровождающаяся угрожающими нарушениями внутрисердечной гемодинамики, которые приводят к клиническим проявлениям ОСН. Интра- и послеоперационная эхокардиография является необходимым условием своевременной диагностики обструкции выводного тракта левого желудочка.

Заключение:

ОСН при кардиохирургических операциях остаётся распространённой и актуальной проблемой. Однако, совершенствование существующих и разработка новых методов её профилактики и лечения позволяют надеяться на улучшение результатов.

СТЕНТИРОВАНИЕ ОСНОВНОГО СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ В БУЗ ВО ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ №1

Лаптев Р. В., Сарычев П. В., Саввин А. А.
БУЗ ВО ВОКБ №1

Введение (цели/ задачи):

Обзор выполненных за последние 8 лет операций стентирования ствола ЛКА (левой коронарной артерии).

Материал и методы:

В этом исследовании проведен анализ 350 операций стентирования основного ствола левой коронарной артерии, произведенных в нашей клинике, с 2008 по 2016 год. Возраст прооперированных больных, от 39 до 72 лет (средний 58). Характер поражения по шкале SINTAX SCORE менее 22 – 68,8 %; от 22 до 32 – 22,4%; более 32 – 8,9%. Острые (тромбоз) – 7% и хронические поражения – 93%. Изолированное поражение ствола 14%, бифуркационное – 78%, многоуровневое – 8%.

Результаты:

Рассматривая динамику ежегодного роста количества операций, можно отметить, что наибольшее число операций 72 было выполнено только в 2016 году, число использования баллонной контрапульсации из них составило 8 (11%). Методики выполнения применялись разные. Если до 2011 году применялись в основном методы линейного стентирования до бифуркации, то уже через год единично использовались двухстендовые методики (чаще Т-стентирование). В период с 2013-2015 гг. стентирование стволов стало не редкостью, выполнялись операции по скорой помощи при ОКС (остром коронарном синдроме). У плановых больных часто использовалось бифуркационное стентирование по методу Culotte и Т-стентирование, приоритет выбирался из-за анатомических особенностей. Единично использовалось при ургентной патологии V-стентирование. При необходимости применяется методика баллонной контрапульсации. В 2016 году чаще использовалась методика «провизи-

онное» стентирование основного ствола ЛКА, которое показывает хорошие отдаленные результаты в тех случаях, когда одна из ветвей ствола не поражена. Обязательным условием операции является рутинное выполнение «киссинг-дилатации» баллонами достаточного диаметра. Число операций на стволе при многососудистом поражении коронарных сосудов растет. Основным потоком пациентов этой группы составляют больные с тяжелой сопутствующей патологией, особенно при выраженном дефиците церебрального кровотока. У таких больных выполняется одномоментная реваскуляризация коронарного русла, в первую очередь восстанавливаются сосуды, осуществляющие коллатеральный кровоток. Ангиографический результат операций в 99% случаев хороший. За все время выполнения стентирования ствола ЛКА наблюдалось 4 летальных случая (интраоперационно – 1). В одном случае при ангиопластике баллонами высокого давления, после чего наблюдался восходящий тромбоз не купируемый медикаментами (в том числе ингибиторами II/IIIА рецепторов).

Заключение:

Стентирование основного ствола ЛКА является хорошей альтернативой операции аортокоронарного стентирования. Число успешных интервенций зависит от опыта врача. В ургентной практике позволяет сохранить жизнь пациентам, которым выполнить своевременную операцию АКШ не представляется возможным.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЛИННЫХ ОККЛЮЗИЙ ПОВЕРХНОСТНЫХ БЕДРЕННЫХ АРТЕРИЙ

ЧЕРНЯВСКИЙ М. А., ЧЕРНОВ А. В.,

ГУСЕВ А.А., ЮСИФОВ Р. И.О.

ФГБУ «СЗФМИЦ ИМЕНИ В.А. АЛМАЗОВА»

Введение (цели/ задачи):

Оценить непосредственные результаты реканализации длинных окклюзий поверхностных бедренных артерий (ПБА) различными методами.

Материал и методы:

С декабря 2016 г в отделении сосудистой и гибридной хирургии ФГБУ «СЗФМИЦ имени В.А. Алмазова» выполнено 34 эндоваскулярных операции у пациентов с хронической ишемией нижних конечностей, обусловленной длинными окклюзиями ПБА. Возраст пациентов от 51 до 76 лет. Сахарный диабет у 14 (41,1%) пациентов. Распределение по степени тяжести хронической ишемии по классификации Фонтейна-Покровского: IIБ стадию имели 26 больных, III стадию – 6 человек, IV стадию – 2 человека. Протяженность окклюзий поверхностных бедренных артерий от 9 до 21 см (в среднем $12,6 \pm 2,4$ см). Распределение в зависимости от характера поражений по классификации бедренно-подколенных поражений TASC II: тип В – в 10 случаях (29,4%), тип С – 17 (50%), тип D – 7 (20,5%). Антеградный доступ использовался в 22 (64,7%) случаях, ретроградная реканализация – у 12 (35,2%) человек. Пациенты разделены на 2 группы: в 1 группе выполнялась реканализация с ангиопластикой и стентированием, во 2 группу были включены 11 (32,3%) пациентов с протяженностью окклюзий ПБА более 15 см, которым реканализация выполнялась с помощью катетера CrosserSystem. Клиническая оценка и ультразвуковое исследование выполнялось при выписке и через 30 дней после операции.

Результаты:

Технический успех реваскуляризации достигнут в 97,1 % случаев. У 1 пациента в раннем послеоперационном периоде выявлена диссекция интимы в проксимальной части стента, что потребовано дополнительного стентирования. Во 2ой группе пациентов, которым реканализация ПБА выполнялась катетером CrosserSystem, после баллонной ангиопластики, только в 4х случаях потребовалась имплантация стентов. Компенсация критической ишемии достигнута у всех пациентов обеих групп. Дистанция безболевого ходьбы выросла в среднем в 2,3 раза. 30-дневная проходимость в 100%.

Заключение:

Представленные результаты демонстрируют безопасность и эффективность эндовакулярного лечения пациентов с длинными окклюзиями поверхностных бедренных артерий. Использование катетера CrosserSystem значительно облегчает процесс реканализации, делая методику более управляемой и предсказуемой.

ЛАБОРАТОРНАЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ И КОАГУЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ССЗ В ПОПУЛЯЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Г.ТОМСК (ПО МАТЕРИАЛАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ-РФ)

ЗАИРОВА А. Р.¹, РОГОЗА А. Н.¹, ДОБРОВОЛЬСКИЙ А. Б.¹, ПАНЧЕНКО Е. П.¹, КАВЕШНИКОВ В. С.², ТРУБАЧЕВА И. А.², СЕРЕБРЯКОВА В. Н.², ЧАЗОВА И. Е.¹, КАРПОВ Р. С.²

¹ФГБУ РКНПК, г. Москва,

²ФГБНУ НИИ кардиологии, г. Томск

Введение (цели/ задачи):

Артериальная жесткость является интегральным диагностическим маркером поражения сосудистой стенки под воздействием патологических факторов риска ССЗ. В отличие от других общеизвестных факторов повышения артериальной жесткости влияние на нее гиперкоагуляции недостаточно изучено. Цель работы: Изучить взаимосвязь показателей артериальной жесткости и коагулологических факторов риска ССЗ.

Материал и методы:

Проанализированы результаты обследования 841 человек в возрасте от 25 до 64 лет, проведенного в рамках эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ. Средний возраст обследованных в группе составил $50,0 \pm 10,8$ лет, мужчин 274 (33%), женщин 566 (67%). Большая часть обследованных имела артериальную гипертензию 620 (74%) и гиперхолестеринемию 657(78%). Артериальная жесткость определялась методом объемной сфигмографии на аппарате VaSera VS-1500 (FukudaDenshi, Япония). Оценивались показатели CAVI (сердечно-лодыжечный сосудистый индекс, скорректированный по уровню АД) и СРВ ал (скорость пульсовой волны аорто-

лодыжечная) во взаимосвязи с коагулологическими факторами риска ССЗ (фибриноген, Д-димер)

Результаты:

Значения CAVI регистрировались в пределах от 3,6 до 11,2, в среднем $7,4 \pm 1,3$; СПВ ал от 5,1 до 12,8 ($7,7 \pm 1,2$) м/с. Фибриноген определялся от 0,97 до 5,76 ($3,21 \pm 0,8$) г/л, Д-димер от 65 до 4920 нг/мл. Выявлено повышение артериальной жесткости (превышение нормальных референсных значений для соответствующего возраста) по показателю CAVI у 167 (20%), по показателю СПВ ал у 358 (43%), $CAVI \geq 9,0$ (маркер ССЗ) у 114 человек (14%). Признаки гиперкоагуляции (превышение уровня фибриногена 3,7 г/л или Д-димера более 500 нг/мл) выявлены у 223 (27%) и 219 (26%) обследованных соответственно. Уровень фибриногена, Д-димера и показатели жесткости СПВ ал и CAVI находились в прямой зависимости ($r=0,2; p<0,0001$ и $r=0,14; p=0,001$ соответственно для фибриногена) и ($r=0,2; p=0,0001$ и $r=0,2; p=0,001$ соответственно для Д-димера). Также повышение уровня фибриногена коррелировало со значением $CAVI \geq 9,0$ ($r=0,2; p=0,0001$). В наиболее неблагоприятной по признакам гиперкоагуляции группе из 73(9%) человек с превышением обоих показателей количество лиц с патологическим $CAVI \geq 9,0$ составляло 30%.

Заключение:

В популяции взрослого населения г. Томск достаточно часто выявляются как признаки повышенной артериальной жесткости так и гиперкоагуляции, при этом выявляются прямые взаимосвязи этих патологических процессов.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛОКАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ ВАРИАНТАМИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Салямова Л. И., Хромова А. А.,

Бурко Н. В., Мельникова Е. А.

ФГБОУ ВО «ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Введение (цели/ задачи):

Изучить структурно-функциональные свойства общих сонных артерий (ОСА) ультразвуковым методом с использованием технологии высокочастотного сигнала RF у лиц с разной степенью поражения коронарных артерий (КА).

Материал и методы:

Обследовано 157 человек (125 мужчин и 32 женщины) в возрасте от 40 до 67 лет (средний возраст $54,1 \pm 10,8$ лет). Всем обследуемым проводили коронароангиографию (КАГ), по результатам которой пациенты были разделены на 3 группы: в группу 1 вошли 42 пациента без гемодинамически значимых стенозов (ГЗС) КА; 2-ую группу составили 60 лиц с ГЗС одной КА; 3-я группа включала 55 человек с поражением 2 и более КА. Сравнимые лица были сопоставимы по возрасту, полу, росту, ИМТ. Структурно-функциональные свойства ОСА оценивали на ультразвуковом аппарате MyLab 90 («Esaote», Италия). Толщину комплекса интима-медиа (ТИМ) анализировали с использованием технологии RF-QIMT. С помощью программы RF-QAS регистрировали следующие параметры: DC – коэффициент поперечной растяжимости, CC – коэффициент поперечной податливости, индексы жесткости α и β . При обработке результатов исследования использовали лицензионную версию программы Statistica 6.0 (StatSoft Inc., США).

Результаты:

По результатам сравнительного анализа показатель ТКИМ имел наименьшие значения у лиц без ГЗС КА – $594,3 \pm 96,2$

мкм, у больных с ГЗС 1 артерии – $729,8 \pm 133,3$ мкм, на фоне поражения 2 и более артерий – 839 (708; 899) мкм ($p1-3, 2-3, 1-2<0,05$). Значения параметра DC в группе 1 составили 0,02 (0,015; 0,025) 1/кПа, в группе 2 – DC 0,02 (0,015; 0,025) 1/кПа, в группе 3 – DC 0,015 (0,01; 0,02) 1/кПа ($p1,2-3<0,05$). Коэффициент CC преобладал у пациентов без атеросклеротических изменений КА 0,95 (0,75; 1,09) мм/кПа, в группе 2 – 0,74 (0,62; 1,03) мм/кПа, в группе 3 – 0,53 (0,34; 0,95) мм/кПа ($p1-3, 2-3, 1-2<0,05$). У пациентов без ГЗС КА и с поражением одной КА выявлен сопоставимый уровень индекса жесткости α : 4,3 (3,3; 5,4) и 4,3 (3,7; 5,4), соответственно. У лиц с ГЗС 2 и более КА параметр имел наибольшее значение – 5,5 (4,5; 7,3) ($p1,2-3<0,05$). Кроме того, сравниваемые лица отличались по уровню индекса β : в группе 1 – 7,3 (6,3; 9,8), в группе 2 – 8,8 (7,5; 11,6), в группе 3 – 10,2 (7,1; 13,9) ($p1-3, 2-3, 1-2<0,05$).

Заключение:

По результатам ультразвукового исследования ОСА технологией высокочастотного сигнала RF ухудшение параметров локальной ригидности, а также утолщение комплекса интима-медиа ассоциировано с увеличением количества гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий по данным коронароангиографии.

СПЕКТР МАКРО- МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШКАХ БОЛЬНЫХ КАРОТИДНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Усманова З. А., Розыходжаева Г.А., Арипов А.Н.

ТАШКЕНТСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

Введение (цели/ задачи):

Изучить уровень макро- микроэлементов в атеросклеротических бляшках (АСБ) у больных каротидным атеросклерозом.

Материал и методы:

Были обследованы 30 лиц. Лица, вошедшие в выборку, были в возрасте 45-89 лет, средний возраст $62,82 \pm 1,17$ лет. Всем пациентам проведено цветное дуплексное сканирование внечерепных отделов бра-хиоцефальных артерий на ультразвуковом сканере HD3 (Phillips, Нидерланды). Больные направлены в клинику Ташкентской медицинской академии, где им выполнена каротидная эндартерэктомия (КЭЭ). Образцы АСБ были получены сразу после КЭЭ и доставлены в лабораторию для определения цинка. Количественное определение уровня микроэлементов в АСБ осуществлялось методом оптико-эмиссионной спектроскопии с индуктивно-связанной аргонной плазмой на анализаторе Optima 2100 DV (Perkin Elmer, США).

Результаты:

Как показали полученные результаты средний уровень Fe в АСБ у больных каротидным атеросклерозом была $113,76 \pm 28,12$ мкг/г, Cu $11,56 \pm 3,49$ мкг/г, Hg $0,21 \pm 0,14$ мкг/г, Mg $1030,86 \pm 270,17$ мкг/г, Ca $39927,50 \pm 8084,58$ мкг/г, K $2278,73 \pm 564,96$ мкг/г, Na $9546,35 \pm 2488,22$ мкг/г, Cd $0,090 \pm 0,05$ мкг/г, Se $6542,91 \pm 6522,23$ мкг/г, Zn $81,72 \pm 15,73$ мкг/г, Li $0,31 \pm 0,12$ мкг/г, Cu/Zn $81,72 \pm 15,73$. Среднее значение степени стеноза сонных артерий (СССА) составляло $75,43 \pm 2,9\%$. При проведении корреляционного анализа выявлена корреляционная слабая прямая взаимосвязь СССА с Cd ($r=0,15$), Se ($r=0,18$).

Заключение:

Таким образом, минералы прямо или косвенно могут быть вовлечены в атеросклеротические процессы. С увеличением СССА увеличивается уровень Cd, Se в АСБ.

ТРЕХМЕРНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ГЕОМЕТРИИ И ФУНКЦИИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ТЯЖЕСТИ РЕГУРГИТАЦИИ, ГЛОБАЛЬНОГО И РЕГИОНАРНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ АСИММЕТРИЧНОМ И СИММЕТРИЧНОМ ВАРИАНТАХ ИШЕМИЧЕСКОЙ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ

Андрианова А. М., Саидова М. А., Болотова М. Н.
ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Механизмы развития и прогрессирования хронической ишемической митральной регургитации (ИМР) ассоциированы с фенотипом тетеринга створок митрального клапана (МК), который обусловлен топикой перенесенного инфаркта миокарда (ИМ). До настоящего времени трехмерные (3D) параметры геометрии и функции МК в зависимости от варианта тетеринга изучены недостаточно. Цель. Оценить 3D параметры геометрии и функции МК при асимметричном и симметричном вариантах митральной регургитации (МР) и проанализировать их взаимосвязь с показателями тяжести регургитации, глобального и регионарного ремоделирования левого желудочка (ЛЖ).

Материал и методы:

Обследовано 43 пациента с ИМР методами 3D чреспищеводной эхокардиографии (ЧПЭхоКГ) и двумерной (2D) трансторакальной эхокардиографии (ТТЭхоКГ). Off-line моделирование МК проведено с помощью 4D MV-Assessment (TOMTEC Imaging Systems GmbH, Germany). У всех больных по данным коронароангиографии (КАГ) ранее была диагностирована окклюзия одной или более коронарных артерий. Статистический анализ включал тесты Стьюдента, Краскела-Уоллеса, корреляционный анализ Пирсона.

Результаты:

Асимметричный вариант МР был диагностирован у 21 пациента. По данным КАГ у 10 (47,6%) из них определялась окклюзия правой коронарной артерии (ПКА), все они перенесли нижне-базальный ИМ, у 4 (19%) – окклюзия огибающей артерии (ОА) и задне-боковой ИМ, у 6 (28,6%) – окклюзия ПКА+ОА и нижне-базальный+боковой ИМ, у 1 (4,8%) – окклюзия артерии тупого края (АТК) и задне-боковой ИМ. Симметричный вариант МР был выявлен у 22 пациентов. У 21 (95,5%) пациента определялась окклюзия передней нисходящей артерии (ПНА), все они перенесли передний ИМ; у 1 (4,5%) больного выявлена окклюзия двух коронарных артерий – ПНА и АТК, он перенес передний+задне-боковой ИМ. По данным 3D ЧПЭхоКГ при асимметричной МР выявлены значимо большие размеры площади тентинга ($2,5 \pm 1,1$ против $2,0 \pm 0,4$ см²; $p < 0,05$) и задне-латерального угла ([PLA]: $45,4 \pm 11,60$ против $38,7 \pm 11,20$; $p < 0,05$) и более низкие значения высоты ($0,96 \pm 0,29$ против $1,07 \pm 0,36$ см) и объема ($4,0 \pm 1,5$ против $4,5 \pm 1,4$ см³; $p < 0,05$) тентинга МК, по сравнению с симметричной МР. При асимметричной МР фракция площади кольца была значимо больше ($7,85 \pm 1,66$ против $5,26 \pm 1,14$ %; $p < 0,05$), а фракция объема тентинга, напротив, ниже ($38,67 \pm 7,65$ % против $45,26 \pm 5,71$ %; $p < 0,05$), чем при симметричном. Средние показатели тяжести регургитации (площадь проксимальной изоскоростной поверхности [PISA]: $0,66 \pm 0,15$ против $0,58 \pm 0,11$ см; $p < 0,05$; объем регургитации ([Rvol]: $97,4 \pm 62,3$ против $75,2 \pm 27,0$ мл; $p < 0,05$), апикальное смещение постеромедиальной папиллярной мышцы ([AD PMPM]: $5,3 \pm 0,7$ против $5,0 \pm 0,8$ см; $p < 0,05$) при асимметричной МР были значимо больше, а индекс сферичности ЛЖ ($0,57 \pm 0,08$ против $0,74 \pm 0,05$; $p < 0,05$) – ниже,

чем при симметричной. При асимметричной МР максимально выраженные корреляции отмечены между объемом тентинга и тяжестью МР, а также AD PMPM. PLA имел положительные корреляции с объемом тентинга, тяжестью МР (EROA: $r = 0,6$; $p = 0,004$; RVol: $r = 0,5$; $p = 0,02$) и показателем локального ремоделирования (AD PMPM: $r = 0,6$; $p = 0,01$). При симметричной МР площадь и высота тентинга имели положительные корреляции с размерами/объемами ЛЖ и тяжестью МР (EROA, RVol, PISA), отрицательные корреляции – с фракцией выброса ЛЖ. Параметры тентинга слабо взаимодействовали с AD PMPM, а PLA не имел взаимосвязей с показателями тентинга и тяжести МР.

Заключение:

Сравнительный анализ выявил существенные различия 3D параметров геометрии и функции МК при двух вариантах ИМР. При асимметричной МР (вследствие ниже-базального ИМ в сочетании или без бокового ИМ) площадь тентинга значимо расширяется; объем тентинга также увеличивается, но меньшей степени, чем при симметричном варианте. При асимметричной МР на характер изменений геометрии МК основное влияние оказывает регионарное ремоделирование ЛЖ (смещение к верхушке PMPM), за счет чего усиливается натяжение задней створки МК. PLA при асимметричном варианте напрямую связан с AD PMPM и тяжестью МР, что отражает, с одной стороны, преимущественную систолическую рестрикцию задней створки, а с другой, указывает на участие данного механизма дисфункции МК в прогрессировании МР. Объем тентинга имеет выраженные корреляции с этими показателями. При симметричном варианте МР изменения геометрии МК в большей степени, чем при асимметричном, зависят от дилатации и снижения сократительной способности ЛЖ.

РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

СУПРАМОЛЕКУЛЯРНЫЕ ФЕРМЕНТНЫЕ ПРОИЗВОДНЫЕ В РАЗВИТИИ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ

Максименко А. В., Вабаева А. В., Звягинцева М. А.,
Абрамов А. А., Просвирнин А. В., Вабаев А. В.,
Тимошин А. А., Лакомкин В. Л.
Институт экспериментальной кардиологии
ФГБУ РКНПК МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Последовательное изучение антиоксидантов показало значимое место среди них ферментных биоконъюгатов [1]. Биомедицински весьма продуктивным оказалось ковалентное сопряжение в рамках одного производного супероксиддисмутазы (СОД) с каталазой (КАТ), конъюгированных друг с другом через гликозаминогликан эндотелиального гликокаликса хондроитинсульфат (ХС) [2]. Полученный конъюгат (СОД-ХС-КАТ) достоверно повышал выживаемость крыс с эндотоксическим шоком, индуцированным внутривенным болюсом липополисахарида (ЛПС), не только при превентивном (до ЛПС), но и

лечебном (после ЛПС) внутривенном болюсе биферментного производного [3]. Такие результаты существенно расширяли границы потенциального применения ферментных антиоксидантов и аргументировано обосновывали актуальность исследования механизмов терапевтической защиты конъюгатом СОД-ХС-КАТ органов животных при развитии у них окислительного стресса [4]. Для выяснения природы наблюдаемых повреждений целесообразно исследовать при этом биохимические показатели крови, что стало целью нашей работы.

Материал и методы:

Крысам под золотильным наркозом (50 мг/кг) вживляли катетеры PE-50 в яремную вену, сонную артерию и выводили их на холку. Эндотоксический шок вызывали на следующий день у бодрствующих животных путем внутривенного болюса ЛПС из бактерий *Salmonella enterica serotype Typhimurium* ("Sigma", США) в дозе 15 мг/кг (группа животных с ЛПС). Конъюгат СОД-ХС-КАТ (3 мг/кг) вводили внутривенным болюсом без ЛПС (группа крыс с СОД-ХС-КАТ) или через 20 минут после болюса ЛПС (лечебный режим введения, группа животных с ЛПС и СОД-ХС-КАТ). Содержание NO в органах крыс исследовали, используя липофильную спинную ловушку на основе комплексов ионов железа и диэтилдитиокарбамата (Fe-DETC), с регистрацией образующихся спиновых аддуктов с помощью ЭПР-спектроскопии. Кровь для анализа забирали при установке катетера, а также на следующий день через 6 часов после введения ЛПС у бодрствующих животных. Через полиэтиленовый катетер PE-50 от 1,0 до 1,5 мл крови забирали из сонной артерии крыс в пластиковую пробирку без добавления гепарина или ЭДТА. Отобранную кровь центрифугировали при 3000 об/мин в течение 15 мин (центрифуга "Biosan LMC-3000"). Полученную сыворотку собирали в пластиковую пробирку и замораживали в жидком азоте. Биохимические исследования были выполнены на анализаторе "Targa-2000" (Италия).

Результаты:

В течение 6 часов после введения ЛПС отмечался рост содержания спиновых аддуктов NO, характеризующий аналогичные изменения уровня оксида азота (включая его депонированные формы) в тканях исследуемых органов. Через 4 часа после введения ЛПС наблюдалась стабилизация уровня NO в органах. Максимальное увеличение уровня NO зарегистрировано в печени животного. На 6 час эксперимента в результате введения конъюгата СОД-ХС-КАТ не наблюдалось достоверных изменений уровня NO в группе крыс с ЛПС и в группе крыс с ЛПС и СОД-ХС-КАТ. Представленные результаты позволяют полагать о существовании других механизмов защитного действия конъюгата СОД-ХС-КАТ (вероятно, реализуемых NO-независимым путем, возможно, супрессией генов ферментов, ответственных за продуцирование активных форм кислорода, индукцией генов антиоксидантных биокатализаторов, супрессией воспалительных ответов) помимо предохранения NO от превращения в пероксинитрит при взаимодействии с супероксидом. Биохимические параметры крови крыс, которым вводили только конъюгат СОД-ХС-КАТ, демонстрируют отсутствие токсического действия биферментного производного. Показатели мочевины, креатинина, активности щелочной фосфатазы снижались, указывая на благоприятное воздействие СОД-ХС-КАТ на почки. Введение крысам только ЛПС обнаруживает на 6 час эксперимента достоверное повышение показателей мочевины, креатинина, аспартатамино-трансферазы, билирубина, свидетельствующих о снижении выводящей функции почек. Повышение уровня холестерина, триглицеридов может отражать нарушение функции печени.

Болюс СОД-ХС-КАТ в условиях эндотоксического шока снижает активность щелочной фосфатазы, а также содержание холестерина, мочевины, креатинина на 6 час эксперимента, демонстрируя защитный эффект конъюгата на функцию почек. Многообразные изменения аспартатамино-трансферазы, триглицеридов (у обоих увеличение), холестерина, щелочной фосфатазы (у обоих снижение) затрудняет определение согласованной оценки лечебного влияния СОД-ХС-КАТ на функцию печени. В целом, возмущающее действие ЛПС смягчается введением на его фоне конъюгата СОД-ХС-КАТ.

Заключение:

Лечебная эффективность конъюгата СОД-ХС-КАТ обусловлена не только его прямым антиоксидантным действием, но и другими опосредованными и отдаленными терапевтическими эффектами. Совокупность полученных результатов обосновывает актуальность выяснения механизма лечебного действия антиоксидантных ферментов, способствуя определению направлений развития антиоксидантной терапии, приемов и средств её осуществления. Представленное исследование было выполнено при поддержке РФФИ (грант 15-04-03584) и Министерства здравоохранения Российской Федерации. Литература 1. Максименко А.В., Ваваев А.В., Бурячковская Л.И., Мох В.П., Учитель И.А., Лакомкин В.Л., Капелько В.И., Тищенко Е.Г. Биофармакология ферментных конъюгатов: вазопротекторная активность супрамолекулярного производного супероксид-дисмутаза-хондроитинсульфат-каталаза. *Acta Naturae*, 2010, 2, № 4, 90-103. 2. Максименко А.В., Тищенко Е.Г. Модификация каталазы хондроитинсульфатом. *Биохимия*, 1997, 62, № 10, 1364-1368. 3. Максименко А.В., Ваваева А.В., Абрамов А.А., Ваваев А.В., Лакомкин В.Л. Лечебное и превентивное действие биферментного препарата супероксиддисмутаза-хондроитинсульфат-каталаза при эндотоксическом шоке. *Технологии живых систем*, 2014, 11, № 2, 35-44. 4. Maksimenko A.V. Widening and elaboration of consecutive research into therapeutic antioxidant enzyme derivatives. *Oxid. Med. Cell. Longev.*, 2016, 2016, 9 pages. <http://dx.doi.org/10.1155/2016/3975695>.

РАЗНОЕ

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ МОДИФИЦИРОВАННЫХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ G У БОЛЬНЫХ С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Шогенова М. Х.¹, Жетишева Р. А.¹, Карпов А. М.¹, Ефремов Е. Е.², Масенко В. П.¹, Наумов В. Г.¹

¹Институт клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова
ФГБУ РКНПК МЗ РФ,

²Институт экспериментальной кардиологии
ФГБУ РКНПК МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Оценить диагностическое значение определения содержания иммуноглобулинов G (IgG), модифицированных малоновым диальдегидом и метилглиоксальем, у больных с коронарным атеросклерозом.

Материал и методы:

В исследование были включены три группы пациентов мужского пола в возрасте 28–68 лет: с ангиографически документированным тяжелым стенозированием коронарного русла (> 50%, n = 50), с начальными атеросклеротическими поражен-

ями коронарного русла ($< 50\%$, $n = 20$) и группа молодых условно здоровых пациентов без ишемической болезни сердца ($n = 10$). Уровни сывороточных IgG, модифицированных малым диальдегидом (МДА-IgG) и метилглиоксалем (МГ-IgG), были определены методом иммуноферментного анализа.

Результаты:

Уровни МГ-IgG ($p = 0,02$) и МДА-IgG ($p = 0,01$) у молодых условно здоровых лиц были значимо выше по сравнению с таковыми в группе с тяжелым стенозированием коронарного русла. Отмечалась высокая корреляционная связь между уровнями МДА-IgG и МГ-IgG ($r = 0,79$; $p = 0,0000$).

Заключение:

Исходя из вышесказанного, можно заключить, что у молодых практически здоровых добровольцев более высокий уровень МДА-IgG и МГ-IgG может быть обусловлен их иммунным статусом. То есть, активность иммунных процессов у лиц старшего возраста, страдающих ИБС, ниже, чем у молодых практически здоровых людей. Что свидетельствует о том, что состояние иммунной системы пациентов играет важную роль в иммунно-воспалительном ответе при атеросклерозе.

ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРНОГО АНАЛОГА ПЕПТИДА АПЕЛИН-12 ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА

Писаренко О. И.

Институт экспериментальной кардиологии

ФГБУ РКНПК МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Цель настоящей работы состояла в изучении действия синтетического аналога природного пептида апелина-12 H-(NaMe) Arg-Pro-Arg-Leu-Ser-His-Lys-Gly-Pro-Nle-Pro-Phe-OH (метилин) на моделях ишемии и реперфузии сердца, хронической сердечной недостаточности и изолированных кардиомиоцитах, выделенных из сердца лабораторных животных с сердечной недостаточностью, а также в исследовании его фармакологического и токсикологического действия при введении в организм лабораторных животных.

Материал и методы:

Метилин был получен путем автоматического твердофазного синтеза с использованием Fmoc-методологии в лаборатории синтеза пептидов, его доклиническое изучение проведено в лаборатории метаболизма сердца, экспериментальной патологии сердца, клеточной подвижности и лекарственной токсикологии НИИЭК ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ. Лекарственная форма метилина изготовлена на ЭПМБП ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ.

Результаты:

Инфузия метилина значительно улучшала восстановление функции и метаболизма изолированного сердца крысы при реперфузии после глобальной ишемии. Внутривенное введение метилина уменьшало размеры инфаркта миокарда и активность маркеров некроза в плазме крови у крыс *in vivo*. Снижение среднего артериального давления и частоты сокращений сердца при использовании оптимальной дозы препарата было незначительным по сравнению с прототипом – природным пептидом апелин-12. Препарат оказывал положительный инотропный эффект на показатели сократимости сердца у крыс и кроликов с ХСН. На изолированных кардиомиоцитах крыс с ХСН метилин нормализовал динамику саркоплазматического Ca^{2+} и сократимость кардиомиоцитов, восстанавливая эти показатели до нормальных значений. Доклиническое изучение фармакологического действия метилина показало отсутствие

проявления антиаритмических свойств и влияния на параметры ЭКГ. Препарат не оказывал достоверного влияния на центральную нервную систему и функцию почек. Токсикологическое исследование включало в себя изучение острой токсичности субстанции метилина, его мутагенных свойств, аллергизирующих, иммунотоксических, эмбриотоксических и тератогенных свойств, исследование его действия на репродуктивную функцию, а также изучение хронической токсичности готовой лекарственной формы препарата в условиях 3-месячного эксперимента. Отсутствие повреждающего действия метилина на важнейшие органы и системы организма подопытных животных свидетельствовало о полной безопасности препарата.

Заключение:

Результаты изучения биологической активности, фармакологических и токсикологических свойств метилина позволяют сделать заключение о целесообразности его клинических испытаний.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ

Бабев В. М., Самсонова О. А.,

Агафонова Т. Ю., Дусакова Р. Ш.

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А.Вагнера МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Целью исследования было изучение клинических особенностей хронических заболеваний вен нижних конечностей при идиопатической артериальной гипотензии (ИАГ) у молодых женщин.

Материал и методы:

Тип исследования – одномоментный. Объект исследования – молодые женщины с ИАГ. Критерии включения: добровольцы женского пола, возраст – от 18 до 35 лет, идиопатическая артериальная гипотензия. Низким САД считали уровень в диапазоне 61-98 мм рт.ст. Низким ДАД считали уровень 59 мм рт.ст. и менее. Нормальное САД определяли как 120-129 мм рт.ст., нормальное ДАД оценивали как 80-84 мм рт.ст. Критерии исключения для всех пациентов, включенных в исследование: дисплазия соединительной ткани в виде синдрома Марфана, Элерса-Данло и несовершенного остеогенеза, онкологические заболевания, сахарный диабет, гипотиреоз, недостаточность коры надпочечников, ревматические болезни, анемии, врожденные заболевания сердца и сосудов, оперированные сердце и сосуды, наркомания, острые инфекционные заболевания, ожирение, беременность в любом сроке. Исследование проводили на базе поликлиники ПГМУ в период профилактического медицинского осмотра студентов. Протокол исследования утвержден этическим комитетом ПГМУ. Все добровольцы дали письменное информированное согласие на обследование. Период исследования: 2015-2016 годы. Из 109 пациентов, соответствующих критериям включения и исключения, были сформированы две группы – тестовая (с ИАГ – 72 женщины) и контрольная (с нормальным артериальным давлением – 37 женщин). САД и ДАД измеряли после 5 минутного отдыха, двукратно, на правом плече в положении сидя, предплечье на столе, с интервалом в 3 минуты. Рассчитывали среднее значение двух измерений. Ангиосканирование поверхностных, глубоких и перфорантных вен правой и левой нижних конечностей выполняли в покое, в положении лежа, на цветном ультразвуковом сканере SonoScape S 6. Самооценка признаков хронических заболеваний вен (ХЗВ) выполнена с помощью опросника, раз-

работанного нами на основе «Российских клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронических заболеваний вен» и классификации CEAP. Объективный осмотр признаков ХЗВ проведен в соответствии с рекомендациями CEAP и Ассоциацией флебологов России (2013). Статистический анализ выполнен в программе «Statistica 6.1».

Результаты:

До 46% женщин с ИАГ отмечают различные жалобы на проблемы здоровья, среди них зафиксированы жалобы, которые ассоциируются с ХЗВ: боль и тяжесть в ногах к концу дня – в 31% случаев; боли в ногах при ходьбе – в 22%; уменьшение или полное исчезновение болей и тяжести в ногах после отдыха – в 64%; судороги в ногах по ночам – в 27%; отеки голеней и стоп к концу дня – в 12 %; начальные проявления трофических кожных расстройств нижней части голени – в 4% случаев. Хотя и достоверных различий между группами не выявлено (что мы можем объяснить начальной симптоматикой ХЗВ), но нам стала известна распространенность субъэквивалентной симптоматики ХЗВ среди молодых женщин с ИАГ. Для ИАГ характерны следующие клинические характеристики вен нижних конечностей: более высокая частота встречаемости объективных признаков ХЗВ, чем при нормальном АД – у 30% женщин с ИАГ выявлены телеангиэктазии и ретикулярные вены, как начальные проявления ХЗВ. Это в 2 раза чаще, чем у женщин при нормальном АД. Более выраженных объективных изменений нами не были зафиксировано, что подтверждает нашу гипотезу о малосимптомности течения ХЗВ, именно у молодых женщин с ИАГ. Ангиосканирование вен у женщин с ИАГ выявило венозную недостаточность: венозные рефлюксы при пробе Вальсальвы отмечены у 45% женщин с ИАГ; 35% рефлюксов (т.е. 78% от общего их числа) были патологическими (продолжительностью более 0,5 сек); появление ретроградного кровотока при проксимальной пробе – в 32% случаев. Отсутствие усиления скорости кровотока при дистальной компрессии выявлены в единичных случаях – 1-6%. Признаки варикозного поражения вен выявлены у 4% женщин с ИАГ. При ИАГ мы не выявили тромботических масс и посттромботических поражений вен. Клиническими отличиями структурно-функциональных параметров вен женщин с ИАГ по сравнению с нормальным АД, явились: меньший диаметр вен; меньшая площадь просвета вен; меньшая толщина стенок вен; низкий тонус при ортостазе; меньшая пиковая скорость кровотока; меньшая продолжительность и скорость рефлюкса при пробе Вальсальвы. Указанные различия регистрировали как в глубоких, так и в поверхностных венах.

Заключение:

Идиопатическая артериальная гипотензия у молодых женщин характеризуется более выраженными клиническими проявлениями ХЗВ и структурно-функциональными изменениями вен нижних конечностей, чем у женщин с нормальным артериальным давлением.

ПРОБА С РЕАКТИВНОЙ ГИПЕРЕМИЕЙ КАК ИНДИКАТОР ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ МИОКАРДА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ

Агафонова Т. Ю.

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А.Вагнера МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Целью исследования была оценка кардиальной гемодинамики при реактивной гиперемии у молодых женщин с идиопатической артериальной гипотензией.

Материал и методы:

Объект исследования: молодые женщины с идиопатической артериальной гипотензией (ИАГ). Предмет исследования: кардиальная гемодинамика при реактивной гиперемии. Тип исследования – динамический. Критерии включения: добровольцы женского пола в возрасте от 18 до 35 лет с ИАГ (уровень САД 98 мм рт.ст. и ниже) и нормальным АД (САД 120-129 мм рт.ст. и ДАД 80-84 мм рт.ст.). Критерии исключения: синдромы дисплазии соединительной ткани, несовершенный остеогенез, онкологические заболевания, сахарный диабет, гипотиреоз, недостаточность коры надпочечников, ревматические болезни, анемии, заболевания сердца и сосудов, наркомания, острые заболевания, ожирение, беременность. Первичный врачебный осмотр проводили на базе поликлиники ПГМУ в период профилактического медицинского обследования. Из осмотренных пациентов сформированы две группы: тестовая (72 человека с ИАГ) и контрольная (37 человек с нормальным АД). АД измеряли после 5 минут отдыха, двукратно на правом плече в положении сидя (предплечье на столе), с интервалом в 3 мин. Рассчитывали среднее значение двух измерений АД. ЭхоКГ выполняли с помощью цветного сканера SonoScape S6 в два этапа: в покое и в пробе с реактивной гиперемией. Пробу с реактивной гиперемией выполняли по D.Celermajer. Добровольцы дали письменное согласие на участие в настоящем исследовании. Дизайн работы одобрен Этическим комитетом ПГМУ. Статистический анализ проводили с помощью программы «Statistica 6.1». Данные представлены в виде медиан и 25-75 перцентилей.

Результаты:

Проба с реактивной гиперемией не повлияла на показатели на КДР ЛЖ и КСР ЛЖ в изучаемых группах. Однако после снятия окклюзии в обеих группах достоверно снизились скорости раннего (Ve) диастолического наполнения ЛЖ (в тестовой: с 85,6 (77,6-94,2) см/с до 80,7 (71,5-95,7) см/с, $p=0,002$; в контрольной: 87,4 (74,4-104,4) см/с до 82,5 (76,4-94,4) см/с, $p=0,007$) и позднего (Va) диастолического наполнения ЛЖ (в тестовой: с 33,4 (27,1-42,8) см/с до 27,7 (22,1-35,1) см/с, $p=0,000$; в контрольной: с 31,5 (27,9-37,2) см/с до 29,8 (24,4-37,9) см/с, $p=0,003$). При реактивной гиперемии зарегистрирован также значительный прирост индекса E/A в тестовой группе (на 18% по сравнению с исходным): с 2,5 (2,0-3,3) до 2,9 (2,4-3,6), $p=0,002$. В контрольной группе изменения индекса E/A оказались не достоверны: с 2,4 (2,1-2,9) до 2,6 (2,2-3,1), $p=0,27$. Причем прирост указанного соотношения в тестовой группе произошел в основном за счет уменьшения скорости кровотока во время предсердной систолы (Va).

Заключение:

Увеличение индекса E/A относят к значимым проявлениям изолированной диастолической дисфункции за счет increased passive stiffness (restrictive or R-type). R-тип проявляется тремя признаками, два из которых выявлены в нашем исследовании: 1) увеличением скорости пика E диастолического потока; 2) уменьшением скорости пика A диастолического потока; 3) увеличением отношения E/A более 2. Достоверное снижение Ve и Va в обеих группах подтвердило влияние оксида азота (NO), выделяющегося во время пробы с реактивной гиперемией, на диастолическую функцию миокарда. Более значимые изменения диастолической функции в тестовой группе можно объяснить гипероксидазотемией, которая является патогенетическим фактором первичной артериальной гипотензии, как было показано в ранее проведенных исследованиях у детей. При этом в базовых (физиологических)

концентрация NO в крови обладает положительным хроно- и инотропным эффектом, улучшает расслабление кардиомиоцитов и диастолическую функцию, модулирует базальную частоту сердечных сокращений. Однако избыток NO, который стимулируется выраженной гипоксией, оказывает прямое кардиотоксическое действие и приводит к стойкой генерализованной вазодилатации. Поэтому стойкую артериальную гипотензию и диастолическую дисфункцию левого желудочка у женщин тестовой группы можно расценить как результат длительного воздействия NO на сердечно-сосудистую систему. Таким образом, у молодых женщин с ИАГ проба с реактивной гиперемией выявляет изолированную диастолическую дисфункцию миокарда.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА И ДЕПРЕССИИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ

Кудрявцева Е. Н., Баев В. М.

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Целью исследования была оценка ментального статуса у молодых женщин с идиопатической артериальной гипотензией.

Материал и методы:

Тип исследования: одномоментный. Объект исследования – молодые женщины с идиопатической артериальной гипотензией (ИАГ). Критерии включения: добровольцы женского пола, возраст – от 18 до 35 лет, низкое систолическое артериальное давление. Низким САД считали уровень в диапазоне 61-99 мм рт.ст. Низким ДАД считали диапазон – 59 мм рт.ст. и менее. Нормальное САД определяли как 120-129 мм рт.ст., ДАД как 80-84 мм рт. ст. Критерии исключения для всех пациентов, включенных в исследование: симптоматические гипотензии, наличие дисплазии соединительной ткани, онкологические заболевания, анемии, сахарный диабет, гипотиреоз, надпочечниковая недостаточность, коллагенозы, врожденные заболевания сердца и сосудов, оперированное сердце, беременность в любом сроке, наркомания, острые инфекционные заболевания. Дизайн, протокол исследования и информированное согласие пациента на участие в исследовании были утверждены Этическим комитетом Пермского государственного медицинского университета имени академика Е.А. Вагнера Минздрава России (протокол №145 от 20 июня 2012г.). Все добровольцы дали письменное информированное согласие на обследование. В исследование было включено 69 женщин с ИАГ (тестовая группа) и 35 женщин с нормальным артериальным давлением (контрольная группа). Диапазон возраста обеих групп составил 18-22 года. Артериальное давление измеряли после 5 минутного отдыха, двукратно, на правом плече в положении сидя, предплечье на столе, с интервалом в 3 минуты. Использовали тонометр A&D UA-777 (AGD Company Ltd., Япония, 2012). На основании полученных результатов рассчитывали среднее значение двух измерений. Наличие депрессии и ее уровень определяли с помощью «Шкалы Цунга». Оценка психического состояния проводилась с помощью шкалы Айзенка. Статистический анализ полученных результатов проводили непараметрическими методами в программе «Statistica 6.1».

Результаты:

Анкетирование по самооценке психического статуса и депрессии у молодых женщин показало, что тревожность различной степени выраженности при ИАГ зафиксирована у 65%

женщин (в контрольной группе у 60%), фрустрация у 50% (в контрольной группе у 52%), агрессивность у 62% (в контрольной группе 57%), ригидность у 69% (в контрольной у 71%), депрессия различной степени выраженности у 13% женщин с ИАГ (в контрольной группе у 9%). Достоверных различий между наблюдаемыми группами получено не было.

Заключение:

Таким образом, представленные нами результаты исследования тестовой группы не отличались от контрольной группы по уровням тревожности, фрустрации, агрессивности, ригидности, а также по депрессивным состояниям. Принято считать, что обилие жалоб и клиническая картина при ИАГ обусловлены гипоперфузией органов и последующими нейро-вегетативными расстройствами. Гипоперфузия головного мозга при ИАГ является причиной трудности с концентрацией внимания и апатии. Эмоциональное поведение и поиск социальной поддержки, как средство выживания при стрессе, характерны для женщин и являются основой большого количества жалоб, предъявляемых ими при медицинском обследовании (в отличие от поведения мужчин, которые сосредоточены на самостоятельном решении проблем). Клиническим проявлением ИАГ вероятно могли быть жалобы на стать снижение когнитивных функций и депрессия. Но мы не зарегистрировали различий в самооценке психического состояния, в том числе различий в уровне тревожности, фрустрации, агрессивности, ригидности, депрессии между молодыми женщинами-студентами с ИАГ и молодыми женщинами-студентами с нормальным артериальным давлением. Хотя мы не исключаем, что имеющиеся в немецких медицинских учебниках сведения об эмоциональных нарушениях и депрессии у гипотоников, являются не более чем «ярлыком», приписанным врачами конца XIX – начала XX столетия. В тот период врачи считали, что пациент-неврастеник всегда имел более низкие цифры артериального давления, чем другие пациенты. Ограничением в нашей работе являлось применение методов самооценки в психической сфере, что в работе практического кардиолога не используется, так как объективные тесты исследования депрессии и тревожности применяют врачи других специальностей: неврологи и психиатры. Поэтому с практической точки зрения важным является направление кардиологом молодых женщин с ИАГ на консультацию к неврологу и психиатру на предмет диагностики или исключения психических расстройств

СОДЕРЖАНИЕ РЕГУЛЯТОРНЫХ Т-ЛИМФОЦИТОВ И АУТОАНТИТЕЛ К АТЕРОГЕННЫМ ЛИПОПРОТЕИДАМ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Филатова А. Ю., Клесарева Е. А., Виценя М. В., Гаврюшина С. В., Потехина А. В., Щинова А. М., Арефьева Т. И., Афанасьева О. И.

ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Прогрессия атеросклероза на фоне онкологических заболеваний и химиотерапии продемонстрирована в ряде исследований. Повышение сосудистой жесткости может отражать наличие субклинического атеросклероза. Содержание липопротеидов и антител к ним ассоциируется с течением атеросклеротического процесса, при этом иммуноглобулины (Ig) класса М оказывают антиатерогенное действие, а увеличение концентрации аутоантител IgG связано с прогрессирующим те-

чением атеросклероза. Ранее у больных раком молочной железы (РМЖ) мы продемонстрировали увеличение количества в крови проатерогенных Т-хелперов 1 типа и активированных Т-эффекторных клеток, а также связь этих показателей с параметрами сосудистой жесткости. В настоящем исследовании мы оценили уровни атерогенных липопротеидов: липопротеидов низкой плотности (ЛНП) и липопротеида(а) [Лп(а)], титр аутоантител IgM и IgG к данным липопротеидам и их окисленным производным, а также содержание антиатерогенных регуляторных Т-лимфоцитов (Трег) в крови у больных РМЖ и здоровых добровольцев.

Материал и методы:

В исследование было включено 17 женщин с впервые диагностированным РМЖ (HER2-положительный, II-III стадии) до начала специфической терапии и 20 женщин-добровольцев без анамнеза сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Группы не различались по возрасту, уровню артериального давления, индексу массы тела и толщине комплекса интима-медиа. Пациентки и доноры не принимали липидснижающей терапии. Содержание Трег (CD4+CD25^{high}CD127^{low} и CD4+foxp3⁺) было оценено методами прямой иммунофлуоресценции и проточной цитометрии. Концентрацию окисленных ЛНП (окЛНП), Лп(а) и титр аутоантител к апоВ-содержащим липопротеидам измеряли методом иммуноферментного анализа. Скорость пульсовой волны (СПВ) на плече-лодыжечном (СПВпл) и каротидно-фemorальном (СПВкф) участках оценивали методами сфигмографии и аппланационной тонометрии, соответственно. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета Statistica 8,0, данные представлены как медиана и интерквартильный интервал.

Результаты:

Группы были сопоставимы по основным клиническим характеристикам, уровню ЛНП, окЛНП и Лп(а). Титры аутоантител (Лаб.Ед.), принадлежащих к классу М специфичных к Лп(а), окЛп(а) и ЛНП, у больных РМЖ были значимо выше, чем в группе здоровых добровольцев [0,13 (0,12;0,14) против 0,09 (0,08;0,11); 0,15 (0,13;0,17) против 0,10 (0,09;0,12) и 0,10 (0,08;0,11) против 0,07 (0,06;0,08), соответственно, $p<0,05$]. Титры IgG аутоантител к ЛНП и окЛНП у больных РМЖ также превышали аналогичные показатели в контрольной группе [0,35 (0,39;0,42) против 0,27 (0,24;0,32); 0,67 (0,54;0,88) против 0,49 (0,41;0,58), соответственно, $p<0,05$]. Уровни циркулирующих CD4+CD25^{high}CD127^{low} и CD4+foxp3⁺ Трег (% от лимфоцитов) были повышены у больных РМЖ [2,3 (2,1;3,0) против 2,0 (1,7;2,2), 3,2 (2,6;3,4) против 2,7 (2,1;3,1), соответственно, $p<0,05$]. Измеренные показатели жесткости сосудистой стенки - СПВпл и СПВкф (м/с) - у больных РМЖ превышали данные контрольной группы [13,0 (12,1;14,8) против 12,0 (11,4;12,7) и 8,1 (7,7;8,7) против 7,2 (6,9;7,9), соответственно, $p<0,05$]. В группе здоровых добровольцев увеличение СПВпл, отражающее снижение эластичности сосудов, напрямую было связано с титром аутоантител класса G к окЛНП ($r=0,55$, $p<0,05$). Напротив, была обнаружена обратная корреляционная взаимосвязь между СПВпл и такими показателями как титр аутоантител класса М специфичным к Лп(а) и окЛп(а) ($r=-0,55$, $p<0,05$, и $r=-0,50$, $p=0,07$), а также с содержанием циркулирующих CD4+foxp3⁺ Трег ($r=-0,49$, $p<0,05$). В группе больных РМЖ данные закономерности не обнаруживались.

Заключение:

У больных РМЖ показано увеличение жесткости сосудистой стенки, активация эффекторных популяций Т-клеток и уве-

личение содержания аутоантител к атерогенным липопротеидам, причем отмечается повышение содержания как про-, так и антиатерогенных Т-лимфоцитов и классов аутоантител. Обратная связь показателей жесткости сосудов с количеством циркулирующих Трег и титром IgM аутоантител к атерогенным классам липопротеидов, и в частности к Лп(а), в группе здоровых добровольцев, и отсутствие таковых закономерностей для больных РМЖ могут свидетельствовать о нарушении атеропротекторных иммунологических механизмов при онкологических заболеваниях. Дальнейшие исследования требуются для определения значимости полученных результатов в отношении прогнозирования прогрессии атеросклероза у больных РМЖ.

ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ НАВЫКОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СОВРЕМЕННОГО СТУДЕНТА

Джанибекова А. Р.¹, Евсеева М. Е.¹, Горбунова С. И.¹,
Джанибекова Л. Р.², Эжиева Б. Б.³

¹Ставропольский государственный медицинский университет, ²РГБ ЛПУ «КЧРКБ» Черкесск,

³ГУЗ ПКД РО Ростов на Дону, Россия

Введение (цели/ задачи):

Поскольку повышение рейтинга здоровья в системе ценностей студентов медицинского ВУЗа является необходимым условием успешной профессиональной социализации, целью настоящего исследования послужило изучение факторов сердечно-сосудистого риска и особенностей формирования навыков здорового образа жизни студентов-медиков.

Материал и методы:

Обследовано 87 студентов Ставропольского государственного медицинского университета обоего пола в возрасте от 19 до 24 лет (средний возраст 21,4±0,2 лет). Преобладали девушки 53 (60,9%) и юношей было 34 (39,1%). Проводили анкетирование для выяснения семейного анамнеза, вредных привычек, тревожно-депрессивных расстройств. У всех респондентов определяли скрининговые антропометрические данные. Также осуществляли измерение АД традиционным методом. Для оценки у студентов уровня сформированности установок на здоровый образ жизни использовалась унифицированная анкета. Статобработку данных проводили с помощью пакета анализа STATISTICA, версия 6,0 и в Excell.

Результаты:

Анализ распространенности некоторых факторов сердечно-сосудистого риска показал, что курившими на момент обследования оказались 25,3% студентов. Избыточная масса тела выявлялась у 18,4%, а отягощенная наследственность по ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ) у 48,3% из числа обследованных. Психологическое обследование показало, что у 11,5% лиц молодого возраста определялось наличие тревожно-депрессивных расстройств. Результаты офисного измерения АД свидетельствовали, что ≥ 140/90 мм рт.ст. имели 12,6% юношей и девушек. По результатам анкетирования также установлено, что в шкале жизненных ценностей у студентов ведущую роль имели здоровье и материальное благополучие 79% и 73% соответственно. Следующие позиции занимали любовь/семья 71% и интересная работа 53%. Факторами, благотворно влияющих на здоровье человека, по мнению респондентов, являлись правильное питание 79%, адекватная физическая нагрузка 48%, отсутствие



АМЛОДИПИН | ЛИЗИНОПРИЛ | РОЗУВАСТАТИН

1 капсула 1 раз в день
**УВЕРЕННОСТЬ ВРАЧА,
УДОБСТВО ПАЦИЕНТА!**

Эквимер® – единственная
тройная фиксированная
комбинация для комплекс-
ной терапии пациентов
с артериальной гипер-
тонией и дислипи-
демией^{1,2}



ВЕСОМЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА

- ◆ 24-часовая эффективная терапия артериальной гипертонии и дислипидемии со статистически значимым снижением уровня АД, ОХС^{2,3,4}
- ◆ Благоприятный профиль безопасности с планомерным снижением АД и отсутствием клинически значимого отклонения уровня печеночных ферментов и креатинина крови⁴
- ◆ Улучшение приверженности терапии благодаря однократному приему⁵

5 мг + 10 мг + 10 мг



5 мг + 10 мг + 20 мг



10 мг + 20 мг + 10 мг



10 мг + 20 мг + 20 мг



1. <http://grls.rosminzdrav.ru/GRLS.aspx?RegNumber=&MnnR=%D0%90%D0%BC%D0%BB%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%BF%D0%B8%D0%BD%2b%D0%9B%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%BF%D1%80%D0%B8%D0%BB+%D1%80%D0%BE%D0%B7%D1%83%D0%B2%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD&f=&TradeNmR=&OwnerName=&MnfOrg=&MnfOrgCountry=&isfs=0&isND=-1®type=&order=RegDate&orderType=desc&pageNum=1>

2. См. инструкцию по медицинскому применению препарата Эквимер®

3. Карпов Ю.А. Кардиология. 2015; 55(9): 10–15.

4. Карпов Ю.А. ПМЖ № 27, 2015, стр. 1581–1583

5. Mancia G. et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal. 2013; 34: 2194.

На правах рекламы

Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия):
Россия, 119049, Москва, 4-й Добрынинский переулок, 8.
Тел.: +7 (495) 987 15 55, факс: +7 (495) 987 15 56. www.g-richter.ru

Для медицинских и фармацевтических работников.



ГЕДЕОН РИХТЕР

вредных привычек 39%, хорошие условия труда/учебы 38%, уровень и качество медицинского обслуживания 34% и 30% указали благоприятные экологические условия.

Заключение:

Таким образом, полученные данные демонстрируют достаточно большую распространенность факторов риска ССЗ, в том числе модифицируемых, у лиц молодого возраста. Рейтинги здоровья занимает ведущее место в шкале жизненных ценностей и приоритетов будущих врачей. Вместе с тем, необходимо дальнейшее совершенствование и усиление мер направленных на повышение валеограмотности и выработки устойчивой здраво созидающей позиции личности.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ КАРДИОПРОТЕКТИВНЫХ ЭФФЕКТОВ КОМБИНАЦИИ АДЕМЕТИОНИНА И ТАУРИНА ПРИ L-NAME ИНДУЦИРОВАННОЙ МОДЕЛИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Хадиева Т. А., Покровский М.В., Покровская Т.Г.
НИУ «БелГУ»

Введение (цели/ задачи):

Как известно, эндотелиальная дисфункция (ЭД) - ключевое звено в патогенезе многих заболеваний и их осложнений. Доказана роль дисфункции эндотелия в развитии таких заболеваний как атеросклероз, ИБС, дилатационная кардиомиопатия, артериальная гипертензия и др. В настоящее время известна эндотелиопротективная эффективность адеметионина и таурина при ЭД. Целью нашего исследования явилось изучение кардиопротективных эффектов комбинации адеметионина и таурина при ЭД. Задачи: 1) моделирование эндотелиальной дисфункции; 2) коррекция эндотелиальной дисфункции комбинацией адеметионина и таурина; 3) анализ полученных данных; 4) статистическая обработка; 5) оценка кардиопротективного эффекта комбинации адеметионина и таурина. Результаты считались достоверными при $p < 0,05$.

Материал и методы:

Эксперимент проводился на белых лабораторных крысах-самцах линии Wistar массой 170-220 г. Для моделирования эндотелиальной дисфункции животным внутрибрюшинно вводили блокатор эндотелиальной NO-синтазы (eNOS) – L-NAME в дозе 25 мг/кг однократно в сутки, в течение 7 суток. Коррекция ЭД проводилась введением комбинации адеметионина в дозе 150 мг/кг/сут и спустя час таурина дозе 260 мг/кг/сут внутривенно через атравматичный зонд, в течение 7 суток. Согласно протоколу исследования, на восьмые сутки наркотизированное животное брали в эксперимент. Животных переводили на искусственную вентиляцию легких и в условиях открытой грудной клетки проводили регистрацию левожелудочкового давления (ЛЖД), максимальных скоростей увеличения (+dp/dtmax) и уменьшения давления левого желудочка (-dp/dtmax), ЧСС.

Результаты:

Исходные значения показателей сократимости миокарда были следующие: ЛЖД у интактных составляло $117,2 \pm 3,9$ тогда как у группы с введением L-NAME (контрольная группа) оно было равно $168,6 \pm 8,1$, у крыс с введением на фоне патологии комбинации адеметионина и таурина ЛЖД составляло $114,0 \pm 10,7$; +dp/dtmax у интактных - $6088,9 \pm 666,4$, контрольной группы - $7817,2 \pm 594,5$, для группы с введением комбинации адеметионина и таурина это значение было равно $5143,7 \pm 758,6$; -dp/dtmax = $4723,6 \pm 384,7$, $5505,8 \pm 308,3$, $4547,1 \pm 779,5$, соответственно. ЧСС у интактных крыс -

$396 \pm 17,7$, у контрольной группы крыс - $382 \pm 14,3$ и группы крыс с комбинированной терапией ЭД - $327,9 \pm 16,8$. Для оценки функциональных возможностей миокарда на фоне комбинированной терапии адеметионином и таурином у животных с моделированием L-NAME-индуцированного дефицита оксида азота проводились нагрузочные пробы. Проба на адренореактивность (внутривенное введение раствора адреналина гидрохлорида в дозе 0,1 мл/100 грамм массы), сочетанное использование адеметионина и таурина не только предотвращало повышение адренореактивности у животных с моделированием L-NAME-индуцированной патологии, но и снижало абсолютные цифры ЛЖД на пробе с введением адреналина. Так, в группе L-NAME ЛЖД составило $248,3 \pm 7,1$, L-NAME+адеметионин+таурин - $147,6 \pm 10,1$, в то время как для интактной группы это значение было равно - $215,2 \pm 5,5$. При проведении пробы на нагрузку сопротивлением сочетание адеметионина и таурина также имело положительный эффект значение ЛЖД к 25 секунде пережатия восходящей аорты в группе с моделированием L-NAME-индуцированного дефицита NO составило $69,0 \pm 4,4\%$ по отношению к 5-й секунде, тогда как у интактных животных $62,1 \pm 9,1\%$, а в группе L-NAME + адеметионин + таурин - $62,2 \pm 6,6\%$, что достоверно не отличалось от уровня интактных животных, а это свидетельствует о сохранении значительного сократительного резерва у животных, получавших комбинацию адеметионина и таурина.

Заключение:

Таким образом, результаты исследования функционального состояния миокарда при проведении нагрузочных проб выявили кардиопротективное действие комбинации адеметионина 150 мг/кг и таурина 260 мг/кг, заключающееся в предотвращении увеличения адренореактивности, падения ЛЖД при проведении пробы на нагрузку сопротивлением, у которых моделировали L-NAME-индуцированный дефицит NO.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

А

Абдужамалова Н. М. 6
Абдуллаева Г. Ж. 26
Абдуллаева С. Я. 6
Абрамов А. А. 32, 63
Авалян А. А. 36
Агафонова Т. Ю. 65, 66
Агеев Ф. Т. 48
Акентьева Н. П. 39
Акчуurin Р. С. 13, 14, 24, 37,
46, 52, 57, 58, 59, 60
Алдошин С. М. 39
Алейникова Т. В. 31
Алексеева Н. В. 52
Алешина И. В. 29
Аминов А. А. 26, 38
Анацко С. В. 50
Андрианова А. М. 63
Андриянов М. Т. 14, 15, 16
Арельяно В. С. Б. 27
Арефьева Т. И. 67
Арзуманян М. А. 36, 47
Арипов А. Н. 62
Аристархова Т. В. 29
Архипова О. А. 24
Атанесян Р. В. 48
Афанасьева М. И. 41, 42
Афанасьева О. И. 41, 42, 67
Ахматова Ф. Д. 19

Б

Бабаева Н. З. К. 29
Баев В. М. 7, 65, 67
Балахонова Т. В. 35, 41, 43
Балык Д. А. 44
Барбараш О. Л. 7, 9
Басинкевич А. Б. 48
Батурин А. К. 29
Бахметьев А. С. 40
Бахшалиев А. Б. 29

Белевская А. А. 25
Бельская М. И. 37
Бобожонова Н. Ж. 6
Бойко В. В. 45
Бойков Н. В. 24
Болотова М. Н. 36, 63
Бубнов Д. С. 48
Булдакова Н. А. 55
Бурко Н. В. 62
Бурмистрова И. В. 55

В

Вабаева А. В. 63
Вабаев А. В. 63
Вакульчик К. А. 22
Валиева З. С. 24
Валихов М. П. 18
Ванин А. Ф. 32
Васильева И. Н. 10, 47
Васильев В. П. 46, 51, 52, 58
Васкес Абанто А. Э. 27
Васкес А. Х. Э. 27
Вертелкин А. В. 34
Веселова О. М. 57
Ветров К. В. 22
Виценя М. В. 67
Власова Э. Е. 24, 51, 52, 58,
59, 60
Воронкина М. В. 22
Воронова А. Д. 18
Выборов О. Н. 24
Вялкина Ю. А. 22

Г

Габрусенко С. А. 12
Гаврюшина С. В. 67
Гаджиев А. Б. О. 29
Газизов В. В. 24, 59
Галачиева С. Х. 19
Галяутдинов Д. М. 46, 51, 52, 55, 58

Ганиев А. А. 6
Гасымов С. Э. О. 29
Гизатуллин А. Р. 39
Гожая И. Н. 49
Голощанов-Аксенов Р. С. 22
Горбатенко Е. А. 13
Горбунова Н. П. 19
Горбунова С. И. 49, 68
Горшков-Кантакузен В. А. 30
Горячев Н. С. 39
Грамович В. В. 60
Гришин И. Р. 14
Гурин А. В. 22
Гусев А. А. 52, 56, 61
Гуськова Е. В. 9
Гуськова Ю. А. 45

Д

Данилушкин Ю. В. 48
Деев А. Д. 9
Денисова Н. Н. 29
Джанибекова А. Р. 49, 68
Джанибекова Л. Р. 49, 68
Дзыбинская Е. В. 60
Добровольский А. Б. 9, 61
Донецкая О. П. 36, 47
Доронина И. М. 19
Драненко Н. Ю. 46
Дусакова Р. Ш. 65
Душина Е. В. 45
Дышекова Д. М. 22
Дятлов Н. В. 51

Е

Евлампиева Л. Г. 13
Евсеева М. Е. 68
Ежов М. В. 41, 42, 43
Емельянов А. В. 46, 51
Ефремов Е. Е. 64

Ж

ЖАМБЕЕВ А. А.	13
ЖЕТИШЕВА Р. А.	39, 64
ЖИРОВ И. В.	18
ЖУКОВА Л. А.	29
ЖУРАЕВ М. И.	21

З

ЗАИРОВА А. Р.	61
ЗАКИРОВА А. Н.	17
ЗАКИРОВА Н. Э.	17
ЗАКОВРЯШИНА И. Н.	23
ЗАХАРЧЕНКО С. П.	44
ЗВЯГИНЦЕВА М. А.	63

И

ИКРОМОВ Х. С.	20, 21
ИЛЬИНА Л. Н.	52
ИМАЕВ Т. Э.	37, 57, 58
ИСЛОМОВ Ж. Б.	21

К

КАВЕШНИКОВ В. С.	61
КАЗАЧЕК Я. В.	9
КАРПОВ А. М.	39, 64
КАРПОВ Р. С.	61
КАРПОВ Ю. А.	35, 43
КАРТАШОВА Н. В.	28
КАШТАЛАП В. В.	7
КИРЕЕВА Н. В.	47
КИРИЛЛОВА М. Ю.	36
КЛЕСАРЕВА Е. А.	41, 67
КОВАЛЕВ С. А.	36, 47
КОЛЕГАЕВ А. С.	37, 57, 58
КОМАРОВА И. С.	51
КОМАРОВ А. Л.	9
КОМЛЕВ А. Е.	37, 57, 58
КОРЖАНКОВ Н. П.	47
КОРНИЕНКО Н. В.	31, 46
КОРЫТЬКО И. Н.	31, 46
КОСТЕНКО В. А.	35
КОСТЫРЕВА М. В.	8
КРАСНИКОВ А. В.	8
КРУГЛЫЙ Л. Б.	35
КРУПНОВ А. В.	14
КРЫЛОВ В. А.	38
КУДРЯВЦЕВА Е. Н.	7, 67
КУЗНЕЦОВА Н. С.	17

КУЗНЕЦОВ В. А.	13
КУЗНЕЦОВ Э. С.	46
КУЛИКОВА Т. Г.	18
КУРБАНОВ Р. Д.	54
КУРПИТА А. Ю.	11
КУХАРЧУК В. В.	43
КУЧИН И. В.	37, 57

Л

ЛАКОМКИН В. Л.	32, 63
ЛАКУНИН К. Ю.	22
ЛАПТИЕВ Р. В.	55, 60
ЛАРИН И. В.	56
ЛАТЫПОВ Р. С.	58, 59
ЛЕВИН Л. Г.	29
ЛЕПИЛИН М. Г.	60
ЛЕПИЛИН П. М.	37, 57, 58
ЛИБИС Р. А.	19
ЛИТВИНОВА М. С.	28
ЛИТВИНОВА Т. И.	50
ЛИТВИНОВКИНА М. С.	23
ЛОПИНА Е. А.	19
ЛУНЕВА Ю. В.	44
ЛУНЯКОВ В. А.	49
ЛУЧКО В. С.	50
ЛЫКОВ Ю. В.	51

М

МАЗУР Е. С.	17
МАКСИМЕНКО А. В.	63
МАЛЕЕВ М. И.	58
МАЛИКОВ В. Е.	36, 47
МАЛКИНА Т. А.	12
МАМУТОВ Р. Ш.	11, 23, 26, 32
МАРГОЛИНА А. А.	55, 58
МАРТЫНЮК Т. В.	24, 25
МАСЕНКО В. П.	6, 18, 39, 64
МАСЛОВА Н. П.	17
МАТЧИН Ю. Г.	48
МАХОМЕТ Е. В.	50
МАЦКЕВИЧ С. А.	37
МЕДВЕДЕВА И. С.	60
МЕЖОНОВ Е. М.	22
МЕЛЬНИКОВА Е. А.	62
МЕРКУЛОВ Е. В.	6, 50
МЕРШИН К. В.	24, 59
МИРЗАХАМДАМОВ Ж. М.	22
МИРОНОВ В. М.	6
МИРОШНИЧЕНКО Е. П.	46

МУЛЕРОВА Т. А.	9
МУН О. Р.	26

Н

НАГАЕВА Г. А.	11, 23, 26, 32, 54
НАГИБИН А. Ю.	17
НАКОНЕЧНИКОВ С. Н.	24
НАСОНОВ Е. Л.	35
НАУМОВ В. Г.	6, 39, 64
НИЗАМОВА Д. Ф.	17
НИКИШИН А. Г.	6
НИКОЛАЕВА И. Е.	17
НИКОЛАЕВА О. А.	14
НОВИКОВА Е. С.	9
НОЕВА Е. А.	50

О

ОГАРКОВ М. Ю.	9
ОСАДЧУК М. А.	10, 47
ОСОКИНА А. К.	50
ОЩЕПКОВА Е. В.	36

П

ПАЛАМАРЧУК Ю. Ю.	44
ПАНФИЛОВ Ю. А.	49
ПАНЧЕНКО Е. П.	9, 61
ПАРТИГУЛОВА А. С.	14
ПАРТИГУЛОВ С. А.	55
ПАТОРСКАЯ О. А.	12
ПЕТЕЛЬСКИЙ Ю. В.	50
ПЕТРЕНКО В. И.	31
ПЕЧЕРИНА Т. Б.	7
ПИГАЛИН А. Л.	17
ПИРНАЗАРОВ М. М.	6
ПИСАРЕНКО О. И.	57
ПОВЕТКИН С. В.	44
ПОГОЖЕВА А. В.	29
ПОГОРЕЛОВА О. А.	43
ПОКРОВСКАЯ Т. Г.	69
ПОКРОВСКИЙ М. В.	69
ПОКРОВСКИЙ С. Н.	41, 42
ПОПКОВА Т. В.	35
ПОПОВА А. Б.	41, 42
ПОТЕХИНА А. В.	50, 67
ПРИХОДЧЕНКО Т. Р.	39
ПРОВАТОРОВ С. И.	50
ПРОСВИРНИН А. В.	63

Р

РАБИНОВИЧ Р. М.	17
РАЗОВА О. А.	41, 42
РАЗУМОВСКИЙ И. В.	28
РВАЧЕВА А. В.	39
РЕДЬКИН А. В.	28
РЕЗЕНЬКОВ А. В.	22
РОГОЗА А. Н.	61
РОЗЫХОДЖАЕВА Г. А.	62
РОМАСОВ И. В.	50
РУДАКОВА М. Н.	49
РУУГЕ Э. К.	32
РЫЖКОВА Е. С.	23, 28

С

САВВИН А. А.	55, 60
САГАКОВА Е. А.	23
САИДОВА М. А.	25, 36, 58, 63
САЙФУТДИНОВ Р. И.	20
САЛАМИ Х. Ф.	13
САЛИЧКИН Д. В.	37, 57
САЛЯМОВА Л. И.	45, 62
САМАКАЕВ А. С.	23
САМКО А. Н.	9, 18, 50
САМСОНОВА О. А.	65
САНИНА Н. А.	39
САПЕЛЬНИКОВ О. В.	13, 14
САРЫЧЕВ П. В.	55, 60
СЕРЕБРЯКОВА В. Н.	61
СИВЕРИНА А. В.	35
СИЛЬВЕСТРОВА Г. А.	48
СИРОТКИН В. Н.	18
СКЛЯННАЯ Е. В.	30
СКОРОДУМОВА Е. А.	35
СКОРОДУМОВА Е. Г.	35
СОБОЛЕВА Г. Н.	45
СОКОЛОВ С. Ф.	12
СОЛОВЬЕВА Е. Ю.	43
СТЕНИНА М. Б.	36
СТЕПАНОВА О. В.	18
СТУДНЕВА И. М.	57
СТУКАЛОВА О. В.	13
СУКОЯН Г. В.	36, 47
СУРОЕДОВ В. Н.	23

Т

ТАБАКЬЯН Е. А.	24, 55, 59
ТАРАН И. Н.	24, 25
ТАРАСОВА Л. В.	52

ТЕРЕЩЕНКО А. С.	6
ТЕРЕЩЕНКО С. Н.	18
ТЕРНОВОЙ С. К.	58
ТИМОШИН А. А.	32, 57, 63
ТИТОВ В. Н.	43
ТМОЯН Н. А.	41
ТОБОЛЕВА М. А.	29
ТОЛКАЧЕВ И. М.	20
ТОМАШЕВСКАЯ Ю. А.	45
ТРЕТЬЯКОВА В. А.	44
ТРЕТЬЯКОВ А. Ю.	44
ТРИПОТЕНЬ М. И.	43
ТРУБАЧЕВА И. А.	61
ТУЛУПОВА В. А.	47

У

УСМАНОВА З. А.	62
УТКИНА Е. А.	41
УШАКОВ А. В.	46

Ф

ФАЙЗИЕВА М. Д. К.	28
ФЕДОРОВИЧ А. А.	45
ФИЛИППОВА О. А.	17
ФИЛАТОВА А. Ю.	50, 67
ФОМИЧЕВА О. А.	35
ФОМОЧКИНА И. И.	31

Х

ХАБИБУЛИН Р. Р.	44
ХАДИЕВА Т. А.	69
ХАИШЕВА Л. А.	23, 28
ХАКИМОВ А. А.	28
ХАСАНОВ М. С.	6
ХИКМАТОВ М. Н.	20, 21
ХОДЖАНОВА Ш. И.	20
ХРОМОВА А. А.	62

Ц

ЦОКОЛОВ А. В.	34, 38
ЦЫГАНКОВА Д. П.	9
ЦЫРЕНОВ Д. Д.	24, 59
ЦЫРУЛЬНИКОВА А. Н.	33

Ч

ЧАЗОВА И. Е.	24, 25, 36, 61
ЧЕРКАШИН Д. И.	13, 14, 46, 51

ЧЕРНОВ А. В.	52, 56, 61
ЧЕРНОВА Д. В.	52, 56
ЧЕРНЯВСКИЙ М. А.	52, 56, 61
ЧИЛОЧ Г. Ф.	38
ЧУКАЕВА И. И.	19
ЧУРАКОВА Е. И.	43

Ш

ШАБАЛИНА А. А.	8
ШАЛАЕВ С. В.	22
ШАМИРИНА Н. С.	48
ШАРАФУТДИНОВ М. Р.	56
ШАХМАТОВА О. О.	9
ШАХНОВИЧ Р. М.	43
ШВЕДКОВ В. В.	8
ШИЛЕНКО В. В.	44
ШИРМА Ю. В.	50
ШИРЯЕВ А. А.	13, 46, 51, 52, 58
ШИТОВ В. Н.	36, 59
ШКОНДИНА Н. И.	39
ШЛЕВКОВА Г. В.	50
ШЛЕВКОВ Н. Б.	13
ШЛЫК С. В.	23, 28
ШМАТКО Н. Ю.	39
ШОГЕНОВА М. Х.	39, 64
ШУБИНА А. Т.	43
ШУВАЛОВА Ю. А.	14
ШУЛЬДЕШОВА Н. В.	36
ШУЛЬЖЕНКО В. С.	57

Щ

ЩАНИЦЫН И. Н.	56
ЩИНОВА А. М.	67

Э

ЭЖИЕВА Б. Б.	49, 68
-------------------	--------

Ю

ЮЛДАШЕВ Н. П.	6, 53, 54
ЮСИФОВ Р. И. О.	61

Я

ЯКУБЕКОВ Н. Т.	6
ЯКУБОВ Р. А.	56
ЯРОСЛАВСКАЯ Е. И.	13

Новая лекарственная форма
Новая дозировка

Растворимые таблетки

Траклир® ДТ 32 мг

Бозентан

Единственный пероральный препарат
в специальной лекарственной форме
для лечения ЛАГ у детей



Траклир® для меня

РУ ЛП-003496 от 14.03.2016
Обязательно ознакомьтесь с Инструкцией по медицинскому
применению препарата Траклир® ДТ.



- Точное дозирование в зависимости от веса ребенка
- Блистер с двойной защитой от детей
- Легко делимая таблетка
- Хорошо растворяется в воде
- Показан для детей с 2 лет
- Приятный для ребенка фруктовый вкус и аромат

АСТЕЦІОН

RUJ.03.TRA.2016.06



**МОЩНЫЙ
СОЮЗ**

ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АД
В ТЕЧЕНИЕ 24 ЧАСОВ^{1, 2}

**АЗИЛСАРТАН
ПРЕВОСХОДИТ
ДРУГИЕ САРТАНЫ***
В АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОМ
ЭФФЕКТЕ^{3, 4}

**ХЛОРТАЛИДОН
ИМЕЕТ ОБШИРНУЮ
ДОКАЗАТЕЛЬНУЮ БАЗУ⁵⁻⁹**
ПО СНИЖЕНИЮ РИСКА ССО**
У ПАЦИЕНТОВ С АГ

Эдарби® Кло
азилсартана медоксомил + хлорталидон

МОЩНЫЙ СОЮЗ

Реклама
Сокращённая информация по применению
Торговое название: Эдарби® Кло, **МНН или группировочное название:** азилсартана медоксомил + хлорталидон. **Лекарственная форма:** таблетки, покрытые плёночной оболочкой, 40 мг + 12,5 мг; 40 мг + 25 мг. **Показания к применению:** эссенциальная гипертензия (пациентам, которым показана комбинированная терапия). **Противопоказания:** повышенная чувствительность к активным веществам и другим компонентам препарата. Рефрактерная гипотензия. Анурия. Беременность и период грудного вскармливания. Одновременный приём алискирена и алискиренсодержащих препаратов у пациентов с сахарным диабетом или умеренным или тяжёлым нарушениями функции почек. Тяжёлые формы сахарного диабета. Возраст до 18 лет. Нарушения функции печени тяжёлой степени. Почечная недостаточность тяжёлой степени. **Способ применения и дозы:** препарат Эдарби® Кло принимают внутрь один раз в сутки независимо от времени приёма пищи. Рекомендованная начальная доза препарата Эдарби® Кло составляет 40 мг азилсартана медоксомила + 12,5 мг хлорталидона 1 раз в сутки. При необходимости дополнительного снижения АД дозу препарата Эдарби® Кло можно увеличить до максимальной 40 мг азилсартана медоксомила + 25 мг хлорталидона 1 раз в сутки. **Основные побочные эффекты:** очень часто: повышение концентрации креатинина, гиперлипидемия, гипотензия; часто: повышенная утомляемость, головокружение, постуральное головокружение, выраженное снижение АД, периферические отёки, крапивница, гипонатриемия, гиперурикемия, повышение концентрации мочевины, повышение активности креатинфосфокиназы, тошнота, потеря аппетита, желудочно-кишечные расстройства, диарея, снижение потенции. **Полный перечень побочных эффектов содержится в инструкции по медицинскому применению. С осторожностью:** тяжёлая хроническая сердечная недостаточность, нарушения функции почек, нарушения функции печени лёгкой и умеренной степени, двусторонний стеноз почечных артерий и стеноз артерий единственной функционирующей почки, ишемическая кардиомиопатия, ишемические цереброваскулярные заболевания, состояние после трансплантации почки; состояния, сопровождающиеся снижением объёма циркулирующей крови, а также у пациентов, соблюдающих диету с ограничением поваренной соли; первичный гиперальдостеронизм; гиперурикемия и подагра; бронхиальная астма; системная красная волчанка; стеноз аортального и митрального клапанов; гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия; возраст старше 75 лет; гипотензия. Если у вас одно из перечисленных заболеваний, перед приёмом препарата Эдарби® Кло обязательно проконсультируйтесь с врачом. **Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.**

*По сравнению с валсартаном и олмесартаном. ** ССО – сердечно-сосудистые осложнения. 1. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Эдарби® Кло, таблетки, покрытые плёночной оболочкой, 40 мг + 12,5 мг, 40 мг + 25 мг, Рег. уд. ЛП-002941 от 02.04.2015. 2. Cushman W.C., et al. Hypertension, 2012; 60: 310–318. 3. Sica D., et al. J. Clin. Hypertens. 2011; 13: 467–472. 4. White W.B., et al. Hypertension, 2011; 57: 413–420. 5. Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Group. JAMA. 1979; 242: 2562–2571. 6. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Circulation. 1990; 82: 1616–1628. 7. Dorsch M.P., et al. Hypertension, 2011; 51: 689–694. 8. SHER Cooperative Research Group. JAMA. 1991; 265: 3255–3264. 9. ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. JAMA. 2002; 288: 2981–2997.



ООО «Такеда Фармасьютикалс»: 119048, Москва, ул. Усачёва, д. 2, стр. 1
Тел. +7 (495) 933 5511; факс +7 (495) 502 1625
Рег. уд. ЛП-002941, Дата выпуска рекламы: апрель 2017 г.