



Евразийский кардиологический журнал

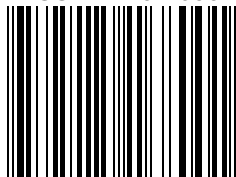
№2, Приложение

EURASIAN HEART JOURNAL

2/2019

EURASIAN
HEART JOURNAL

ISSN 2225-1685



9 772225 168001

Тезисы VII Евразийского
Конгресса кардиологов
17–18 мая 2019 г.,
Ташкент, Узбекистан



O'zbekiston Respublikasi kardiologlar Assotsiatsiyasi
Ассоциация кардиологов Республики Узбекистан

O'ZBEKISTON KARDIOLOGIYASI

Ilmiy-amaliy jurnal
2006-yilda tashkil etilgan

№ 2 / 2019
(52)

КАРДИОЛОГИЯ УЗБЕКИСТАНА

Научно-практический журнал
Основан в 2006 г.

№ 2 / 2019
(52)

Евразийский кардиологический журнал

2/2019

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Е.И. Чазов (Москва, Россия)

Академик РАН, профессор, д.м.н.

ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Р.Д. Курбанов (Ташкент, Узбекистан)

Академик АН РУз, профессор, д.м.н.

А.И. Мартынов (Москва, Россия)

Академик РАН, профессор, д.м.н.

А.Г. Мрочек (Минск, Беларусь)

Академик НАН РБ, профессор, д.м.н.

И.Е. Чазова (Москва, Россия)

Академик РАН, профессор, д.м.н.

КОНСУЛЬТАНТЫ

С.Н. Наконечников (Москва, Россия)

Профессор, д.м.н.

А.Б. Шек (Ташкент, Узбекистан)

Профессор, д.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

К.Г. Адамян (Ереван, Армения)

Академик НАН РА, профессор, д.м.н.

В.А. Азизов (Баку, Азербайджан)

Профессор, д.м.н.

Р.С. Акчурин (Москва, Россия)

Академик РАН, профессор, д.м.н.

А.Г. Булгак (Минск, Беларусь)

Профессор, д.м.н.

М.Х. Дадабаев (Бишкек, Кыргызстан)

Профессор, д.м.н.

А.С. Джумагулова (Бишкек, Кыргызстан)

Профессор, д.м.н.

Ю.А. Карпов (Москва, Россия)

Профессор, д.м.н.

Ю.П. Островский (Минск, Беларусь)

Академик НАН РБ, профессор, д.м.н.

М.И. Попович (Кишинев, Молдова)

Академик АН РМ, профессор, д.м.н.

З.Я. Рахимов (Душанбе, Таджикистан)

Доцент, к.м.н.

А.Н. Самко (Москва, Россия)

Профессор, д.м.н.

С.К. Терновой (Москва, Россия)

Академик РАН, профессор, д.м.н.

Б.Г. Ходжакулиев (Ашхабад, Туркмения)

Профессор, д.м.н.

Е.В. Шляхто (Санкт-Петербург, Россия)

Академик РАН, профессор, д.м.н.

Р.Р. Ярбеков (Ташкент, Узбекистан)

Профессор, д.м.н.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А.Л. Аляви (Ташкент, Узбекистан)

Академик АН РУз, профессор, д.м.н.

С.А. Аннаниязова (Ашхабад, Туркмения)

К.м.н.

А.Б. Бахшалиев (Баку, Азербайджан)

Профессор, д.м.н.

М.С. Бекбосынова (Астана, Казахстан)

Д.м.н.

П.А. Зелвеян (Ереван, Армения)

Профессор, д.м.н.

Т.В. Тюрина (Санкт-Петербург, Россия)

Профессор, д.м.н.

Евразийская ассоциация
кардиологов

Адрес: 121552, Россия,
г. Москва, ул. Оршанская, д. 5
Тел.: +7(495) 414-62-70
e-mail: esj@cardioweb.ru

Издатель ООО «ИнтерМедсервис»
121069, Россия, г. Москва,
Столовый пер., д. 6
e-mail: intermed_08@mail.ru

Рецензируемый журнал. Включен в перечень ВАК и
рекомендован для публикации основных научных
результатов диссертаций на соискание учёной степени
доктора и кандидата наук.

Представлен в Российском индексе научного цитирования
Импакт-фактор РИНЦ – 0,447

Зарегистрирован Федеральной службой по надзору в
сфере связи, информационных технологий и массовых
коммуникаций 28.12.2010 г.

Регистрационный номер ПИ № ФС77-43372

Согласно рекомендациям Роскомнадзора выпуск и
распространение данного научного издания допускается без
размещения знака информационной продукции.

Распространяется бесплатно в медицинских учреждениях
и на образовательных мероприятиях для всех
заинтересованных лиц.

Учредитель—Ассоциация кардиологов Республики Узбекистан

2019 №2 (52)

Адрес редакции:

Узбекистан, г. Ташкент, 100052,

Мирзо-Улугбекский район, ул. Осиё, д. 4.

Телефоны: 998 (71) 237–38–16, 998 (71) 237–33–67

Факс: (71) 234–16–67

Сайт: www.uzcardio.uz

E-mail: cardiocenter@mail.ru

Редакционная коллегия:

Главный редактор Р.Д. Курбанов

Зам. глав. редактора А.Б. Шек

Зам. глав. редактора Р.Ш. Мамутов

Отв. секретарь Н.З. Срождинова

Т.А. Абдуллаев

А.Л. Аляви

М.М. Зуфаров

У.К. Камилова

Ш.Б. Иргашев

У.К. Каюмов

А.Г. Курмуков

Н.М. Мамасолиев

Ш.М. Рахимов

Н.У. Шарапов

Редакционный совет:

А.Н. Беловол (Харьков. Украина)

Л.Р. Бобронникова (Харьков. Украина)

А.Г. Гадаев (Ташкент)

В.А. Джалалова (Самарканд)

А.К. Джусипов (Алматы. Казахстан)

Н.У. Закиров (Ташкент)

З.Р. Зуннунов (Термез)

С.Д. Искандерова (Ташкент)

Б.А. Магруппов (Ташкент)

Н.А. Мазур (Москва. Россия)

А.С. Джумагулова (Бишкек. Киргизстан)

А.А. Раимжанов (Фергана)

З.Я. Рахимов (Душанбе. Таджикистан)

А.М. Сагиров (Ургенч)

С.Ю. Турсунов (Андижан)

Н.М. Юлдашев (Ташкент)

З.З. Юнусов (Ташкент)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации. Рег. №0024

ISSN 2010–6947

Подписано в печать 10.05.2019. Формат 60×84¹/₈. Печать офсетная.

Усл. п.л. 54,0. Тираж 300. Заказ №320.

*Выражаем искреннюю признательность всем нашим коллегам в Узбекистане и СНГ,
принимавшим активное участие в выпуске номера журнала.*

Дизайн и печать ООО «Niso Poligraf». Ташкентская область, Урта Чирчикский район,
ССГ «Ок-ота», махалля Машъал, улица Марказий, дом 1.



«VII ЕВРАЗИЙСКИЙ КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ»

(17–18 мая 2019 года, г. Ташкент)

Конкурс молодых ученых

EFFECT OF ATORVASTATIN ON THE FUNCTIONAL STATE OF THE KIDNEYS IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME WHO UNDERWENT PERCUTANEOUS CORONARY ANGIOPLASTY

ABDUSATTAROVA S.K., ALAVY A.L., KENJAEV S.R.

Tashkent medical academy. Republican scientific center of emergency medicine, Tashkent. Uzbekistan

According to current investigations statins may prevent contrast induced nephropathy in patients.

Aim. To assess the effects of atorvastatin on the functional state of the kidneys in patients with non S-T elevation acute coronary syndrome (NSTEMI-ACS) who had underwent percutaneous coronary angioplasty (PCA).

Material and methods. The study involved 278 patients with NSTEMI-ACS, they were 40 to 80 years old (on average 55 ± 6). All patients underwent CAG, followed by angioplasty of the infarct related artery. All patients were divided into 2 groups. The first group included 138 patients who received a high dose of atorvastatin 80 mg/day for 2 days before coronary angiography; The second group included 140 patients

who received atorvastatin 20 mg per a day. The serum creatinine and glomerular filtration rate was estimated before manipulation and after 72 hours.

Results. Acute kidney injury was diagnosed in 6 (2,16 %) patients: 1 (0,72 %) patient in the high dose atorvastatin group and 5 (3,57 %) patients in the control group. The level of serum creatinine in patients in the high dose atorvastatin group decreased by 15,6% more than in the control group. The glomerular filtration rate increased by 12,2% more in the 1-st group compared with the control group ($p < 0,005$)

Conclusion. Thus, the use of a high dose of atorvastatin before to CAG/PCI may lead to decreasing of serum creatinine and to increasing of GFR.

PROGNOSTIC VALUE OF BRAIN NATRIURETIC PEPTIDE IN ACUTE CORONARY SYNDROME

AHMAD ZIA OMARI

The Department of Internal Diseases №2; KazNMU, Almaty. Kazakhstan

Relevance. Researchers around the world are more interested to study and know the neurohormonal activation, and the role of the brain natriuretic peptide (BNP) in patients with Acute Coronary Syndrome (ACS). High concentration of BNP that is an independent predictor of repeated cardiovascular events and mortality in patients with ACS through ST elevation

Goal. Study the Dynamics of BNP concentrations in patients with ACS through ST elevation with

dependency on the localization of the lesion and re-vascularization methods.

Study population and methods. The study included examination of 70 patients aging 40–85 years old with diagnosis of ACS through ST elevation. The patients were subjected to determination of the level of BNP in the 1st, 3rd and 7th day by ELISA method and determining the level of troponin I, C-reactive protein, and ECG, Echocardiography.

The targeted population were divided into groups based on localization of lesion and method of reperfusion therapy. As a result, the ST-segment elevation was in the anterior wall on EKG in 43,5%, 30,4% had it on the back of Antero, and lateral in 26,1% of targeted population.

BNP dynamics were determined depending on the size and location of ischemic damage and the ongoing reperfusion therapy.

Results. The average level of BNP in ACS Patients of the first day with ST elevation is upto $427,71 \pm 89$ PG/ml. The Concentration of BNP in patients with lesions of the posterior wall on the left ventricle was higher i.e. $576,8 \pm 71,92$ PG/ml in comparison with patients with lesions at the anterior wall i.e. $383,87 \pm 191,12$ PG/ml.

The first day in 34,7% of patients had complications as, pulmonary edema found in 8,6% patients, cardiogenic shock in 8,6%, ventricular tachycardia in 17,3% and ventricular extrasystoles in the form of bigemini in 8,6% of respondents, respectively.

After 3 days the TLT BNP level in patients has increased to $629,25 \pm 43,60$ PG/ml, and in patients with-

out revascularization to $612,72 \pm 97,65$ pg/ml and after balloon angioplasty to $441,70 \pm 72,17$ pg / ml while on day 7 the levels of BNP decreased in all groups. Angioplasty contributed as a significant decrease in the index – $153,17 \pm 48,60$ pg/ml; and extra decrease in the index – $153,17 \pm 48,60$ pg/ml; in the group of patients with TLT, from an average BNP level $498,98 \pm 93,69$ pg/ml.

It was also determined that the troponin I – $4,29 \pm 6,5$ ng/ml and C – reactive protein – $19,48 \pm 5,32$ PG/ml, high levels of which are risk factors for adverse outcome in ACS was identified as having direct correlation between increasing levels of BNP and the level of C – reactive protein ($r=0,4$, $p<0,05$).

Conclusion. 1. ACS patients with high level of BNP has high probability of cardiovascular events in the early period.

2. There is direct correlation between increasing levels of BNP and the level of C – reactive protein, high levels of which are risk factors for adverse outcome in ACS.

3. The decrease of BNP is significantly expressed in the group of patients who underwent balloon angioplasty.

EVALUATE EFFECTIVENESS TEACHING REHABILITATION SCHOOL PATIENT'S MYOCARDIAL INFARCTION WITH PATHOLOGICAL Q WAVE BASED ON HEMODYNAMIC PARAMETERS

TURSUNOV E.Y., SHUKURDJANOVA S.M., YARMUKHAMEDOVA D.Z., OMAROV X.B.

Tashkent medical academy, Tashkent. Uzbekistan

Background. An acute myocardial infarction (MI) is the main cause of premature death and substantially accounts for morbidity especially in the developed world. After acute MI cardiac rehabilitation (CR) consider important as medical treatment. CR has strong-based evidence in reducing morbidity and mortality rate. However, the form of rehabilitation must be comprehensive enough so as to achieve its purpose. The effect of rehabilitation after acute infarction cannot be over emphasized because of its far reaching benefits in terms of improve physical, social, emotional and the totality of life in general.

The purpose of study. evaluate effectiveness teaching rehabilitation school patient's myocardial infarction with pathological Q wave based on hemodynamic parameters

Material and methods. For study was selected 79 patients with MIPQW 48 men and 31 women aged $56,6 \pm 7,8$ years enrolled in therapeutic departments Cardioreanimation, Cardiology in the 1st clinic for TMA and 16-familiar polyclinic of city of Tashkent. For investigation were taken first time patients with ST elevation myocardial infarction. Diagnosis was demonstrated with laboratorial and instrumental methods. All the patients were treated recommended medical therapy. All were divided 2 groups: I group 42 patients are main-

ly group that strictly followed RP. II group 32 patients are control group that low compliance to RP. Patient's condition were observed hospital and polyclinic condition. During in hospital period main group patients were taught rehabilitation lessons based rehabilitation school program. Lessons consist of 10 lecture include explanation disease, risk factors, patients condition, phase of rehabilitation program, drugs that intake after hospital period, motivational lessons. In hospital period acute event of disease and after 6 month all the patients were observed by echocardiography and results were compared.

Results. In hospital period echocardiographic parameters in main group who strictly followed RP EDD-LV- End diastolic diameter left ventricle was $55,8 \pm 4,1$ mm, ESD-LV- End systolic diameter left ventricle was $40,4 \pm 3,2$ mm, EDV-LV- End diastolic volume left ventricle was $152,4 \pm 7,4$ ml, ESV End systolic volume was $72,4 \pm 4,4$ mm, LVM- left ventricle mass was $240,4 \pm 18,4$ g, LVEF- Left ventricle ejection fraction was $52,4 \pm 3,7\%$, CO- Cardiac output was $97,2 \pm 5,6$ ml. In control group results in hospital period: EDD-LV- End diastolic diameter left ventricle was $57,4 \pm 4,3$ mm, ESD-LV- End systolic diameter left ventricle was $41,2 \pm 3,4$ mm, EDV-LV- End diastolic volume left ventricle was $158,6 \pm 7,9$ ml, ESV End systolic vol-



ume was $76,6 \pm 5,4$ mm, LVM- left ventricle mass was $251,4 \pm 19,9$ g, LVEF- Left ventricle ejection fraction was $56,4 \pm 3,8\%$, CO- Cardiac output was $88,4 \pm 5,8$ ml. Inpatient period results shows that both group observed a little differentiation. After 6 month results consisted of in main group: EDD-LV- End diastolic diameter left ventricle was $50,4 \pm 3,8$ mm, ESD-LV- End systolic diameter left ventricle was $37,2 \pm 2,2$ mm, EDV-LV- End diastolic volume left ventricle was $146,4 \pm 6,4$ ml, ESV End systolic volume was $66,1 \pm 3,1$ mm, LVM- left ventricle mass was $246,6 \pm 16,4$ g, LVEF- Left ventricle ejection fraction was $61,4 \pm 4,2\%$, CO- Cardiac output was $100,2 \pm 5,7$ ml. In control group results inpatient period: EDD-LV- End diastolic diameter left ventricle was $58,4 \pm 5,1$ mm, ESD-LV- End systolic dia-

meter left ventricle was $46,4 \pm 4,1$ mm, EDV-LV- End diastolic volume left ventricle was $167,2 \pm 8,5$ ml, ESV End systolic volume was $79,4 \pm 5,9$ mm, LVM- left ventricle mass was $262,4 \pm 23,1$ g, LVEF- Left ventricle ejection fraction was $54,2 \pm 3,7\%$, CO- Cardiac output was $89,4 \pm 5,6$ ml.

Conclusion. Results shows that teaching rehabilitation school is effective inpatient stage in patients' myocardial infarction with pathological Q wave to reduce cardiac remodeling. Especially adherence to medical and nonmedical therapy is important to improve life expectancy. Therefore teaching rehabilitation school is significant for patients who survived acute myocardial infarction inpatient and outpatient periods.

EFFECT OF HIGH DOSES OF ATORVASTATIN IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

UBAYDULLAEV SH.A.

Republican scientific center of emergency medicine, Tashkent. Uzbekistan

The aim of the study was to investigate the effect of early administration of high doses of atorvastatin in acute myocardial infarction (AMI) on the dynamics of markers of systemic inflammation.

Material and methods. The study included 164 patients with AMI at the age of 37-76 years (mean age $55,8 \pm 0,6$ years). The 1st group included 82 patients who received atorvastatin 20 mg, the 2nd group included 82 patients who received atorvastatin at a dose of 80 mg per day assigned in the first 24 hours from the onset of the disease, regardless of lipid blood spectrum. Evaluation of the effect on the severity of systemic inflammation was carried out on the basis of studying the dynamics of changes in markers of systemic inflammation (leukocytosis, erythrocyte sedimentation rate (ESR), C-reactive protein (CRP)) on the 1st and 10th day of treatment.

Results. In the 2nd group there was a significant decrease in the number of peripheral blood leukocytes on the 10th day of AMI, in contrast to the 1st group ($p < 0,05$). CRP in the first group decreased from $30 \pm 0,7$ mg/dL to $10 \pm 0,7$ mg/dL, in the second group from $26 \pm 0,7$ mg/dL to $9,8 \pm 0,7$ mg/dL. ($p < 0,05$). On the 10th day of the disease, ESR in the first group increased significantly in comparison with the second group (from $9,08 \pm 0,8$ to $19,0 \pm 0,8$ and $9,9 \pm 0,8$ to $16 \pm 0,8$ mm/hour, respectively) ($p < 0,05$).

Conclusions. the use of high doses of atorvastatin in AMI has an anti-inflammatory effect, as evidenced by a decrease in the level of CRP and a decrease in the number of leukocytes in peripheral blood during therapy.

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТРОМБОПРОФИЛЯ С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМ СТАТУСОМ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

АБДУМАЛИКОВА Ф.Б., НУРИЛЛАЕВА Н.М.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Оценить корреляционную связь между тромбогенным потенциалом крови и психологическими характеристиками пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Обследованы 84 пациента с диагнозом ИБС, стенокардия напряжения (СН) ФК II–III на фоне артериальной гипертонии (АГ) I–III степени, обеих полов, возраст которых в сред-

нем составил $60,9 \pm 6,53$ лет. Определение уровня психоэмоционального статуса проводилось с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии – HADS. Для определения типа личности Д использовался опросник DS-14, состоящий из двух субшкал: негативная возбудимость (negative affectivity-NA) и социальное ингибирование (social inhibition -SI).

Результаты. С целью выявления особенностей показателей тромбопрофиля у больных со СН на фоне АГ в зависимости от наличия и выраженности психоэмоциональных состояний исследуемые были разделены на две группы: основная группа – 40 (47,6%) пациентов с коморбидными тревожно-депрессивными состояниями (ТДС) и группа сравнения – 44 (52,3%) больных без ТДС. По результатам выявления личностных характеристик исследуемых отмечено: типом личности Д обладали 85,5% исследуемых основной группы против 22,7 % случаев «дистрессорного» типа среди пациентов без ТДС ($p=0,001$). Средние показатели по шкалам негативной аффективности и социального подавления опросника DS-14 были выше в первой группе: NA – $15,5 \pm 5,16$ и SI – $13,7 \pm 3,47$ баллов по сравнению со второй группой: NA – $8,0 \pm 3,48$ и SI – $10,8 \pm 2,89$ баллов ($p=0,01$), что свидетельствует о достоверной ассоциативной взаимосвязи ТДС и психологического дистресса ($r=0,67$, $p<0,05$).

При оценке взаимосвязанного влияния ТДС и психологического дистресса на тромбогенный потенциал крови исследуемых пациентов выявлены различия между группами по морфологической картине тромбоцитов. Так, у пациентов основной группы средний показатель тромбоцитов (PLT) составил $312,1 \pm 28,3 \times 10^9/L$, что достоверно преобладало над средним PLT – $220,4 \pm 19,7 \times 10^9/L$ группы сравнения ($p=0,01$). У пациентов первой группы достоверно преобладали значения относительной ширины распределения тромбоцитов (PDW) и среднего объема тромбоцитов (MPV), повышен-

ные показатели которых отражают гиперактивность тромбоцитов, что составило в среднем $17,0 \pm 4,22 fL$ и $11,3 \pm 2,0 fL$, против значений группы сравнения – $13,6 \pm 3,39 fL$ и $9,7 \pm 1,08 fL$ ($p=0,01$ и $p=0,001$, соответственно). В ходе оценки корреляционной взаимосвязи фенотипа тромбоцитов с психологическими и личностными характеристиками пациентов установлена сильная положительная связь между уровнем ТДС по шкалам HAS/HDS и показателями PLT ($r=0,50$ и $r=0,57$, соответственно), а также положительная средняя теснота связи с PDW ($r=0,24$ и $r=0,26$ соответственно) и с MPV ($r=0,41$ и $r=0,34$ соответственно). Также выявлена положительная средняя теснота связи PLT с NA и SI ($r=0,41$ и $r=0,25$ соответственно), а также PDW с типом Д (NA/SI) ($r=0,25$ и $r=0,27$ соответственно), что свидетельствует о независимом предикторном значении психологического дистресса в ухудшении тромбоцитарной картины крови. Однако, по показателям P-LCR, PCT и IPF статистически значимых различий между группами и по степени корреляционной связи не установлено ($p>0,05$).

Заключение. Изменения морфологической картины тромбоцитов у пациентов ИБС и АГ, вероятно, обусловлены синергично сочетанным влиянием психологического дистресса и коморбидных ТДС. Можно предположить, что тип личности Д является самостоятельным психологическим фактором риска как манифестации ИБС, так и развития выраженных ТДС, что указывает на необходимость раннего выявления психологического дистресса, ассоциированного с риском развития тромбоцитарных событий у пациентов ИБС и АГ.

АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЙ СТОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ (собственный опыт)

АТАМУРАТОВ Б.Р., ЮЛДАШЕВ Н.П., НАГАЕВА Г.А., ЮЛДАШОВ Б.А., МАДРАХИМОВ Н.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Введение. Поражение ствола левой коронарной артерии (СЛКА) – не частое явление в интервенционной хирургии. По сей день продолжают исследования ее ангиографических особенностей.

Цель. Оценка ангиографических особенностей поражения ствола левой коронарной артерии (СЛКА).

Материал и методы. В условиях клиники Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии (РСНПМЦК) за 1 календарный год в период с 01.01.2018 г. по 31.12.2018 г. было пролечено 66 больных с поражением СЛКА. Средний возраст обследуемых составил $62,8 \pm 9,3$ (от 42 до 77) лет. Количество мужчин было 45 (68,2%), женщин – 21 (31,8%).

Результаты. Изолированное поражение СЛКА имело место лишь у 1 (1,5%) больного; 2-сосудистые поражения отмечались в 5 (7,6%) случаях; 3-сосудистые – в 18 (27,3%) случаях. У остальных 42 (63,6%) пациентов были зарегистрированы многососудистые поражения. По классификации «А, В, С» для поражений СЛКА наиболее свойственными оказались типы «А» и «С» – (29 (44%) и 25 (38%) больных, соответственно при этом в случае многососудистого повреждения преобладал тип «С» (40,5 и 33,3%; $p<0,05$). Локализация поражений СЛКА чаще регистрировалась в дистальном сегменте, независимо от количества вовлеченных сосудистых бассейнов (75,0 и 80,9%). Наиболее характерными категориями поражений СЛКА по



классификации МЕДИНА оказались категории 1,1,1 и 1,1,0, при этом существенных возраст-гендерных различий в рассматриваемых категориях выявлено не было. Однако, стволые поражения категории 1,1,1 характеризовались вовлечением

большого количества сосудистых бассейнов и большим процентом стенозов (оба $p < 0,05$).

Заключение. Поражения СЛКА в большинстве случаев носят многососудистый характер, локализуются чаще всего в дистальном сегменте и относятся к категории сложных сосудистых поражений.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА ПРИ СИСТЕМНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ: ФОКУС НА ПРАВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК – ЕСТЬ ЛИ ОСНОВАНИЯ?

БАКТЫБЕК НУРСУЛТАН

*Национальный центр кардиологии и терапии им. М. Миррахимова;
Кыргызско-Индийский горный биомедицинский научный центр,
г. Бишкек. Кыргызская Республика*

В последние годы повышенный интерес исследователей привлекает изучение состояния правых отделов сердца (ПОС) при системной артериальной гипертензии (АГ) (Roberto Pedrinelli, et al, 2009; Cesare Cuspidia et al., 2013 и др.). Имеются немногочисленные сообщения о том, что не только левый (ЛЖ), но и правый желудочек (ПЖ) сердца подвергается ремоделированию при системной АГ. В то же время хроническая экспозиция на высокогорье (ВГ) приводит к спазму легочных сосудов, их ремоделированию вследствие воздействия высокогорной гипоксии, что влечет за собой повышение легочного сосудистого сопротивления (ЛСС) и легочного артериального давления (ЛАД), которая также вызывает ремоделирование ПОС. В связи с этим крайне интересным представляется изучение структурно-функционального состояния ПОС и особенностей легочной гемодинамики при сочетанном воздействии высокогорной гипоксии и системной АГ.

Цель исследования. Изучить структурно-функциональное состояние ПЖ и особенности легочного кровообращения у постоянных жителей высокогорья – этнических кыргызов, с системной АГ.

Материал и методы. Обследованы жители высокогорья и низкогогорья (НГ): а) основная группа – жители высокогорья старше 40 лет с артериальной гипертензией ($n=99$); б) контрольная группа – горцы без АГ ($n=196$); две контрольные группы на низкогогорье – с ($n=115$) и без ($n=82$) АГ. Методы исследования включали: сбор жалоб, анамнеза, осмотр, антропометрию, трехкратное измерение АД по методу Короткова, пульсоксиметрию, спирометрию, ЭКГ в 12 общепринятых отведениях. Также всем пациентам проводились тканевая и традиционная доплерэхокардиография (ЭхоКГ) с оценкой легочной гемодинамики, систолической и диастолической функций левого и правого желудочков сердца.

Результаты. У жителей высокогорья с системной АГ нарушение диастолической функции ЛЖ было более выраженным по сравнению с таковой у жителей НГ с аналогичной степенью АГ ($P < 0,001$). Уровень ЛАД при системной АГ на высокогорье был достоверно выше по сравнению с таковой у жителей низкогогорья с системной АГ. Так, градиент трансструкуспидальной регургитации (ТРРГ) у здоровых жителей высокогорья (без АГ) составил $28,3 \pm 4,9$ мм рт.ст., а у горцев с системной АГ – $29,1 \pm 5,4$ мм рт.ст. ($P=0,014$), в то время как уровень ЛАД у жителей низкогогорья с АГ не отличался от таковой у лиц без АГ ($24,5 \pm 4,6$ мм рт.ст. и $24,0 \pm 4,4$ мм рт.ст. соответственно). Более того, у горцев с системной АГ обнаружено более выраженное нарушение диастолической функции ПОС по сравнению с таковой у жителей низкогогорья с системной АГ ($P < 0,001$).

С целью уточнить комбинированное влияние высоты проживания и системной АГ на трикуспидальный градиент с учетом возраста и индекса массы тела был проведен двухфакторный анализ ковариации, то есть ANCOVA. Основными предикторами были высота проживания и наличие АГ. Ковариантами являлись возраст и ИМТ. Анализ проводился отдельно для мужчин и отдельно для женщин. Результаты такого анализа показали, что на уровень легочного артериального давления оказывает влияние высота проживания и наличие АГ (в меньшей степени).

Заключение. Таким образом, при системной АГ происходит структурно-функциональная перестройка сердца, которая вовлекает и правый желудочек. Проживание в условиях высокогорья при системной АГ приводит к более выраженным процессам ремоделирования со стороны как левых, так и правых отделов сердца.

ГИПЕРУРИКЕМИЯ И РЕФРАКТЕРНАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ**БОБОЕВ М.М.**

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней;
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан*

Цель. изучить влияние гиперурикемии на развитие рефрактерной сердечной недостаточности.

Материал и методы. В стационарных условиях нами были обследованы 65 больных, имевших хроническую сердечную недостаточность (ХСН) I–III стадии по классификации В.Х. Василенко и Н.Д. Стражеско или I–IV функциональный класс (ФК) по Нью-Йоркской классификации кардиологов. Из них – 49 были мужчинами и 8 женщинами. Средний возраст пациентов составил $5,7 \pm 2,5$ года. Контрольная группа была представлена 20-тью, практически здоровыми лицами той же возрастной группы. Обследуемым при поступлении в стационар и после проведенной комплексной терапии ХСН ингибиторами ангиотензин превращающего фермента (линозид 5 мг в сутки), диуретиками (фуросемид 20–40–60 мг в сутки или гипотиазид 12,5–25–50 мг в сутки) и антагонистами кальциевых каналов (амлодипин 10 мг в сутки) определяли содержание мочевой кислоты (МК) в сыворотке крови, суточную урикозурию и суточный диурез.

Результаты. В контрольной группе урекимии составила $0,27 \pm 0,152$ ммоль/сутки, что согласуется с общепринятыми стандартами. У 29-ти пациентов с ХСН I–II А (ФК I–II) урикемия была значительно выше ($p < 0,05$), суточная урикозурия досто-

верно не отличалась в сравнении с аналогичными показателями в контрольной группе ($p > 0,05$). В группе больных (36 человек), имевших ХСН II Б–III (ФК III–IV), повышение концентрации МК в сыворотке крови оказалось существенно выше, чем в группе здоровых лиц – $0,38 \pm 0,03$ ($p < 0,01$), а суточная урикозурия достоверно ниже – $1,98 \pm 0,07$ ($p < 0,05$). Отмечалась обратная корреляционная зависимость между уровнем урикемии и суточным диурезом. Увеличение дозы ингибитора АПФ с 5 мг/сутки до 10 мг/сутки, в комплексной патогенетической терапии через 2–3 недели, сопровождалось достоверным снижением урикемии по сравнению с исходными данными в указанной группе больных ($p < 0,05$), тенденцией к увеличению суточной урикозурии ($p < 0,1$) и увеличением суточного диуреза ($p < 0,05$).

Выводы. С учетом вышеизложенного, можно предположить, что, во-первых, гиперурикемия является одним из показателей развития рефрактерности к диуретикам и прогностически значима, а во-вторых, эффект снижения рефрактерности к мочегонным средствам, получаемый от использования ингибиторов АПФ, носит дозозависимый характер.

ВОЗМОЖНОСТИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ VECTOR VELOCITY IMAGING (VVI) В ОЦЕНКЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА**ДОНИЁРОВ Ш.Н., БЕКМЕТОВА Ф.М.**

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан

Цель работы. Оценить практические возможности высокотехнологической программы Vector Velocity Imaging (VVI) при изучении показателей систолической функции левого желудочка (ЛЖ) у больных ишемической болезнью сердца и у здоровых пациентов.

Материал и методы. В исследование включены 50 пациентов. Из них 25 пациентов (первая группа) со стабильной стенокардией напряжения ФК II–III и 25 здоровых добровольцев (вторая группа). Средний возраст обследуемых колебался в пределах 42 ± 3 года. Анализ систолической функции ЛЖ с помощью программы VVI проводился из апикальной 4-х и 2х-камерных позиций. Анализировали следующие показатели: продольный

стрейн (GLS) и скорости деформации (strain rate). Фракция выброса ЛЖ сравнивалась по методу дисков Simpson и по технологии VVI.

Результаты. Показатели систолической функции левого желудочка при стандартном эхокардиографическом исследовании (методом Симпсона) и с помощью программы VVI имели близкие значения в обеих группах. Показатели продольной деформации (GLS) и скорости деформации (strain rate) левого желудочка у обследуемых первой группы составили в среднем $-15,71 \pm 3,58\%$ и $1,10 \pm 0,32 \text{ с}^{-1}$ соответственно. Во второй группе показатели GLS и strain rate составили $-21,93 \pm 4,0$ и $1,67 \pm 0,26 \text{ с}^{-1}$. При межгрупповом сравнительном анализе выявлена разница $p < 0,0001$ и $p < 0,0003$ соответственно.



Также выявлена тенденция к уменьшению скоростей от основания левого желудочка к верхушке, тогда как в группе пациентов с ишемической болезнью сердца данная тенденция выражена слабее.

Заключение. Методика VVI (Velocity Vector Imaging) позволяет провести достоверную оценку систолической функции ЛЖ с меньшими затратами по времени в сравнении со стандартным эхокардиографическим исследованием (метод Симпсона). Показатели продольного стрейна были

статистически значимо ниже в группе пациентов с ИБС по сравнению со здоровыми лицами. Аналогично показателям деформации у больных ИБС установлено снижение показателей скорости деформации по сравнению со здоровыми лицами. При использовании данной методики возможно изучение скоростей движения левого желудочка и продольного стрейна (GLS), которые могут выступать в роли основополагающих критериев ишемической болезни сердца.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

КАДЫРОВА Ф.Ш., РАХИМОВА М.Э.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан

Смертность от сердечной недостаточности (СН) занимает третье место в ряду сердечно-сосудистых заболеваний. СН – синдром, обусловленный снижением функции сердца, которая приводит к дисбалансу между его возможностями и гемодинамической потребностью организма. Прогрессирование хронической сердечной недостаточности (ХСН) сопровождается резким снижением качества жизни, снижением и утратой трудоспособности больных, увеличением летальности.

В последние годы в зависимости от величины фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) выделяют 3 формы: СН с низкой (ФВЛЖ < 40%), промежуточной (ФВЛЖ в пределах 40–49%) и сохраненной (ФВЛЖ ≥ 50%). Разделение пациентов с СН на основе ФВ имеет важное значение в связи с различными причинами, лежащими в основе этиологии сопутствующих заболеваний и ответа на терапию.

Цель работы. Изучить клинические особенности течения ХСН с различными величинами ФВЛЖ у пациентов, госпитализированных в кардиологическое отделение 3-й клиники ТМА.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование 129 историй болезни пациентов с ХСН. Средний возраст составил $69,2 \pm 11$ лет, мужчин 63,2%. ХСН развивалась на фоне гипертонической болезни в 88% случаях, ИБС – в 76%, кардиомиопатии – в 9% случаях. Больные были распределены на три группы в зависимости от уровня ФВ ЛЖ: 1 группу составили 36 больных

с низкой ФВЛЖ – СНнФВ, 2 группу – 33 пациента с промежуточной ФВ – СНпФВ, 3 группу – 60 больных с сохраненной ФВ – СНсФВ.

Результаты. Пациенты старше 60-ти лет составили 91,4, 74,3, 62,1%, соответственно по группам. Гипертоническая болезнь отмечалась у 78, 85,6, 92,6% соответственно. Метаболический синдром был выявлен в 1 группе у 18%, во 2 группе – у 31%, в 3 группе – у 38% больных. Наличие сахарного диабета II типа наблюдалось у 22,8, 32,7, 41,4%; постинфарктный кардиосклероз отмечался у 82,3, 70,6, 21,4, соответственно по группам. Частота сердечных сокращений более 90 ударов в 1 мин при госпитализации наблюдалась у 41,4, 33,6, 17,5%. Фибрилляция предсердий регистрировалась у 39,3, 40,9, 24,8%, соответственно по группам, гипертрофия левого желудочка по ЭКГ в 93,7, 96,2, 80,2% случаях соответственно. Дилатация ЛЖ по эхокардиографии отмечалась в 88,4, 60,9, 8,2% случаях, соответственно распределенным группам.

Заключение. Таким образом, в группе с СНпФВ преобладали лица более молодого возраста и мужского пола. Данная группа отличалась от других групп тем, что у этих больных показатели были ближе к группе пациентов СНнФВ и отличалась от группы с СНсФВ: у них реже встречалась гипертоническая болезнь, чаще постинфарктный кардиосклероз, тахикардия при поступлении, дилатация левого желудочка и фибрилляция предсердий.

ДЛИТЕЛЬНЫЕ ТРЕНДЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ И КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ В РОССИИ/СИБИРИ (МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРОГРАММА ВОЗ «MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ», НАPIEE)

КРЫМОВ Э.А.¹, ГАФАРОВ В.В.^{1,2}, ГРОМОВА Е.А.^{1,2}, ГАГУЛИН И.В.^{1,2}, ГАФАРОВА А.В.^{1,2,1,2}, ПАНОВ Д.О.^{1,2}

¹Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины (филиал ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики СО РАН);

²Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний РАН, г. Новосибирск. Россия

Цель работы. Определить гендерные различия распространенности личностной тревожности и ее динамику за 22 года среди населения в возрасте 25–64 лет в России/Сибири (г. Новосибирск).

Материал и методы. Обследованы случайные репрезентативные выборки населения обоего пола в открытой популяции одного из районов г. Новосибирска: 1) в рамках III скрининга международной программы ВОЗ «MONICA-MOPSY» в 1994–1995 гг. – лица в возрасте 25–64 года ($n=1527$); 2) в рамках IV скрининга проекта НАPIEE в 2003–2005 гг. – лица в возрасте 45–64 года ($n=1074$); 3) в рамках V скрининга в 2013–2016 гг. – лица в возрасте 25–44 года ($n=975$). Обследование выборок в 1994–1995, 2003–2005 и 2013–2016 гг. проводилось по стандартным методикам, принятым в эпидемиологии, и включенным в международную программу ВОЗ «MONICA». Для оценки личностной тревожности использовалась шкала Спилбергера. Выделяли низкий, средний и высокий уровни личностной тревожности.

Результаты. Среди населения в возрасте 25–64 года в 1994–1995 гг. больше половины женщин (59,9%) и мужчин (50,9%) имели высокий уровень тревожности. Кроме того, наблюдался рост высокого уровня тревожности среди мужчин от младших возрастных групп к старшим группам (с 35,5 до 60,4%). Среди женщин более высокий уровень личностной тревожности наблюдался в молодой группе (35–44 года; 69,2%), чем в возрасте 55–64 года (53,8%). Однако за 22-летний период произошло видоизменение этого показателя: рост высокого уровня тревожности (с 53,8 до 86,5%) у обоих полов. В то же время отмечено значительное снижение этого показателя в возрастных группах 25–34 и 35–44 года (мужчины – 38,3 и 22,4%; женщины – 64,6 и 39,9% соответственно).

Закключение. Установлено, что среди населения 25–64 лет высокий уровень тревожности преобладает у женщин по сравнению с мужчинами. Определили, что за 22-летний период распространенность тревоги в старших возрастных группах выросла, в младших – снизилась.

ОЦЕНКА ДЛИТЕЛЬНОЙ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АКСАРИТМИНА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ НАРУШЕНИЯХ РИТМА СЕРДЦА

КУЧКАРОВ Х.Ш., ЗАКИРОВ Н.У., ИРИСОВ ДЖ.Б.

Республиканский специализированный научно-практический центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Изучить эффективность и безопасность отечественного антиаритмического препарата Аксаритмин у пациентов с различными нарушениями ритма сердца в течение 3 месяцев и более.

Материал и методы. Для изучения эффективности и безопасности нового отечественного антиаритмического препарата Аксаритмин обследованы 60 больных в возрасте 22–78 лет (средний возраст $55,09 \pm 15,18$ лет). Всем пациентам в начале исследования выполнялась электрокардиография (ЭКГ), в том числе с острой лекарственной пробой, эхокардиография (ЭхоКГ), Холтеровское мониторирование ЭКГ, УЗИ печени и почек, био-

химический анализ крови для исключения сопутствующих состояний, потенциально генерирующих различные нарушения ритма сердца. Антиаритмическая эффективность (ААЭ) Аксаритмина оценивалась через 1, 3, 6 месяцев от начала его приема на фоне базисной терапии основного заболевания с помощью ХМЭКГ. Согласно протоколу исследования, наличие антиаритмической эффективности Аксаритмина констатировалось при уменьшении общего количества экстрасистол на 70% и более от исходного уровня и при полном устранении сложных форм нарушений ритма сердца IV А- и Б-градации по Lown Wolf (положительный антиаритмический эффект). В случаях 90–100% пода-



вления эктопической активности пациенты относились к группе выраженного антиаритмического эффекта, а меньше 70% как отрицательный (неудовлетворительный).

Результаты. Учитывая условную принадлежность Аксаритмина к IC классу антиаритмических препаратов особое внимание было направлено на показатели ЭхоКГ. Фракция выброса (ФВ) левого желудочка составила $63,19 \pm 7,58\%$, конечный диастолический размер (КДР) – $52,56 \pm 5,63$ мм, конечный диастолический объем (КДО) – $124,54 \pm 31,89$ мл. По результатам этапного ХМЭКГ через 3 месяца группы распределились следующим образом: 1 группу без антиаритмической эффективности ($<70\%$) составили всего 4,8% пациентов; 2 группу с положительным (70–90%) антиаритмическим эффектом – 9,5% пациентов и 3 группу с выраженным, более 90% антиаритмическим эффектом Аксаритмина составили 85,7% пациентов. Антиаритмическая эффективность Аксаритмина оказалась более выраженной (антиаритмическая эффективность 91–100%) у пациентов старшей возрастной группы ($57,89 \pm 13,34$ лет против $38,0 \pm 2,83$ лет, $p > 0,05$), также отмечена тенденция к более выраженному ААЭ в группе больных с минимальными выраженными органическими заболеваниями сердца коронарогенной этиологии в сравнении с пациентами,

имеющими некоронарогенное происхождение желудочковой и наджелудочковой аритмии. Суточная доза Аксаритмина составила $75,68 \pm 9,75$ мг. В группе больных с ЖЭ суточное количество экстрасистол до приема Аксаритмина составило в среднем по группе $5122,28 \pm 6005,22$ ЖЭ/сутки, через 1 неделю от начала приема препарата в среднем $767,32 \pm 1286,17$ ЖЭ/сутки (снижение на 84,9%); через 1 месяц – $1117,94 \pm 2117,33$ ЖЭ/сутки (снижение на 78,2%), через 3 месяца $570,90 \pm 980,49$ ЖЭ/сутки (снижение на 88,9%); на 6 месяце $566,4 \pm 1252,57$ ЖЭ/сутки (снижение на 89,0%). В группе больных с НЖЭ суточное количество экстрасистол до приема Аксаритмина составило в среднем $4508,31 \pm 7831,01$ НЖЭ/сут; после 1 недели от начала приема в среднем $471,64 \pm 1273,36$ НЖЭ/сут (в среднем снижение на 89,5%), на 1 месяце $73,08 \pm 158,49$ НЖЭ/сут (в среднем снижение на 96,5%), на 3 месяце $55,67 \pm 111,49$ НЖЭ /сут (в среднем снижение на 99,8%), и на 6 месяце $12,00 \pm 14,14$ НЖЭ /сут (в среднем снижение на 99,9%).

Заключение. Установлено, что прием Аксаритмина в дозе 75–100 мг/сут в течение 3 месяцев лечения сопровождался положительным антиаритмическим эффектом у 85,7% больных. При этом у 66% больных выявлен выраженный антиаритмический эффект.

ИЗУЧЕНИЕ ID ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

МАШАРИПОВА Д.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент. Узбекистан

Цель работы. Изучить ID полиморфизм гена ангиотензинпревращающего фермента (ACE) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) у лиц узбекской национальности.

Материал и методы исследования. Генотипирование полиморфизма ID гена ACE проведено у 114 больных с ХСН и 51 здорового донора узбекской национальности. Сопоставление частот встречаемости аллелей и генотипов исследуемого гена среди больных с ХСН и группы сравнения проведено методом «случай-контроль».

Результаты. При анализе частот аллелей полиморфизма ID гена ACE было отмечено, что в группе больных ХСН частота функционально значимого аллеля I составляет 48,6%, что ниже, чем в контрольной группе (59,8%), однако при статистической обработке достоверных отличий получено не было ($\chi^2=0,5$; $P=0,4$; $OR=0,8$; 95% CI 0,4828, 1,399), тогда как встречаемость аллеля D была достоверно выше в группе больных с ХСН (51,4 против 40,25% в контрольной группе). Частота гено-

типа I/I снижается в группе больных ХСН (31%) по сравнению с контрольной группой (47,1%). Согласно коэффициенту соотношения шансов, риск развития ХСН при наличии генотипа I/I незначителен. Близким к значимым различиям оказалось и снижение частот генотипа I/D гена ACE среди больных (35,2%) в отношении контрольной группы (25,5%), что можно рассматривать гетерозиготный генотип как защитный фактор развития заболевания ($\chi^2=1,3$; $p=0,6$, $OR=1,6$; 95% CI 0,7166, 3,522). Интересно отметить, что в группе больных нами была выявлена тенденция к увеличению числа носительства гомозиготного генотипа D/D. Частота встречаемости данного функционально неблагоприятного генотипа составляла 33,8%. Эти данные еще больше укрепляют позицию генотипа D/D гена ACE как маркера, ассоциированного формированием ХСН.

Заключение. Таким образом, результаты изучения исследуемого локуса гена ACE выявили роль D/D-генотипа в качестве самостоятельного маркера развития ХСН.

ОЦЕНКА РАННЕГО И ОТСРОЧЕННОГО ЧРЕСКОЖНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

МИРМАКСУДОВ М.С., АЛЯВИ А.Л., ЖАББАРОВ А.А., МАКСУДОВА М.Х., САЙДАЛИЕВ Р.С., ДУЙСЕНБАЕВА А.И.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан

Введение. Европейское Общество Кардиологов и Американская ассоциация сердца рекомендуют проведение ранней чрескожной ангиопластики у больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбпST). Однако на сегодняшний день влияние данной лечебной тактики на отдаленные осложнения у пациентов, относящихся к разным группам риска, изучено не достаточно.

Цель работы. Изучение влияния раннего (в течение 24 часов) и отсроченного (интервал от 24 до 72 часов) ЧКВ на прогноз отдаленных осложнений у пациентов с ОКСбпST в группах с высоким и низким риском.

Материал и методы. В исследование были включены 100 пациентов с ОКСбпST, поступившие в Республиканский научно-исследовательский центр экстренной медицинской помощи. Среди них 36 пациентам было проведено раннее ЧКВ и 31 – отсроченное. 33 больным не было проведено данное вмешательство, и они наблюдались как контрольная группа. Было проведено внутригрупповое и межгрупповое сравнение на основании стратификации риска ОКС по шкале GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events). С целью изучения эффективности проводимого лечения сравнивались частота госпитализации и повторно ОКС в течение последующих 6 месяцев.

Результаты. Частота госпитализаций в течение 6 месяцев была намного ниже в группе пациентов с высоким риском (более 140 баллов по

шкале GRACE), которым было проведено раннее ЧКВ по сравнению с группой, которым было сделано отсроченное вмешательство (по отношению к контрольной группе 25 и 4% соответственно) ($p < 0,05$). Данный показатель в группе с низким риском (менее 140 баллов по шкале GRACE) был противоположен, частота госпитализаций в течение 6 месяцев среди больных, которым было проведено отсроченное ЧКВ, была намного ниже (3,75 и 9,4%) ($p < 0,05$). Наблюдалось большее снижение частоты повторного ОКС в течение 6 месяцев в группе больных с высоким риском, которым было проведено раннее ЧКВ, по сравнению с группой, подвергшейся отсроченному ЧКВ. В группе с низким риском частота повторного ОКС была одинакова среди лиц, подвергшихся раннему и позднему ЧКВ (в контрольной группе 10%, в группе с ранним ЧКВ – 6%, с отсроченным ЧКВ – 6%) ($p < 0,05$).

Заключение. На основании вышеизложенных результатов можно сделать следующий вывод: раннее чрескожное вмешательство больным с ОКСбпST, относящимся к группе высокого риска, снижает частоту возникновения повторного ОКС и частоту госпитализации, по сравнению с отсроченным ЧКВ. Однако, в группе с низким риском раннее и отсроченное ЧКВ способствуют одинаковому снижению возникновения повторного ОКС и в меньшей степени снижению частоты госпитализации. Учитывая это, раннее ЧКВ среди лиц с высоким риском является наиболее эффективным.

ВЛИЯНИЕ КОЛЕБАНИЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ОКРУЖАЮЩЕГО ВОЗДУХА НА ЛЕГОЧНОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ У ПОСТОЯННЫХ ЖИТЕЛЕЙ ВЫСОКОГОРЬЯ

Муратали уулу КУБАТ

Национальный центр кардиологии и терапии им. М. Миррахимова;

Кыргызско-Индийский горный биомедицинский научный центр, г. Бишкек. Кыргызская Республика

Хроническая экспозиция на высокогорье (ВГ) приводит к спазму легочных сосудов, их ремоделированию вследствие воздействия высокогорной гипоксии, что влечет за собой повышение легочного сосудистого сопротивления (ЛСС) и легочного артериального давления (ЛАД), которое в части случаев обуславливает развитие высокогорной легочной гипертензии (ВЛГ) и высокогорного ле-

гочного сердца (ВЛС). Однако у хорошо адаптированных горцев уровни ЛАД практически сравнимы с таковой у жителей низкогогорья (НГ) и равнин. Имеются также сообщения о том, что холод тоже вызывает повышение ЛАД. Выделена даже так называемая северная (циркумполярная) легочная гипертензия (ЛГ).



Цель исследования. Изучить особенности легочного кровообращения у постоянных жителей высокогорья – этнических кыргызов в жаркое (летом) и холодное (зимой) время года.

Материал и методы. Обследованы 179 горцев-кыргызов, проживающих на высоте 3000 м над уровнем моря: из них – 119 женщин (66,48%) и 60 мужчин (33,5%). Обследование включало клинический осмотр, антропометрию (измерение массы тела и роста), двухмерную и цветную доплерокардиографию с измерением систолического ЛАД (СЛАД), спирометрию, пульсоксиметрию и определение концентрации оксида азота (NO) в выдыхаемом воздухе. Критерии исключения – наличие кардиореспираторной патологии (ХОБЛ, бронхиальная астма, АГ, пороки сердца, другие заболевания сердца и сосудов, наличие ВЛГ – градиент транстрикуспидальной регургитации (TRG) > 45 мм рт.ст., что соответствует уровню СЛАД > 50 мм рт.ст.).

Результаты. Индекс массы тела (ИМТ) в исследуемой группе составил $25,02 \pm 4,2$, средний возраст – $43,7 \pm 13,46$ лет. Результаты измерения ЛАД показали высоко достоверный повышенный уровень TRG в зимнее время года по сравнению с летним периодом (TRG = $33,9 \pm 9,2$ и $31,9 \pm 7,8$ соответственно, $p < 0,001$). В то же время достоверной разницы в показателях насыщения артериальной крови кислородом (SpO_2) не было выявлено (SpO_2

летом составил $90,4 \pm 2,5\%$, зимой, $91,3 \pm 2,8$). Однако со стороны спирометрических показателей наблюдались интересные изменения: объем форсированного выдоха за первую секунду ($ОФВ_1$) не показал достоверной разницы в зависимости от времени года, но отмечена некоторая тенденция к его снижению в зимнее время года ($ОФВ_1$ летом = $2,96 \pm 0,8$ л против $ОФВ_1$ зимой = $2,90 \pm 0,7$). В то же время форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) в зимнее время ($3,41 \pm 0,8$ л) была достоверно ниже по сравнению с летним временем года ($3,50 \pm 0,8$, $P < 0,001$). Концентрация NO в выдыхаемом воздухе в летнее время также достоверно превышала таковую зимой ($NO = 4,2 \pm 3,4$ и $3,4 \pm 2,3$ соответственно, $p = 0,03$).

Заключение. Таким образом, это первое исследование в мире, проведенное в разное время года при контрастных температурах (в жаркое и холодное время года) в условиях высокогорья на нативных субъектах – постоянных жителях высокогорья. Полученные нами результаты свидетельствуют, что холодная температура окружающего воздуха в сочетании с высокогорной гипоксией приводит к более выраженному повышению ЛАД, тем самым способствуя закреплению и стабилизации его при высокогорной легочной гипертензии. Вероятно имеет значение и развивающаяся относительная гиповентиляция при вдыхании холодного воздуха.

КАРДИОБЕЗОПАСНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА СИТАГЛИПТИН/МЕТФОРМИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО СРЕДНЕЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

МУСАЕВА М.А.

Ташкентская медицинская академия; Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиология, г. Ташкент. Узбекистан

Ингибиторы дипептидил-пептидазы 4 типа (ИДПП-4) как в моно-, так и в комбинации с метформином в настоящее время широко используются при лечении сахарного диабета (СД) 2 типа в сочетании с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в частности с ИБС.

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности ситаглиптина/метформина у больных ИБС с сопутствующим СД 2 со средней фракцией выброса (СН-срФВ).

Материал и методы. Обследовали 15 больных с СД 2 и ИБС с СН-ср ФВ в возрасте 45–66 лет ($55,4 \pm 6,2$ лет). Средний стаж СД 2 типа – $5,44 \pm 3,41$, а ИБС – $5,01 \pm 2,35$ лет. При включении в наблюдение пациенты находились на терапии метформином 1000 мг/сут при уровне гликированного гемоглобина ($HbA1c$) (средний уровень $7,89 \pm 0,47\%$). Больные переводились на комбина-

цию метформина 1000 мг и ситаглиптина 100 мг/сут единовременно. Всем пациентам в начале наблюдения и через 12 недель после интенсификации терапии определяли уровень гликемии натощак (ГН), постпрандиальной гликемии (ППГ), гликированного гемоглобина ($HbA1c$), показатели липидного спектра, скорости клубочковой фильтрации (СКФ), динамику артериального давления антропометрические данные – ИМТ. Все пациенты получали базисную терапию ИБС, включающую назначение АСК, статины, ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы.

Результаты. Через 3 месяца единовременной комбинации ситаглиптин 100 мг + метформин 1000 мг было зафиксировано снижение уровня $HbA1c$ $\Delta = 1,79\%$ ($p < 0,001$) $6,84 \pm 0,99\%$, ГН изменился с $7,96 \pm 3,02$ ммоль/л до $6,79 \pm 0,47$ ммоль/л ($p < 0,001$); ППГ снизилась с $9,69 \pm 2,74$ ммоль/л до

7,98±2,0 ммоль/л ($p<0,001$). Тяжелых гипогликемических состояний зафиксировано не было. Показатели ФВ не снижались и продолжали сохраняться на одном уровне. Через 6 мес. терапии средний ИМТ пациентов снизился с 35 до 32 кг/м² (8,5%). Окружность талии уменьшилась на 5,13% в сравнении с началом исследования ($p<0,001$) на этапе 12 недель. В отношении показателей липидного спектра на фоне контроля доз статинов прослеживалось снижение ОХС на 16,4%, ЛПНП – на 13% ($p<0,05$), с некоторым повышением уровня ЛПВП (7%, $p>0,5$).

Со стороны желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, диарея) в течение всего периода лечения не зарегистрировано.

Заключение. Изучаемая комбинация показала эффективность, безопасность и продемонстрировала снижение уровня гликированного гемоглобина. Единовременная комбинация ситаглиптин 100 мг + метформин 1000 мг хорошо переносится, она эффективна у пациентов с сахарным диабетом 2 типа в сочетании с ИБС с СН-ср ФВ.

СТРУКТУРА ПРЕДИКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЭКСТРЕННО ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

РАХИМИ А.М.

*АО «Национальный медицинский университет»;
Городской кардиологический центр, г. Алматы. Казахстан*

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются наиболее значимой проблемой для многих развитых стран мира и также для Республики Казахстан (РК). В связи с этим ранняя диагностика ССЗ и их коррекция являются важной проблемой предиктивной диагностики.

Цель исследования. Провести анализ частоты встречаемости предикторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов, экстренно госпитализированных в городской кардиологический центр г. Алматы за 2018 год.

Материал и методы исследования. Выполнен проспективный анализ 88 историй болезни пациентов в возрасте 40–85 лет, экстренно госпитализированных в Городской кардиологический центр г. Алматы в 2018 году, методом случайной выборки. При оценке структуры госпитализированных пациентов исследовались: пол, возраст, данные анамнеза, объективного осмотра, клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования.

Результаты исследования. Установлено, что средний возраст экстренно поступивших пациентов составил 62,71±11,18 лет, из них 63,6% мужчин и 36,36% женщин. Все пациенты поступили с диагнозом ИБС. На первом месте по частоте встречаемости коморбидных состояний стоит артериальная гипертензия – у 95,6%, на втором – хроническая болезнь почек – у 39,1% пациентов, на третьем – сахарный диабет – 30,8%. Треть пациентов (35,2%) имела в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда, фибрилляцию предсердий; хроническую обструктивную болезнь легких имели 34,7%; 17% перенесли острое нарушение мозгового кровообращения. В структуре госпитализированных ОКС составил 79% и 21% другие БСК.

ОКС с подъемом ST составил 25% пациентов и ОКС без подъема ST 75%. Средний уровень Тропонина I составил 3,5±4,6 нг/л, С-реактивного протеина – 9,52±6,5 г/л и мочевой кислоты – 524±26 мкмоль/л, что значительно выше, нежели у пациентов ОКС без подъема ST. Почти все пациенты страдали АГ – 95,45%, избыточным весом или ожирением – 85,2%; дислипидемия наблюдалась в 91,8% случаев. Курение и алкоголь документально зафиксированы в 21,5 и 25,4% случаев. ИМТ был высоким как у женщин, так и у мужчин – 30,4±5,3 и 29,4±4,1 соответственно, средний уровень ЛПНП составил 3,6±1,5 у женщин и 3,5±1,4 у мужчин. Анализ лабораторных и инструментальных методов исследования показал, что 82,9% пациентов имели ЧСС выше 70 уд/мин, которая является также предиктором смерти от ССЗ и ВСС; 93% имели гипертрофию ЛЖ, снижение ФВ<49% – 31,8%. Повышенный уровень С-реактивного протеина и мочевой кислоты наблюдался у 56,8 и 50% пациентов соответственно, выявлена положительная корреляционная зависимость между этими показателями ($r=0,8$). Сниженную скорость клубочковой фильтрации имели 44,3% пациентов, выявлена отрицательная корреляционная зависимость между уровнем мочевой кислоты и СКФ ($r=-0,5$). Нарушение электролитного обмена в виде гипомагниемии наблюдалось у 56% пациентов, а гипокалиемия у 37% пациентов.

Выводы. Установлена высокая распространенность основных модифицируемых факторов риска ССЗ у жителей г. Алматы. Своевременное выявление факторов риска и их коррекция на догоспитальном этапе в пределах популяции РК приведет к снижению заболеваемости и смертности от ССЗ.



ПРОФИЛАКТИКА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТРЕПЕТАНИЕМ ПРЕДСЕРДИЙ

СУЛТАНХАНОВ С.С.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан*

Актуальность. Трепетание предсердий является наиболее распространенной устойчивой аритмией, значительно ухудшающей качество жизни пациента [Бокерия Л.А. и др., 2010; Go A.S et al., 2001; Granada J. et al., 2000; Greenlee R.T. et al., 2005]. Успешная катетерная абляция каво-трикуспидального перешейка (КТП) избавляет пациента от данной аритмии и приема антикоагулянтной терапии. Однако выявлено, что у многих таких пациентов в течение периода наблюдения появляются эпизоды фибрилляции предсердий (ФП) [Ellis K. et al., 2007; Luria D. et al., 2008].

Цель работы. Оценка эффективности превентивной радиочастотной изоляции легочных вен у пациентов с изолированным типичным трепетанием предсердий одновременно с радиочастотной абляцией кавотрикуспидального перешейка.

Материал и методы. В период с 2017 по 2018 год были обследованы 32 пациента с изолированным трепетанием предсердий, без истории ФП в анамнезе. Пациенты были рандомизированы 1:1 (случайным образом) на 2 группы. В I группе (контрольная), которая состояла из 16 пациентов, выполнялось стандартное оперативное вмешательство в объеме изолированной радиочастотной абляции кавотрикуспидального перешейка. Во II группе (тестируемая), которая состояла также из 16 пациентов, стандартная процедура радиочастотной абляции (РЧА) КТП выполнялась с добавлением одномоментной радиочастотной

абляции легочных вен. В течение периода наблюдения (один год) пациентам обеих групп каждый месяц проводилось суточное мониторирование ЭКГ для оценки эффективности процедуры в раннем и отдаленном периодах после процедуры. Появление ФП оценивалось по истечении трехмесячного «слепого» периода и было подтверждено данными Холтеровского мониторирования ЭКГ.

Результаты. К 6-месячному периоду наблюдения пациенты (37,5%) в группе изолированной радиочастотной абляции КТП имели, как минимум, один устойчивый эпизод фибрилляции предсердий в сравнении с 12,5% в группе пациентов с абляцией КТП+радиочастотная изоляция ЛВ. Общее значение было статистически различным, $p < 0,05$. К 12-месячному периоду наблюдения различия в появлении эпизодов ФП были выражены значительнее: 56,2% (контрольная группа с изолированной РЧА КТП) против 12,5% (группа РЧА КТП+радиочастотная изоляция ЛВ). ФП встречалась также и в группе абляции РЧА КТП+радиочастотная изоляция ЛВ в ближайшем послеоперационном периоде, но не наблюдалась спустя 6 месяцев после процедуры.

Выводы. Добавление превентивной радиочастотной абляции легочных вен к абляции кавотрикуспидального перешейка на 43,7% снижает частоту возникновения фибрилляции предсердий у пациентов с трепетанием предсердий (56,2 против 12,5%, $p < 0,05$).

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЕ СОПРЯЖЕНИЕ И ЭЛАСТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ЛА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФЕНОТИПАХ ПАЦИЕНТОВ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

^{1,2}ТАРАН И.Н., ¹БЕЛЕВСКАЯ А.А., ¹ВАЛИЕВА З.С., ¹САИДОВА М.А., ¹МАРТЫНЮК Т.В., ¹ЧАЗОВА И.Е.

¹Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России;

Научно-исследовательский институт клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова;

Отдел легочной гипертензии и заболеваний сердца, г. Москва;

²Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»;

Отдел мультифокального атеросклероза; Лаборатория реабилитации, г. Кемерово. Россия

Актуальность. Часть эхокардиографических параметров доказали свою значимость в определении тяжести и прогноза пациентов с идиопатической легочной гипертензией (ИЛГ) и неоперабельной хронической тромбоэмболической легочной гипертензией (ХТЭЛГ). Однако существуют лишь единичные работы, посвященные оценке сердечно-сосудистого (СС) сопряжения и эла-

стических свойств легочной артерии (ЛА), и отсутствуют работы, посвященные их динамике на фоне специфической терапии у пациентов с ЛГ с использованием двумерной (2D) и трехмерной (3D) ЭхоКГ, что требует дальнейшего изучения.

Цель исследования. Оценить СС сопряжение и эластические свойства ЛА на момент верификации диагноза и в динамике на фоне терапии в за-

висимости от демографического, функционального и гемодинамического статуса пациентов с ИЛГ и неоперабельной ХТЭЛГ.

Материал и методы исследования. В исследование включены 126 пациентов: с ИЛГ (n=88) и с неоперабельной ХТЭЛГ (n=38). Пациенты с ИЛГ/ХТЭЛГ были разделены на группы: в зависимости от возраста на момент верификации диагноза (возраст < 50 лет (n=69) и возраст ≥ 50 лет (n=57)); от ФК (ВОЗ) (ФК I–II (n=43) и ФК III–IV (n=83)); от уровня срДЛА (по данным катетеризации правых отделов сердца) (срДЛА < 51 (n=47) и срДЛА ≥ 51 мм рт.ст. (n=79). Впервые проведена оценка СС сопряжения правого желудочка (ПЖ)–ЛА, сопряжения левого желудочка (ЛЖ)–аорты (Ао), эластических свойств ЛА (деформация ЛА, интегральная растяжимость и жесткость, индекс жесткости β, модуль жесткости Петерсона) в зависимости от демографического, функционального и гемодинамического статуса пациентов с ИЛГ и неоперабельной ХТЭЛГ, и динамическая оценка данных параметров на фоне специфической терапии у части данных пациентов с помощью 2D и 3D ЭхоКГ. СС сопряжение оценивалось как отношение эффективной артериальной жесткости ЛА или Аорты (Еа) к конечно-систолической жесткости ПЖ или ЛЖ (Ес), соответственно.

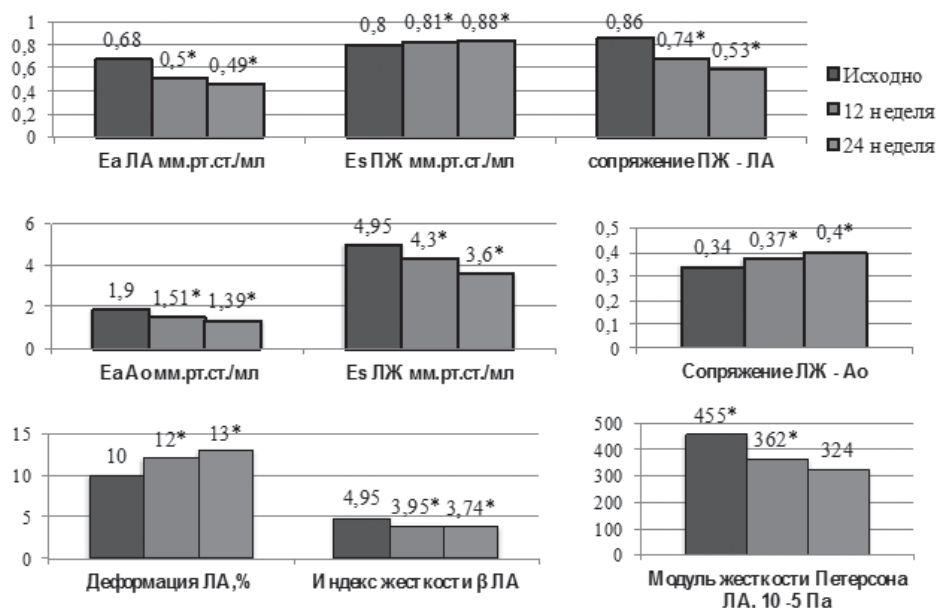
Результаты. У пациентов с ИЛГ/ХТЭЛГ в возрасте ≥ 50 лет на момент верификации диагноза выявлена достоверно более низкая деформация ЛА (7,7 [3,3; 11,0]%), более высокий индекс жесткости (ИЖ) β ЛА (9,2 [6,5; 23,6]) и Модуль жесткости Петерсона ЛА (797,0 [370,0; 1391,0] × 10 Па) при сравнении с пациентами моложе 50 лет (3,5 [3,1; 6,7]%, 23,7 [14,6; 31,6], 1666,0 [833,3;

2000,0] × 10 Па, соответственно). У пациентов с ФК III–IV (ВОЗ) выявлена достоверно более высокая Ес ЛЖ (4,48 [3,65; 5,20] мм рт.ст./мл, уменьшение деформации ЛА (3,9 [3,2; 7,0]%), увеличение ИЖ β ЛА (21,2 [10,8; 30,3]) и Модуля жесткости Петерсона ЛА (1409,5 [791,0; 2000,0] × 10 Па) по сравнению с пациентами с ФК I–II (3,60 [3,28; 4,30] мм рт.ст./мл, 7,4 [6,4; 13,0]%, 12,7 [7,5; 16,5], 714,0 [370,0; 909,0] 10 Па, соответственно). У пациентов со срДЛА ≥ 51 мм рт.ст. выявлена более высокая интегральная жесткость ЛА (1,11 [0,90; 1,49] мм рт.ст./мл и Ес ЛЖ (4,50 [3,75; 6,18] мм рт.ст./мл) по сравнению с пациентами со срДЛА < 51 мм рт.ст. (0,83 [0,63; 1,06] мм рт.ст./мл и 3,93 [3,17; 4,5] мм рт.ст./мл). Различий в величине СС сопряжении ПЖ–ЛА и ЛЖ–Ао в зависимости от фенотипов выявлено не было (p>0,05).

Обнаружена тесная обратная связь для СС сопряжения ПЖ–ЛА и ФВ ПЖ (3D ЭхоКГ) (r=-0,73; p<0,05), умеренная связь для деформации ЛА и ФВ ПЖ (r=0,47; p<0,05), обратная для Модуля жесткости Петерсона и ФВ ПЖ (r=-0,43; p<0,05).

На фоне специфической терапии риоцигутом к 6 месяцу лечения у 24 пациентов с ИЛГ/ХТЭЛГ II–III ФК (ВОЗ): n=14, ранее не принимавших терапию, и n=10, перешедших с терапии силденафилом на риоцигуат, выявлено достоверное снижение СС сопряжения ПЖ–ЛА за счет уменьшения Еа ЛА и увеличения Ес ПЖ, и достоверное увеличение СС сопряжения ЛЖ–Ао за счет уменьшения Ес ЛЖ, улучшение эластических свойств ЛА в совокупности с улучшением клинико-функционального статуса, обратным ремоделированием правых отделов сердца и улучшением параметров центральной гемодинамики (см. рис.).

Динамика сердечно-сосудистого сопряжения правого желудочка –легочной артерии и левого желудочка – аорты, эластических свойств ЛА на фоне 6-месячной терапии риоцигутом



СС сопряжение = Еа / Ес, где Еа – эффективная артериальная жесткость; Ес – конечно-систолическая жесткость желудочка;
* - различия между исходными данными и 12/24 неделями лечения (p<0,05);



Выводы. Более выраженное повышение жесткости ЛА отмечалось у пациентов в возрасте ≥ 50 лет, при ФК III–IV и срДЛА ≥ 51 мм рт.ст., более высокая конечно-систолическая жесткость ЛЖ наблюдалась у пациентов с ФК III–IV (ВОЗ). Оценка показателей эластических свойств легочной арте-

рии, СС сопряжения ПЖ и ЛА, ЛЖ и Ао на момент верификации диагноза и в динамике у пациентов с ИЛГ и неоперабельной ХТЭЛГ может применяться в клинической практике для оценки тяжести состояния пациента и эффективности проводимого лечения.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ САКУБИТРИЛА/ВАЛСАРТАНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОПУТСТВУЮЩИМ СД 2 ТИПА

¹ХОЛИКОВА А.О., ¹МУСАЕВА М.А., ²ТРИГУЛОВА Р.Х.

¹Ташкентская медицинская академия;

²Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Оценка динамики параметров клинико-гемодинамической эффективности сакубитрила/валсартана у больных с ХСН с ФВ ЛЖ 40% и менее с сопутствующим СД 2 типа.

Материал и методы. В исследование были включены 15 пациентов (9 мужчин, 6 женщин) с ХСН ФК II–IV класса по NYHA, ФВ менее 40% с сопутствующим СД 2 типа, средний возраст которых составил $55,6 \pm 8,4$ лет, находящихся на стационарном и амбулаторном лечении в отделении ИБС ГУ РСНПМЦК МЗ РУз и в отделении кардиологии 1 клиники ТМА. Всем пациентам определяли ЭхоКГ, содержание креатинина сыворотки с последующей оценкой СКФ. На момент включения в наблюдение пациенты имели артериальную гипертонию – 71%, СД – 100%, дислипидемию – 45%, ОИМ в анамнезе встречался у 68% пациентов. Из принимаемых препаратов до начала наблюдения: петлевые диуретики – 65%; бета-блокаторы – 100%; ингибиторы АПФ – 84%, антагонисты минералокортикоидных рецепторов – 76%,

ситаглиптин/метформин – 100/1000 мг/сут соответственно. После проведенного исследования пациенты были переведены на прием сакубитрила/валсартана в средней суточной дозе $102,8 \pm 97,2$ мг. Длительность наблюдения 24 недели.

Результаты. На фоне терапии сакубитрилом/валсартаном уровень АД снизился (с $142 \pm 24/80 \pm 17$ до $118 \pm 15/77 \pm 8$ мм рт.ст.), частота сердечных сокращений не изменилась (75 ± 11 и 77 ± 16 уд/мин). Наблюдалось значительное увеличение ФВ с $32,5 \pm 6,5$ до $41,3 \pm 2,5\%$, гликемия натощак снизилась с $11,5 \pm 2,4$ до $8,7 \pm 3,2$ мм/л, СКФ не изменилась и составила $58,5 \pm 6,2$ мл/мин/1,82 м² vs $59,8 \pm 4,5$ мл/мин/1,82 м².

Заключение. У пациентов с ХСН ФК II–IV по NYHA, с ФВ менее 40% с сопутствующим СД 2 типа при терапии сакубитрилом/валсартаном в течение 6 месяцев наблюдаются повышение фракции выброса и положительная динамика клинического состояния.

ПАДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП: ПОЛИПРАГМАЗИЯ КАК ФАКТОР РИСКА

ШАЛЫГИН В.А.¹, ИЛЬИНА Е.С.¹, СИНИЦИНА И.И.¹, САВЕЛЬЕВА М.И.¹, БОГОВА О.Т.¹, ГОРБАТЕНКОВА С.В.², ГОЛОВИНА О.В.², СЫЧЕВ Д.А.¹

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России; ГБУЗ ГВВ №2 ДЗМ, г. Москва. Россия

Сохранение здоровья и обеспечение здоровой старости, обусловленные ростом продолжительности жизни, становятся все более актуальными задачами здравоохранения. Серьезной проблемой у гериатрических пациентов являются падения, выходящие по своим последствиям на лидирующие позиции по инвалидизации и смертности. Многочисленные факторы риска падений включают в себя, к примеру, полиморбидность (количе-

ство заболеваний у одного пациента) и полипрагмазию (одновременное назначение более 5 лекарственных средств (ЛС)).

Материал и методы. Ретроспективный анализ историй болезни 991 пациента старше 75 лет, получавших лечение в условиях многопрофильного стационара за период с 2011 по 2018 гг., проведен на предмет выявления у них прогностически значимых факторов, повышающих риск падения.

Результаты исследования. Группа I (пациенты с падением в стационаре, всего 177 человек, 32 муж. и 145 жен.) отличалась от группы сравнения II (пациенты без падения в стационаре и падений в анамнезе, всего 814 чел., 301 муж. и 513 жен.) по показателям: возраст, полиморбидность и полипрагмазия. Средний возраст в группе I среди муж. и жен. (85,3 и 87,2 лет соответственно) превышал показатель в группе II (84,7 и 83,9 лет соответственно). Средний показатель полиморбидности среди муж. и жен. в группе I ($8,9 \pm 2,6$ и $8,5 \pm 2,2$ соответственно) достоверно превышал данный показатель в группе II ($7,5 \pm 1,5$ и $7,2 \pm 1,6$ соответственно), $p \leq 0,05$. Среднее число получаемых ЛС составило $9,55 \pm 2,55$ и $8,85 \pm 2,39$ в исследуемых группах соответственно, $p \leq 0,05$. Проведенный нами анализ выявил, что падения значимо чаще ($p = 0,001$) отмечаются среди пациентов старше 88 лет (31,1%). Выявленная полиморбидность свидетельствует о значительном росте падений как в общей выборке пациентов (30,7%), так и отдельно среди мужчин (20,5%) и женщин (36,1%). Употребление пациентом одновременно более 10 ЛС увеличивает риск падений ($p < 0,01$). Среди женщин количество падений было сопоставимо как в подгруппе «Меньше 7 ЛС», так и в подгруппе «Больше 10 ЛС» (21,4 и 25,1% соответственно;

$p = 0,2$). Для мужчин соблюдалась общая закономерность – у 17,6% пациентов, которым было назначено более 10 ЛС, наблюдались падения ($p = 0,011$). Таким образом, при расчете относительных факторов риска: возраста, полиморбидности и полипрагмазии, – последние два являются более значимыми по отношению к возрасту. В отличие от полиморбидности полипрагмазия является модифицируемым фактором (так же как факторы окружающей среды), что позволяет влиять на него с целью уменьшения вероятности неблагоприятных побочных событий.

Заключение. Фармакотерапия у геронтологических пациентов требует особого внимания к вопросам безопасности. Лекарственный аудит, рекомендованный европейскими и американскими гериатрическими обществами [Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society, 2010] в качестве профилактики падений может использоваться для повышения безопасности проводимой фармакотерапии путем выявления и плановой отмены лекарственных средств (депрескрайбинга), ассоциированных с повышенным риском падения. Это особенно касается тех пациентов, у которых уже есть и другие факторы риска падения.



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ФАКТОРА РИСКА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

DEPENDENCE OF HEART PARAMETERS ON BODY MASS INDEX IN YOUNG WOMEN WITH LOW BLOOD PRESSURE

KUDRYAVCEVA E.N., IGUMNOVA O.A., BAEV V.M., AGAFONOVA T.YU., VAGNER E.A.

Perm state medical university, Perm. Russia

Purpose of the study. The aim of the study was to study the relationship between body mass index and heart parameters in women with low blood pressure.

Materials and methods. A rank correlation analysis of Spearman between the body mass index and echocardiography parameters was performed in 110 women (age 18–24 years) with idiopathic arterial hypotension (SBP 90–98 mmHg). BMI was calculated by the formula A. Quetelet. BP was measured after a 5-minute rest with an A&D UA-777 tonometer. Echocardiography was performed by SonoScapeS6.

Results. The statistically significant relationships between the BMI and the size of the heart cavities, the thickness of their walls and the contractile function of the heart (R is the correlation coefficient at significance level $<0,05$): RVEDD (0,31); LVEDD (0,28); LV EDV (0,28); LVM (0,29); PA (0,20); LA

(0,33); RA (0,42); RVWT (0,26); IVSs (0,19); LVPWd (0,20); LVPWs (0,35); SV (0,33); CO (0,29); CI (0,41). Low weight in young women is explained by the peculiarities of psychological behavior and low level of social, physical activity. We assume that the weight of a young woman's body will increase in the course of her growing up, raising her social status, marriage, the birth of her children, which will lead to an increase in the level of blood pressure and subsequent recovery.

Conclusions. In young women with idiopathic arterial hypotension, a direct dependence of the heart parameters on the body mass index was revealed, which indicates a «constitutional» mechanism for the development of cardiac hypotrophy. It is likely that in the future, low weight can contribute to the progression of cardiac hypotrophy and the violation of cardiac hemodynamics.

IMPLEMENTATION OF PRINCIPLES OF HEALTHY LIFESTYLE EDUCATION AND STOPPING TOBACCO USE AMONG PATIENTS WITH CARDIO-VASCULAR PATHOLOGY

LAPASOV S.KH., KHAKIMOVA L.R., LAPASOVA M.SH.

Samarkand state medical institute, Samarkand. Uzbekistan

Introduction. Tobacco use and exposure to tobacco smoke have serious negative consequences for health, the economy, the environment and the social sphere. People should be informed about these negative effects and the benefits of stopping tobacco use. Awareness of such negative consequences for the majority of tobacco users serves as a rather strong motivating factor in favor of refusing to use it. Promoting tobacco cessation and tobacco dependence treatment is an important element of a comprehensive, integrated tobacco control program. Health workers play a central role in identifying tobacco users, raising their awareness, promoting tobacco cessation, and providing support to tobacco users who want to quit tobacco addiction. There is

clear scientific evidence that tobacco dependence treatment is effective, and it is a cost-effective medical intervention.

Aim of the study was the analysis of the results of the WHO PEN clinical protocol implementation of healthy lifestyle education and advice on stopping tobacco use in patients with cardiovascular pathology in primary health care.

Materials and methods. The study was conducted in a multidisciplinary clinic of the Samarkand region. The number of the total population in the clinic is 26655 people. At the dispensary in this clinic there are 13147 patients with various diseases. The study involved 572 patients with pathology of the cardiovascular system, of whom 367 (64,2%)



were patients with arterial hypertension (AH), 102 patients (17,8 %) with coronary heart disease (CHD) and 103 patients (18%) with heart failure (HF) who are at the dispensary in the clinic. Adapted clinical protocol 2,2 PEN WHO «Education for a healthy lifestyle, tips for stopping the use of tobacco» was introduced into the practice of managing patients with the above pathology in a multidisciplinary clinic. The protocol consists of 5 actions: A1 – questions, A2 – advice, A3 – assessment, A4 – assistance and A5 – organization of follow-up.

Results. Out of 572 patients with pathology of the cardiovascular system, 178 patients (31,1%) did not use tobacco (A1 effect), these patients were assigned information that tobacco use increases the risk of developing cardiovascular diseases. 394 patients with tobacco use were given advice (Action A2) Tips for quitting tobacco use were clear, convincing, and individual. «Tobacco use increases the risk of developing heart attacks, stroke, lung cancer, and respiratory diseases. Rejecting it is a very important step that they can take to protect your heart and health. They should stop using tobacco now». When performing the action A3 – assessment, 394 patients with cardiovascular pathology who use tobacco were asked the question «Do they want to try to quit using

tobacco now?». 98 patients answered this question, and they were assisted in the preparation of a tobacco cessation plan (action A4 – assistance): the dates of refusal were set, families and friends were informed, they asked for support, cigarettes / tobacco were removed, as well as objects / things that cause the desire to smoke, but visits were organized for follow-up. For 296 patients who answered no to the above question, we contributed to the creation of motivation for quitting tobacco. Information on the health risks of tobacco use is provided and information leaflets of relevant content are provided to patients. During follow-up visits of 98 patients with pathology of the cardiovascular system who are ready to give up tobacco use (action A5 – organization of follow-up), we congratulated with success and consolidated the results. The relaxed patients were provided with more intensive follow-up measures and their families were involved in providing support.

Conclusion. Thus, healthy lifestyle education and tips on stopping tobacco use in patients with cardiovascular disease in primary care helps reduce complications and mortality from major types of diseases of the cardiovascular system, such as arterial hypertension, coronary heart disease and heart failure.

THE EPYDEMOLOGICAL ASPECTS OF ARTERIAL HYPERTENSIONI

VALIEVA M.YU., SALAHIDDINOV Z.S., KODIROV D.A.

Andijan state medical Institute, Andijan. Uzbekistan

Introduction. Particularly acute question of the need for early detection and correction of risk factors in modern populations, exacerbating the severity of hypertension. At the same time remain sensitive issues epidemiological study and control prehypertensive at the population level for the prevention of hypertension and cardiovascular complications, as epidemiological approach is an important informative and accessible method for assessing the prevalence of hypertension among the population. Especially arterial hypertension dangerous women during childbearing age, as it is of childbearing age, when a woman's body is ready to become a mother, that is, to give new life. Only a healthy mother can give a healthy generation. It is arterial hypertension as nothing more dangerous to the developing organism, as a severe disturbance of the circulation, which she leads, can lead to irreversible consequences, including the death of the fetus. Therefore, it is important to the detection of hypertension, especially its presence in prenatal period.

The purpose of the study. Comparative study of the prevalence of prehypertension among reor-

ganizational female population of the city of Andijan in ages.

Materials and methods: the material for this study was based on the results of cross-sectional epidemiological study random, representative samples from unorganized female population by method of questioning.

Results: indicated that mean levels of systolic blood pressure are women – $121,2 \pm 1,08$ mm Hg, diastolic blood pressure $77,2 \pm 0,59$ mm Hg In different age groups the mean values of systolic blood pressure and diastolic blood pressure were noted differences in the levels as follows, respectively: 15–19 – $101,30 \pm 1,07$, and in the 20–29 – $111,0 \pm 0,81$, 30–39 – $115,8 \text{ mm} \pm 1,24$, 40–49 – $8 \pm 1,94$. In the age range of 19–30 years, the increase in arterial pressure averaged for systolic blood pressure 30,2 mm Hg and for diastolic blood pressure of 20,1 mm Hg It is believed that increased blood pressure in childhood or adolescence is associated with physiological growth and sexual maturation of the individual, and in the adult population, to a certain extent with the development of biological processes in the elderly, atherosclerotic vascular remodeling. We have traced



the prevalence of prehypertension on the level of relative values among women of childbearing age, which amounted to 110 people, of whom 28 people found prehypertensive that is 24%, and greater than that registered on the current uptake and fell on fertile age in comparison with the General population. It should be noted that in a population where most registered arterial hypertension in women of childbearing age, as it was traced, more frequently recorded complications of pregnancy, childbirth and the postpartum period.

Conclusions: Thus, according to studies there is a high prevalence of prehypertension among the population, especially among women of childbearing

age. The data obtained indicate that prehypertension is one of the common factors in the 19–29 years, the most important period in the life of every woman of childbearing age. The obtained population, the results can be widely used for primary, secondary and tertiary prevention of hypertension or adjustment of antihypertensive therapy to prevent cardiovascular continuum in these patients. Assessment of risk of cardiovascular complications should be conducted not only with the established diagnosis of hypertension, but also in patients with high normal blood pressure for a decision on further tactics of conducting the patient.

THE PREVALENCE OF SOME SOCIAL-MEDICAL BEHAVIOURAL FACTOR OF THE RISK OF THE DEVELOPMENT ARTERIAL HYPERTENZII AMONGST UNORGANIZED FEMININE AND MALE POPULATION ANDIZHAN STATE

VALIEVA M.YU., DJUMABAEVA S.E.

Andijan state medical institute, Andijan. Uzbekistan

Introduction: Arterial hypertension according to its prevalence and implications for cardiovascular disease can be fully attributed to a number of socially significant. The wide distribution of risk factors of arterial hypertension in the modern society, exposure to him the most productive and creative part of the population, revive interest in contemporary aspects of the prevalence and detection of risk factors of hypertension among different segments of the population.

Objective: to Study the prevalence of some socio-medical behavioral risk factors of arterial hypertension (AH) among unorganized male and female population, of the Ferghana valley at the present stage of development of society.

Materials and methods: the Material for this study was based on the results of cross-sectional epidemiological study random, representative samples from unorganized male and female population aged > 15–70 years, living in Andijan.

Results: Revealed that women and men, the prevalence of social and medical risk factors of hypertension noted in the following levels, respectively: low educational status of 11,4 and 7,9% ($P > 0,05$), social status is 1,2 and 0,7% ($P < 0,05$), mainly mental work to 28,2 and 17,5% ($P < 0,05$), mainly heavy physical labor – 22,3 and 17,9% ($P < 0,05$), episodes in the use of drugs hypertensive actions of 5,9 and 3,6% ($P < 0,05$),

poor housing conditions of 8,4 and 1,9% ($P < 0,001$), low consumption of fruit and vegetables – 12,7 and 7,5% ($P < 0,05$), abuse of Nasva – 0,0 and 87,5% ($P < 0,001$), preferential consumption of meat and pastry dishes and 49,2 and 61,1% ($P < 0,05$), the predominant use in the daily diet of fatty foods – 19,8, and 24,6% ($P > 0,05$), preferential consumption of spicy and salty foods and 12,4 and 10,4% ($P > 0,05$) and the abuse of strong tea and coffee – 18,5 and 10,4% ($P < 0,05$). Among the population of women employed mainly intense mental labor in different age groups were identified as follows: 15–19 – 8,7%, 20–29 years to 7,7% ($P > 0,05$), 30–39 years and 17,3% ($P < 0,01$), 40–49 years – 31,3% ($P < 0,001$), 50–59 years – 45,8% ($P < 0,001$), 60–69 years to 18,5% ($P < 0,01$) and > 70 years – to 50,0% ($P < 0,001$). Draws attention to the prevalence of factor low consumption of vegetables and fruits which were detected among women younger than 20 years of 13,0% in the 20–29 years age – 5,1% ($P > 0,05$), 30–39 years – 8,0% ($P > 0,05$), 40–49 years – a 25,0% ($P < 0,01$), 50–59 years – of 10,4% ($P < 0,01$), 60–69 years – in 11,1% ($P > 0,05$) and > 70 years – 50,0% ($P < 0,001$).

Conclusions: In the study population a high proportion of such known factors as the abuse of Nasva and pathogenic eating habits and, Vice versa, from 5 to 12 times less frequently mentioned low educational status, poor housing conditions and low consumption of vegetables and fruits.

ОЦЕНКА РИСКА СМЕРТНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ В ГОРОДЕ БАКУ

АЗИЗОВ В.А.¹, ЭФЕНДИЕВА Л.Г.К.¹, ХАТАМЗАДЕ Э.М.О.², МАМЕДЛИ С.М.К.¹

¹Азербайджанский медицинский университет; ²Клиника «Оксиген», г. Баку, Азербайджан

Введение. Состояние здоровья индивидуума тесно связано с его образованием. Поэтому при научных исследованиях факторов риска болезней системы кровообращения, как правило, обращается внимание на образовательный уровень обследованных.

Цель работы. Оценить значимость описательной статистики возраста умерших вследствие болезней системы кровообращения с разным уровнем образования.

Материал и методы. Исследования проводили на базе данных Управления статистики и информатики Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики. Использовали медицинские свидетельства о причинах смерти за 2012 и 2013 годы (соответственно 34832 и 34379 документов, где в качестве первоначальной причины смерти указаны болезни системы кровообращения). Принимая во внимание существенность роли возраста населения в повышении риска смертности вследствие БСК в зависимости уровня смертности от образовательного уровня, сравнения проводились по отдельным возрастным группам.

Результаты. Уровень смертности в группе со средним образованием ($70,9 \pm 4,1$) достоверно был ниже в группах со среднепрофессиональным образованием и малообразованных. Последние две группы друг от друга отличаются по уровню смертности вследствие БСК ($100,0 \pm 13,1$ и $125,3 \pm 11,6$; $p < 0,05$). Парное сравнение групп в возрасте 45–49 лет с высшим ($153,2 \pm 13,5$), среднепрофессиональным ($269,9 \pm 21,3$) и средним ($191,5 \pm 6,7$) образованием и малообразованных ($338,3 \pm 18,8$) подтверждает существенность различия между ними по уровню смертности вследствие БСК ($p < 0,05$). В городе Баку в возрасте 40–44 лет уровень смертности вследствие БСК был наименьший в группе

с высшим образованием ($68,6 \pm 19,1$), наибольшая величина уровня смертности была в группе малообразованных лиц ($151,4 \pm 26,7$), различие между группами существенное ($p < 0,05$). Группа со средним образованием в возрасте 40–44 лет по уровню смертности вследствие БСК ($85,7 \pm 9,4$) существенно не отличается от групп с высшим и среднепрофессиональным образованием ($68,6 \pm 1,91$ и $120,8 \pm 30,1$). Сходные заключения прослеживаются при сравнении групп с разным образованием в возрасте 45–49 и 50–54 лет: $185,1 \pm 30,8$ и $187,8 \pm 31,3$ – в группе с высшим, $231,3 \pm 15,3$ и $234,6 \pm 15,5$ – в группе со средним, $326,1 \pm 48,7$ и $330,8 \pm 49,4$ – в группе со среднепрофессиональным образованием, $408,8 \pm 43,1$ и $414,7 \pm 43,8$ – в группе малообразованных лиц. В возрасте 55–59, 60–64, 65–69 лет группы с высшим (уровень смертности соответственно: $447,4 \pm 58,9$; $1017,5 \pm 109,1$ и $1595,9 \pm 202,7$) и со средним образованием (соответственно: $599,2 \pm 29,1$; $1277,6 \pm 54,2$ и $1994,6 \pm 100,1$) друг от друга существенно не отличаются по уровню смертности вследствие БСК. Группы со среднепрофессиональным образованием ($788,3 \pm 92,9$; $1792,6 \pm 171,6$ и $2811,7 \pm 281,0$) по уровню смерти существенно отличаются как при сравнении друг с другом, так и с группами с высшим и средним образованием.

Заключение. 1. Риск смертности вследствие БСК зависит от образовательного уровня населения, который относительно больше среди малообразованных, и меньше среди лиц с высшим образованием. 2. Роль образовательного уровня населения в формировании риска смертности вследствие БСК проявляется во всех возрастах и во всех регионах, предиктором которой является средний возраст умерших (показатель больше в группе с высшим образованием, меньше в группе малообразованных).

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВЛИЯНИЯ ПУТЕЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ИСХОДЫ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

АМИНОВ А.А., МАМУТОВ Р.Ш.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии», г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Определение эффективных мер оказания помощи больным с острым инфарктом миокарда путем изучения данных регистра

позволяет улучшить качество оказания медицинской помощи больным с ОИМ. По данным Регистра острого инфаркта миокарда (ОИМ), про-



веденным среди поступивших в стационары двух областей Ферганской долины, выявлен ряд особенностей объема оказания медицинской помощи.

Цель исследования. Изучение влияния путей поступления больных с ОИМ в стационар и проведения у них тромболитической терапии на исходы болезни.

Материал и методы. Проанализированы данные 409 больных ОИМ, поступивших в стационары двух областей Ферганской долины (Наманган, Фергана) в рамках регистра данной категории больных. В исследование были включены лица мужского и женского пола в возрасте от 18 до 85 лет, средний возраст составил $62,4 \pm 8,2$ лет. Проводилась выкопировка основных параметров больных из историй болезни. Диагноз ОИМ выставлялся согласно определению ВНОК (2009). Сравнивались показатели двух областей. Использовались математические, популяционные и статистические методы.

Результаты и их обсуждение. Из общего числа больных 314 (77%) поступили в стационар по скорой медицинской помощи (СМП), а остальные 95 (23%) обратились в стационар в порядке са-

мотека (СТ). Если в Ферганской области соотношение путей поступления в стационар (СМП/СТ) составило 85/15 процентов, то в Наманганской области – 70/30 процентов ($p > 0,05$). По этому показателю по двум сравниваемым областям гендерных различий не выявлено. По охвату тромболитической терапией (ТЛТ) также отмечался больший охват в Ферганской области и составил 42 и 30% соответственно. Анализ показателей летальности больных составил 16,9 и 14,8%, ($p > 0,05$) соответственно. Это, вероятно, связано с большим числом поступления больных в стационар по скорой помощи в ранние сроки заболевания, когда смертельные исходы встречаются чаще, чем в поздние. Возрастно-гендерные показатели больных двух областей практически не различались между собой.

Заключение. При преимущественном поступлении больных с ОИМ в стационар по СМП и более полном охвате их эффективным использованием ТЛТ заметно улучшаются показатели летальности от данной патологии в регионах со сходными климатодемографическими характеристиками.

НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА

АМИНОВ А.А.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии», г. Ташкент. Узбекистан

Проведение регистра острого инфаркта миокарда (ОИМ) дает основание сравнить основные параметры и различные межрегиональные особенности в данной патологии, а также разработать необходимые мероприятия, улучшающие ситуацию в целом.

Цель исследования. Изучение региональных особенностей некоторых характеристик госпитализированных больных с острым инфарктом миокарда по данным регистра.

Материал и методы. Материалом для изучения явились данные двух областей с разными климатическими условиями (Ферганская и Кашкадарьинская области) по ежемесячному мониторингу в течение 8 месяцев 2018 года. Проанализировано соотношение некоторых показателей мониторинга во взаимосвязи с проведенной ТЛТ. Использовались математические, статистические, популяционные методы анализа.

Результаты и их обсуждение. Анализ проведен среди 1264 больных с ОИМ в возрасте $62,4 \pm 10,5$ лет, госпитализированных в стационары двух областей в течение 8 месяцев (май – декабрь) 2018 года. Средний возраст больных двух

областей достоверно не различался. Мужчин было 777 (61%), женщин – 487 (39%). ТЛТ проведена у 303 (45%) больных Ферганской области и у 125 больных (21%) Кашкадарьинской области или в два раза меньше, разница достоверна ($p < 0,01$). Если среди больных Ферганской области поражение миокарда с зубцом Q встречалось у 508 (76%), то в Кашкадарьинской области данный показатель равнялся 364 (61%), ($p < 0,05$). Хотя в каждой из сравниваемых областей поражение миокарда с зубцом Q встречалось чаще, чем поражение без зубца Q, но межобластные различия существенно отличались между собой. Эта разница возможно повлияла на показатели летальности от ОИМ. Так, если в Ферганской области летальность составила 21,4%, то в Кашкадарьинской области она равнялась 15,6%.

Заключение. Результаты анализа свидетельствуют о существенных региональных различиях в отдельных характеристиках течения ОИМ, требующих дальнейшего изучения для оптимизации выбора тактики оказания помощи в зависимости от особенностей течения ОИМ.

УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИ ШАРОИТИДА АРТЕРИАЛ ГИПОТЕНЗИЯ ШАКЛЛАНИШИ- НИНГ ХАТАР ОМИЛЛАРИГА БОҒЛИҚЛИГИ ДАРАЖАСИНИ ҚИЁСИЙ ТАВСИФИ

АХМЕДОВ Н.Н., ҚАЛАНДАРОВ Д.М., МАМАСОЛИЕВ Н.С., АРТИКОВА С.Г.

Анджон давлат тиббиёт институти, Анджон ш. Ўзбекистон

Ишнинг мақсади – артериал гипотензияни (АрГ) хатар омилларига (ХО) алоқадорлиги даражасини умумий амалиёт шифокори шароитида (УАШ) ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Текширув материаллари ва усуллари. ≥15–70 ёшли 725 та аҳоли эпидемиологик текширув усуллари қўлланилиб ўрганилди ва уларда АрГ билан хатар омилларига алоқадорликлари даражалари тетрагорик коэффициент (c^2) кўрсаткичидан фойдаланиб баҳоланди.

Натижалар. УАШ фаолияти майдонида АрГ ижтимоий-тиббий ХО га боғлиқ ҳолда қуйидагича тафовут билан кўпайиб аниқланади: номақбул оилавий ҳолатга боғлиқ ҳолда – 4,3% гача ($c = 6,4$), кўп болалилик туфайли – 7,2% гача ($c^2 = 13,8$, $P < 0,01$), сурункали ортиқча овқат истеъмол қилувчиларда – 5,9% гача ($c^2 = 8,5$, $P < 0,05$), ётарга ортиқча овқат истеъмол қилиш одатига боғлиқлик билан то 55,1% гача етиб ($c^2 = 41,2$, $P < 0,001$), номунтазам овқатланиш тарзига сабаб бўлиб – 40,6% гача ($c^2 = 30,6$, $P < 0,01$), гўштли овқат истеъмол қилиш устуворлигига алоқадорликда – 84,1% гача ($c^2 = 62,6$, $P < 0,001$) ва ун маҳсулотларидан тайёрланган овқатларни

устуворлиги таъсири бўлиб 23,2% гача ортади ($c^2 = 24,5$, $P < 0,01$).

АрГ келиб чиқиши кашандаликда – 15,9% гача етиб ($c^2 = 24,7$, $P < 0,01$), алкоголь туфайли – 31,9% гача ($c^2 = 28,4$, $P < 0,01$), гиперхолестеринемияда – 79,7% гача ($c^2 = 57,3$, $P < 0,001$), гипертриглицеридемияда – 72,5% гача ($c^2 = 53,9$, $P < 0,001$), ортиқча тана вазнига боғлиқ ҳолда – 13% гача ($c^2 = 21,6$, $P < 0,01$), мева-сабзавот маҳсулотлари истеъмоли камлиги устуворлигида – 73,9% гача ($c^2 = 55,8$, $P < 0,001$), рухий зўриқиш омили таъсирида – 76,8% гача ($c^2 = 58,2$, $P < 0,001$), гиподинамияда – 71,0% гача ($c^2 = 52,7$, $P < 0,001$), мултиморбидликда – 76,8% гача ($c^2 = 76,8$, $P < 0,001$), ирсий мойиликда – 8,6% гача ($c^2 = 17,5$, $P < 0,05$) ва ақлий меҳнат устуворлигида – 34,8% гача етиб ортади ($c^2 = 31,5$, $P < 0,01$).

Хулосалар. УАШ шароитида АрГ га оид фаол превентив фаолиятни мунтазам тарзда 8та объектда, 8та йўналишда ва 14та ташхисий-терапевтик амалиётни қўллаб олиб бориш тақозо этилади. Бундай тизимли ва «мўлжалли» комплекс фаол амалиёт гипотоник континуумни бартарафлаб тиббий-ижтимоий ва иқтисодий самара беради.

ПРИНЦИПЫ СОЗДАНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ДОКУМЕНТА ДЛЯ ПОЛИКЛИНИКИ РСНПМЦК ПО СТАНДАРТУ HL7 CDA R2

БАЗАРОВ Р.К., АХМЕДОВ Д.Д., ТРИГУЛОВА Р.Х.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан*

Цель разработки экспериментального программного средства заключается в создании адекватного инструмента для медперсонала поликлиники РСЦК путем создания базы данных электронных медицинских карт (ЭМК). Целесообразным подходом выступает использование уже зарекомендовавшей себя методологии HL7 и разработка амбулаторной карты больного (АКБ) как разновидности клинического документа по стандарту CDA R2 на основе концептов и типов модели RIM. Структурированное тело документа CDA разработано как крайне гибкий механизм для включения разнообразных клинических и административных данных. Именно это делает CDA мощным в концептуальном плане, теоретически его можно использовать для кодирования всей истории болезни пациента.

Разработана структура шаблона клинического документа по стандарту HL7 CDA R2 (структура заголовка документа CDA, структура тела документа CDA). В шаблоне реализовано соответствующее оформление медицинской документации и указаны сведения о возможных рисках, вариантах, последствиях медицинского вмешательства.

На основании выборки требуемых полей для АКБ были сформированы соответствующие таблицы базы данных ЭМК, таблицы необходимых справочников и классификаторов, которые в промышленном варианте МИС могут быть подключены из внешних источников, например, из каталогов НИИСЗ. По результатам анализа деятельности врачей и среднего медицинского персонала поликлиники РСЦК очевидно, что на начальном этапе внедрения автоматизированной системы форми-



рования ЭМК (амбулаторного обслуживания) время приема может несколько увеличиться, но, привыкание к работе с системой происходит быстро. В качестве компенсации на некоторую потерю времени выступает значительное повышение информативности записи за счет автоматизированного контроля заполнения обязательных полей и применения готовых шаблонов и автоматического заполнения ряда полей, подлежащих расчету на

основании значений других полей данных, например, индекса массы тела и т.д.

Использование шаблонов документов и записей в рамках МИС качественно ставит ее на новый уровень – как интеллектуальную экспертную систему. При условии, что используемые шаблоны соответствуют принятым стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, МИС поможет врачу ориентироваться в маршрутизации пациента для уточнения диагноза и коррекции лечения.

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С НОРМАЛЬНЫМ И НАРУШЕННЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ (регистр острого коронарного синдрома)

БАЙКУЗИЕВ У.К., МАХМУДОВ Н.И., ИБРАГИМОВ З.М.

Ферганский филиал РЦЭМП; Ферганский филиал ТМА, г. Фергана. Узбекистан

Цель. На основании данных регистра острого коронарного синдрома (ОКС) от 2017 г. провести сравнительный анализ осложнений у больных с нормальным и нарушенным углеводным обменом (УО), госпитализированных в терапевтическую реанимацию с ОКС.

Материал и методы исследования. Анализ данных историй болезней 365 больных, включенных в регистр ОКС ФФРНЦЭМП. Все больные госпитализированы с ОКС в отделение терапевтической реанимации. Изучаемые параметры включали нормальный и нарушенный УО, пол (мужчины – М, женщины – Ж), возникшие за период госпитализации осложнения ОКС – сердечную недостаточность, отек легких, кардиогенный шок, желудочковую тахикардию и фибрилляцию желудочков (ЖТ/ФЖ). Диагноз нарушенного УО ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 года.

Результаты. Из 365 больных, госпитализированных в отделение терапевтической реанимации ФФРНЦЭМП с ОКС, нормальный УО был у 205 (56,1%), нарушенный УО – у 115 (31,5%) человек и 45 человек, больные с сахарным диабетом 2-го типа. Учитывались возникшие за период госпитализации осложнения ОКС. Случаев тромбоэмболии легочной артерии не отмечено. Из 365 больных ЖТ/ФЖ была у 10 (2,77%) (М-5, Ж-5), из них у 5 (1,37%) (М-2, Ж-3) из 205 боль-

ных с нормальным УО и 5 (1,37%) (М-3 Ж-2) из 115 больных с нарушенным УО. Кардиогенный шок зафиксирован у 9 (2,46%) (М-5, Ж-4) больных, из них у 5 (1,37%) (М-3, Ж-2) с нормальным УО и 4 (1,09%) (М-2, Ж-2) с нарушенным УО. Отек был у 28 (7,67%) (М-7, Ж-21) больных, из них у 7 (1,92%) (М-3, Ж-4) из 203 больных с нормальным УО и у 21 (5,75%) (М-4, Ж-17) из 112 больных с нарушенным УО. Сердечная недостаточность, возникшая в период госпитализации, выявлена у 28 (7,67%) (М-12, Ж-16) больных, из них у 9 (2,46%) (М-8, Ж-1) с нормальным УО и 19 (5,2%) (М-4, Ж-15) с нарушенным УО.

Выводы. У больных с нормальным и нарушенным УО частота развития таких осложнений, как кардиогенный шок, желудочковая тахикардия и фибрилляция желудочков не различались, однако для обсуждения этого вопроса необходимо располагать большей выборкой пациентов. У больных с нарушенным УО частота таких осложнений, как отек легких, сердечная недостаточность составляет 5,75 и 5,2% и встречается чаще по сравнению с больными, имеющими нормальный УО, – 1,92 и 2,46% соответственно. Обращает внимание, что сердечная недостаточность и отек легких у больных с нарушенным УО встречались значимо чаще у женщин по сравнению с больными ОКС, имеющими нормальный УО.

ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

БАЙКУЗИЕВ У.К., МАХМУДОВ Н.И., КАМОЛОВ М.М.

Ферганский филиал РЦЭМП; Ферганский филиал ТМА, г. Фергана. Узбекистан

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и инфаркт миокарда (ИМ) остаются ведущими причинами заболеваемости и смертности в мире, в том числе и в Узбекистане. Изучение особенностей факторов риска ИМ у мужчин является актуальным для дифференцированного подхода в лечении и профилактике ИМ.

Цель исследования. Изучить основные факторы риска развития инфаркта миокарда у мужчин среднего и пожилого возраста.

Материал и методы. Обследованы 190 мужчин с ИМ за весь период 2018 года, средний возраст их составил $53,4 \pm 1-2$ лет. Преобладали мужчины среднего возраста – 110, пожилых было 80. У всех пациентов оценивались показатели липидного, углеводного обмена, проводилась оценка уровня гиподинамии.

Результаты. Среди госпитализированных мужчин с ИМ 90 (47,3%) пациентов были курильщиками, среди лиц среднего возраста курение выявлено у 63 (57,3%), среди пожилых – у 27 (33,7%). Средний показатель ИМТ составил $26,7 \pm 0,3$ кг, у пациентов среднего возраста показатель ИМТ составил $26,6 \pm 0,4$ кг и оказался несколько меньшим, чем у пожилых, – $27,1 \pm 0,6$. Среди мужчин среднего возраста с ожирением 18 (16,3%) пациентов имели абдоминальный тип ожирения; среди пожилых выявлено несколько больше лиц с ожирением по абдоминальному типу – 18 (22,5%).

Повышение артериального давления диагностировано у 170 (89,4%) пациентов. Среди мужчин среднего возраста ГБ выявлена у 105 (61,2%) пациентов, среди пожилых – у 65 (38,2%). Нарушения углеводного обмена выявлены у 22 (11,6%) пациентов с ИМ, среди них 14 (63%) мужчин среднего возраста и 8 (37%) пожилых. Инсулинорезистентность диагностирована у 29 (15%) мужчин с ИМ, среди них 15 (51,7%) пациентов среднего возраста и 14 (48,3%) пожилых. Средний уровень инсулина среди мужчин среднего возраста составил $14 (9,30-18,38)$ ммоль/л, у пожилых – $13 (7,62-22,45)$ ммоль/л. Нарушения липидного обмена выявлены у 54 (49%) мужчин среднего возраста и у 45 (56%) пожилых пациентов и представлены повышением уровня ЛПНП до $2,48 \pm 0,1$ ммоль/л – в среднем возрасте и до $2,6 \pm 0,1$ ммоль/л – в пожилом. Гиподинамия выявлена у 95 (50%) пациентов с ИМ, из них 48 (50,5%) лица среднего возраста и 47 (49,5%) пожилых.

Выводы. Таким образом, для мужчин среднего возраста с ИМ наиболее значимыми факторами риска оказались курение, повышение уровня инсулина с развитием инсулинорезистентности. Для мужчин пожилого возраста основными факторами риска ИМ являются ГБ, нарушение липидного и углеводного обмена, гиподинамия, формирование преимущественно абдоминального типа ожирения.

ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ ТАНЦЕВАЛЬНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

БАЛТАБАЕВ С.А., АЗИЗОВ С.В., МИРЗАЕВ С.

Наманганский государственный университет, г. Наманган. Узбекистан

Цель исследования. Изучение механизма влияния лечебно-реабилитационных программ с включением лечебных танцевальных физических упражнений в виде танцев на липидный обмен и свертывающей системы крови у больных церебральным атеросклерозом.

Материал и методы. Под наблюдением находились 100 больных с церебральным атеросклерозом в среднем возрасте 41,5 (от 18 до 83 лет) года. Из них 56 (56%) мужчин и 44 (44%) женщины. Давность заболевания – от 2 до 15 лет.

Клинико-функциональное состояние больных оценивалось следующими биохимическими методами исследования: ПТИ (по методу Туголукова), фибриноген (по Рутбергу); [общий холестерин-ОХС (по методу Ильяка), триглицериды-Тг, b-липопротеиды (ХС-ЛПОНП, ХС-ЛПНП) и α-липопротеиды (ХС-ЛПВП) (по методу Брунштейн-Самай)].

Все исследуемые больные анализировались в 2 группах (в каждой группе по 50 человек), и в качестве базисной терапии принимали следующую



щую лечебно-реабилитационную программу: имунокорректор-тимоптин; ловастатин; витамин-Е; лечебные физические упражнения в виде танцев. Например: Андижанская полька и тановар. Нагрузки увеличивали постепенно, учитывая индивидуальные особенности, подготовленность и здоровье больных в течение 2 лет – антисклеротическая фитотерапия. Больные во 2 группе не занимались лечебными физическими упражнениями в виде танцев.

Результаты. До лечебно-реабилитационных программ с включением лечебных танцевальных физических упражнений у всех больных выявлены гиперкоагуляция, гиперхолестеринемия и гиперлипидемия. После проводимых лечебно-реабилитационных программ с включением лечебных танцевальных физических упражнений отмечались достоверное снижение средних показателей липидного обмена и свертывающей системы крови соответственно: в 1 группе ПТИ – 15,4%, фибри-

ноген – 22,9% ($P < 0,01$), ОХС – 49,5%, Тг – 58,4% ($P < 0,05$), ХС-ЛПОНП – 47,6%, ХС-ЛПНП – 47,5% ($P < 0,01$) и достоверное повышение средних показателей α -липопротеидов ХС-ЛПВП – 110,8% ($P < 0,01$); во 2 группе ПТИ – 9,0% ($P < 0,01$), фибриноген – 13,9%, ОХС – 21,2% ($P < 0,05$), Тг – 25,8% ($P < 0,01$), ХС-ЛПОНП – 29,4%, ХС-ЛПНП – 31,9% ($P < 0,05$) и достоверное повышение средних показателей α -липопротеидов ХС-ЛПВП – 31,7% ($P < 0,05$).

Выводы. Таким образом, можно заключить, что проводимая в комплексе лечебно-реабилитационная программа с включением лечебных танцевальных физических упражнений оказывает гипокоагуляционный, гипохолестеринемический и гиполипидемический эффект. На фоне этого выявлена достоверная положительная динамика в 1 группе – 85% ($P < 0,001$), а во 2 группе – 70% ($P < 0,01$) клинико-функционального состояния больных с церебральным атеросклерозом..

РЕДКИЕ СЛУЧАИ ДЕСТРУКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ СОННЫХ АРТЕРИЙ С ОБРАЗОВАНИЕМ ПОДВИЖНОГО КОНГЛОМЕРАТА

БАХМЕТЬЕВ А.С.^{1,2}, КОВАЛЕНКО В.И.², ЧЕХОНАЦКАЯ М.Л.¹, ДВОЕНКО О.Г.¹, КУРСАЧЕНКО А.С.¹, БАХМЕТЬЕВА М.С.¹, СУХОРУЧКИН В.А.¹

¹ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава РФ, г. Саратов;

²ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава РФ, г. Москва, Россия

Цель работы. Описать редкое клиническое и ультразвуковое наблюдение деструкции стенки общей сонной артерии (ОСА) с образованием подвижного конгломерата у пациентов с транзиторными ишемическими атаками (ТИА).

Материал и методы. Три пациента (мужчины 49, 55 и 60 лет) обратились в отделение ультразвуковой и функциональной диагностики Клинической больницы им. С.Р. Миротворцева Саратовского ГМУ (2018 г.) с жалобами, характерными для проявлений ТИА в бассейне сонных артерий (исходно обследованы неврологом по месту жительства). Ультразвуковое исследование проводилось на приборе экспертного класса Siemens SC2000 Prime.

Результаты. У пациента М., 49 лет (в анамнезе травма шеи и головы), с жалобами на преходящую слепоту левого глаза при УЗ-сканировании выявлен подвижный конгломерат средней эхогенности (длина до 18 мм, толщина – 4–5 мм), расположенный в бифуркации ОСА, прикреплен основанием к передней стенке, гиперподвижен (в период сердечной систолы гомогенное образование перекрывает кровоток в артерии, создавая моментную окклюзию просвета). При

УЗ-исследовании исключены признаки классической диссекции артерии. Образование лоцируется как в продольном, так и поперечном сечениях. Природа находки расценена как налипание форменных элементов крови к флотирующей интиме. Патологии в общем анализе крови и коагулограмме не выявлено. При динамическом УЗ-сканировании на протяжении 12 месяцев каких-либо изменений не выявлено. У пациента П., 55 лет, с аналогичными жалобами, выявлено подобное образование, локализованное по задней стенке в области бифуркации ОСА. Во втором случае подвижный конгломерат (длина 14 мм) не вызывал окклюзию просвета артерии. У третьего пациента Б., 60 лет, с неотягощенным анамнезом подвижное образование средней эхогенности наиболее отчетливо лоцировалось при исследовании в поперечном сканировании (бифуркация правой ОСА). Длину образования ввиду сложности расположения определить не удалось. Отметим, что во всех случаях при исследовании в режиме цветового дуплексного сканирования была выявлена выраженная турбулентность кровотока в месте подвижности конгломерата. Отметим, что было проведено комплексное обследование па-

циентов с целью исключения других известных причин ТИА (аритмии, тромбоз левых отделов сердца, эмболоопасные атеросклеротические бляшки и др.). Все пациенты были направлены на консультацию к сосудистому хирургу, однако ввиду отсутствия стенозирующего атеросклероза и доказательной базы по способам коррекции подобных подвижных образований, решено продол-

жить ультразвуковое динамическое наблюдение с частотой не реже одного раза в 3 месяца.

Выводы. Описанные редкие случаи деструкции сосудистой стенки с образованием подвижного конгломерата требуют дальнейшего изучения с целью выяснения природы образования элемента, а также способов коррекции у пациентов с эпизодами транзиторных ишемических атак головного мозга.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

БЕЙЛИНА Н.И.¹, МАЛЫШЕВА Е.В.²

¹КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ;

²Поликлиника КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ. Россия

Цель. Выявить факторы риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у ординаторов Казанской государственной медицинской академии во время прохождения периодического медицинского осмотра

Материал и методы. Пациенты разделены на 3 группы – I группа (14 человек, в том числе 3 мужчины) с артериальной гипертензией (АГ) и ФР; II группа (80 человек, в том числе 38 мужчин) с ФР и АГ и III группа (214 человек, в том числе 64 мужчины) без ФР и АГ. Проводилась оценка индекса массы тела (ИМТ), артериального давления (АД), уровней глюкозы, холестерина в крови.

Результаты. Выявлено, что у 94 человек (30,52% от всех прошедших осмотр) есть ФР ССЗ – завышенные цифры АД, высокий ИМТ, гиперхолестеринемия, гипергликемия. Имеют 1 ФР 76 человек (80,9%), 2 ФР – 15 человек (16%), 3 ФР – 2 человека (2,1%), 4 ФР – 1 человек (1%). Во II группе чаще, чем в I группе, выявляется по 1 ФР (соответственно 87,5 и 42,9%, $p < 0,05$); в I группе чаще, чем во II группе – по 2 ФР (соответственно 35,7 и 12,5%, $p < 0,05$); только в I группе есть 3 ФР – 14,3%, 4 ФР – 7,1%. Средние показатели в I группе по САД составили $150,93 \pm 2,65$, по ДАД – $92,86 \pm 4,22$ мм рт.ст. Достоверной разницы по возрасту в группах не было (соответственно

$27,71 \pm 1,66$; $26,45 \pm 0,57$ и $25,32 \pm 0,16$ лет, $p > 0,05$). Большой ИМТ определялся в I группе, чем в III группе (соответственно $27,86 \pm 2,05$ и $20,92 \pm 0,15$, $p < 0,05$); во II группе больше, чем в III группе (соответственно $24,84 \pm 0,41$ и $20,92 \pm 0,15$, $p < 0,05$); между показателями I и II групп разницы нет ($p > 0,05$). Средние показатели холестерина в I группе больше, чем в III группе (соответственно $4,73 \pm 0,29$ и $4,12 \pm 0,04$, $p < 0,05$); во II группе больше, чем в III группе (соответственно $4,79 \pm 0,11$ и $4,12 \pm 0,04$, $p < 0,05$); между показателями I и II групп разницы нет ($p > 0,05$). Средние показатели глюкозы в I группе больше, чем в III группе (соответственно $5,05 \pm 0,13$ и $4,73 \pm 0,03$, $p < 0,05$); во II группе больше, чем в III группе (соответственно $5,16 \pm 0,09$ и $4,73 \pm 0,03$, $p < 0,05$); между показателями I и II групп разницы нет ($p > 0,05$).

Заключение. У 30,52% от всех прошедших осмотр пациентов есть ФР ССЗ (завышенные цифры АД, высокий ИМТ, гиперхолестеринемия, гипергликемия), в 80,9% имеется 1 ФР. Среди пациентов с АГ преобладают имеющие 1–2 ФР, есть имеющие 3 и 4 ФР, среди пациентов без АГ преобладают имеющие 1 ФР, нет имеющих 3 и 4 ФР. Средние показатели в I группе САД ($150,93 \pm 2,65$), ДАД ($92,86 \pm 4,22$ мм рт.ст.) и ИМТ ($27,86 \pm 2,05$) превысили норму.



К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ПРЕДОТВРАТИМЫХ ПОТЕРЬ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

БЕЛИКОВА И.В., КОСТРИКОВ А.В., ХОРОШ М.В.

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава. Украина

Введение. Настораживающей медико-демографической ситуацией Украинского общества является высокий уровень смертности населения, а также ее преждевременность. Общеизвестно, что показатели смертности находятся в зависимости от состояния экономики страны, благосостояния населения, развития системы здравоохранения, доступности медицинской помощи. Одной из составляющей стратегии развития современной системы здравоохранения Украины является снижение экономического ущерба от преждевременной и предотвратимой смертности населения. С целью создания информационно-аналитической системы мониторинга состояния здоровья населения, в том числе преждевременной и предотвратимой смертности, необходим новый подход в изучении, с учетом социальных детерминант здоровья. Данный подход является необходимым для совершенствования процесса управления на местном и государственном уровнях.

Цель данной работы. Анализ методологического аппарата сбора информации о состоянии здоровья населения, в том числе изучения предотвратимых потерь здоровья.

Материал и методы. Для решения поставленных задач в работе использован комплекс методов: контент-анализ, библиосемантический, системного подхода. Информационной базой стали: стратегические и программные документы Всемирной организации здравоохранения, данные Центра медицинской статистики Министерства здравоохранения Украины.

Результаты. Здоровье населения Украины характеризуется как негативное. При постоянном росте ожидаемой продолжительности жизни показатели одни из низких в Европе. Разрыв в ожидаемых годах жизни между мужчинами (66,37) и женщинами (76,8) составляет 9,8 лет. Многие годы наблюдается негативная тенденция смертности населения. Общий показатель смертности в Украине остается на высоком уровне и составляет 13,5–13,7%. Уровень смертности имеет различия в разрезе регионов, пола и возраста. Так, среди городского населения у мужчин уровень смертности составляет 13,07%, в то время как у женщин 11,16%. Среди сельского населения – 17,3 и 16,9% соответственно. Среди всех причин смерти сердечно-сосудистые заболевания занимают первое ранговое место (64% всех причин смерти – среди городских жителей; 70,6% – среди сельского населения), на втором месте новообразования (15,3% – среди городского на-

селения; 10,9% – среди сельского населения), на третьем месте – внешние причины (5,3 и 5,6% соответственно). Данная тенденция имеет определенные различия по полу и возрасту. Украина ориентируется на европейские ценности, в том числе и в системе охраны здоровья населения, что ставит вопрос о международном сопоставлении полученных и использованных данных. Применение Европейской классификации предотвратимых причин смерти, согласно которой причины смерти поделены на три группы и могут быть предупреждены первичной профилактикой, то есть коррекцией стиля и условий жизни населения; вторичной профилактикой (своевременное выявление и ранняя диагностика) и третичной (качество лечения и доступность медицинской помощи), требует изменения подходов в методологии сбора информации. На протяжении многих лет оценка здоровья населения Украины проводилась по четко организованной системе учета и отчетности. Основными методами изучения здоровья населения является сбор информации о распространенности болезней, причинах инвалидности и смерти. Данный подход имеет как свои положительные, так и негативные черты. Среди недостатков отмечается недостаточная полнота регистрации, так как под изучение попадают случаи обращения в лечебные учреждения или факт установления группы инвалидности, а за границами внимания остаются лица, которые имеют ряд заболеваний, но по каким-либо причинам в лечебные учреждения не обращаются. Получение объективных данных о смертности населения связано с правильностью регистрации смерти. Изучение здоровья населения по причинам смерти происходит по следующим показателям: смертность в зависимости от заболевания, процентное соотношение причин смерти от общего числа умерших, группировка по полу, возрасту, профессии.

Заключение. Проблема изучения предотвратимых потерь здоровья населения ставит перед системой информационно-аналитического обеспечения здравоохранения Украины следующие задачи: усовершенствование методического аппарата сбора, подсчета, анализа данных; распределение населения по характеру заболевания и тяжести течения; анализ заболеваемости в неразрывной связи с инвалидностью и причинами смерти; учет и сопоставление имеющихся групповых, индивидуальных факторов риска и социальных детерминант.



СМЕРТНОСТЬ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ТРУДОСПОСОБНОМ ВОЗРАСТЕ

БОРОВАЯ Т.В., ЗАХАРЕНКО А.Г.

*Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия
последипломного образования», г. Минск. Республика Беларусь*

Цель исследования. Изучить смертность от болезней системы кровообращения (далее – БСК) в Минской области Республики Беларусь у лиц трудоспособного возраста в зависимости от пола.

Материал и методы. По итогам реализации мероприятий, предусмотренных Программой демографической безопасности Минской области на 2011–2015 годы, проанализированы показатели смертности у лиц трудоспособного возраста мужского и женского пола в динамике за 5 лет (2012–2016 годы) от БСК.

Результаты. За анализируемый период достигнуто снижение смертности населения региона, в том числе в трудоспособном возрасте. Так, смертность от всех причин лиц трудоспособного возраста снизилась с 5,6 на 1000 населения трудоспособного возраста в 2012 году до 4,8 в 2016 году, т.е. на 14,3%. При БСК снижение смертности еще более выраженное – на 15,8% (с 1,9 до 1,6 на 1000 населения соответственно). В числе случаев это составляет: 1599 умерших от БСК в 2012 году против 1303 в 2016 году, или уменьшение случаев смерти на 18,5%. Однако, БСК по-прежнему занимают первое место в структуре смертности населения. В трудоспособном возрасте доля умерших от БСК составляет 34,4% случаев смерти от всех причин.

Сохраняются неблагоприятные тенденции в смертности лиц трудоспособного возраста в зависимости от пола со значительным преобладанием смертности мужского населения. Число умерших мужчин в трудоспособном возрасте в 4,5 раза выше, чем женщин. При БСК эти различия еще более выраженные. В 2016 году смертность от БСК у мужчин составила 2,7 случая на 1000 трудоспособных, у женщин – 0,4 случая соответственно, т.е. смертность у мужчин в 6,1 раза выше. В 2012 году показатель смертности у мужчин превышал аналогичный показатель у лиц женского пола в 5,6

раза. В абсолютных значениях доля лиц мужского пола, в 2016 году умерших по причине БСК, составила 88% (из 1303 случаев смерти от БСК мужчин умерло 1147, женщин – 156).

От ишемической болезни сердца (ИБС) смертность у мужчин в 2016 году составила 1,8 случаев, у женщин – 0,17 на 1000 трудоспособного населения, т.е. относительный показатель смертности от ИБС у мужчин в 10,5 раза выше, чем у женщин. В абсолютных значениях число всех умерших от ИБС в 2016 году составило 850 случаев, из них 787 умерших составляли лица мужского пола (92,6%).

По причине смерти от инфаркта миокарда в 2016 году умерло в трудоспособном возрасте 62 мужчины и 4 женщины, доля лиц мужского пола – 93,9%. По данным за 2012 год доля лиц мужского пола была ниже – 87%.

Аналогичная ситуация наблюдается и при острых нарушениях мозгового кровообращения (ОНМК). Среди умерших в 2016 году от ОНМК лица мужского пола составили 80%. Так, всего умерло в трудоспособном возрасте по причине ОНМК 202 человека, из них 162 – это лица мужского пола, т.е. число умерших мужчин больше в 4 раза, чем женщин.

Заключение. Таким образом, при положительной динамике в снижении смертности населения трудоспособного возраста, в том числе по причине БСК, отмечаются значительные, более высокие уровни смертности у мужчин. Данное обстоятельство требует совершенствования диспансеризации лиц мужского пола, повышения эффективности профилактической работы, организации мероприятий по контролю основных индикаторов Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность на 2016–2020 годы».



ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ВЕРОЯТНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛАТИНОАМЕРИКАНСКИХ МУЖЧИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПЕРУ И В УКРАИНЕ

ВАСКЕС АБАНТО А.Э.¹, ВАСКЕС А. Х.Э.²

¹Клиника Медиком;

²Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф, г. Киев. Украина

Введение. Наблюдение за факторами риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди латиноамериканцев проводится нами в течение несколько лет, а в последние 2 года внимание обращено на граждан – мужчин из этой группы в возрасте 40–55 лет.

Цель данной работы. Изучить влияние ФР ССЗ на вероятность возникновения артериальной гипертензии (АГ) у данного контингента пациентов, взятого под наблюдением в Перу и в Украине.

Материал и методы. Проведено исследование двух популяций латиноамериканских мужчин в возрасте 40–55 лет, взятых под наблюдение в 2017–2018 гг. Одна группа (1-я группа) наблюдалась в г. Чимботе (Перу), а другая (2-я группа) в г. Киеве (Украина) – каждая в количестве 32 мужчин в возрасте 40–55 лет, проживающих в городских условиях. В обеих группах наблюдаемые граждане являлись людьми, вполне адаптированными к своей среде обитания (граждане, проживающие в Украине, приехали и остались на постоянное жительство 20–30 лет тому назад). Возраст данных граждан считался нами наиболее подверженным ССЗ, где: средний возраст в популяции, взятой под наблюдение в Перу, составил $48,52 \pm 6,2$ лет, а в популяции Украины – $49,43 \pm 5,5$ лет. В 1-й группе 22 мужчины вели в среднем подвижный образ жизни, не указали на ССЗ в анамнезе и периодически (≈ 1 раз в 2 года) проходили профилактические осмотры; 10 мужчин вели малоподвижный образ жизни, указали на периодическое повышение АД в анамнезе и редко проходили профилактические осмотры (1 раз в 3 года и реже), из которых 6 (18,8%) за последние 2–3 года консультировались к кардиолога по месту жительства по поводу жалоб системы кровообращения. Во 2-й группе 18 мужчин вели в среднем подвижный образ жизни, не указали на ССЗ в анамнезе и периодически (≈ 1 раз в год) проходили профилактические осмотры; 14 мужчин вели малоподвижный образ жизни, указали на периодическое повышение АД в анамнезе и редко проходили профилактические осмотры (1 раз в 3 года и реже), из которых 9 (28,1%) обращались за последние 2 года к кардиологу по месту жительства по поводу жалоб системы кровообращения. Для определения нуждаемости в видах профилактической помощи нами изучались модифицируемые ФР ССЗ. Курение признавалось в случае,

если выкуривалась в течение суток хотя бы одна сигарета (или курение в анамнезе), общий холестерин (О-ХС), индекс массы тела (ИМТ) – рассчитывался по формуле: вес (кг)/рост (м^2), глюкоза крови. За основу приняты цифры нормального АД (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 2018 г. Из исследования были исключены пациенты с сахарным диабетом (СД) и заболеваниями почек. У исследуемых граждан было зафиксировано: уровень АД, индекс массы тела, окружность талии, связь с курением и другими вредными привычками, уровень физической активности и отягощенность в анамнезе. В исследовании применялось анкетирование с использованием описательного и наблюдательного метода.

Результаты. В популяции Перу средний уровень САД составил $135,06 \pm 12,6$ мм рт.ст., ДАД – $89,32 \pm 13,12$ мм рт.ст. По уровню АД респонденты распределились следующим образом: нормальное АД у 19 человек (59,4%), повышенное нормальное АД – 8 (25%), АГ – 5 (15,6%). Всего курящих – 11 человек (34,4%). ИМТ в среднем составил $29,12 \pm 4,38$ кг/м². Нормальный уровень ИМТ определен у 9 человек (28,1%), избыточная масса тела у 14 человек (43,4%). Среднее значение О-ХС составило $5,38 \pm 1,02$ ммоль/л, что превышает целевой уровень, у 26 обследованных (81,3%) имеется рекомендованный уровень О-ХС. Из рассматриваемых модифицируемых ФР ССЗ наиболее часто встречались избыточная масса тела (43,4%), но не фиксировались лица с ожирением, далее следовали повышенное нормальное АД и АГ (40,6%). Курение занимало третье место (34,4%), а повышенный уровень О-ХС – четвертое место (18,7%). В популяции Украины средний уровень САД составил $131,02 \pm 16,9$ мм рт.ст., ДАД – $86,84 \pm 17,05$ мм рт.ст. По уровню АД респонденты распределились следующим образом: нормальное АД у 17 человек (53,1%), повышенное нормальное АД – 9 чел. (28,1%), АГ – 6 (18,8%). Всего курящих – 15 человек (46,9%). ИМТ в среднем составил $27,16 \pm 4,67$ кг/м². Нормальный уровень ИМТ определен у 8 человек (25%), избыточная масса тела у 6 человек (18,8%), ожирение – у 1 человека (3,1%). Среднее значение О-ХС составило $5,30 \pm 1,06$ ммоль/л, что превышает целевой уровень, у 21 обследованного (65,6%) имеется рекомендованный уровень О-ХС. Из рас-

смаатриваемых модифицируемых ФР ССЗ чаще встречались повышенное нормальное АД / АГ (46,9%) и курение (46,9%), повышенный уровень О-ХС крови (34,4%), далее следовала повышенная масса тела (21,9%).

Заключение. Преобладающими ФР среди латиноамериканских мужчин (в возрасте от 40 до 55 лет), проживающих в Перу, являются повышенная масса тела (43,4%) и повышенное нормальное АД/

АГ (40,6%). Среди таких мужчин, проживающих в Украине, – повышенное нормальное АД/АГ (40,6%) и курение (40,6%). Более половины исследованных граждан, несмотря на то, что только 6 человек из 1-й группы (18,8%) и 9 из 2-й группы (28,1%), указывали на ССЗ в анамнезе, имеют хотя бы 1 ФР, требующий включения их в профилактику высокого риска.

ИНФАРКТ МИОКАРДА, ИНСУЛЬТ И ЖИЗНЕННОЕ ИСТОЩЕНИЕ: РИСК РАЗВИТИЯ В РОССИИ/СИБИРИ (МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРОГРАММА ВОЗ «MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ»)

ГАФАРОВ В.В., ГРОМОВА Е.А., ГАГУЛИН И.В., ГАФАРОВА А.В., ПАНОВ Д.О., КРЫМОВ Э.А.

НИИ терапии и профилактической медицины СО РАН, г. Новосибирск. Россия

Введение (цели/задачи). Изучить гендерные различия распространенности жизненного истощения (ЖИ) и его влияние на 16-летний риск развития инфаркта миокарда и инсульта среди жителей Сибири.

Материал и методы. В рамках III скрининга программы ВОЗ «MONICA-psychosocial» в 1994 г. обследована случайная репрезентативная выборка населения одного из районов Новосибирска в возрасте 25–64 лет ($n=1527$). Выборка была сформирована согласно требованиям протокола ВОЗ «MONICA-psychosocial». Программа скринирующего исследования соответствовала общепринятым методам эпидемиологии и требованиям протокола программы ВОЗ «MONICA-psychosocial». Для оценки применяли шкалу выраженности ЖИ (тест MOPSY): нет ЖИ, средний уровень ЖИ, высокий уровень ЖИ. Риск развития инфаркта миокарда и инсульта рассчитывали в регрессионной модели Кокса.

Результаты. Уровень ЖИ у населения составил: среди мужчин – 66,8% (средний уровень – 52,2%, высокий – 14,6%), среди женщин – 74,9% (средний уровень – 44,2%, высокий – 30,7%). Однофакторный регрессионный анализ Кокса

показал повышение риска развития инфаркта миокарда у мужчин в течение 16-летнего периода в 2 раза больше, чем у женщин. Риск инфаркта миокарда у лиц с ЖИ среди мужчин, никогда не состоявших в браке, был выше в 3,7 раза, среди овдовевших мужчин – в 7 раз. Среди разведенных лиц риск развития инфаркта миокарда оказался выше у женщин (5,4), чем у мужчин (4,7). Риск развития инфаркта миокарда был выше у мужчин с ЖИ, с начальным образованием, не состоявших в браке и вдовцов в 45–54 и 55–64 лет, чем у женщин. Риск развития инсульта в течение 16-летнего периода у лиц с ЖИ был выше у женщин (3,34), чем у мужчин (3,1). Риск развития инсульта был выше у мужчин с ЖИ с начальным образованием (в 4,8 раза), разведенных (в 3,8 раза) и овдовевших (в 3,6 раза), чем у женщин.

Заключение. Установлено, что распространенность ЖИ выше у женщин, чем у мужчин. Риск развития инфаркта миокарда при ЖИ выше у мужчин, а риск инсульта – у женщин. Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний при ЖИ как у мужчин, так и у женщин связан с социальным градиентом.

РИСК ОСТРЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ И ДЕПРЕССИЯ В РОССИИ/СИБИРИ (МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРОГРАММА ВОЗ «MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ»)

ГАФАРОВ В.В., ГРОМОВА Е.А., ГАГУЛИН И.В., ГАФАРОВА А.В., ПАНОВ Д.О., КРЫМОВ Э.А.

НИИ терапии и профилактической медицины СО РАН, г. Новосибирск. Россия

Введение (цели/задачи). Определить гендерные различия распространенности депрессии среди населения Сибири в возрасте 25–64 лет и оценить ее влияние на риск развития инфаркта

миокарда (ИМ) и инсульта за 16-летний период наблюдения.

Материал и методы. В рамках III скрининга программы ВОЗ «MONICA-psychosocial» в 1994



г. обследована случайная репрезентативная выборка населения в возрасте 25–64 лет одного из районов Новосибирска ($n=1527$). Программа скринингового обследования включала регистрацию социально-демографических данных, выявление депрессии. Из когорты наблюдения были исключены все лица с ИБС, ИМ, инсультом, сахарным диабетом, артериальной гипертензией. За 16-летний период были выявлены новые случаи ИМ и инсульта. Для расчета риска развития ИМ и инсульта использована регрессионная модель Кокса.

Результаты. В открытой популяции населения в возрасте 25–64 лет у 54,5% женщин и 29% мужчин была депрессия, причем у 11,8% женщин и 3,1% мужчин – большая депрессия. Риск развития ИМ у лиц с депрессией был выше у женщин

($HR=2,5$) и у мужчин ($HR=2$), чем у лиц без депрессии. Риск развития инсульта у лиц с депрессией в течение 16-летнего периода был выше среди мужчин ($HR=5,8$), чем среди женщин ($HR=4,6$), с учетом поправки на возраст, социальный градиент. У женщин риск инсульта был выше как в популяции, так и с учетом поправки на возраст. Риск инсульта был выше у мужчин с начальным уровнем образования ($HR=8,8$), у вдовцов ($HR=8,4$) и разведенных мужчин ($HR=2,7$).

Заключение. Определили, что распространенность депрессии выше у женщин, чем у мужчин в открытой популяции. Установили, что риск развития инсульта выше у мужчин, а у женщин противоположная картина. Социальный градиент оказывает значительное влияние на риск развития инсульта у мужчин.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕЛЕМЕТРИЧЕСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА «ЮНЕТ»-ТЕХНОЛОГИЙ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ СУРХАНДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ

ГАФФАРОВ Б.Б., ХУДАЙБЕРДЫЕВ А.Н., БУРИЕВ А.А., МАННОНОВ М.З.

Сурхандарьинский областной кардиологический диспансер, г. Термез. Узбекистан

Цель работы. Оценить возможности телеметрической аппаратуры в дистанционной диагностике и лечении заболеваний в условиях кардиологического диспансера.

Материал и методы. Проведен анализ работы телеметрического центра на базе областного кардиологического диспансера г. Термеза с использованием телеметрического комплекса «ЮНЕТ». Канал связи в комплексе представлен локальной сетью, что позволяет передавать по сотовой связи прием, анализ и хранение электрокардиограмм, а также удаленную консультацию со специалистом-кардиологом, независимо от места нахождения пациента и врача.

В течение 6 месяцев (2018–2019 гг.) врачами дистанционного диагностического центра было проконсультировано 2400 больных кардиологического профиля. Через сотовую связь (GPRS канал) с использованием комплекса «ЮНЕТ» ЭКГ-информация в течение нескольких секунд передавалась на компьютер врача-консультанта областного кардиологического центра г. Термеза, который давал заключение. После поступления к пользователю последнее архивировалось вместе с ЭКГ. Наличие программы «ЮНЕТ» позволяло управлять потоками поступающих на консультацию ЭКГ, выделяя при этом срочные консультации.

Результаты. В связи с неотложными состояниями проконсультировано 35% больных, в том чис-

ле 17,2% – острым инфарктом миокарда 13,6% – с нарушениями ритма сердца, 4,2% – с «масками» острых форм ИБС. Современные методы трансляции ЭКГ позволяли передавать информацию без искажений изображения, без значительных потерь времени на процесс передачи. Возможность двусторонней связи пользователя с врачом-диагностом (консультантом), в т.ч. по мобильной сети, создавало условия для обсуждения и клинической интерпретации данных ЭКГ.

Дистанционные кардиологические клинические консультации проводились при соблюдении следующих условий: методически правильный, систематизированный, достаточно полный сбор информации о больном; сведение к минимуму искажений при передаче информации; использование режима диалога, коллективный разбор допущенных ошибок.

Выводы:

1. Развитие дистанционных диагностических центров с использованием телеметрического кардиологического комплекса «ЮНЕТ»-технологий позволяет оптимизировать диагностику и лечение сердечно-сосудистой патологии, в том числе при неотложных состояниях.

2. Дистанционные диагностические центры способствуют приближению специализированной кардиологической помощи к населению, особенно в сельских районах.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

ГЛИБКО К.В., ЛАРИНА В.Н., БОНДАРЕНКОВА А.А., АГАЕВА А.И.К.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. И.И. Пирогова, Россия

Введение. Факторы риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) являются управляемым аспектом, а рациональная организация диагностического и лечебно-профилактического процесса среди медицинских работников многопрофильной клинической больницы сохраняет свою высокую актуальность.

Цели. Оценить факторы риска ХНИЗ и следование принципам здорового образа жизни медицинских работников многопрофильной клинической больницы по данным анкетирования.

Материал и методы. Проведено анкетирование 137 медицинских работников, среди которых было 58 врачей (3 мужчины и 55 женщин) в возрасте от 25 до 66 ($41 \pm 8,2$) лет и 79 лиц среднего медицинского персонала (1 мужчина и 78 женщин) в возрасте от 20 до 70 ($40 \pm 9,2$) лет, $p > 0,01$. Оценивались специализация, образование, стаж и график работы, семейное положение, рост, вес, систолическое АД (САД), диастолическое АД (ДАД), наличие сахарного диабета (СД) и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у родителей, факторы риска ХНИЗ и приверженность лечению. Статистический анализ проводился с использованием программы Stat Plus: mac Версия 6 (Analyst Soft Inc., США).

Результаты. Рабочий стаж медработников составил $15 \pm 9,3$ (от 1 до 48) лет, имели семью 112 (81%) медработников. По суточному графику работали 67 (49%), по дневному (без ночных смен) – 71 (51%) медработников. Индекс массы тела составил $25,8 \pm 4,1$ (от 18 до 32) $\text{кг}/\text{м}^2$, ожи-

рение имелось у 76 (55%), САД – 119 ± 9 (от 90 до 150) мм рт. ст., ДАД – 75 ± 7 (от 60 до 90) мм рт. ст. Курили 27 (20%), бросили курить – 19 (14%), никогда не курили 91 (66%) медработников. Употребляют алкоголь 83 (60%) медработника. Ведут активный образ жизни (регулярная ходьба, бег трусцой, плавание) 96 (70%), постоянно употребляют овощи и фрукты (более 300 грамм в день) 77 (56%), не досаливают пищу 79 (58%) медработников. ХНИЗ (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, СД, бронхиальная астма, онкологические заболевания) имели 32 (23%) медработника. Из них АГ имела у 35 (26%), ИБС – у 3 (3%), СД – у 10 (8%), бронхолегочные – у 14 (11%), онкологические заболевания – у 2 (2%) медработников. Состоят на диспансерном наблюдении по поводу ХНИЗ 27 (20%), хотя бы один раз в год посещают врача – 82 (59%) медработника. Знают свой уровень АД, глюкозы и холестерина 101 (73%), готовность изменить свой образ жизни выразили 97 (70%) медработников.

Заключение. Результаты анкетирования свидетельствуют о высокой встречаемости таких факторов риска, как употребление алкоголя (60%), ожирение (55%), недостаточное употребление фруктов и овощей (44%), досаливание пищи (42%). При этом 73% осведомлены об уровне АД, глюкозы и холестерина, 70% выразили желание изменить свой образ жизни, что свидетельствует о необходимости более эффективного внедрения профилактических программ по коррекции образа жизни у медицинских работников.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГРАММ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ

ГУБИЧ Т.С., СУДЖАЕВА С.Г., КАЗАЕВА Н.А., КОРНЕЛЮК О.М., БЕЛОУС Т.М.

ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск. Беларусь

Цель работы. Изучить влияние различных программ физической реабилитации на качество жизни (КЖ) у пациентов с хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС) после хирургической коррекции клапанных пороков.

Материал и методы. В исследование включены 85 пациентов с ХРБС, которым была вы-

полнена хирургическая коррекция имеющихся у них клапанных пороков. Методом рандомизации сформированы 2 группы пациентов: контрольная группа (КГ, $n=50$), средний возраст – $52,1 \pm 1,29$ года и основная группа (ОГ, $n=35$), средний возраст $53,3 \pm 5,2$ года ($p > 0,05$). В послеоперационном периоде пациентам КГ назначалась стандартная



медикаментозная (в т. ч. и антибактериальная) терапия, а физическая реабилитация (ФР) осуществлялась традиционным способом. У лиц ОГ использовалась разработанная программа медицинской реабилитации. Физический аспект данной программы включал индивидуализированное назначение физических тренировок (ФТ) на велотренажере с учетом мощности достижения анаэробного порога по данным спирометрии. Медицинский аспект разработанной программы предусматривал назначение дифференцированного медикаментозного лечения повторной ревматической лихорадки и неспецифической воспалительной реакции, развивающихся в раннем послеоперационном периоде. КЖ пациентов КГ и ОГ оценивалось при помощи модифицированного Миннесотского опросника для пациентов с хронической сердечной недостаточностью (MLHFQ). Тесты заполнялись пациентами перед операцией, на 10–14 сутки после клапанной коррекции, через 3, 6 и 12 месяцев хирургического вмешательства.

Результаты. При анализе полученных данных установлено, что в исходном состоянии показатель КЖ у пациентов КГ составил $38,1 \pm 2,19$ балла, в ОГ – $31,8 \pm 2,84$ балла ($p > 0,05$). После операции он существенно не изменился по сравнению с тестированием, выполненным до операции, и составил в КГ и ОГ – $33,9 \pm 2,46$ и $32,1 \pm 2,95$ балла соответственно. Через 3 месяца после выполненной хирургической коррекции отмечено достоверное снижение анализируемого показателя у пациентов обеих групп. В КГ с $38,1 \pm 2,19$ при первом тестиро-

вании до $29,6 \pm 3,65$ балла через 3 месяца после операции ($p < 0,05$), в ОГ – с $31,8 \pm 2,84$ до $17,9 \pm 2,85$ балла соответственно ($p < 0,05$). Спустя 6 месяцев после выполненного хирургического лечения клапанных пороков показатель КЖ у лиц КГ составил $31,6 \pm 2,09$ балла, в ОГ – $20,9 \pm 4,46$ балла, что достоверно ниже по сравнению с дооперационным. Установленный факт свидетельствует о значительном улучшении КЖ через 3 и 6 месяцев после хирургической коррекции клапанной патологии при ХРС независимо от используемой программы реабилитации в раннем послеоперационном периоде. Достигнутое через 3 и 6 месяцев достоверное улучшение КЖ через 12 месяцев после хирургического вмешательства сохраняется только у лиц ОГ ($18,0 \pm 4,84$ балла). У пациентов КГ отмечена лишь положительная тенденция повышения КЖ ($31,3 \pm 3,86$ балла). Вместе с тем, необходимо подчеркнуть, что показатель уровня КЖ через 3, 6 и 12 месяцев у лиц ОГ был достоверно выше, чем у пациентов КГ на всех указанных этапах контрольного обследования (в ОГ – $17,9 \pm 2,85$, $20,9 \pm 4,46$, $18,0 \pm 4,84$ балла, в КГ – $29,6 \pm 3,65$, $31,6 \pm 2,09$, $31,25 \pm 3,86$ соответственно ($p < 0,05$)).

Заключение. Сравнительная оценка уровня КЖ у пациентов с ХРС через 3, 6 и 12 месяцев после хирургического лечения свидетельствует о достоверно более значимом влиянии на КЖ медицинской реабилитации, предусматривающей дифференцированное назначение медикаментозной терапии и индивидуализированное использование физических тренировок.

РЕГИСТР БОЛЬНЫХ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ДЕВЕТЬЯРОВА Е.А., ДЮЖИКОВ А.А., ДЮЖИКОВА А.В.

ГБУ РО «РОКБ». Россия

Введение (цели/задачи). Легочная гипертензия (ЛГ) – это группа заболеваний, характеризующихся прогрессирующим повышением легочного сосудистого сопротивления (ЛСС) и давления в легочной артерии (ДЛА), которое приводит к развитию правожелудочковой сердечной недостаточности и преждевременной гибели пациентов. Ростовская область – субъект РФ на юге Европейской части России, входит в состав Южного Федерального округа. Население Ростовской области на начало 2019 года – 4 203 634 тыс. человек. Регион занимает 6 место в России по численности постоянного населения.

Материал и методы. В регистре больных ЛГ в настоящее время состоит 39 больных, что составляет 11 случаев на 1 млн. взрослого населения. Регистр больных ЛГ ведется с 2013 г. на базе кардиологического отделения Ростовской област-

ной клинической больницы, обладающей материально-техническими возможностями и наличием высококвалифицированных специалистов для обследования и уточнения диагноза пациентов с легочной гипертензией.

Результаты. Всего в регистре взрослого населения Ростовской области с диагнозом легочная гипертензия на февраль 2019 года находится 39 человек. Включенные в регистр пациенты: женского пола – 32 человека (82%), мужского – 7 человек (18%). Средний возраст составляет 48 лет (от 19 до 70 лет). Структура пациентов с легочной гипертензией в Ростовской области: с ИЛАГ – 10 человек (26%), с ХТЛГ – 7 человек (18%), на фоне ВПС – 17 человек (44%), на фоне СЗСТ – 1 пациентка (2,5%) и на фоне другой патологии (множественная миелома) – 1 человек (2,5%), неуточненной этиологии, требующей дообследования,

– 3 человека (7%). За время ведения регистра под наблюдением было 50 человек, 11 пациентов умерло вследствие декомпенсации основного заболевания в среднем через 1,5 года после установления диагноза ЛГ. Все умершие с легочной гипертензией имели высокий ФК III или IV, из них ЛАГ-специфичную терапию получали всего 4 человека. Среднее время от появления симптомов заболевания до установки диагноза составило 2,2 года. В течение последних 5 лет количество пациентов в регистре Ростовской области увеличилось с 8 до 39 человек. В настоящее время в Ростовской области (на начало 2019 года) обеспечены ЛАГ-специфичной терапией 25 человек (64%). Пациенты обеспечены следующими препаратами: силденафил – 16 человек (64%), бозентан – 5 че-

ловек (20%), риоцигуат – 1 человек (4%), комбинация силденафил+амбризентан – 1 человек (4%), комбинация силденафил +бозентан – 2 человека (8%).

Заключение. Большая осведомленность врачей первичного звена, более ранняя диагностика, верификация диагноза и индивидуальный подбор ЛАГ-специфичной терапии привели к снижению летальности у пациентов с легочной гипертензией. Своевременное обследование, в том числе в Федеральных центрах, и продуктивная работа специалистов, ответственных за данный раздел работы в Ростовской области, позволили значительно улучшить качество и продолжительность жизни у данной категории пациентов.

АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА: ФОКУС НА АДАПТАЦИОННО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

ДЖАНИБЕКОВА А.Р.¹, ГОРБУНОВА С.И.², ДЖАНИБЕКОВА Л.Р.³, ДЖАНИБЕКОВ М.Р.⁴, ИСХАКОВА З.А.¹, СЕРГЕЕВА В.Н.¹, ЭРКЕНОВА М.В.¹, АНТОНОВА Э.Н.¹

¹ГБУЗ СК «ГКБ №3», г. Ставрополь; ²ГБУЗ СК «ГП №4», г. Ставрополь;
³РГБ ЛПУ «КЧРКБ», г. Черкесск; ⁴МБОУ «Центр образования №11», г. Черкесск. Россия

Введение (цели/задачи). Поскольку оценка функциональных резервов является одним из обязательных условий оценки функционального состояния организма, его уровня здоровья, целью настоящего исследования послужил анализ функционального состояния организма, а именно сердечно-сосудистой системы и особенностей адаптационно-приспособительных возможностей у лиц молодого возраста.

Материал и методы. Обследованы 87 студентов Ставропольского государственного медицинского университета обоего пола в возрасте от 19 до 24 лет (средний возраст $21,4 \pm 0,2$ лет). Преобладали девушки – 53 (60,9%), юношей было 34 (39,1%). Проводили измерение АД традиционным методом, частоты сердечных сокращений, массы тела. У всех обследуемых определяли скрининговые антропометрические данные. Для оценки степени тренированности сердечно-сосудистой системы к выполнению физической нагрузки использовали соответствующую формулу для определения коэффициента выносливости (KB). Также осуществляли оценку адаптационного потенциала (АП) сердечно-сосудистой системы (по Р.М. Баевскому и соавт., 1987). Статобработку данных проводили с помощью пакета анализа STATISTICA, версия 6,0 и в Excell.

Результаты. Анализ уровней адаптационного показателя сердечно-сосудистой системы пока-

зал, что около 2/3 обследуемых, а именно у 67,8% студентов установлена удовлетворительная адаптация. Следовательно, 32,2% обследуемых составляют группу риска по показателю адаптации. В дальнейшем, при анализе данной группы риска выявлено, что у 46,4% из них имеет место напряжение механизмов адаптации, у 39,3% – неудовлетворительная адаптация и наконец, у 14,3% – срыв адаптации. Анализ результатов коэффициента выносливости, характеризующий тренированность сердечно-сосудистой системы, позволил установить, что нормальное значение показателя выявлено у 44,8% лиц из числа обследованных. Также установлено, что увеличение показателя у 36,8%, что свидетельствует об ослаблении функции сердечно-сосудистой системы, уменьшение показателя обнаружено у 18,4%, что соответственно говорит об усилении функции, следовательно, о наличии хороших резервов и высокой тренированности сердечно-сосудистой системы.

Заключение. Рейтинг здоровья занимает ведущее место в шкале жизненных ценностей и приоритетов будущих врачей. Однако полученные данные демонстрируют распространенность выраженного напряжения регуляторных механизмов у студентов-медиков, что свидетельствует о снижении функциональных резервов организма. Следовательно, необходимо дальнейшее совершенствование и усиление мер, направленных на



повышение валеограмотности и выработки устойчивой здравосозидающей позиции личности. Особая роль при этом принадлежит активному отдыху

и физическому труду как весьма результативному способу для профилактики утомления и стресса.

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МИОМОЙ МАТКИ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭМБОЛИЗАЦИЮ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ

ИРНАЗАРОВА Д.Х.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан

Актуальность. Миома матки является распространенной доброкачественной опухолью матки, встречающаяся до 80% у женщин репродуктивного периода. Минимально инвазивные хирургические методы лечения, такие как эмболизация маточных артерий (ЭМА), на сегодняшний день являются альтернативой открытой миомэтомии для миомы матки. Женщины с миомой матки имеют чрезвычайно высокий риск к гипертензии и кардиоваскулярным заболеваниям. Однако скорректированные данные о других факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) недостаточны. В этом перекрестном исследовании факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, гемодинамические параметры и бессимптомные повреждения органов были проанализированы между женщинами с миомой матки и контрольной группой в многонациональной популяции.

Цель исследования. Проанализировать кардиоваскулярные факторы риска у женщин позднего репродуктивного периода с миомой матки в постэмболизационном периоде.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в Родильном комплексе II клиники Ташкентской медицинской академии за период 2017–2018 годы. Нами обследованы 22 женщины с миомой матки, перенесшие ЭМА. Всем женщинам проведены стандартные клинико-лабораторные и инструментальные исследования, использованы шкала суммарного сердечно-сосудистого риска SCORE, биоимпедансометрия.

Результаты исследования. Возраст обследуемых женщин позднего репродуктивного возраста составил: 5 женщин – в возрасте 35–38 лет (22,7%), 9 женщин – в возрасте 39–42 года (40,9%) и 1/3 больных (n=8) в 43–45 лет (36,6%). При проведении биоимпедансометрии вычислялись не-

сколько параметров, настораживающих на висцеральный тип ожирения.

Индекс массы тела составил у 5 (22,7%) женщин нормальные средние значения – 21,7 кг/м², у 6 (27,3%) женщин – избыток массы тела – 26,8 кг/м² и у 50% обследуемых женщин (n=11) ожирение I класса – 33,4 кг/м². При оценке висцерального жира у 5 (22,7%) обследуемых женщин – 7 баллов, у 6 (27,3%) – 27 баллов и у половины женщин с ожирением I класса (n=11) – 60 баллов. Метаболический возраст у 5 (22,7%) женщин составил 6,2 года у большей половины (n=17 – 77,3%) – 48 лет. Мышечная масса у 1/5 (n=5) женщин составила 5%, у 1/3 (n=6) – 3,3% и у половины исследуемых (n=11) – 1,4%. Вычислена общая сумма в среднем шкалы суммарного сердечно-сосудистого риска SCORE: у 13 (59,1%) женщин – низкий риск, умеренный риск – у 1/3 женщин (n=8) и высокий риск – у 1 женщины (4,55%).

Выводы. Полученные нами данные совпадают с результатами зарубежных исследований. На сегодняшний день немодифицированные факторы риска к ССЗ, такие как поздний репродуктивный возраст женщин с миомой матки, а также модифицируемые факторы риска, такие как висцеральное ожирение, играют существенную роль в развитии ССЗ. Таким образом, профилактика ССЗ у женщин позднего репродуктивного периода с миомой матки представляет собой важную медико-социальную проблему. Биоимпедансометрия и шкала суммарного сердечно-сосудистого риска SCORE имеют важное прогностическое значение в профилактике развития ССЗ, реальное клиническое обоснование и служат эффективным инструментом для прогнозирования и первичной профилактики ССЗ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОВЫШЕНИЯ ЗНАНИЙ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

КАДЫРОВ Б.С., ЖУРАЕВА Х.И., БАДРИТДИНОВА М.Н.

Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара. Узбекистан

Введение (цели/задачи). Изучить эффективность повышения знаний для снижения избыточного веса среди населения с целью уменьшения риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Материал и методы. Репрезентативная выборка из неорганизованного населения в возрасте от 20 до 69 лет в количестве 797 человек (242 мужчины и 555 женщин). Проведен опрос населения при помощи вопросника с целью выявления их знаний об избыточном весе, ожирении и его осложнениях. Избыточная масса тела (ИМТ) рассчитана по формуле: $\text{вес(кг)}/\text{рост(м)}^2$, ≥ 25 , а уровни индекса Кетли ≥ 30 принимались за ожирение. Измерение АД проводилось дважды на обеих руках, с интервалом не менее 5 минут. Снимали ЭКГ на электрокардиографе «6-НЭК» в покое в 12 общепринятых отведениях.

Результаты. Установлено, что достаточно высоко распространены ИМТ и ожирение как среди женщин (20,65 и 18,48%), так и среди мужчин (37,34 и 12,03% соответственно). Среди обследованных пациентов у 42,01% мужчин и у 52,77% женщин было повышенное АД, а у 24,36% мужчин и у 41,20% женщин разные изменения на ЭКГ. Среди всех пациентов с проблемами веса был проведен опрос с целью выявления их знаний об избыточном весе и его осложнениях. Практически каждая третья женщина с ИМТ (35,96%) и

ожирением (30,39%) не считает, что повышенный вес повышает сердечно-сосудистый риск. 21,93% женщин с ИМТ и 16,67% с ожирением вообще не считают имеющееся у них повышение массы тела фактором риска ССЗ. Мужчины с ИМТ (34,44%) и ожирением (37,93%) не считают повышенный вес важным фактором риска. Далее всем мужчинам и женщинам при каждом их посещении, наряду с медикаментозным лечением, рекомендовано, чтобы их рацион питания больше содержал овощей и фруктов, меньше соли, животного жира и сахара, соблюдать здоровый образ жизни. Спустя 6 месяцев проводилось повторное обследование, были получены следующие результаты: у 21 (23,33%) из 90 мужчин с избыточной массой тела и у 11 (37,93%) мужчин из 29 с ожирением улучшились показатели ИМТ. Из 114 женщин с избыточной массой у 25 (21,92%) и из 102 женщин с ожирением у 19 (18,62%) нормализовались ИМТ, тем самым уменьшился риск сердечно-сосудистых заболеваний.

Заключение. Таким образом, немедикаментозное лечение, такое как соблюдение здорового образа жизни и рациональное питание являются частью в ведении больных с ИМТ и ожирением, приводящее к снижению риска сердечно-сосудистых заболеваний.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ГОРОДЕ ШЫМКЕНТЕ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ТЕМПЕРАТУРОЙ ВОЗДУХА

КАУЫЗБАЙ Ж.А.¹, СЕЙСЕМБЕКОВ Т.З.², СЕЙДАХМЕТОВА А.А.¹, ИВАНОВА М.Б.¹, ЕДИГЕ А.¹

*АО «Южно-казахстанская медицинская академия»¹ г. Шымкент;
АО «Медицинский университет Астана»², г. Астана. Республика Казахстан*

Цель работы. Определить взаимосвязь смертности больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с температурой воздуха в городе Шымкенте Республики Казахстан (РК).

Материал и методы. Анализ заболеваемости ИБС взрослого (18 лет и старше) населения РК и г. Шымкента за 2009–2017 гг., показателей ежемесячной смертности от ИБС (по МКБ-10: I20-I25) за 2009–2017 гг., с температурой воздуха тех же месяцев. Показатели сгруппированы по месяцам и сезонам года, анализированы в зависимости от пола и возраста: молодой (18–44 лет), средний

(45–59), пожилой (60–74) и старческий (75 лет и старше). Использованы методы статистического анализа с применением стандартного пакета программ Statistica (StatSoft) версии 13.0.

Результаты. За 2009–2017 гг. наблюдается рост впервые диагностированной ИБС у взрослого населения РК, в том числе городского – с 457,3 и 453,8 на 100 тыс. населения в 2009 г. до 497,8 и 529,8 в 2017 г. Заболеваемость ИБС в Шымкенте за эти годы также возросла, но показатели заметно ниже (с 434,9 до 444,3).



За рассматриваемый период в г. Шымкенте зарегистрировано всего 3306 случаев смерти от ИБС: женщин – 1482 (45%); мужчин – 1824 (55%); в возрасте 18–44 года 163 (4,9%); 45–59 лет 651 (19,7%); 60–74 года – 1014 (30,7%); старше 75 лет – 1478 (44,7%).

Наблюдается снижение смертности от ИБС с 554 в 2009 г. до 326 в 2017 г., за исключением 2014 и 2015 гг., когда этот показатель вырос до 330 и 380 соответственно. Однако, если рассматривать смертность от ИБС в разрезе пола, то он снизился для женщин (с 230 в 2009 г. до 108 в 2017 г.), а для мужчин минимального значения достиг в 2013 г. – 126, а затем стал расти и в 2017 г. составил 218.

За рассматриваемый период средняя температура воздуха (Тср.) составила 13,5°C, максимальная температура (Тмакс.) была зарегистрирована в июле 2015 г. и составила 34,2°C, минимальная температура (Тмин) была зарегистрирована в феврале 2012 г. и составила 18,5°C. Июль – самый жаркий месяц года, средняя температура 27°C. Январь – самый холодный месяц года, средняя температура 0°C.

При анализе ежемесячных показателей в общей популяции выявлены следующие достовер-

ные отрицательные коэффициенты корреляции смертности от ИБС среди женщин и мужчин от Тср ($r=-0,21$) и Тмакс ($r=-0,2$), и недостоверная корреляции смертности от ИБС среди женщин и мужчин от Тмин ($r=-0,18$).

Смертность от ИБС среди молодых женщин и мужчин (18–44 года) и температур оказалась недостоверной ($r=-0,1$). Зависимость смертности от ИБС в популяции среднего возраста (45–59 лет) от Тср ($r=-0,21$) и Тмакс ($r=-0,18$) была достоверной, а от Тмин ($r=-0,18$) недостоверной.

В группе пожилого возраста (60–74) была достоверно отрицательная корреляция от Тср ($r=-0,2$) и Тмакс $r=-0,21$, а от Тмин ($r=-0,2$) недостоверная. Смертность от ИБС среди старых женщин и мужчин и разных температур ($r=-0,01$) была недостоверной.

Заключение. При росте заболеваемости и снижении смертности от ИБС в г. Шымкенте связь между смертностью и показателями температур воздуха во всех возрастных группах слабая, обратная. Она более выражена у мужчин среднего возраста и у людей пожилого возраста. Наибольшая смертность наблюдалась зимой, наименьшая осенью, и с возрастом наблюдается увеличение частоты смертности.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ У СТУДЕНТОВ

КЕБЕРЛЕ С.П., НАРКЕВИЧ Д.Д., САРАНЧИНА Ю.В.

*Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова;
Кафедра фундаментальной медицины и гигиены, г. Абакан. Россия*

Актуальность. В современное время все больше молодежи, в том числе и студентов, занимаются спортом, посещают спортивные залы и секции. Одна из систем организма, которые будут реагировать на физическую нагрузку, это иммунная. Физическая нагрузка вызывает в организме своеобразное воспаление, которое направлено на возмещение клеточных потерь и адаптацию организма к последующим физическим воздействиям [Литвинова Л.С., 2012]. Тем не менее, молекулярные и клеточные механизмы этого воспаления остаются малоизученными. Изменения крови носят приспособительный характер, определяют функциональную устойчивость систем организма и являются показателем адаптационной мобильности [Зупанцев И.А., 2005]. В связи с этим изучение адаптационных возможностей иммунной системы у студентов является актуальным.

Цель. Выявить изменения фагоцитарной активности нейтрофилов под действием физической нагрузки у студентов.

Материал и методы. Материалом послужила венозная кровь, взятая у 22 студентов специальности «лечебное дело» 2 и 3 курса (15 девушек и 7 юношей). Средний возраст обследуемых составил $19,4 \pm 0,2$ лет. Все студенты систематически посещали занятия физической культурой по расписанию. Забор крови из вены проводили утром натощак в объеме 10 мл в вакутейнер с ЭДТА по общепринятой методике. Кровь забирали в два этапа: в покое (5 мл крови) и после проведения функциональной пробы (пробы Кверга) (5 мл крови). Фагоцитарную активность оценивали по фагоцитарному индексу (ФИ) и фагоцитарному числу (ФЧ). Результаты представлены в виде медианы (Me) и верхнего и нижнего квартилей (Q1–Q3). Сравнение двух связанных выборок проводили непараметрическим критерием Вилкок–Сона. Статистически значимыми считали различия с достоверностью $p \leq 0,05$.

Результаты. В состоянии покоя показатель ФИ у студентов составил 39,0 (32,0–44,0%), что было

ниже нормы (40–50%). После выполнения комплекса физических упражнений ФИ статистически значимо увеличился в два раза и был равен 57,0 (52,0–68,0%) ($p \leq 0,05$). Следовательно, физическая нагрузка вызывает активацию нейтрофилов, что рассматривается как физиологическая реакция на раздражитель. Показатель ФЧ в состоянии покоя был равен 3,4 (2,9–3,8) абс. ед., что находилось в пределах физиологической нормы (3–5 абс. ед.). После выполнения пробы Кверга уровень ФЧ изменился незначительно и составил 3,2 (2,6–4,4) абс. ед. Статистически значимых различий в показателях ФЧ после функциональной пробы не выявлено.

Оценка показателей фагоцитарной активности индивидуально у каждого обследуемого показала, что в состоянии покоя ФИ в пределах нормативных значений находился у 50% студентов, а у остальных был снижен. После физической на-

грузки у 37% обследуемых данный показатель поднялся выше нормы, а у 63% остался в диапазоне нормы. До выполнения пробы Кверга у 78% показатели ФЧ вошли в границы нормы, у 22% были ниже нормы. После функциональной пробы у 50% ФЧ осталась в границах нормы, у 13% это значение превысило норму, у 36% – ниже нормы. Снижение показателей фагоцитарной активности нейтрофилов может быть обусловлено истощением адаптационных резервов системы фагоцитов у студентов.

Выводы. По данным проведенного исследования было показано, что нейтрофилы являются быстро мобилизуемыми компонентами иммунной системы. При этом степень выраженности проявлений детерминирована индивидуальными особенностями и может служить показателем состояния реактивности организма студентов.

ФАКТОРЫ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В БИОКЛИМАТИЧЕСКИХ ЗОНАХ ПРИМОРСКОГО КРАЯ

КИКУ П.Ф.¹, КАЛИНИН А.В.², ГОРБОРУКОВА Т.В.¹, ЛИ М.В.¹

¹Дальневосточный федеральный университет; Школа биомедицины;

²НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Г.П. Сомова ДВО РАН, г. Владивосток. Россия

Введение. Исследованиями установлено, что во всем мире будет расти социальная и экономическая нагрузка на общество, здоровье населения, в том числе и социально значимые заболевания, где значительная доля принадлежит сердечно-сосудистым болезням при увеличении продолжительности жизни населения без улучшения медицинской помощи, условий образа жизни и среды обитания человека. По прогнозным оценкам, в ближайшие десятилетия ожидается увеличение риска развития ССЗ вследствие роста распространенности факторов риска ССЗ, напряженного и интенсивного темпа жизни со всеми вытекающими последствиями, а также увеличения доли населения пожилого возраста. Уровень сердечно-сосудистых заболеваний населения обусловлен взаимодействием целого ряда факторов, среди которых важное место занимают условия среды обитания.

Цель исследования. Эколого-гигиеническая оценка распространенности болезней системы кровообращения у населения Приморского края в зависимости от биоклиматической зоны, экологической ситуации и факторов среды обитания.

Материал и методы. Анализ заболеваемости взрослых проводился по Ф. 12 за период 2000–2017 гг. Для характеристики среды обитания взято 8 санитарно-гигиенических (согласно Ф. 18) и

7 природно-климатических модульных факторов, которые были представлены в 10-балльной системе на основе разработанной оценочной шкалы. В каждый модульный фактор входило от 3 до 10 параметров среды обитания. Для установления связи между факторами среды обитания и уровнем болезней кровообращения использовали регрессионный анализ из статистического пакета SSP. Оценка статистической значимости распространенности болезней системы кровообращения в зависимости от экологической ситуации и биоклиматической зоны территорий Приморского края проводилась по критерию Хи-квадрат (Пирсона). Эколого-гигиеническая оценка территории Приморского края показала, что имеются три биоклиматические зоны: Континентальная, переходная, побережье (Веремчук Л.В., Кикун П.Ф., 2002).

Результаты. Исследованием установлено, что в Приморском крае за период с 2000 по 2017 год впервые с 2006 года болезни системы кровообращения у взрослого населения вышли на первое место в структуре всей заболеваемости (43–49%) и составили 22002,4 на 100 000 населения. В структуре класса болезней системы кровообращения у взрослых преобладают гипертоническая болезнь, гипертоническая болезнь сердца, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярная болезнь. За 17-летний период произошло увеличе-



ние заболеваемости на 38%, что связано со многими причинами, в том числе с факторами среды обитания. Высокий уровень болезней отмечается в континентальной биозоне критической экологической ситуации. В зонах критической и напряженной экологической ситуации наблюдается нарастание уровня заболеваемости от побережья к континентальной биозоне. Необходимо отметить, что критическая экологическая ситуация как в континентальной биозоне, так и на побережье представлена крупными промышленными центрами, где антропогенный прессинг на популяционное здоровье особенно велик, что и обуславливает высокие уровни распространенности болезней системы кровообращения у взрослого населения. С использованием регрессионного анализа проведена комплексная оценка влияния факторов среды обитания на распространенность болезней системы кровообращения в зависимости от биоклиматической зоны. В континентальной биозоне значительное влияние оказывают уровень загрязнения атмосферного воздуха, число дней с биологически активной солнечной радиацией (БАСР), характеристика химического загрязнения и неблагоприятные физические факторы в городских и сельских поселениях, число дней с со скоростью ветра >15 ; в переходной биозоне – транспортные нагрузки, санитарное состояние почвы, число дней с биологически солнечной радиацией; на побережье – неблагоприятные физические факторы в городских и сельских поселениях, транспортные нагрузки, уровень загрязнения атмосферного воздуха.

Законные физические факторы в городских и сельских поселениях, число дней с со скоростью ветра >15 ; в переходной биозоне – транспортные нагрузки, санитарное состояние почвы, число дней с биологически солнечной радиацией; на побережье – неблагоприятные физические факторы в городских и сельских поселениях, транспортные нагрузки, уровень загрязнения атмосферного воздуха.

Заключение. Анализ полученных результатов и сопоставление их с данными литературы позволило предположить, что региональные особенности заболеваемости населения трудоспособного возраста по классу болезней системы кровообращения зависят в том числе и от биоклиматических, эколого-гигиенических факторов среды обитания. Климатогеографические и экологические факторы регионов, социально-демографические особенности могут обуславливать отклонение от общероссийских тенденций состояния здоровья населения, влиять на качество региональных трендов, в частности на улучшение или ухудшение состояния здоровья в регионе относительно российских или общемировых тенденций.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

КРАСНОВА О.И., ГОЛОВАНОВА И.А., ПЛУЖНИКОВА Т.В., ТОВСТЯК М.М.

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава. Украина

Введение. В Украине, как и большинстве стран мира, ведущее место среди причин смертности занимают болезни системы кровообращения. Основными среди заболеваний сердечно-сосудистой системы остаются ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда и гипертоническая болезнь.

Цель нашей работы. Провести анализ динамики показателей заболеваемости населения Украины по сердечно-сосудистым болезням и причин их возникновения.

Материал и методы. Медико-статистический, системный подход и анализ библиосемантический.

Результаты. В последние годы заболеваемость населения Украины по сердечно-сосудистым болезням остается на достаточно высоком уровне. Ежегодно в Украине регистрируется около 52 тыс. случаев инфаркта миокарда, 100–120 тыс. инсультов, 20 тыс. аритмий, 4 тыс. приобретенных пороков сердца. Самые высокие показатели заболеваемости зарегистрированы в Николаевской и Ивано-Франковской областях, а самые низкие – в Запорожской, Херсонской, Волынской и Черновицкой областях. Следует отметить, что каждый год на Украине рождается 4,5 тыс. детей с врожден-

ными пороками сердца. Самые высокие показатели заболеваемости среди детей регистрируются в Харьковской, Ровенской, Николаевской, Житомирской областях, а самые низкие – в Львовской и Херсонской областях. Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смертности населения в Украине. Ежегодно от них умирает 426 тыс. людей, и среди них большее количество – лица трудоспособного возраста. В Украине ежедневно умирает 22 пациента с острым инфарктом миокарда. Отмечается тенденция увеличения смертности (на 20%) от сердечно-сосудистых заболеваний среди лиц молодого возраста. По данным исследования, только 17–25% взрослого населения Украины не имеет ни ишемической болезни сердца, ни факторов риска развития сердечно-сосудистой патологии. Остальная часть населения нуждается в первичной или вторичной профилактике. К основным причинам возникновения сердечно-сосудистых заболеваний относятся несоблюдение здорового образа жизни, а именно курение, недостаток физической активности, нездоровое питание и чрезмерное употребление алкоголя. Также в зону риска входят люди с избы-

точным весом, повышенным артериальным давлением и повышенным уровнем сахара в крови. Для снижения заболеваемости сердечно-сосудистой патологией необходимо в первую очередь на местном уровне усилить меры первичной и вторичной профилактики, обеспечить учреждения здравоохранения современным лечебно-диагностическим оборудованием, усилить мероприятия по систематической подготовке специалистов.

Закключение. Сердечно-сосудистые заболевания – большая медико-социальная проблема, для решения которой необходима не только государственная поддержка, но и вмешательство центральных и местных органов исполнительной власти: усилить меры профилактики, обеспечить лечебные заведения современным лечебно-диагностическим оборудованием, улучшить реабилитационные мероприятия.

О ТРУДНОСТЯХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭЛЕКТРОДНОГО ЭНДОКАРДИТА И ТРОМБОЗА

КРЫЛОВ В.А., ЦОКОЛОВ А.В., НАСТАЕВА М.В.

ФГБУ МО РФ «1409 Военно-морской клинический госпиталь», г. Калининград. Россия

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – одно из наиболее грозных осложнений электро-стимуляционного лечения больных с нарушениями ритма и проводимости сердца. Литературные данные свидетельствуют, 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. У пациента 74 лет на фоне клиники ТЭЛА и рецидивирующей полисегментарной абсцедирующей пневмонии на протяжении двух месяцев регистрировалась клиника септицемия при недостаточном эффекте от проводимой комбинированной антибактериальной терапии. При трансторакальном и чреспищеводном ЭхоКГ-исследовании на приборе GE Logiq P6 (США) в правом предсердии (ПП) визуализировался электрод ЭКС, утолщенный до 8–12,1 мм, с нечеткими контурами, за счет рыхлых наложений средней и низкой плотности, с их минимальной подвижностью. Учитывая персистирующий субфибрилитет и септицемию, ЭхоКГ-картина не могла быть расценена однозначно как тромбоз электрода, сохраняя 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 мог служить электрод ЭКС. Через 6 месяцев, при повторном ЭхоКГ-исследовании электрод имел нормальный диаметр (2,1–2,6 мм) с достаточно четкими однородными контурами. На фоне длительно проводимой тромболитической терапии ситуация с ТЭЛА была решена.

Результаты. С учетом динамики изменения «толщины и структуры» электрода в ПП выявляемые ранее изменения «постфактум» трактовались 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.

Закключение. В качестве перспективной методики своевременной диагностики тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии у больных с имплантированными ЭКС должна рассматриваться методика перфузионной сцинтиграфии легких наряду с обязательным выполнением ЭхоКГ, рентгенографии органов грудной клетки и лабораторного звена обследования данных пациентов. Предложенный же клинический случай демонстрирует необходимость настороженного отношения врачей к возможному развитию тромбоза внутрисердечных электродов, не забывая об инфекционном эндокардите и о необходимости своевременной диагностики последнего.



ОЦЕНКА 10-ЛЕТНЕГО РИСКА СОСУДИСТЫХ КАТАСТРОФ И СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ С МАНИФЕСТНЫМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

КУДРЯШОВ Е.А.¹, КУЗЬМЕНКО Ю.В.¹, ДЖАНТЕМИРОВА Л.Р.¹, ГРЕБЕННИКОВА С.Р.¹, МАХНО О.О.¹, СКИБИЦКИЙ В.В.¹, КУДРЯШОВА Ю.А.²

¹ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет»;

²ФГБОУ ВО КГУФКСТ, г. Краснодар. Россия

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной смерти населения в Российской Федерации. Вторичная профилактика этих заболеваний предполагает разработку унифицированной методики по определению рисков осложнений и рецидивов сердечно-сосудистых заболеваний. Вычисление данного риска стало возможным после создания SMART (Second Manifestations of Arterial disease) Risk Score-калькулятора, разработанного на основе оценки различных критериев в популяции сосудистых пациентов и апробированного у 18436 пациентов с сосудистыми заболеваниями из Европы, США, Канады, Южной Африки, Австралии и Новой Зеландии и др. Достоинства калькулятора – использование стандартных доступных показателей, простота использования.

Цель исследования. Оценить 10-летний риск сосудистых катастроф (инфаркта миокарда, инсульта и сосудистой смерти) у пациентов с манифестными (предсуществующими) сердечно-сосудистыми заболеваниями для разработки дифференцированного подхода к их вторичной профилактике.

Материал и методы. Обследованы 100 пациентов обоего пола, находившихся на стационарном лечении в отделениях кардиологии №1 и №2 МБУЗ КГК БСМП г. Краснодара. Вычисление риска сосудистых катастроф производилось с помощью SMART Risk Score-калькулятора. Анализировались следующие показатели: пол и возраст, масса тела пациента, статус курения, артериальное давление и прием статинов на момент осмотра, наличие у пациента манифестных заболеваний (сахарный диабет, ИБС, перенесенный инсульт или транзиторная ишемическая атака, аневризма аорты, облитерирующий атеросклероз нижних конечностей), давность постановки диагноза ИБС в годах, лабораторные показатели (уровень общего холестерина (ОХ) крови, липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), креатинина крови, на основе которого вычислялся показатель СКФ по формуле CKD-EPI).

Результаты. Возраст пациентов – от 48 до 80 лет, средний – 68,7±7,3 лет. Мужчин было 42

(42%), женщин – 58 (58%). Из мужчин 14 человек были курящими (33,3%), 28 (66,7%) – некурящие. Среди женщин только 3 (5,2%) пациентки отметили статус курения. Подавляющее число больных (88%) имело диагноз ИБС (92,8% мужчин и 84,5% женщин). Сахарный диабет был диагностирован у 42,8% мужчин и 32,7% женщин. В анамнезе у 26% мужчин и 27,6% женщин были цереброваскулярные заболевания. Аневризма аорты была выявлена только у 1 (1,7%) женщины, а облитерирующий атеросклероз нижних конечностей у 19,0% мужчин и 13,8% женщин. Средний показатель систолического АД на момент осмотра составил у мужчин 124,7±26,5 мм рт.ст., а у женщин – 128,1±22,7 мм рт.ст. До поступления в стационар 35,7% мужчин и 55,2% женщин принимали статины. Уровень ЛПВП у мужчин составил 0,98±0,3 ммоль/л, а у женщин – 1,12±0,4 ммоль/л. Уровень ОХ и СКФ (CKD-EPI) у мужчин и женщин 4,39±1,2 и 5,15±0,9 ммоль/л, 77,3±10,8 и 60,5±9,5 мл/мин/1,73 м² соответственно. На основании градации SMART Risk Score-калькулятора 42,9% мужчин и 37,8% женщин имели низкий/умеренный риск сердечно-сосудистых катастроф (менее 20% – 10-летний риск), высокий риск (от 20 до 29%) 14,3% мужчин и 17,2% женщин и 42,9% мужчин и 50% женщин оказались в группе очень высокого/чрезвычайно высокого риска (риск более 30%).

Заключение. Несмотря на наличие показаний, 2/3 мужчин и почти половина женщина с клиническими проявлениями атеросклероза не получали липидснижающую терапию (статины) и 42,9% мужчин и 50% женщин имели очень высокий риск сосудистых осложнений. Разделение пациентов на категории риска с помощью SMART Risk Score-калькулятора поможет лечащему врачу контролировать и интенсифицировать терапию, особенно у пациентов высокого и очень высокого риска – назначение или увеличение дозы статинов, изменение статуса курения, контроль АД и функции почек. SMART Risk Score-калькулятор может стать простым, доступным и надежным инструментом для вторичной профилактики сосудистых катастроф.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ

КУРБАНОВ А.Ч.¹, КАРИМОВА Ф.А.², ТАБАРОВ А.³, РАДЖАБЗОДА М.Э.³

¹ТГМУ; ²ГКБ-2; ³РКЦК, г. Душанбе. Таджикистан

Введение (цели/задачи). Изучить, в какой степени снижение массы тела может рассматриваться как показатель эффективности профилактических мероприятий, направленных на снижение уровня холестерина в крови и нарушение толерантности к глюкозе.

Материал и методы. Использовались данные обследования 239 мужчин в возрасте 40–59 лет проходивших диспансерное наблюдений в клинике «Сино» города Душанбе с 2014 по 2017 год. У обследуемых, при наличии повышенных уровней риска ИБС, проводились профилактические мероприятия и ежегодное повторное обследование. Во время первичного и повторных обследований среди других показателей регистрировались масса тела (МТ) и рост, систолическое (АДс) и диастолическое (АДд), содержание холестерина в сыворотке крови (ХС) и глюкозы через час после нагрузки 75 г глюкозы, для исключения зависимости МТ от роста пациента использовался индекс массы тела (ИМТ).

Результаты. Полученные при обследовании данные показывают линейную зависимость от ИМТ порядка 22–23 кг/м² как АДс, так и АДд. Увеличение ИМТ на 1 кг/м² соответствует повышению АДс на 1,9 мм рт.ст., АДд – на 1,3 мм рт.ст. (или при среднем росте соответственно 0,65 и 0,44 мм рт.ст. на 1 кг МТ). При определении содержания

ХС четкая связь наблюдается только при ИМТ до 28 кг/м², а при больших значениях ИМТ она отсутствует (то есть ХС при изменении ИМТ на 1 кг/м² соответствует изменению содержания ХС примерно на 0,096 ммоль/л, или 1,9 мг%). Зависимость содержания глюкозы после нагрузки от ИМТ составляет в среднем 0,178 ммоль/л. Эти данные свидетельствуют о наличии четкой зависимости между изучаемыми факторами риска и ИМТ. Для изучения зависимости динамики риска от изменений МТ использовались результаты, полученные у повторно обследуемых лиц через год после первичного обследования (108). Исследования показали такую же картину, что и при первичном исследовании. Среднее изменение АДс составило 1,8 мм рт.ст., АДд – 1,3 мм рт.ст., содержание ХС 0,140 ммоль/л., глюкозы – 0,078 ммоль/л.

Заключение. Таким образом, при изменении МТ по данным повторного, с интервалом в один год, обследования одних и тех же лиц сохраняется примерно такая же зависимость АД и ИМТ, как и при статическом ее рассмотрении по данным одномоментного изучения. Полученные количественные оценки связей между АД, содержанием ХС и глюкозы, с одной стороны, МТ и ее временными изменениями – с другой, открывают возможности прогнозировать изменения уровней факторов риска по динамике МТ при оценке здоровья населения.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ В ВОЗРАСТЕ 20–69 ЛЕТ

МАКСУМОВА Д.К., САЛАХИДДИНОВ З.С., КОДИРОВ Д.А., ВАЛИЕВА М.Ю.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Довольно длительное время не уделялось должного внимания коррекции нарушений липидного обмена как одного из основных факторов риска (ФР) развития терапевтического континуума. Однако, начиная с 70-х годов XX века число исследований, особенно эпидемиологических, по изучению дислипидемии (ДЛП) и ее профилактики резко увеличилось. Результаты крупных эпидемиологических исследований, таких как Фремингемское, MONICA, Seven Country Study, MRFIT, убедительно свидетельствуют о большой роли в развитии сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и кардиоваскулярной смерти именно нарушений липидного обмена.

Цель исследования. Изучить распространенность нарушений липидного обмена у ВИЧ-инфицированной популяции в возрасте 20–69 лет.

Материал и методы. Обследована репрезентативная выборка из ВИЧ-инфицированного населения г. Анджана в возрасте от 20 до 69 лет в количестве 507 человек. Исследование было проведено совместно с Андижанским областным центром по профилактике и борьбе со СПИДом среди 263 женщин и 244 мужчин.

Результаты и выводы. Отмечено, что нарушение липидного обмена у ВИЧ-инфицированного населения встречается довольно с высокой частотой (63,7%). Липидные нарушения с большей распространенностью обнаруживаются у ВИЧ-муж-



чин (71,3%), чем у ВИЧ-инфицированных женщин (55,8%), $P < 0,05$. Повышенные уровни общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ) и холестерина липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП) у женщин и мужчин наблюдаются со следующей частотой соответственно: по 22,1 и 26,6% ($P > 0,05$), по 17,9 и 23,8% ($P > 0,05$), по 16,1 и 20,9% ($P > 0,05$).

Заключение. Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что имеются специфические особенности нарушения липидного обмена у ВИЧ-инфицированных мужчин и женщин. Поэто-

му целесообразен дифференцированный подход при осуществлении лечебно-профилактической помощи ВИЧ-инфицированным. Такие пациенты нуждаются, прежде всего, в увеличении фармакотерапии с учетом степени дисбаланса липидного обмена и естественно, активной вторичной и третичной профилактики в отношении дислипидемии (ДЛП). По-видимому, ВИЧ-инфицированным пациентам в подобных ситуациях показано безотлагательное назначение статинотерапии для профилактики терапевтического континуума.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СВЯЗИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ В ПОПУЛЯЦИИ НАРКОМАНОВ

МАМАДАЛИЕВА М.Л., АРТИКОВА С.Г., МАМАСОЛИЕВ Н.С., КАЛАНДАРОВ Д.М.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Цель работы. Изучить сравнительную характеристику степени связи основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ФРССЗ) с железодефицитными состояниями (ЖДС) в популяции наркоманов.

Материал и методы. Для эпидемиологического исследования была сформирована сплошная репрезентативная выборка мужчин и женщин 15–49 лет в количестве 589 человек. Для определения ЖДС и ФРССЗ применялись опросные, биохимические, инструментальные и общеклинические методы. Использовался анализ Кокса в версии процедуры SASPROC PHREG, что позволило вычислять b-коэффициенты ФР, стандартную ошибку – SE_b, χ^2 Вальда и 95% ДИ.

Результаты. У больных ЖДС существенно чаще выявляются следующие ФР ССЗ: нарушение характера питания – у 1,7% ($f=0,70$), злоупотребление крепкого чая и кофе – у 79,1% ($f=0,66$), злоупотребление ненаркотическими лекарственными средствами – у 89,3% ($f=0,74$), нарушение

режима питания – у 79,7% ($f=0,64$), злоупотребление алкоголем – у 85,7% ($f=0,57$), стрессовые факторы – у 2% ($f=0,11$), низкое потребление овощей и фруктов – у 84,1% ($f=0,53$), неблагополучный семейный фактор – у 59,0% ($f=0,40$), низкая физическая активность – у 79,8% ($f=0,24$), курение – у 74,2% ($f=0,22$), пониженная масса тела – у 66,8% ($f=0,51$), артериальная гипертензия – у 19,2% ($f=0,43$), избыточная масса тела – у 8,0% ($f=0,10$), гиперхолестеринемия – у 23,1% ($f=0,15$), гипертриглицеридемия – у 18,1% ($f=0,12$), дислипидемия – у 15,0% ($f=0,35$), геликобактерная инфекция – у 81,1% ($f=0,59$), гиперурикемия – у 30,0% ($f=0,44$) и МТОЗы – у 68,8% ($f=0,43$).

Выводы. Наркофон и ЖДС способствуют прогрессированию неблагополучных эпидемиологических условий в отношении сердечно-сосудистых заболеваний. Эти результаты, безусловно, должны быть использованы в реализации лечебно-профилактических программ в отношении сердечно-сосудистых заболеваний у наркоманов.

ВЛИЯНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО И СЕМЕЙНОГО СТАТУСА НА СЛУЧАИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

МАМАСАЛИЕВ Н.С., ТУЙЧИЕВ А.Х., ТУРСУНОВ Х.Х.

*Андижанский государственный медицинский институт
и Аф РНЦЭМП, г. Андижан. Узбекистан*

Цель исследования. Изучение и оценка распространенности случаев внезапной смерти (ВС) среди населения с разными образовательным (ОС) и семейным статусами (СС).

Материал и методы. Материалы (всего 1639 случаев ВС) собраны в течение 6 лет путем ежемесячного регистра «Врачебное свидетельство о

смерти» в отделении ЗАГСа г. Ферганы с верификацией в ЦАБ. У всех умерших анализированы и рассмотрены вопросы влияния ОС и СС на случаи ВС.

Результаты и выводы. Частота случаев ВС различается в зависимости от ОС. Следует отметить, что в группе умерших пациентов с высшим образованием случаи ВС регистрируются с частотой

27,0%. Среди умерших со средним и начальным образованием ВС отмечаются по 69,9 и 3,1% соответственно ($p < 0,001$). Среди умерших женщин ВС сравнительно часто регистрируется также в группе с высшим (27,9%, $p < 0,001$) и средним ОС (69,7%, $p < 0,001$) по сравнению с лицами с начальным образованием (2,6%). В группе умерших пациентов-мужчин случаи ВС наблюдаются с частотой 26,3, 70,2 и 3,4%, соответственно при высшем ($p < 0,001$), среднем ($p < 0,001$) и начальном ОС.

Отмечено, что как у женщин, так и у мужчин случаев ВС оказалось сравнительно больше в группе «женатых» (по 67,4 и 65,5%, $p > 0,05$) и «вдовец» (по 32,2 и 32,7%, $p > 0,05$). В группе па-

циентов «холост» и «разведенных» ВС имело место по 0,3 и 0,0%, 1,1 и 1,0%, соответственно у женщин и мужчин ($p < 0,05$). Влияние СС на случаи ВС существенно выше среди пациентов 40–49 лет (66,9%). Однако, начиная с 50-летнего возраста, ВС у пациентов регистрируется в качестве причины смерти все реже в зависимости от СС. Также заметно, что случаи ВС регистрируются только в группе пациентов «женатые» и «вдовы»: в 60–69 лет – по 18,7 и 12,8% ($p > 0,05$), 70–79 лет – по 26,9% и 36,4% ($p < 0,05$), 80–89 лет – по 8,7 и 41,8% ($p < 0,001$) и в 90 лет и старше – по 1,5 и 7,3% ($p < 0,001$) соответственно.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К РАЗВИТИЮ ПУТЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ С УЧЕТОМ НЕКОТОРЫХ СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ

МАМАСАЛИЕВ Н.С., ТУЙЧИЕВ А.Х., УСМОНОВ Б.У., МАМАСАЛИЕВ З.Н.

Андижанский государственный медицинский институт и АФ РНЦЭМП, г. Андижан. Узбекистан

Цель исследования. Определение эффективных путей профилактики внезапной сердечной смерти (ВСС) с учетом ведущих стрессовых состояний.

Материал и методы. Проведено поперечное (одномоментное) исследование в г. Фергане, и в качестве его объекта были взяты умершие ВСС (1639 человек: 942 мужчины и 697 женщин). Анализированы модифицируемые факторы риска, а также электрическая нестабильность миокарда, дисфункция левого желудочка и ишемия миокарда. Использованы общепринятые диагностические критерии ВСС.

Результаты и выводы. По нашим данным установлено, что при «хороших» и «плохих» жилищно-бытовых стрессовых ситуациях у женщин и мужчин случаи ВСС регистрируются с частотой 44,5 и 55,5% ($p < 0,05$) и 56,1 и 78,4% ($p < 0,05$) соответственно. Острые стрессовые состояния в ка-

честве причины ВСС отмечаются частотой не более 0,2% (у женщин – 0,1%, у мужчин – 0,2%).

Однако, в качестве риска существенно чаще встречались хронические стрессы (48,9%). У женщин и мужчин ≥ 15 –90 лет хронические стрессовые состояния способствуют увеличению случаев ВСС до 55,5 и 43,9% соответственно ($p < 0,05$).

Имеется прямая коррелятивная связь между ВСС и изученными видами стрессовых состояний во всех возрастных группах ≥ 20 –90 лет. При наличии стрессовых состояний ВСС регистрируется в возрастном диапазоне 20–29 лет с частотой 0,9%, в 30–39 лет – 1,4% ($p < 0,05$), в 40–49 лет – 4,4% ($p < 0,01$), в 50–59 лет – 12,7% ($p < 0,05$), в 60–89 лет – 38,4% ($p < 0,001$).

Заключение. В целом, валеологические (саногенетические) и дифференцированные мероприятия среди населения с учетом отмеченных результатов могут быть использованы в регуляции и профилактике ВСС.

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОИСКА ПУТЕЙ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ СНИЖЕНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ УЗБЕКИСТАНА

МАМАСАЛИЕВ Н.С., ТУЙЧИЕВ А.Х., ТУРСУНОВ Х.Х., МАМАСАЛИЕВ З.Н.

Андижанский государственный медицинский институт и АФ РНЦЭМП, г. Андижан. Узбекистан

Цель исследования. Поиск решения проблемы снижения «конечных точек» и значительного риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) в климатических условиях Ферганской долины Узбекистана.

Материал и методы. В г. Фергане с использованием биоклиматических и клинических методов изучалось и оценивалось влияние климатометеорологических факторов на развитие 1639 случаев внезапной смерти и ССО (ВС и ССО). В те-



чение года по 6 часовым интервалам накоплен банк сведений по метеофакторам I-го порядка и с использованием модифицированного нами метода Г.М. Данишевского оценивалось их влияние на развитие ВС и ССО.

Результаты и выводы. Результаты данного исследования показали практически важные эпидемиологические тенденции в отношении формирования неблагоприятных эпидемиологических и климатометеорологических условий в отношении ВС и ССО в условиях резко континентального климата г. Ферганы. Так, увеличение случаев ВС и ССО совпадает с определенными сезонами: существенно высокие показатели отмечаются зимой и наоборот, сравнительно меньшей частотой наблюдаются осенью, летом и весной ($p < 0,05$). Явно прослеживаются хронобиологические, хронотерапевтические и хронометеоклиматопрофилактические особенности в подъемах случаев ВС и ССО: пик событий был в утренние часы, поне-

дельник, пятницу, субботу. Самая высокая частота «конечных точек» и ССО приходилась на февраль и июль; уменьшение случаев ВС и ССО наблюдается в октябре и декабре ($p < 0,05$).

Полученные данные убедительно подтверждают, что в наше время XXI века заново должен познаться забытый опыт человечества и наследий великих умов о важности профилактической медицины в целом, и мониторинга возросшей частоты климато-биоритмологической напряженности в частности. Полученные нами результаты достаточно убедительно свидетельствуют, что под воздействием метеофакторов (солнечное сияние, колебания атмосферного давления, влажность и температура воздуха) и гелиогеофизикоклиматических напряжений/возмущений резко увеличивается ВС и ССО. Считаю, что в реальной практической деятельности следует широко использовать методы хронотерапии, хронопрофилактики и метеопрофилактики.

АНДИЖОН АҲОЛИСИДА ПРОФИЛАКТИК КАРДИОЛОГИЯНИНГ ДЕМОГРАФИК, ИЖТИМОИЙ-ИҚТИСОДИЙ ВА ТИББИЙ-ГЕНДЕРЛИК ЙЎНАЛИШЛАРИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ТАВСИФЛАРИ

МАМАСОЛИЕВ Н.С., МУСАШАЙХОВ У.Х., МАМАСОЛИЕВ З.Н.

Андижон давлат тиббиёт институти ва РШТЁИМ АФ, г. Андижон. Ўзбекистон

Ишнинг мақсади – юрак-қон томир касалликларига (ЮҚК) оид замонавий эпидемиологик шароитни аниқлаш ва бирламчи профилактиканинг айнан шу йўналишда замонавий тавсифларини очишдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар. Скрининг гуруҳи (26 кишидан иборат бўлган) ташкил этилди ва уларга Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ЖССТ) томонидан хатар омилларини эпидемиологик мониторинги бўйича тавсия этилган стандартизацияланган ва унифицирланган текширув усуллари ўқитилди (масъул-координатор – Мусашайхов У.Х.).

Мутлоқ танлов йўли билан жами 1662 та аҳоли гуруҳи Андижон ва Пахтаобод туманлари Маҳалла фуқаролар йиғини рўйхати асосида ташкил этилди [Андижон туманидан – 715 та (43,1%) ва Пахтаобод туманидан – 947 та (56,9%)]. Махсус эпидемиологик комплекс текширувга ажратилган аҳоли жалб этилди. Текширув ЖССТ тавсия этган дастур ва усуллар билан (WHO STEPS Instrument for Chronic Disease Risk Factor Surveillance «Uzbekistan») 2018 йил давомида амалга оширилди.

Олинган натижа ва хулосалар. Текширилганларнинг 879 таси (52,9 фоиз)ни эркаклар ва 783 тасини (47,1 фоиз) аёллар ташкил қилиб ($p > 0,05$) ёш гуруҳлари бўйича қуйидагича тавсифландилар:

≥18–20 ёшгача бўлганлар – 57 та (3,4 фоиз), 20–29 ёшдачилар – 503 та (30,3 фоиз), 30–39 ёшдачилар – 348 та (20,9 фоиз), 40–49 ёшдачилар – 256 та (15,4 фоиз), 50–59 ёшдачилар – 281 та (16,9 фоиз), 60–74 ёшдачилар – 161 та (9,7 фоиз), 75–89 ёшдачилар – 51 та (3,1 фоиз) ва 90 ёшдан ошганлар – 5 та (0,3 фоиз).

Аксарият ёшлар ва ўрта яшар аҳоли гуруҳини тиббий текширувга эҳтиёжи борлиги ёки қизиқиш уйғотганлиги эътиборни тортади ($p < 0,01$). Маълумотчанлик даражасининг юқорилиги ҳам тасдиқланди. Хусусан, ҳаммаси бўлиб мактабда ҳамда махсус ва олий ўқув юртларида ўқиш муддати бўйича қилинган таҳлил тасдиқландики, 7–8 йил ўқиганлар – 0,2 фоизни, 9–10 йил ўқиганлар – 0,9 фоизни, 9–11 йил ўқиганлар – 1,4 фоизни, 10–12 йил ўқиганлар – 68,2 фоизни, 13–15 йил ўқиганлар – 3,4 фоизни ва 14–19 йил ўқиганлар – 25,9 фоизни ташкил этади. «Тўлиқ» ва «ихтисослашган» таълим олиш даражаси (ЮҚК учун саноген омил ҳисобланади) 97,5 фоизга кузатилди ($p < 0,001$).

«Таълим юқори даражаси» хатар омил сифатида ўрганилганда аниқландики, энг кўп «ўрта махсус касб»лилар – 67,4 фоиз ($p < 0,001$) ва «олий маълумотлилар» – 25,7 фоиз ($p < 0,01$) қайд этилди. Жуда кам частоталарда «Мактаб таълимига эга

эмаслар» (1,1 фоиз), «Тугалланмаган умумий ўрта маълумотлилар» (0,2 фоиз), «Тугалланган умумий ўрта маълумотлилар» (0,8 фоиз) ва «Тугалланмаган махсус касбий маълумотга эга бўлганлар» (1,4 фоиз) кузатилди.

Маҳаллий аҳоли (ўзбек ва қирғизлар) 96,7 фоизни ва четдан келган аҳоли (тожиклар, қozoқлар, татарлар ва руслар) 3,3 фоизни ташкил этади ($p < 0,0001$). Ижтимоий-оилавий аҳоли бўйича (What is your marital status) текширувдан ўтган популяция қуйидагича тавсифланади: «Турмуш қўрмаганлар» – 5,2 фоиз, «Ҳозирги пайтда турмуш

қўрганлар» – 50,6 фоиз, «Турмуш қўрган-у, лекин ҳозирда алоҳида турувчилар» – 32,4 фоиз, «Ажрашганлар» – 4,9 фоиз, «Бевалар» – 6,8 фоиз ва «Фуқаровий никоҳдагилар» – 0,1 фоиз даражаларда» кузатилди.

Хулоса қилиш мумкинки, юқумли бўлмаган касалликлар профилактикасига текширилган икки туман аҳолисида ҳудудий индивидуал жиҳатлар берилиши керак бўлади. Авваламбор, қайд этилган эпидемиологик кўрсаткичлар негизида профилактик дастурлар яратилса ва мунтазам олиб борилса, мантиқан сифатли ва самарали бўлади.

ЗАМОНАВИЙ АҲОЛИ ПОПУЛЯЦИЯСИДА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ «ЧИЗГИСИ» БҲЙИЧА АЙРИМ МИНТАҚАВИЙ-ПРОФИЛАКТИК МАЗМУНДАГИ ТАВСИФЛАР

МАМАСОЛИЕВ Н.С., УСМОНОВ Б.У., МУСАШАЙХОВ У.Х., МАМАСОЛИЕВ З.Н.

Андижон давлат тиббиёт институти ва РШТЎИМ АФ, Андижон. Ўзбекистон

Ишнинг мақсади – замонавий аҳоли популяцияси учун йўналтирилган минтақавий-профилактик дастурларга асослар яратиш ва тавсияларни водий шароитида такомиллаштиришдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар. Андижон вилоятининг икки туманидаги эпидемиологик текширувда ≥ 18 –90 ёшли аёллар эркаклар жалб этилиб ўтказилди. Репрезентативли таъминланган қишлоқ популяцияси – 1662 аҳоли 2018 йил давомида комплекс тиббий кўрикка жалб қилиниб текширилди. Текширувда унифицирланган ва стандартизацияланган STEPS (WHO, 2014) саволномаси қўлланилди.

Натижа ва хулосалар. Андижон ва Пахтабод туман аҳолисини эпидемиологик тадқиқотга жалб қилиш натижалари кўрсатдики, аксарият популяция даражасида қуйидаги касб турлари учрайди ёки уларнинг касбларига охир 12 ой ичида мос келади (Which of the following best describes your main work status over the past 12 months?): «Давлат хизматчиси» – 25,3 фоиз, «Нодавлат хусусий корхона ишчиси» – 13,1 фоиз, «Тадбиркор» – 18,9 фоиз, «Ҳақ тўланмайдиган иш» – 0,8 фоиз, «Ўқувчи» – 4,5 фоиз, «Уй бекаси» – 9,5 фоиз, «Пенсия олувчи» – 12,9 фоиз «Меҳнатга лаёқатли, ишсиз» – 5,7 фоиз, «Меҳнатга лаёқатсиз, ишсиз» – 1,1 фоиз ва «Мавсумий, бир маротабалик, вақтинчалик ишларда бандлик» – 8,2 фоиз.

Булардан кўринадики, «касбий хатар омили»ни қайд этилиш даражаси 5,7 фоиздан ошмайди ва бу – халқаро кўламда солиштирилса, нисбатан мулоим эпидемиологик шароитларни улар ноинфекцион касалликларга нисбатан яратади демакдир.

Оиладаги одамлар сони ва эпидемиологик шароитларнинг уларга алоқадорлиги Ўзбекистон

популяциясида деярли ўрганилмаган ёки бўлган тақдирда ҳам уларнинг қимматлари эскириб, маълум даражада йўқолган. Биз хонадонингизда «18 ёшдан ошган неча киши сиз билан бирга яшайди»? деган саволномани қўйиб, ушбу ҳолатни ҳам аниқладик ва баҳолаб чиқдик. Одамлар сони битта бўлган хонадонлар – 3,1 фоиз, 2 талилар – 22,3 фоиз, 3 талилар – 36,0 фоиз, 4 талилар – 26,6 фоиз, 5 тали – 6,1 фоиз, 1 ва 6 тали – 5,9 фоизни ташкил этиши маълум бўлди. 61,4 фоиз хонадонда одамлар сони 3 тадан ортмайди ва 38,6 фоизда одамлар сони 4 тадан ортиқ эканлиги аниқланди ($p < 0,05$). Шунга монанд «Охирги йилда хонадонингизда ўртача даромад қанча бўлганлигини айтиб бера оласизми?» деб қўйилган саволга аҳоли томонидан ишончли ва тасдиқли қуйидагича жавоб берилган: 500 000 сўмгача – 2,1 фоизи, 500 000 сўмдан 1 000 000 сўмгача – 11,2 фоизи, 1 000 000 сўмдан 1 500 000 сўмгача – 16,8 фоизи, 1 500 000 сўмдан 2 000 000 сўмгача – 21,3 фоизи, 2 500 000 сўмдан 3 000 000 сўмгача – 29,3 фоизи ва 3 000 000 сўмдан ортиқ – 19,3 фоизи. Аҳолининг 69,9 фоизини хонадонидаги ўртача даромад 2 млндан юқори ва фақат 30,1 фоизидagina 1,5 млн. (асосан маошлар ҳисобга олинган, томорқа даромади бунга кирмаган) бўлган ($p < 0,01$).

Хулоса тарзида: аҳолини турмуш тарзига юқорида аниқланган эпидемиологик тавсифлар, шак-шубҳасиз, устуворлик қилиб таъсир кўрсатади. Улардан келиб чиқиб «маҳалла», «оила» ва «туман» кўламларида фаол профилактик-скринингли дастурлар режалаштирилса, амалга оширилса ва назоратгаса, мақсадга мувофиқ бўлади.



ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И РЕЗУЛЬТАТОВ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СРЕДСТВ МОБИЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

МАМИНОВА З.М.

РМАНПО; ЦМП Учтепинского района города Ташкента, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Оценить результаты оптимизации предоперационной подготовки и результатов кардиохирургических вмешательств у пациентов с пороками сердца в сочетании с хронической сердечной недостаточностью используя средства мобильного здравоохранения.

Материал и методы. В НМИЦ ССХ имени А.Н. Бакулева в период с 2016 по 2018 год обследованы и включены в исследование 60 пациентов, готовящихся к хирургической коррекции пороков сердца в сочетании с хронической сердечной недостаточностью, из них путем рандомизации 30 человек определены в группу исследования и 30 – в группу контроля. Посредством мессенджера Whatsapp на протяжении временного промежутка за 2 недели до оперативного вмешательства и последующего после операции года участники группы исследования минимум 2 раза в неделю отсылали сообщения исследователю по заранее составленному алгоритму мониторинга, который включает в себя параметры пульса, артериального давления, замеры суточных объемов принятой и выделенной жидкости на предмет скрытых отсеков, дистанции прохождения (если пациент был в состоянии осилить пешие прогулки). При наличии соответствующих показаний нами производится коррекция терапии, а также регулярно отсылается обучающий материал. Периодичностью раз в 3 месяца пациентам предлагается прохождение стандартных обследований в виде ЭхоКС, ЭКГ, заполнения опросников MHFLQ, удовлетворенности лечением (PPE-15, Опыт пациента по Пикеру) и

6-минутным шаговым тестом с последующей отсылкой результатов исследователю.

Результаты. В настоящее время пациенты находятся на разных этапах исследования, продолжается мониторинг послеоперационной реабилитации и обработка результатов исследования. Нами отмечена высокая степень удовлетворенности лечением пациентов из группы исследования. Пациенты демонстрируют сдвиг в положительную сторону результатов заполнения опросника MHFLQ (Баллы в предоперационный период=58,3, через 3 месяца после операции=33,6, $p=0,002$) по сравнению с группой контроля (до операции=78,1, через 3 месяца после операции=68,4, $p=0,007$). Отмечено развитие самодисциплины и привитие навыков самоконтроля за показателями здоровья у пациентов из группы исследования (90% пациентов из группы контроля строго придерживались рекомендаций, отслеживали вышеописанные показатели и поддерживали связь с исследователем для контроля и коррекции терапии).

Выводы. Мобильные технологии в ведении пред- и послеоперационного периода коррекции клапанной патологии позволяют оптимизировать подготовку и результаты кардиохирургических вмешательств (улучшить качество жизни пациентов), предполагается экономическая выгода ввиду сокращения риска инвалидизации прооперированных пациентов, сокращения частоты визитов к кардиологу, доступности для жителей из удаленных населенных пунктов.

ЁШГА БОҒЛИҚ ҲОЛДА ЎСМИРЛАРДА АРТЕРИАЛ ГИПОТОНИАНИ АНИҚЛАНИШИ ВА УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИ ШАРОИТИДА ПРОФИЛАКТИКАСИ ХУСУСИЯТЛАРИ

МАХМУДОВ А.А., АРТИКОВА С.Г., МАМАСОЛИЕВ Н.С., ҚАЛАНДАРОВ Д.М.

Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон. Ўзбекистон

Ишнинг мақсади – умумий амалиёт шифокори (УАШ) шароитида артериал гипотониянинг (АрГ) профилактикаси тизимини ўсмирларда тақомиллаштиришнинг илмий асосларини ишлаб чиқишдан иборат бўлди.

Текширув материали ва усуллари. 1500 та 15–22 ёшли ўсмирларда махсус эпидемиологик

текширув ташкил этилиб ўрганилди. Эпидемиологик, клиник, функционал ва инструментал текширув усуллари қўлланилиб, уларда АрГга оид эпидемиологик вазият аниқланди, баҳоланди ва профилактик технология ишлаб чиқилди.

Натижалар. Ўсмирларда АрГ 18,6% даражада тарқалиш билан кузатилади. У ёшга боғлиқ



ҳолда 4,3 баробарга етиб кўпаяди ва унинг барча турлари ўспиринларда ўсмирларга нисбатан ортиқ даражаларда ифодаланиб тавсифланади: бирламчи АрГ – 3,3 баробарга, иккиламчи АрГ – 8 мартага, физиологик АрГ – 42,5 баробарга, патологик АрГ – 2,7 баробарга, ўткир АрГ – 4,6 каррага, сурункали АрГ – 3,9 баробарга, нейрокардиал АрГ – 3 баробарга, ортостатик АрГ – 2,6 мартага, кардиоаритмик АрГ – 2,9 каррага ва дори-дармонлардан чакириладиган АрГ – 2 баробарга етиб, «ўсиш» билан ёшга боғлиқ ҳолда кузатилади.

Ушбу тавсифларга таяниб, ишлаб чиқилган махсус профилактик технологияни амалиётда қўл-

лаш мақсадга мувофиқдир. Чунки бундай фаолият 16,7% АрГ билан касалланиш даражасини ва 13,3% га етиб, унга боғлиқ ҳолда келиб чиқадиган асоратларни бартараф этиш имкониятини беради.

Хулосалар. Ўсмирлар ва ўспиринларда АрГ билан боғлиқ «терапевтик чидамли» муаммоларни тўлиқ ечишда УАШ учун эпидемиологик текширувлардан кенг фойдаланиш тавсия этилади. Бунинг учун стандартизацияланган скрининг усулларидан фойдаланиб ва тиббий ходимлар махсус тайёргарликдан ўтказилиб, профилактик амалиётлар мунтазам амалга оширилиши лозим.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГИПЕРГЛИКЕМИИ В ПОПУЛЯЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ С РАЗНЫМИ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИМИ СТАТУСАМИ

МАХСУМОВА Д.К., САЛАХИДДИНОВ З.С., КОДИРОВ Д.А., АХМАДАЛИЕВА У.К., МАКСУМОВА Д.К.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Убедительными научными фактами доказано, что заболеваемость ВИЧ-инфекцией продолжает расти во всех странах, а отсутствие научных профилактических подходов и эффективных способов лечения не позволяет ожидать снижения или стабилизации этого заболевания в ближайшем будущем.

Цель исследования. Сравнительная характеристика распространенности гипергликемии в популяции ВИЧ-инфицированных с разными социально-экономическими статусами.

Материал и методы. Применен специально разработанный на основе международного опыта стандартизованный опросник, по которому в дальнейшем оценивались ФР и вырисовывалась популяционная «конструкция» эпидемиологических условий в отношении терапевтического континуума у ВИЧ-инфицированной популяции. Опросник состоит из 12 разделов: 1) общая оценка здоровья; 2) антропометрические данные; 3) курение; 4) употребление наркотиков; 5) артериальная гипертензия; 6) пищевые

привычки; 7) употребление алкоголя; 8) осведомленность о ФР; 9) здоровье ВИЧ-инфицированных (результаты других методов исследований); 10) наследственная предрасположенность; 11) физическая активность; 12) общие сведения.

Результаты и выводы. Нами было замечено, что в зависимости от степени или вида неблагополучного социально-экономического статуса частота распространенности гипергликемии у ВИЧ-инфицированного населения разнится от 25,2% (при НОС) до 60,0% (при наличии хронических стрессов), или на 34,8%, то есть в 2,4 раза ($P < 0,01$). Сравнительно высокие показатели гипергликемии (ГГЛ) имеют место при наличии плохого жилищно-бытового статуса (31,9%) и неблагополучного семейного статуса (37,4%). Напротив, более низкая распространенность ГГЛ имела места в связи с неблагополучным социальным статусом (27,4%); $P < 0,05$. На развитие гипергликемии у ВИЧ-инфицированной популяции в 36,4% случаях влияют именно социально-экономические факторы.

КАРДИОПРОФИЛАКТИКАГА БЕВОСИТА АЛОҚАДОР ТАМАКИ СИЁСАТИНИНГ АҲОЛИ ОРАСИДА ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ (скринингли тадқиқот натижалари)

МУСАШАЙХОВ У.Х., МАМАСАЛИЕВ Н.С., УСМОНОВ Б.У., МАМАСОЛИЕВ З.Н.

Андижон давлат тиббиёт институти ва РШТЁИМ Аф, Андижон. Ўзбекистон

Тадқиқотнинг мақсади – тамаки чекиш зарари тарғиб қилиш ва назорат қилишга оид чора-тадбирлар ҳақидаги маълумотларни аҳоли ўртасида ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар. STEPS саволнома-си қўлланилиб репрезентатив қишлоқ аҳолисида (1662 та 18–90 ёшлилар) эпидемиологик текширув ўтказилди, тамаки чекишни назорат қилиш ва си-



гарета чекишни тарғиб қилиш ҳақидаги маълумотларнинг учраши даражаси ўрганилди.

Натижа ва хулосалар. Оммавий ахборот во-ситаларида тамаки чекишнинг зарари ва чекиш-ни ташлашга чақирувчи маълумотларнинг тарғиб қилиниши қуйидагича тасдиқланди: газета ва журналларда – 51,2 фоиз, телевиденияда – 96,1 фоиз ва радиода – 81,6 фоиз. Скрининг-саволно-ма тахлили яна кўрсатдики, тамаки маҳсулотлари сотувчи магазин ёки киоскаларда сигарета харид қилишни тарғиб қилувчи реклама ёки вивескаларни кўзга тушиши 1,8 фоизни, бепул сигареталар акци-ясининг (Free samples of cigarettes) учраши – 0,5 фо-изни, сигареталарнинг арзонлаштирилган нархда сотувининг учраши – 9,7 фоизни ва сигарета харид қилиш пайтида бошқа маҳсулотлар учун чегирма-лар тўғрисидаги махсус таклифларнинг учраши 1,9 фоизни ташкил этиб, кўзга ташланади.

Сигарета бренди ёки фирма белгиси туширил-ган кийим-кечакларнинг учраши – 1,7 фоиз, почта орқали сигареталарни тарғиб қилиш учрамаган ҳолда сигарета қутиларида сигаретанинг соғлиқ учун зарарли эканлиги ҳақидаги ёзувларни аҳоли томонидан пайқаш частотаси – 91,1 фоизга етиб кузатилди.

Яна бир муҳим тавсиф шу бўлдики, аҳолини че-кишдан воз кечиш ҳақида ўйлаб кўришга ундовчи сигарета қутиларидаги огоҳлантирувчи ёзувлар-нинг учраши 80,6 фоизга етиб тасдиқланди. Шун-га қарамасдан, сигарета сотиб олиш суръатини юқориликча қолаётганлиги эътиборталаб про-филактик объект сифатида кўзга ташланади. Ху-сусан, «Охирги марта текширилувчининг ўзи учун сигарета сотиб олиш умумий миқдори» қуйидагича частоталарда аниқланади: 5–10 та сигаретани со-тиб олувчилар – 11,7 фоиз, 11–15 та сотиб олувчи-лар – 19,2 фоиз, 16–20 та сотиб олувчилар – 47,3 фоиз ва 20 дан ортиқ сотиб олувчилар – 21,8 фо-издан.

Сигарета сотиб олиш учун сезиларли сум-ма сарфланиши ҳам кузатилди: охирги мар-та чекувчи томонидан сигарета сотиб олиш учун умумий миқдорда сарфланган пул сумма-си (сўм) қуйидагича тавсифланди: 1000–3000 сўмгача – 10,6 фоиз, 4000–6000 сўмгача – 53,6 фоиз ва 10 000 дан ортиқ харажат қилганлар 20,6 фоизга етиб кузатилди.

Ушбу муаммоларни хатар омил сифатида фаол ечиш ёки олдини олиш, сўзсиз, минтақавий карди-опрофилактика самарасини оширади.

ТАМАКИ ИСТЕЪМОЛ ҚИЛИШ: КАРДИОВАСКУЛЯР ХАСТАЛИКЛАРНИ ХАТАР ОМИЛИ СИФАТИДА ЗАМОНАВИЙ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ

МУСАШАЙХОВ У.Х., МАМАСАЛИЕВ Н.С., ТОШМАТОВ Б.У., МАМАСОЛИЕВ З.Н.

Андижон давлат тиббиёт институти ва РШТЁИМ АФ, Андижон. Ўзбекистон

Тадқиқотнинг мақсади – тамаки истеъмол қилиш (ТИҚ) тавсифини замонавий популяцияда ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар. 1662 та ≥18–90 ёшли репрезентатив аҳоли гуруҳи Андижоннинг икки ту-манида эпидемиологик тадқиқотга жалб қилинди ва 2018 йил давомида комплекс текширувдан ўтказилди. STEPS саволномасидан фойдаланилди.

Натижа ва хулосалар. Аниқландики, текши-рилган популяцияда ТИҚ 39,2 фоиз частота билан қайд қилинди ва унинг 81,1 фоизини «Ҳар куни чекувчи»лар ташкил қилади. ТИҚга берилишнинг кучайиши 22–25 ёшдан (48,2 фоиз) бошланади ва 25–28 ёшдан кейин ҳам «Илк чекиб кўриш одати» анча юқори частота билан (33,3 фоиз) сақланиб қолади. Турли ёш диапозонларида бу хатар оми-ли 1,2 фоиз (ўсмирларда) ва 7,8 фоиз (19–22 ёш-лиларда) тарқалиш билан кузатилди. Ёшга боғлиқ ҳолда ТИҚга берилиш аҳолида то 8,8 баробарга етиб ортиб бориши тасдиқланди ($p < 0,01$).

Чекиш муддати бўйича (Do you remember how long ago it Was?) 5 йилги муддатлилар 3,2 фоиз, 10 йиллилар – 38,3 фоиз, 15 йил чекувчилар – 34,7 фоиз, 20 йиллик муддатдагилар – 19,2 фоиз ва

25 йилдан ортиқ чекувчилар – 4,6 фоизни таш-кил қилди. Кунига тамаки маҳсулотларини ўртача чекиш миқдори 1 донадан бошлаб то 20 дона-дан ортиқни ташкил этиб, қуйидагича частоталар-да тасдиқланди: 1–3 донадан чекувчилар – 4,9 фоиз, 4–6 донадан чекувчилар – 10,5 фоиз, 8–10 донадан чекувчилар – 23,7 фоиз, 11–15 донадан чекувчилар – 26,1 фоиз, 16–20 донадан чекув-чилар – 20,8 фоиз ва 20 донадан ортиқ чекувчи-лар – 14,0 фоиз.

10 донадан кўп миқдорда чекувчилар 2 баро-бардан кўпроқ даражада тасдиқланди ($p < 0,01$). Таҳлилларимиздан яна маълум бўлдики, «Охир-ги 12 ой мобайнида чекишни ташлашга ҳаракат қилиб кўрганлар» – 33,6 фоизни ва шу вақт да-вомида тиббий ходимга учраб, чекишни таш-лаш маслаҳатини олганлар – 89,1 фоизни таш-кил этди. Ҳозирда чекмовчилар ва лекин илгари тамаки маҳсулотларини чекканлар 81,7 фоизга етиб учрайди (уларнинг 65,8 фоизи ҳар куни ис-теъмол қилганлар) ва чекишни ташлаганлар – 20–25 ёшда 3,6 фоиз, 26–30 ёшда – 19,1%, 31–40 ёшда – 20,1 фоиз ва 41–50 ёшда – 45,0 фоизга етиб кузатилади.

Аввалги йилларда текширилган популяциядан фарқли ўлароқ, «Бугунги кунда нос, бурнаки тамаки ёки чайналадиган тамаки каби бошқа тамаки маҳсулотларини истеъмол қилувчилар» қатлами пайдо бўлаётганлиги жиддий ҳушёрликка чорлайди. Булар 10,2 фоизни ташкил этади (ҳар кун истеъмол қилувчилар – 67,0 фоиз; кунига 1 марта истеъмол қилувчилар – 6,8 фоиз, 2 мартали-

лар – 14,6 фоиз, 3 марталилар – 20,4 фоиз, 4 марталилар – 36,8 фоиз ва 5 мартадан ортиқ истеъмол қилувчилар – 21,4 фоиз) ва бундан ташқари чекмайди-ю, лекин «Чекувчилар майдони»да яшовчилар (нофаол чекувчилар) 60,4 фоиз даражада қайд этилади (уйида – 56,4 фоиз ва иш жойида – 64,4%; $p < 0,05$).

ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, СТЕПЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ НА МОМЕНТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В СТАЦИОНАР (предварительные данные регистра)

НАГАЕВА Г.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан

Введение (цели/задачи). Анализ медикаментозной терапии (МТ) пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ), коморбидным с артериальной гипертензией (АГ) на момент госпитализации в стационар (предварительный анализ анамнестических данных регистра по ОИМ).

Материал и методы. Предварительный анализ регистра был проведен у 202 респондентов, из которых у 172 (85,1%, в дальнейшем 100%) имелась коморбидность с АГ. При сборе анамнестических данных по МТ учитывались группы лекарственных препаратов (ЛП): нитраты (Нт), β-адреноблокаторы (БАБ), антагонисты кальция (АК), ингибиторы АПФ (иАПФ), сартаны (Срт), статины (Ст), аспирин-содержащие препараты (АСК), клопидогрель (Клр). Для каждого больного вычислялась сумма ЛП (Σ ЛП), принимаемых им в сутки.

Результаты. Из 172 больных ОИМ, коморбидных с АГ, АГ-1ст. отмечалась у 142 (82,6%) – 1 гр; АГ-2ст. – у 25 (14,5%) – 2 гр. и АГ-3ст. – у 5 (2,9%) больных – 3 гр. Ср. степень АГ составила $1,49 \pm 0,63$. Средний возраст в целом по группе составил $61,1 \pm 9,6$ лет, при этом у лиц 1 гр. – $60,8 \pm 9,9$ лет, во 2 гр. – $60,7 \pm 7,8$ лет и у больных 3 гр. – $56,4 \pm 6,3$ лет. Соотношение муж./жен. в целом у всех обследуемых составило 121/51, а по группам – 98/44, 18/7 и 5/0 соответственно. Анализ принимаемых групп ЛП установил следующее: Нт в 1гр. прини-

мали 20%, во 2 гр. – 36% и в 3 гр. – 0% пациентов; БАБ принимали в 1 гр. – 48%, во 2 гр. – 56% и в 3 гр. – 40% больных; АК – 21, 24 и 20%, соответственно в 1, 2 и 3 группах; иАПФ – 43, 44 и 60%; Срт – 31, 12 и 0%; Ст – 32, 48 и 20%; АСК – 70, 80 и 60% респондентов; Клр – 3, 8 и 0%, соответственно, в 1, 2 и 3 группах (все $p > 0,05$). Средняя Σ ЛП в 1гр. составила $2,95 \pm 1,24$ ан 1 больного; во 2 гр. – $3,20 \pm 1,12$ и в 3 гр. – $2,40 \pm 0,55$ на 1 больного (все $p > 0,05$). Т.е., пациенты с ОИМ и АГ-3 ст. в наибольшем количестве случаев принимали двухкомпонентную терапию (иАПФ и АСК), а больные, коморбидные с АГ 1-й и 2-й степени более чем в 30% случаев принимали по 3–4 ЛП в сутки (БАБ, иАПФ, Ст и АСК).

Заключение. АГ, как коморбидная патология у больных ОИМ, отмечалась в 85,1% случаев, из которых 82,6% составили лица с АГ-1ст., 14,5% – с АГ-2ст. и 2,9% – с АГ-3ст. В целом по группе, независимо от степени АГ, преобладали лица мужского пола, однако в возрастном аспекте пациенты с АГ-3ст. оказались моложе на 4,7 и 4,4 лет, чем лица с АГ-1-й и 2-й степени. Пациенты с ОИМ и АГ-3ст. в наибольшем количестве случаев принимали двухкомпонентную терапию (иАПФ и АСК), а больные коморбидные с АГ 1-й и 2-й степени более, чем в 30% случаев принимали по 3–4 ЛП в сутки (БАБ, иАПФ, Ст и АСК).



ОЖИРЕНИЕ, ГЕНДЕРНАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА (предварительные данные регистра по острому инфаркту миокарда)

НАГАЕВА Г.А., АМИНОВ А.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан

Введение. В связи с ростом технического прогресса в современном обществе прогрессирует гиподинамия, которая способствует развитию ожирения. Последнее особенно часто поражает женщин, в связи с чем наметилась тенденция роста ССЗ, в том числе острого инфаркта миокарда у женщин.

Цель. Ожирение и гендерная принадлежность во взаимосвязи с различными типами острого инфаркта миокарда (ОИМ с/без зубца Q).

Материал и методы. Для проведения мониторинга больных с ОИМ и сбора необходимой и полноценной информации сотрудниками отдела Профилактики ССЗ РСНПМЦК был разработан специальный опросник – «карта-регистр». Достоверными считались различия при $p < 0,05$. В представленной статье описаны данные предварительного анализа больных с ОИМ, пролеченных в условиях РСНПМЦК. Из 202 человек у 191 (94,6%) был вычислен ИМТ. В зависимости от уровня ИМТ были выделены три группы: 1 гр. (ИМТ < 25 кг/м²) – 36 (18,8% от 191) больных ОИМ с нормальным весом (группа контроля); 2 гр. (ИМТ = 25–30 кг/м²) – 84 (44,0% от 191) человека с избыточным весом; 3 гр. (ИМТ > 30 кг/м²) – 71 (37,2% от 191) че-

ловек с ожирением различной степени выраженности.

Результаты. Средний возраст респондентов в целом по группе составил $60,24 \pm 10,01$ (от 27 до 80) лет. Во всех трех группах преобладали лица мужского пола: 138/53, соответственно муж/жен. Средний возраст мужчин составил $57,83 \pm 9,61$ лет, а у женщин – $66,53 \pm 8,19$ лет ($p < 0,0001$). Количество лиц с нормальным весом в мужской популяции составило 26 (18,8% от 138); с избыточным весом – 64 (46,4% от 138) и с наличием ожирения – 48 (34,8% от 138) человек. Среди женщин аналогичные показатели составили – 10; 20 и 23 (18,9; 37,7 и 43,4% от 53), соответственно (все $p > 0,05$). Встречаемость ОИМ с Q в 1 гр. составила 44,4%, во 2 гр. – 67,9% ($p < 0,05$) и в 3 гр. – 59,2%. Встречаемость ОИМ без Q составила 56,6%; 32,1% ($p < 0,05$) и 40,8% соответственно.

Заключение. Несмотря на то, что у женщин ОИМ развивался в 2,6 раза реже и по возрасту на 8,7 лет позже, чем у мужчин, тем не менее ожирение у женщин регистрировалось чаще, в то время как у мужчин преобладал избыточный вес. Более тяжелая форма ОИМ (ОИМ с Q) чаще регистрировалась у лиц с ИМТ > 25 кг/м².

ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА: ПОРАЖЕНИЕ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ И ЕЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ (по данным регистра)

НАГАЕВА Г.А., АМИНОВ А.А., МАМУТОВ Р.Ш.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан

Введение (цели/задачи). Оценка клинических характеристик пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) задней стенки (ЗС) левого желудочка (ЛЖ). [Предварительные данные регистра по ОИМ].

Материал и методы. Для проведения мониторинга больных с ОИМ и сбора необходимой и полноценной информации сотрудниками отдела Профилактики ССЗ был разработан специальный опросник – «карта-регистр». В предварительный анализ вошли данные 467 больных с ОИМ, пролеченных в условиях клиники Центра кардиологии за один календарный (2018) год. Средний возраст пациентов составил $59,6 \pm 9,4$ лет. Из 467

респондентов у 155 (33,2%) ОИМ локализовался по ЗС ЛЖ.

Результаты. Наличие ОИМ с зубцом Q имело место у 119 (76,8%) и ОИМ без зубца Q – у 36 (23,2%) респондентов. Соотношение мужчин и женщин составило 126/29 (т.е. 4,3/1). Соотношение ОИМ с Q/ОИМ без Q среди мужчин составило 102/24 (т.е. 4,3/1), а среди женщин – 17/12 (т.е. 1,4/1). Изолированное поражение ЗС ЛЖ имело место у 120 (77,4%) больных, из которых ОИМ с Q – 94 и ОИМ без Q – 26 человек. В 33 (21,3%) случаях имелись сочетанные повреждения с боковой стенкой ЛЖ (23 при ОИМ с Q и 10 при ОИМ без Q). У остальных 2 больных ОИМ ЗС ЛЖ сочетался с

вовлечением передней, передне-перегородочной области и верхушечного сегмента. Из осложнений раннее постинфарктная стенокардия (РПС) имела в 45 (29,0%) случаях, при этом на долю ОИМ с Q пришлось 37 (23,9%) больных [из них муж./жен. – 31/6], а на долю ОИМ без Q – 8 (5,2%) человек [из них муж./жен. – 3/5]. У 17 (10,9%) больных (10 (6,5%) пациентов с ОИМ с Q и 7 (4,5%) – ОИМ без Q) имелись нарушения ритма сердца (НРС), как желудочковые, так и наджелудочковые. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) отмечалась у 132 (85,2%) больных, из которых ОИМ с Q – 101 (65,2%) и ОИМ без Q – 31 (20,0%) человек. Коморбидную патологию составили: артериальная гипертензия (АГ) – 142 (91,6%) случая; сахарный диабет – 34 (21,9%); ожирение различной степени выраженности – 62 (40,0%); патология легочной

системы – 16 (10,3%) и патология ЖКТ – 8 (5,2%) случаев. СКД-ЕПІ < 60 мл/мин. было зарегистрировано у 58 (37,4%) пациентов. Средняя суммарная составляющая коморбидности составила для больных ОИМ с Q $2,1 \pm 0,9$ и для больных ОИМ без Q – $2,0 \pm 0,8$ ($p > 0,05$).

Заключение. ОИМ ЗС ЛЖ в 76,8% случаев характеризовался формированием зубца Q. Мужчин в 4,3 раза было больше, чем женщин. Соотношение ОИМ с Q/ОИМ без Q среди женщин было сопоставимо. Изолированное поражение ЗС ЛЖ имело у 77,4% больных. ОИМ ЗС ЛЖ в 82,5% случаев осложнялся формированием ХСН, в 29% – РПС и в 10,9% – желудочковыми и наджелудочковыми НРС. ОИМ ЗС ЛЖ наиболее часто сочетался с АГ (91,6%), ожирением (40,0%) и ухудшением почечной функции (37,4%).

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ «STEPS»

НАРМУХАМЕДОВА Н.А., ЦОЙ Е.С., ШУКУРОВ Ш.У., ЮЛДАШЕВ Р.М.

Проект «Здоровье-3», г. Ташкент. Узбекистан

В настоящее время в Узбекистане, как и в других странах, основную долю (91,4%) смертности составляют неинфекционные заболевания (НИЗ). Среди всех причин смертности первое место занимают заболевания системы кровообращения (60,9%) – это ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ) и их осложнения (инфаркт миокарда и мозговой инсульт и др.). Для снижения показателей смертности необходимо внедрение первичной профилактики, а именно, раннее выявление факторов риска (ФР) и уменьшение их влияния на развитие сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений.

С этой целью у нас в стране было проведено исследование ВОЗ «STEPS» по выявлению распространенности факторов риска НИЗ среди населения 18–64 лет.

Согласно методологии исследования, на первом этапе был проведен опрос 4350 жителей республики по стандартному вопроснику для выявления факторов риска. На втором этапе – проведено измерение физических данных и уровня артериального давления, на 3 этапе – лабораторное обследование.

Результаты. Анализ распространенности факторов риска показал, что только 11% обследованного населения не имело факторов риска, в основном это были лица молодого возраста. 66,4% населения имели 1–2 ФР, а 22,6% населения – 3–5 ФР НИЗ.

Среди выявленных факторов риска отмечено, что 67,2% лиц употребляют овощи и фрукты в недостаточном количестве, только 32,8% употребля-

ет 5 и более порций овощей или фруктов в день согласно рекомендациям ВОЗ. 96,1% населения используют растительное масло для приготовления пищи.

Физическая активность у 16,4% населения не соответствует рекомендациям ВОЗ для сохранения здоровья, у 22,3% жителей страны отмечен низкий уровень физической активности, 60,9% населения не выполняют интенсивных физических нагрузок.

36,1% взрослого населения часто используют соленые приправы, соленые соусы или подливы, 31,5% взрослого населения более 3 раз в неделю употребляют продукты с высоким содержанием соли, 15,6% лиц часто добавляют соль в пищу перед едой. Хотя 91,3% опрошенных уверены, что употребление большого количества соли может вызвать у них проблемы со здоровьем и 46,8% населения считает очень важным уменьшение соли в рационе питания.

Употребление табака в настоящее время характерно преимущественно для мужчин (30,7%), хотя более половины курильщиков (52,7%) отметили, что медработники рекомендовали им бросить курить. Информацию о вреде курения 61% жителей страны читали в газетах и журналах, 82% услышали по телевидению и 54,1% – по радио. Среди курящих табак с дымом 84,3% замечали предупреждения о вреде курения для здоровья на пачках сигарет и 80% задумывались бросить курить. Однако 9,6% опрошенных замечали в магазинах и киосках рекламу или вывески, стимулирующие продажу табачных изделий.



Две трети взрослого населения (66,6%) воздерживаются от употребления алкоголя на протяжении всей жизни, 7,0% населения не употребляли алкоголь более года, из них около трети – по медицинским показаниям. 26,4% опрошенных употребляли различные алкогольные напитки в течение последних 12 месяцев, среди них мужчин в 4 раза больше, чем женщин.

У 50,1% населения выявлен избыточный вес, а у 20,2% – ожирение, из них женщин статистически больше по сравнению с мужчинами. Интересно отметить тот факт, что доля лиц с ожирением увели-

чивается с возрастом: так, ожирение в группе лиц 18–29 лет составляет 7,3%, в группе лиц 30–44 лет – 22,9%, а в группе 45–64 лет – уже 38,7%.

Заключение. Медицинский персонал учреждений первичного звена здравоохранения должен своевременно выявлять факторы риска, систематически проводить профилактические мероприятия по снижению воздействия их на организм. Для этого эффективны регулярный мониторинг факторов риска НИЗ, раннее выявления повышенного уровня АД и своевременно начатое лечение.

УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИ ШАРОИТИДА ГИПЕРТОНИЯ КРИЗИНИНГ «ЭПИДЕМИОЛОГИК ИЛДИЗЛАРИ»

НИЯЗОВ М.Ш., МАМАСОЛИЕВ Н.С., ҚАЛАНДАРОВ Д.М., АРТИКОВА С.Г.

Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон. Ўзбекистон

Ишнинг мақсади – умумий амалиёт шифокори (УАШ) учун муҳим «эпидемиологик илдизларни» гипертония кризи (ГКр) бўйича аниқлаш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Текширув материали ва усуллари. 725 нафар 15–70 ёшгача бўлган уюшмаган аҳоли гуруҳи (361 нафари аёллар ва 364 таси эркаклар) эпидемиологик текширувга жалб қилинди. ЖССТ – ГХЖ (1999) ва Россияда (2008) қабул қилинган мезонлар қўлланилиб ГКр ни эпидемиологик тавсифларни ўрганилди.

Натижалар. УАШ шароитида ГКр тарқалиши частотаси 37,2% ни ташкил этади. Энг кам даража билан ГКр гипертония касаллигининг (ГК) I-босқичида (9,1%), унга қиёслаганда 1,8 баробар кўп ГК II босқичида (16,6%, $P < 0,05$) ва 2,4% фарқ билан (11,4%, $P > 0,05$) ГК нинг I–II босқичларида тафовут билан қуйидагича қайд қилинади: ГК I босқичида – 3,4 ва 5,7% дан ($P < 0,05$), ГК II-босқичида – 8,0 ва 8,9% дан ($P > 0,05$) ва ГК III-босқичида – 6,2 ва 5,2% дан ($P > 0,05$). Жами ГК

II тури – 19,8 ва ГК I тури – 17,7% даражаларда ($P > 0,05$) кузатилди.

УАШ шароитида ГКр энг кам < 20 ёшгача ва 20–29 ёшда бўлганларда кузатилиб, ёш ортиши билан ГКр учраб туриш холлари – 4,5 баробарга (30–39 ёшда, $P < 0,001$), 22,3 баробарга (40–49 ёшда, $P < 0,001$), 37,2 каррага (50–59 ёшда, $P < 0,001$), 41,6 баробарга (60–69 ёшда, $P < 0,001$) ва 29,4 баробарга (70 дан ошганларда, $P < 0,001$).

Хулосалар. ГКр муаммоси УАШ шароитида долзарблашган, унга оид «эпидемиологик илдиш»ларни топиш ҳамда улардан келиб чиқиб даволаш-профилактика дастурларини тубдан ўзгартириб бориш муҳим фаолият бўлиб ҳисобланади. ГКр га оид эпидемиологик натижалар инobat қилиниб фармакотерапия ва самарали антигипертензив амалиёт таъминланади; иккинчидан, ГК билан боғлиқ атеросклеротик континуумни бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикасини самараси таъминланади.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОЦЕНКЕ И ВОЗДЕЙСТВИИ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ К ОСНОВНОЙ ТЕРАПИИ

НУРИЛЛАЕВА Н.М., АБДУМАЛИКОВА Ф.Б., ЮДАШОВ Ш.Р.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан

Цель. Оценка эффективности практического применения компьютерной программы (КП) «Оценка степени приверженности к терапии и способы ее повышения в первичном звене здравоохранения» у пациентов с ИБС на фоне артериальной гипертонии (АГ).

Материал и методы. Проведен мониторинг 84 амбулаторных пациентов с ИБС и АГ, с последующим разделением на основную группу ($n=48$) с воздействием разработанной нами КП и контрольную группу ($n=44$) без применения методов повышения комплаентности. В последующем проведен

сравнительный анализ степени приверженности с помощью модифицированного опросника MMAS-8-Item и качества жизни (КЖ) по шкале EQ-VAS у пациентов обеих групп в процессе наблюдения. Суть разработки КП заключается в оценке степени приверженности к основной терапии, выявляя индекс риска снижения комплаентности с последующими рекомендациями комплексных методов воздействия в зависимости от причин низкой приверженности на амбулаторном этапе. КП разработана на государственном языке и работает в off line режиме на базе программного продукта 1С: Предприятие версии 8.3.

Результаты. Приверженность пациентов к терапии была достаточно низкая в обеих группах, $3,1 \pm 1,41$ баллов – в основной группе и $3,2 \pm 1,46$ – в контрольной группе, по данным MMAS-8, что реально отражает ситуацию в обычной амбулаторной практике. Анализ индекса риска снижения приверженности к основной терапии у пациентов с помощью КП показал, что в 8,4% случаях шанс неприверженности увеличивается в 2,9 раза, у 7,9% пациентов – в 3,2 раза, у 17,3% – 5,6 раза и у 26,8% – в 9 раз, а также у большинства больных в 39,6% случаях увеличивается шанс неприверженности в 16,5 раза (частота неприверженности превышает 80%). У пациентов основной группы с применением рекомендаций программы ЭВМ после 6-недельного наблюдения отмечалось достоверное повышение степени приверженности к основной терапии – до $6,8 \pm 1,18$ баллов ($p=0,001$), в то время как у пациентов контрольной группы статистически значимые изменения по степени приверженности к терапии не наблюдались ($3,9 \pm 1,53$ баллов, $p>0,05$). После комплексных методов воздействия с помощью КП в течение 6 недель про-

цент приверженных к лечению пациентов составлял 92% против 17% исходно. У больных, кому не применялась тактика воздействия, процент приверженных к терапии пациентов остался без изменений – 15,2 и 14,9% соответственно. Динамика КЖ достоверно больше изменилась в группе пациентов с применением КП ($p=0,05$). Индивидуализированный подход к амбулаторным пациентам под воздействием разработанной КП ассоциирован с повышением приверженности пациентов к терапии, что напрямую коррелирует с эффективностью антигипертензивной терапии у пациентов ИБС с ГБ ($r=0,51$, $p=0,001$).

Заключение. Результативность применения КП характеризуется не только повышением приверженности пациентов к соблюдению врачебных рекомендаций, но и приводит к стабилизации клинического состояния и повышению КЖ больных с ИБС на фоне АГ. Разработанная программа для ЭВМ предназначена для врачей с целью оценки и прогнозирования проблем приверженности к терапии с последующими рекомендациями по дальнейшей стратегии рационального лечения. Персонализированный подход к лечению с помощью технологического воздействия в виде КП по повышению приверженности к основной терапии пациентов с ИБС и АГ позволит уменьшить частоту обострений заболевания и улучшить КЖ. Это обстоятельство диктует необходимость внедрения полученных результатов и разработок в программы профилактических мероприятий по предупреждению ранних осложнений ССЗ в качестве нового инновационного подхода в применении информационно-коммуникационных технологий в системе здравоохранения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ И РАСТИТЕЛЬНОГО ПРЕПАРАТА КОЛМСТРЕС У ЖЕНЩИН ПРИ РАННЕЙ МЕНОПАУЗЕ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

НУРМУХАМЕДОВ А.И., АБДУЛЛАЕВ А.Х., РАИМКУЛОВА Н.Р., ТУРСУНБАЕВ А.К., ЮГАЙ Л.А., АСАДОВ Н.З., ЮНУСОВА Л.И.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»;
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан

Цель работы. Оценка эффективности менопаузальной гормонотерапии (МГТ) и растительного препарата Колмстрес у женщин с эстрогендефицитным состоянием с сердечно-сосудистыми и неврологическими расстройствами.

Материал и методы. Пациентки с выраженными вегетососудистыми нарушениями (40–45 лет, давность процесса – от 0,5 до 4 лет), принимавшие МГТ, были разделены на 2 группы: больные I группы (25) принимали только МГТ, а II группы (27)

– на фоне МГТ – растительный препарат Колмстрес («APOLLO PHARM MED», Узбекистан) по 2 таблетке, 2 раза в день до еды в течение месяца. Изучали липиды (холестерин (ХС), ХС липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), ХСЛП высокой плотности (ХСЛПВП), триглицериды (Т), гормоны (фолликулостимулирующий, лютеинизирующий, эстрадиол, прогестерон), показатели свертываемости крови. Проводили инструментальные исследования (электрокардиография, ультразвуковые,



рентген), консультации соответствующих специалистов. Результаты оценивали в ближайшие (1–3 мес.) и отдаленные (4–6 мес.) сроки.

Результаты. У большинства обследованных уровень ХС оказался выше нормальных значений на 5–8%, были повышены содержание глюкозы, фибриногена и индекс массы тела. Ухудшение состояния и выявленная симптоматика были связаны с резким уменьшением или даже отсутствием позитивного действия эстрогенов на организм пациенток. Дефицит эстрогенов приводил к дислипидемии – гиперхолестерин- и гипертриглицеридемии. До лечения больных беспокоили кардиалгии, сердцебиение, головные боли, одышка, чувство страха, бессонница и приливы жара до 10–15 раз в сутки. Показатели артериального давления (АД): систолическое – 155, диастолическое АД – 95 мм рт.ст. У большинства больных прошли головные боли кардиалгии, сердцебиения. В этот же срок благоприятное действие отмечено у 62% больных, принимавших только МГТ. У женщин с КС наблюдали расстройства эмоций на фоне плохого настроения (тоска, недовольство, раздражительность), возникновение беспричинной веселости, сменяющейся состоянием тревоги, страха, чрезмерная мнительность в отношении собственного здоровья. Большинство

из них жаловались на бессонницу, раздражительность, чувство страха и тревоги, плаксивость, угнетение полового влечения. У многих доминировали сердечно-сосудистые расстройства (кардиалгии, сердцебиения), лабильность АД. Все отмечали чувство жара и потливости. У пациенток контрольной группы уже в конце первого месяца лечения значительно улучшилось общее состояние и самочувствие, восстановилась трудоспособность, наладились семейные отношения. У больных, получавших только МГТ, изученные показатели улучшались в более поздние сроки наблюдения (2–3 мес.). В отдаленные сроки выявлена тенденция к нормализации ХС, ХСЛПНП, ТГ, гормонального фона. Колмстрес переносился хорошо и случаев его отмены не было. Растительный препарат, в состав которого входят хмель обыкновенный, пустырник, каперсы, мелисса лекарственная, чабрец, душица, мята перечная, и обладающий седативным, спазмолитическим и сосудорасширяющим свойствами, удачно сочетался и усиливал эффект МГТ.

Заключение. Растительный препарат Колмстрес может быть рекомендован для лечения женщин с ранней менопаузой, профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений у этой категории пациенток.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА. МНОГОЛЕТНИЙ МОНИТОРИНГ В СРЕДНЕУРБАНИЗИРОВАННОМ ГОРОДЕ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ

ОКРУГИН С.А., РЕПИН А.Н.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение Научно-исследовательский институт кардиологии «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», г. Томск. Россия

Цель исследования. Проанализировать многолетнюю (1984–2016 гг.) динамику основных эпидемиологических показателей острого инфаркта миокарда (ОИМ) в Томске по данным эпидемиологической программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда» (РОИМ).

Материал и методы. Эпидемиология ОИМ изучалась среди населения города Томска старше 20 лет. Исследование выполнялось по стандартной методике, рекомендованной ВОЗ, с использованием унифицированных диагностических критериев. За анализируемый период в информационно-аналитической базе данных РОИМ накоплена информация о 49606 случаях, подозрительных на ОИМ, из которых заболевание подтвердилось у 30362 (61,2%) больных.

Результаты исследования. В первые 11 лет исследования (до 2004 года включительно) динамика заболеваемости ОИМ характеризовалась волнообразным течением с общей тенденцией к росту. В 2005–2010 гг. она существенно снизи-

лась по сравнению с 2004 годом ($p < 0,05$). В 2011–2013 гг. показатель заболеваемости незначительно вырос до уровня 2,23–2,36 случаев на 1000 жителей. В последующем отмечено значительное ($p < 0,05$) снижение заболеваемости, наблюдаемое до настоящего времени (в 2016 году – 1,7 случая на 1000 жителей). Данное сокращение произошло за счет мужского населения во всех возрастных группах. У женщин изменения заболеваемости были менее значимыми. Уровень смертности в течение всего периода исследования практически повторял таковую заболеваемости. В первые пять лет исследования уровень смертности неуклонно возрастал и в 1987 году оказался значительно выше, чем в 1984 году. Однако с 2005 года имело место существенное снижение смертности среди населения города в целом (с 115,2 в 2005 году до 66,4 случаев на 100 тыс. жителей в 2016 году; $p < 0,05$), а также практически во всех возрастно-половых группах. За исследуемый период средний уровень общей летальности больных ОИМ в Том-

ске составил 35,9% и менее всего был подвержен каким-либо изменениям. Вместе с тем, с начала 2000-х годов наметилась тенденция к росту общей летальности за счет увеличения госпитальной составляющей среди больных старше 60 лет. В течение всего периода наблюдения летальность больных в специализированном отделении не превышала 8–10%. В то же время резко выросла госпитальная летальность (до 60–70%) среди больных, находившихся в непрофильных стационарах. Именно этот фактор и послужил причиной роста госпитальной летальности в целом. Средний уровень догоспитальной летальности от ОИМ составил 21,7%. За период с 2001 по 2016 г. догоспитальная летальность постоянно снижалась с 24,8% до 12,3% ($p < 0,05$) за счет мужчин и женщин практически всех возрастных групп.

Закключение. Таким образом, после длительного периода стабильно высокого уровня заболеваемости и смертности от ОИМ в Томске эти показатели стали снижаться, причем тенденция к снижению сохраняется до настоящего времени. Этому способствовало широкое применение в терапии ИБС высокоэффективных лекарственных средств, активное использование высокоинформативных методов диагностики и современных инвазивных методов лечения ССЗ. В целом, характеризуя эпидемиологию ОИМ в Томске на основании 33-летнего мониторинга, можно сделать заключение о том, что вся острота эпидемиологической ситуации в отношении ОИМ в Томске определяется частотой развития данного состояния среди лиц старше 60 лет.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ С ВКЛЮЧЕНИЕМ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

ОРТИКБОВ Ж.О., ГАЗИЕВА Х.Ш., ОРТИКБОВА Ш.О.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Оценить физическую реабилитацию больных, перенесших инфаркт миокарда.

Материал и методы исследования. В основу исследования положены данные обследования 30 больных, перенесших инфаркт миокарда в возрасте от 36 до 65 лет. Все пациенты до и после лечения были обследованы с помощью теста ходьбы в течение 6 мин. Реабилитационная программа больных, состоящая из 15 человек (основная группа), включала: режим, щадящий (I), щадяще-тренирующий (II) или тренирующий (III) в зависимости от состояния больного. Группу сравнения составили 15 пациентов, в комплекс лечения которых не включалась физическая реабилитация.

Результаты исследования. В настоящее время для выбора адекватных физических нагрузок пациентам с ИБС, перенесшим ИМ, используется тест ходьбы в течение 6 мин., соответствующий субмаксимальной физической нагрузке. В большинстве случаев у больных, перенесших ИМ, отмечалась 1 и 2 ФК по NYHA. Так, 13,3% больных, перенесших ИМ, за 6 минут прошли в среднем $570 \pm 4,5$ м, потребление кислорода составило в среднем $23,9 \pm 1,6$ мл/кг*мин, что соответствовало 0 степени ФК по NYHA. 50% больных, перенесших ИМ, за 6 минут прошли в среднем $488 \pm 3,4$ м, потребление кислорода у них в среднем составило $20,1 \pm 1,8$ мл/кг*мин, полученные данные соответствовали 1 степени ФК по NYHA. У 30% пациентов параметры, полученные при 6-минутной ходьбе, соответствовали 2 степени ФК по NYHA, так, у них дистанция

в среднем составила $363 \pm 3,9$ м, при этом потребление кислорода составило $16,1 \pm 1,2$ мл/кг*мин. У 6,7% была зарегистрирована 3 степень ФК по NYHA. Их дистанция в среднем составила $289 \pm 2,4$ м, а потребление кислорода – $13,8 \pm 1,1$ мл/кг*мин. 4 степень ФК по NYHA в нашем исследовании не встречалась. После предложенной физической реабилитации через 3 месяца нами был проведен повторный тест 6-минутной ходьбы. Наблюдается достоверная положительная динамика в процессе заложенной физической нагрузки, что является залогом возврата больного к нормальной жизни.

У пациентов основной группы полностью прекратились приступы стенокардии (100%), снизился уровень общего холестерина крови (73,3%), улучшилась функция сердечной мышцы (100%); при одновременном соблюдении умеренности в еде снизилась масса тела (60%), увеличилась общая устойчивость к нагрузкам (100%). При изучении данных параметров в группе сравнения выявлены достоверные отличия: так, полное прекращение приступов стенокардии наблюдалось всего лишь у 13,3%, у 26,7% сократилось число приступов. У 53,3% снизился уровень общего холестерина крови, улучшилась функция сердечной мышцы (26,7%). Масса тела снизилась у 6,7%. У 33,3% пациентов увеличилась общая устойчивость к нагрузкам.

Закключение. Таким образом, доказана эффективность проведения реабилитационных мероприятий с включением физической реабилитации у пациентов, перенесших инфаркт миокарда.



СОПОСТАВЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСТАНЦИОННОГО НАБЛЮДЕНИЯ И НАБЛЮДЕНИЯ, ОСНОВАННОГО НА ПРЯМОМ КОНТАКТЕ ПАЦИЕНТА С КАРДИОЛОГОМ, ПО ДАННЫМ 6-ти МЕСЯЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

ОСОКИНА А.К.¹, ФИЛАТОВА А.Ю.², ПОТЕХИНА А.В.¹, ЩИНОВА А.М.¹, ГВОЗДЕВА А.Д.¹,
АРЕФЬЕВА Т.И.², НОЕВА Е.А.¹, МАСЕНКО В.П.¹, ПРОВАТОРОВ С.И.¹

¹ФГБУ НМИЦ кардиологии МЗ РФ; ²ИЭК ФГБУ НМИЦ кардиологии МЗ РФ, г. Москва. Россия

Введение. Частота неблагоприятных событий во многом определяется комплаентностью больного, прогрессированием и дестабилизацией бляшек, а так же может быть обусловлена эффективностью наблюдения за пациентами. В настоящее время возможность наблюдения за пациентами неравноценна в зависимости от места проживания. Внедрение технологий дистанционного наблюдения может улучшить качество ведения пациентов после коронарного стентирования.

Цель данного исследования. Сопоставление результатов дистанционного наблюдения и наблюдения, основанного на прямом контакте пациента с кардиологом, больных стабильной стенокардией напряжения, перенесших коронарное стентирование.

Материал и методы. Включены 134 пациента, в том числе 98 мужчин, средний возраст 62 (54; 66) года, со стабильной стенокардией напряжения 2–4 ф.к., либо безболевой ишемией миокарда, которым было выполнено коронарное стентирование (КС). Пациенты рандомизированы в 2 группы: I группа (n=74) – амбулаторные визиты и анализ крови (общий и биохимический, в т.ч. вЧСРБ, липидный спектр) через 1, 3 и 6 месяцев после КС. Во II группе (n=60) передача анализов крови и клинических данных, рекомендации от координатора

наблюдения осуществлялись с помощью телемедицинских технологий – видеоконсультация – 2,98 %, консультация по телефону – 97,02 %.

Результаты. В обеих группах отмечалось снижение уровня общего холестерина (ОХС) к 1-му, 3-му и 6-му месяцам наблюдения (исходно/1 мес./ 3 мес./ 6 мес. 1 группа: 3,9 (3,4; 4,5)/ 3,6 (3,1; 4,1)/ 3,7 (3,3; 4,2)/ 3,6 (3,3; 4,3); 2 группа: 3,8 (3,2; 4,3)/ 3,8 (3,2; 4,2)/ 3,6 (3,2; 2,5)/ 3,7 (3,2; 4,0); $p < 0,05$). В группах 1 и 2 отмечалось снижение уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП) к 1-му, 3-му и 6-му месяцам наблюдения (исходно/1 мес./3 мес./6 мес. 1 группа: 2,4 (1,9; 2,8)/ 2,0 (1,7; 2,4)/ 2,1 (1,8; 2,5)/ 2,0 (1,7; 2,6); 2 группа: 2,3 (1,8; 2,5)/ 1,9 (1,8; 2,8)/ 1,8 (1,6; 2,5)/ 1,7 (1,5; 2,0); $p < 0,05$). По содержанию холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛВП), триглицеридов (ТГ), высокочувствительного С-реактивного белка (вЧСРБ) различий в точках наблюдения не было.

Заключение. Группы дистанционного наблюдения и наблюдения, основанного на прямом контакте пациента с кардиологом, демонстрировали аналогичный профиль снижения показателей липидного спектра. Дистанционное наблюдение за больными, перенесшими коронарное стентирование, является эффективным и безопасным способом поддержания приверженности к лечению.

РОЛЬ ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА В ПРЕДОТВРАЩЕНИИ ВЛИЯНИЯ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ОЧИЛОВА Д.А.

Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара. Узбекистан

Наибольшие успехи профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) имеет популяционный подход. Применительно к практике врача это, в первую очередь, предполагает систему образовательных мероприятий, целью которых является повышение информированности людей по вопросам здорового образа жизни (ЗОЖ), улучшение знаний о начальных проявлениях имеющихся у них болезней с адекватной самооценкой состояния здоровья, ясное понимание задач профилактики, ее путей и возможностей. С точки зрения

повседневной практики врача наиболее удобным объектом для подобной образовательной деятельности является семья. Даже если в общении с врачом участвуют не все ее члены, обращение к семье заметно повышает интерес к обсуждаемой проблеме.

Другим направлением профилактической деятельности ВОП может быть стратегия «высокого риска». Последняя нацеливает его на выявление лиц, имеющих повышенную вероятность развития ССЗ и их осложнений вследствие тех или иных

факторов риска (ФР), и последующее профилактическое вмешательство по их коррекции. Однако в повседневной работе целесообразно учитывать определенную приоритетность ФР, в целом отражающую степень их значимости и потенциальной корригируемости. Так, например, для конкретной ситуации на врачебном участке наиболее приоритетными в плане выявления и коррекции являются АГ, курение, сахарный диабет и гиперхолестеринемия (ГХ), нерациональное питание, избыточное потребление поваренной соли, гиподинамия, злоупотребление алкоголем и др. Подобное деление, разумеется, в значительной степени условно, так как зачастую различные ФР переплетены между собой, и активная коррекция одного из них неизбежно предполагает воздействие и на другие. Помимо этого, нельзя не учитывать и выраженность того или иного ФР, например, ГХ, которая может быть как незна-

чительной, так и достаточно тяжелой, прогноз при этом будет существенно различаться. Во внимание должна приниматься и наследственная предрасположенность к ССЗ (некорригируемый фактор), который следует рассматривать в качестве основания к интенсификации профилактического вмешательства вообще. Так как несмотря на небольшое увеличение уровня каждого ФР в отдельности, суммарный риск ССЗ у данного пациента может быть достаточно высоким.

Выводы. Направления профилактики не должны рассматриваться обособленно друг от друга, тем более их не следует жестко разграничивать в повседневной деятельности врача общей практики. Напротив, работа ВОП должна по возможности строиться с одновременным охватом указанных подходов, с их взаимопроникновением и взаимодействием.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В РИСКЕ РАЗВИТИЯ ОСТРЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ У НАСЕЛЕНИЯ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ В РОССИИ/СИБИРИ: ПРОГРАММА ВОЗ «MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ»

ПАНОВ Д.О.¹, ГАФАРОВ В.В.², ГРОМОВА Е.А.¹, ГАГУЛИН И.В.², ГАФАРОВА А.В.², КРЫМОВ Э.А.¹

¹Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины;

²Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний. Россия

Цель исследования. Определить гендерные различия распространенности личностной тревожности в открытой популяции в возрастной группе 25–64 лет и оценить их влияние на риск развития ССЗ у населения с высоким уровнем тревожности в России/Сибири.

Материал и методы. В рамках III скрининга программы ВОЗ «MONICA-psychosocial» обследована случайная репрезентативная выборка населения 25–64 лет г. Новосибирска в 1994 г. (мужчины n=657, женщины n=870). Программа включала: регистрацию социально-демографических данных, личностной тревожности (ЛТ). За 16-летний период были выявлены случаи ИМ и инсульта у женщин (15 и 35) и у мужчин (30 и 22). Для оценки Hazard ratio (HR) использовали Cox-regression. Достоверность во всех видах анализа была принята при уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты. В открытой популяции населения 25–64 лет у 99,5% женщин и 97,5% мужчин была личностная тревожность (ЛТ), причем у 59,9%

женщин и 50,9% мужчин был высокий уровень тревожности (ВУТ) ($\chi^2=15,937$ $u=2$ $P=0,0001$). В однофакторной модели Кокса через 16 лет риск развития ИМ и инсульта у лиц с ВУТ среди женщин (HR=4,19 и HR=3,5 соответственно), у мужчин (HR=3,7 и 4,43 соответственно). В многофакторной модели Кокса влияние ВУТ на риск ИМ и инсульта с учетом социальных параметров и возраста, у женщин (HR=5,16 HR=3,5 соответственно), у мужчин (HR=1,79 и HR=3,2). Риск ИМ был выше у женщин с ВУТ в 55–64 года (HR=5,95), чем у мужчин (HR= 3,56). Наибольший риск инсульта, при наличии ВУТ, был у разведенных (HR=5,017) и овдовевших мужчин (HR=3,848), в возрасте 55–64 лет (HR=5,8).

Заключение. Тревожность представляет собой наиболее сильнодействующий психосоциальный фактор риска развития ССЗ. Риск за 16-летний период ИМ был выше у женщин, а инсульта – у мужчин.



«КЛАССИЧЕСКИЕ» И НОВЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ. ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

ПОДПАЛОВ В.П., ЖУРОВА О.Н., СУРУНОВИЧ Ю.Н., УСТИНОВИЧ Т.Н.,
МАХАНЬКОВА А.А., ПОДПАЛОВА О.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»;
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»;
УЗ «Ореховская участковая больница»;
ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология». Беларусь

Введение (цели/задачи). Выявить значение «классических» и новых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в развитии артериальной гипертензии (АГ) и «инцидентов» болезней системы кровообращения (БСК) в Республике Беларусь и разработать методы оптимизации профилактических мероприятий.

Материал и методы. В рамках Витебского 10-летнего проспективного исследования (2007/2008 гг. – 2017/2018 гг.) проведено обследование и анализ медицинской документации 3500 человек, отобранных методом случайных чисел из поликлиник №3 и №6 г. Витебска. В рамках исследования изучалось развитие новых случаев АГ и «инцидентов» БСК, к которым относились новые случаи инфаркта миокарда, инсульта и смерти от БСК. В 2016 г. в рамках проекта международной технической помощи «Профилактика неинфекционных заболеваний, продвижение здорового образа жизни и поддержка модернизации системы здравоохранения в Республике Беларусь» при поддержке ВОЗ проведено общенациональное исследование распространенности основных факторов риска среди населения республики в возрасте 18–69 лет (STEPS-исследование). Статистический анализ проводился с помощью систем SAS 6.12 и SPSS 19.0.

Результаты. При исследовании распространенности АГ в Витебском исследовании частота встречаемости АГ составила 36,7% (36,8% среди мужчин, 36,6% среди женщин) ($df=1$; $\chi^2_{\text{Вальда}}=0,1$; $p>0,05$). В исследовании STEPS распространенность АГ среди мужчин составила 44,9%, а среди женщин – 43,7%. Распространенность курения в Витебском исследовании составила среди мужчин 60,6%, среди женщин – 13,8% ($p<0,001$). В исследовании STEPS среди городского населения курят 43,3% мужчин и 13,2% женщин, среди сельского населения – 54,1% мужчин и 11,7% женщин. Исследование распространенности злоупотребления алкоголем показало сходные результаты по данным обоих исследований (Витебское исследование – 38,7% мужчин и 9,7% женщин ($p<0,001$), в исследовании STEPS: городское население – 37,5% мужчин и 7,2% женщин, сельское население – 32,5% мужчин и 6,6% жен-

щин). Изучение распространенности избыточной масса тела выявило увеличение частоты встречаемости данного фактора риска в течение последних 10 лет. (Витебское исследование: 36,5% среди мужчин и 31,0% среди женщин ($p<0,001$); исследование STEPS: в городской популяции – 59,4% мужчин и 58,4% женщин, в сельской – 63,5% мужчин, 61,4% женщин). Та же тенденция наблюдается и в частоте встречаемости ожирения. В Витебском исследовании: 8,3% мужчин и 15,5% женщин ($p<0,005$); в исследовании STEPS: в городской популяции – 20,2% мужчин и 30,8% женщин, а в сельской у 20,1% мужчин и 29,6% женщин страдают ожирением. При анализе липидного профиля гиперхолестеринемия (общий холестерин $\geq 5,0$ ммоль/л) в Витебском исследовании выявлена у 45,3% мужчин и у 44,8% женщин ($p<0,005$), что подтверждается данными исследования STEPS: среди мужчин у 32,4% и 42,0% среди женщин. Низкий уровень холестерина липопротеинов высокой плотности в Витебском исследовании встречался чаще у женщин в сравнении с мужчинами, 37,7 и 14,7% соответственно ($p<0,001$). Сходные результаты получены в исследовании STEPS: у женщин в 37,7% случаев, у мужчин 27,6% случаев. По результатам 5-летнего проспективного наблюдения определены 285 новых случаев АГ. По результатам множественного регрессионного анализа была получена многофакторная модель ($df=10$; $\chi^2_{\text{Вальда}}=422,99$; $p<0,001$), включающая возраст ($p<0,001$), пол ($p<0,23$), систолическое артериальное давление ($p<0,001$), высокий уровень мочевого кислоты ($p<0,001$), высокий индекс массы тела ($p<0,001$), значения $SV1+Rv5-v6$ ($p<0,001$), индекс массы тела ($p<0,001$), злоупотребление алкоголем ($p<0,01$), частоту сердечных сокращений ($p<0,01$), наследственную отягощенность по инсульту ($p<0,05$). Частота развития «инцидентов» БСК составила 70 случаев – 2,3% (4,1% у мужчин и 0,9% у женщин). Разработана многофакторная модель достоверно значимых факторов риска развития «инцидентов» БСК ($df=7$; $\chi^2_{\text{Вальда}}=107,55$; $p<0,001$), которая включала возраст ($p<0,001$), пол ($p<0,001$), хроническую обструктивную болезнь легких ($p<0,01$), хроническую сердечную недостаточность ($p<0,01$), уровень ХС-ЛПВП



$\leq 1,08$ ммоль/л ($p < 0,01$), отеки нижних конечностей ($p < 0,01$) и артериальную гипертензию ($p < 0,05$).

Заключение. В течение последних 10 лет в Республике Беларусь сохраняется достаточно высокий уровень распространенности АГ и основных

факторов риска. По данным Витебского исследования разработаны многофакторные модели риска развития АГ и «инцидентов» БСК, что позволяет интенсифицировать проведение профилактических мероприятий в данных группах риска.

СУММА АМПЛИТУД ЗУБЦОВ SV1 + RV5 – V6 ПО ЭКГ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ПО ДАННЫМ 10-летнего ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

ПОДПАЛОВ В.П., УКЛА Али

*УО «Витебский государственный медицинский университет»;
УО «Гомельский государственный медицинский университет». Беларусь*

Введение. Влияние артериальной гипертензии (АГ) на состояние здоровья населения связано во многом с высокой ее распространенностью, что в значительной степени определяет инвалидизацию и преждевременную смертность населения. При этом стратегия первичной профилактики АГ не отличается от стратегии профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в целом, одним из ключевых звеньев которой является контроль над факторами риск.

Цель работы. Выявить факторы риска развития АГ в белорусской организованной популяции по данным 10-летнего проспективного исследования.

Материал и методы. По данным 10-летнего проспективного исследования в 2004–2014 гг. были выявлены новые случаи АГ в организованной популяции ОАО «Нафтан-Полимир», включающей 1431 человека. По данным первого скрининга в 2004 г. в исследуемую группу включили 871 работника с нормальным уровнем АД и поделили их на две группы. Первую группу составили 260 работников без неблагоприятных производственных факторов, вторая группа – 611 человек, работающих с неблагоприятными производственными факторами. В карте профилактического обследования записывались результаты обследования участников исследования: социально-демографические данные (пол, возраст, семейное положение, образование, профессия), факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, данные инструментальных и лабораторных методов обследования. Статистическая обработка материала исследования проводилась в SPSS 19.0.

Результаты. Согласно данным 10-летнего проспективного исследования, заболева-

емость АГ составила 37,5% в изучаемой популяции: 31,5% у лиц без неблагоприятных производственных факторов и 40,1% у лиц с неблагоприятными производственными факторами ($p < 0,05$). Установлена значимая положительная связь частоты новых случаев АГ с работой во вредных условиях труда ($p < 0,05$), в особенности с наличием психофизиологических факторов, характеризующих напряженность труда ($p < 0,01$). Выявлена взаимосвязь частоты встречаемости новых случаев АГ суммой зубцов SV1–2 + RV5–6 ($p < 0,001$) после поправки на возраст, пол и фактор профессиональной деятельности. Также были определены другие значимые факторы риска, влияющие на развитие АГ: уровень систолического ($p < 0,001$) и диастолического АД ($p < 0,001$), наследственность ($p < 0,01$), отсутствие высшего образования ($p < 0,001$), курение в настоящем и прошлом ($p < 0,001$), злоупотребление алкоголем ($p < 0,001$), низкая физическая активность ($p < 0,001$), индекс массы тела ($p < 0,001$), уровень порога вкусовой чувствительности к поваренной соли ($p < 0,001$), уровень триглицеридов ($p < 0,01$), скорости клубочковой фильтрации ($p < 0,001$) и глюкозы ($p < 0,001$). Была установлена значимая положительная связь между частотой новых случаев АГ и отсутствием оздоровительных мероприятий в условиях санатория ОАО «Нафтан-Полимир», независимо от возраста, пола и профессиональной деятельности ($p < 0,001$).

Заключение. Развитие новых случаев АГ в белорусской организованной популяции, наряду с классическими факторами риска, было достоверно связано с суммой амплитуд зубцов ЭКГ SV1 + RV5–V6 ≥ 24 мм.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ****РАХИМОВА Д.А., БАЗАРОВА С.А., НАЗИРОВА М.Х.****ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент. Узбекистан**

В современной кардиологии и пульмонологии имеется целый ряд общих проблем, в отношении которых необходимо достичь единого мнения и унифицировать подходы. Одна из них – легочная гипертензия.

Цель. Исследовать состояние центральной, легочной гемодинамики и эндотелиальной функции (ЭФ) у больных бронхиальной астмой (БА) с легочной гипертензией (ЛГ).

Материал и методы. Больные, имеющие признаки гипертрофии и дилатации правого желудочка (ПЖ) сердца, подтвержденные доплерэхокардиографией, были разделены на 2 группы: 1-я – 20 больных; 2-я – 18 больных с гипертрофией ПЖ (ГПЖ) и 20 здоровых лиц.

Проводились доплерэхокардиографические исследования структурно-функциональных параметров правого желудочка (ПЖ), легочной гемодинамики и уровня стабильных метаболитов оксида азота (CM_{NO}) в плазме крови.

Результаты исследования. Признаки дисфункции эндотелия выявлены у 97,4 % больных с ДПЖ и у всех больных с ГПЖ. Были выявле-

ны умеренные отрицательные корреляционные связи между уровнем CM_{NO} в плазме крови и среднего давления в легочной артерии. Нарушения легочной гемодинамики, гемодинамическая нагрузка на правые отделы сердца, увеличение размеров ПЖ и толщины ПЖ у больных ЛГ прямо зависят от выраженности системной эндотелиальной дисфункции. У больных 2-й группы прослеживалась отчетливая тенденция к более выраженному снижению фракции выброса ПЖ. Параллельно изменялись параметры диастолического наполнения и функции активного расслабления ПЖ. Показатели систолического давления в легочной артерии почти у 1/2 больных превышали нормальные значения.

Заключение. Степень нарушения легочной гемодинамики, гемодинамическая нагрузка на правые отделы сердца, увеличение размеров ПЖ и толщины ПЖ у больных ЛГ прямо зависят от выраженности системной эндотелиальной дисфункции и давности заболевания. Параллельно изменялись параметры диастолического наполнения и функции активного расслабления ПЖ.

**ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА.
ИЗМЕНЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ЗА ДЕСЯТЬ ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ****РЕПИН А.Н., ОКРУГИН С.А.****Федеральное государственное бюджетное научное учреждение Научно-исследовательский институт кардиологии «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», г. Томск. Россия**

Цель исследования. Проанализировать изменения в структуре осложнений при остром инфаркте миокарда (ОИМ) среди населения г. Томска в возрасте старше 20 лет за десятилетний период (2008–2017 гг.).

Материал и методы. В основу исследования положены данные информационно-аналитической базы данных эпидемиологической программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда». В 2008 году было зарегистрировано 800 случаев заболевания, в том числе у 62,4 % мужчин и у 37,6 % женщин. В 2017 году ОИМ развился у 906 больных (среди заболевших было 58,1 % мужчин и 41,9 % женщин). В 2008 году в возрастной структуре больных удельный вес лиц старше 60 лет со-

ставлял 62,1 % (среди мужчин – 49,1 %, среди женщин – 83,7 %), через 10 лет уже 74,5 % ($p < 0,001$). Старение больных произошло за счет мужчин – 65 % ($p < 0,05$). Среди женщин увеличение доли лиц пожилого и старческого возраста было не столь значительным – 87,6 %.

Результаты исследования. В 2008 году осложненное течение ОИМ наблюдалось у 49,9 % больных, в 2017 значительно чаще – у 80,4 % заболевших ($p < 0,001$). В первый год наблюдения осложнения при ОИМ регистрировались у 43,3 % заболевших мужчин и у 60,8 % женщин ($p < 0,001$). Через 10 лет число лиц с осложненным течением инфаркта миокарда значительно увеличилось у тех и у других, составив соответственно 75,3 и 87,4 %

($p < 0,001$). У женщин осложненное течение ОИМ по-прежнему регистрировалось чаще ($p < 0,05$). Однако это различие стало менее выраженным. В структуре осложнений частота развития кардиогенного шока, острой левожелудочковой недостаточности, нарушений сердечного ритма и проводимости, тромбоэмболии легочной артерии за 10 лет существенно не изменилась. Значительно реже стали регистрироваться случаи развития острой аневризмы (11,3 и 3,4%; $p < 0,001$), разрыва миокарда (6 и 3,3%; $p < 0,05$), а также эпизоды рецидивирующего течения заболевания (14,5 и 7%; $p < 0,001$). При этом существенно увеличился удельный вес числа больных, у которых ОИМ сопровождался и закончился развитием хронической сердечной недостаточности (28,3 и 66,8%; $p < 0,001$). Обращает на себя внимание тот факт, что в структуре нарушений сердечного ритма и проводимости значимо сократился удельный

вес атриовентрикулярных блокад (с 30,4 до 15%; $p < 0,05$), причем за счет наиболее тяжелых ее проявлений (II и III степени). Различия в остальных вариантах сердечной аритмии за анализируемое время оказались незначительными.

Заключение. Таким образом, за десятилетний период в Томске отмечено серьезное увеличение доли осложненного течения ОИМ, лидирующие позиции в структуре осложнений теперь занимает хроническая сердечная недостаточность. Мы предполагаем, что это связано с преобладанием лиц пожилого и старческого возраста среди больных. Снижение частоты случаев рецидивирующего течения ОИМ, развития острой аневризмы и разрыва миокарда связано, на наш взгляд, с использованием в процессе лечения высокоэффективных лекарственных препаратов, а также с широким применением современных интервенционных методов лечения.

КАРДИОВАСКУЛЯР КАСАЛЛИКЛАР ХАВФ ОМИЛЛАРИ ВА УГЛЕВОДЛАР АЛМАШИНУВИНИНГ БУЗИЛИШЛАРИ

РУЗИЕВ О.А., ОЧИЛОВА Д.А.

*РШТЁИМ Бухоро филиали, Бухоро. Ўзбекистон;
Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро. Ўзбекистон*

Долзарблиги. Юрак-қон томир касалликлари натижасида организмда юзага келадиган қатор метаболик ўзгаришларнинг асосида бирламчи инсулинга резистентлик ҳолати ва системали гиперинсулинемия ётиши кейинги йилларда бир қатор илмий текширишларда ўз исботини топган. 1 йилда 1000 кишига нисбатан юрак-қон томир касалликлари натижасида келиб чиқадиган ўлим ҳолатлари соғлом популяцияда 1,8 (1,5–2,2) кишини, углеводларга толерантликнинг бузилишида 7,3 (3,7–13,1) кишини ва қандли диабетда 14,6 (9,2–22,1) кишини ташкил қилган.

Тадқиқотнинг мақсади. Глюкозага толерантликнинг 1 ва 2-фазаси бузилишлари бор кишиларда юрак-қон томир касалликлари асосий хавф омиллари учрашини таҳлил қилиш

Материал ва усуллар. Текширишлар 20 ёшдан 69 ёшгача бўлган аҳоли орасидан танланган 127 киши орасида олиб борилди. Глюкозага толерантлик синамаси учун қондаги глюкоза миқдори эрталаб оч ҳолатда, 75 гр. глюкоза қабул қилгандан 1–2 соат кейин аниқланди. Глюкоза эгрилигининг 1-фазаси (симптоадренал фаза) ва 2-фазаси (вагоинсуляр фаза) бузилган кишилар, II тип қандли диабет аниқланган беморлар гуруҳида юрак-қон томир касалликлари билан касалланиш ва хавф омилларининг тарқалиши ўрганилди ҳамда назорат гуруҳи билан қиёсий таҳлил қилинди.

Натижа ва таҳлиллар. Углеводлар алмашинувининг бузилишлари жинсларда ва гликемик

эгриликнинг фазаларида алоҳида таҳлил қилинди. Жинсий таркиб бўйича гликемик эгриликнинг барча нукталаридаги бузилишлар аёллар орасида кўпроқ аниқланди. Қандли диабет эса эркакларда биров кўпроқ тарқалганлигини аниқладик. Глюкоза эгри чизиғининг биринчи фазаси бузилишлари (52,3% аёлларда ва 37,9% эркакларда) иккинчи фаза бузилишларига (41,1% ва 31,4%) нисбатан кўпроқ учради. ҚД 11,4% эркакларда ва 10,3% аёлларда кайд этилди. Симптоадренал фазанинг ошиши кўпроқ аҳолининг ёшроқ қатламларига тўғри келди. 40 ёшгача бўлган гуруҳда, айниқса, 20–30 ёшлиларда гликемик эгриликнинг симптоадренал фазаси бузилишлари 47,4%, (21,3) кўпроқ тарқалган. Аксинча, вагоинсуляр фазанинг бузилиши ёши каттарок кишилар гуруҳида кузатилди – 53,6% (23,7%). Ёшнинг ортиб бориши билан симптоадренал фазада гликемиянинг камайиб, вагоинсуляр фазада ортиб бориши текширишларимизда аниқланди.

Углеводлар алмашинувининг бузилиши аниқланган беморларда тана вазни, қон босими ва липидлар алмашинувининг бузилишлари ўрганиб чиқилди ва аҳоли орасидаги кўрсаткичлар билан қиёсий баҳоланди.

Олинган натижалар углеводлар алмашинувининг бузилиши бор кишиларда бошқа бузилишлар (АГ, ОТВ ва гиперлипидемия) нинг частотаси ортиб боришини кўрсатди.



Аҳоли орасида АГ 25,98% учраган бўлса, углеводларга толерантлик бузилган кишиларда 33% учради, ОТВ аҳоли орасида 41,4%, ГТБ аниқланган кишиларда 47,5%, гиперлипидемия аҳоли орасида 31,25%, ГТБ аниқланган кишиларда 42,8% учраши маълум бўлди. Демак, углеводлар алмашинувининг бузилишлари бўлган кишиларда бошқа компонентларнинг учраши аҳоли орасидагидан анча юқорироқ экан.

Хулоса. Углеводлар алмашинувининг бузилиши аниқланган беморларда юрак-қон томир касалликлари асосий хавф омиллари бошқаларга нисбатан кўпроқ учрайди. УТБни аниқлашда текширишларда муаммога чуқурроқ ёндашишни талаб қилади. УТБни баҳолаш гликемик эгриликнинг 3 та звеноси (наҳорда, синамадан 1 ва 2 соат кейин) маълумотларига асосланиши керак.

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ДАННЫЕ 10-летнего РЕГИСТРА

СКОПЕЦ И.С.¹, ВЕЗИКОВА Н.Н.¹, МАРУСЕНКО И.М.¹, БАРЫШЕВА О.Ю.¹, ПОЛЬСКАЯ И.И.¹, МАЛАФЕЕВ А.В.², МАЛЫГИН А.Н.², НИКУЛИНА В.А.², ЛУЧКИНА А.А.²

¹ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»;

²ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А. Баранова». Россия

Введение (цели/задачи). Проанализировать особенности течения заболевания и ведение пациентов, переносящих острый коронарный синдром, в реальной клинической практике на основании данных 10-летнего регистра.

Материал и методы. В исследование включены 2256 пациентов, последовательно госпитализированных в Региональный сосудистый центр (г. Петрозаводск, Россия) в период с 01.01.2009 по 01.01.2019 г. по поводу острого коронарного синдрома (ОКС) со стойким подъемом сегмента ST, включенных в Федеральный регистр ОКС.

Результаты. В регистр вошли 2256 пациентов, госпитализированных в Региональный сосудистый центр по поводу ОКС с подъемом сегмента ST. Преобладали мужчины (65,8%), средний возраст – 68 лет. 14,1% пациентов ранее уже перенесли инфаркт миокарда. Экстренная реперфузионная терапия проведена 83,5% пациентам, подавляющему большинству (76,2%) выполнено первичное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Среднее время от начала клинических проявлений ОКС до выполнения ЧКВ составило 240 минут, в 82% ЧКВ было выполнено в течение 90 минут с момента поступления в стационар. Тромболитическая терапия (ТЛТ) была выполнена 165 пациентам (7,3%), среди них в 15 случаях (0,6%) ввиду неэффективности системного тромболизиса потребовалось выполнение спасительного ЧКВ. У 67,3% пациентов, получивших ТЛТ, фармакологическая реперфузия была проведена в течение 30 минут с момента первого контакта со службой здравоохранения. Объем медикаментозной терапии на госпитальном этапе оказался следующим: аспирин получали 99,4% пациентов, клопидогрел – 82,8%, антикоагулянты – 91,1%, бета-блокаторы – 91,6%, статины – 95,6%, ингибиторы АПФ (или блокаторы рецепторов к АТII) – 94,2%. Сле-

дует отметить, что данные по применению тикагрелора в регистре не учитывались. У 1403 пациентов был проведен анализ риска госпитальной и 6-месячной летальности по шкале GRACE. Распределение риска госпитальной летальности оказалось следующим: низкий риск (49–125 баллов) имели 25,7%, средний риск (126–154 балла) – 33,7%, высокий риск (более 154 баллов) – 40,6%. Максимальный балл по GRACE при оценке риска госпитальной летальности составил 319. В то же время риск 6-месячной летальности у половины пациентов (51,6%) оказался низким (27–99 баллов), средний риск (100–127 баллов) определен у 23,0% пациентов, высокий риск (более 127 баллов) – у 25,5%. Варианты исходов при выписке из стационара оказались следующими: 1432 пациента (63,5%) перенесли Q-образующий инфаркт миокарда, 390 (17,3%) – инфаркт миокарда без зубца Q, 76 (3,4%) – нестабильную стенокардию, 21 пациент (0,9%) – инфаркт миокарда неуточненной локализации. У 317 больных (14,1%) был диагностирован повторный инфаркт миокарда. Жизнеугрожающие осложнения ОКС были диагностированы у 38,1% пациентов. Среди них у 31,5% – тяжелые нарушения ритма, у 7,0% – отек легких, у 6,9% – остановка кровообращения, у 4,9% – кардиогенный шок, у 0,7% – разрыв миокарда. Госпитальная летальность в исследуемой группе составила 5,85%.

Заключение. В работе продемонстрировано ведение пациентов, переносящих ОКС с подъемом сегмента ST, в реальной клинической практике по данным 10-летнего регистра. Следует отметить, что несмотря на высокий процент своевременных реперфузионных вмешательств и адекватную медикаментозную терапию, при данной патологии по-прежнему отмечается высокая частота развития жизнеугрожающих осложнений.

КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ, ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ И СТАТИНЫ В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

СОБОЛЕВА Н.И., КУТЕПОВ В.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск. Россия

Цель работы. Оценка влияния гиполипидемической терапии на когнитивные функции и эмоциональную сферу лиц пожилого возраста, страдающих ишемической болезнью сердца.

Материал и методы исследования. Обследованы 64 пациента 60–75 лет (средний календарный возраст – $65,81 \pm 0,78$ лет), страдающих ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией напряжения, ИФК, ИИА, ИИФК. Обследуемые получали бисопролол в дозе 10 мг/сутки, лизиноприл в дозе 10 мг/сутки. Им также был назначен аторвастатин в дозе 10 мг в сутки в течение 6 месяцев.

Для анализа модуляции высших мозговых функций был использован МоСА-тест. Состояние эмоциональной сферы и ее динамики оценивали с помощью шкалы депрессии Гамильтона (HRDS) (1959 г.). Статистическая обработка полученных результатов проводилась при помощи программ Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования. При оценке когнитивных функций общее количество баллов МоСА-теста, полученных пациентами до начала гиполипидемической терапии, составило $27,86 \pm 0,23$. По истечении 6 месяцев терапии аторвастатином данный показатель снижался до $25,84 \pm 0,31$ баллов ($p > 0,05$). При этом ухудшение когнитивных функций было зафиксировано у 87,5% наблюдаемых. Наиболее уязвимыми оказывались пространственный и временной гнозис, а также отсроченное воспроизведение (кратковременная память).

Один из разделов МоСА-теста – беглость речи – у всех обследованных был оценен в один

балл (испытуемый называл 11 слов или более за 60 секунд) как до назначения гиполипидемической терапии, так и после 6 месяцев приема аторвастатина. Но если до начала терапии пациенты демонстрировали результат, равный $21,36 \pm 1,08$ слов, то по окончании исследования – $16,84 \pm 0,71$ слов ($p < 0,001$).

До включения в исследование у больных ИБС не были выявлены эмоциональные нарушения – их суммарный балл при оценке с помощью шкалы Гамильтона составлял $4,91 \pm 0,27$. У части больных (31,81%) изменения эмоциональной компоненты в ходе наблюдения выявлено не было. У остальных отмечалось значимое возрастание показателя до $9,41 \pm 0,32$ баллов ($p < 0,001$), что соответствовало легкому депрессивному расстройству. Подобная модификация эмоциональной сферы обследованных могла развиваться и вследствие непосредственного влияния препарата и из-за формирующихся когнитивных нарушений.

Заключение. Таким образом, медикаментозная коррекция гиперхолестеринемии аторвастатином у пожилых больных ИБС приводила к нарушению когнитивных функций, склонности к депрессии. Соответствующие изменения могут приводить к ускорению выраженности синдрома хрупкости, что диктует необходимость постоянного многостороннего эффективного мониторинга за состоянием пациентов при терапии статинами, а также патогенетически обоснованного подхода к назначению препаратов этого класса особенно у лиц старшего возраста.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМИ КРИЗАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

СОТТИЕВ Б.Г., АБДУЛЛАЖАНОВ Ф.Г., МАХМУДОВ К.А., КУЧКАРОВА Ф.Э.

Ферганский филиал РНЦЭМП, г. Фергана. Узбекистан

Гипертонический криз – это резкое, внезапное, кратковременное обострение гипертонической болезни, характеризующееся острыми расстройствами мозгового или коронарного кровообращения. Для ранних стадий гипертонии характерны кризы, которые являются следствием выброса в кровь адреналина. В поздних стадиях кризы связаны с выбросом норадреналина.

Цель. Изучение эффективности и безопасности фармадипина у больных с гипертоническими кризами на догоспитальном этапе.

Нами наблюдались 136 больных (81 женщина и 55 мужчин) в возрасте 45–75 лет с гипертоническими кризами I и II типа. Длительность гипертонического анамнеза – от 7 до 18 лет. Фармадипин назначали в дозе 5–7 капель (учитывая уровень



повышения АД дозу увеличивали до 10–15 капель) под язык.

Результаты. Положительный эффект наблюдался у 85% больных. При этом систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) давление снизилось соответственно в среднем на 18,5 и 12,8 мм рт.ст. по сравнению с исходным уровнем.

Оценивались показатели гемодинамики, систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) АД, частота сердечных сокращений (ЧСС). Отмечено

достоверное снижение уровня САД и ДАД у 82,5% больных. Отрицательное влияние: увеличилась на 4,5% частота сердечных сокращений (ЧСС), но это не влияло на общее состояние больного.

Заключение. Таким образом, имеющиеся предварительные данные позволяют сделать вывод о целесообразности применения фармадипина при первой неотложной помощи на догоспитальном этапе при гипертонических кризах.

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ СИСТЕМ ДОСТАВКИ НИКОТИНА НА РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

СРИБНАЯ О.В.¹, КВАША Е.А.¹, СМЕРНОВА И.П.¹, РАФАЭЛЬ Д.И.²

¹ГУ «ННЦ «Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины;

²ОО «Новые технологии для здоровья», г. Киев, Украина

Введение. В настоящее время в ракурсе терапии табачной зависимости медицинским сообществом широко обсуждается стратегия снижения вреда с использованием альтернативных продуктов доставки никотина. К их числу относят электронные системы доставки никотина (ЭСДН) на основе табака или никотинсодержащей жидкости, в том числе электронные сигареты (ЭС). Данные, касающиеся влияния ЭСДН на риск ССЗ, ограничены и зачастую основываются на результатах воздействия паров ЭС на некурящих лиц или в эксперименте на животных.

Цель работы. Изучить динамику показателей функционального состояния эндотелия сосудистой стенки и факторов, его определяющих, у курящих при 6-месячном использовании электронных систем доставки никотина (ЭСДН).

Материал и методы. В открытое локальное 6-месячное исследование были включены 60 курящих мужчин и женщин старше 18 лет (возраст – $38,9 \pm 2,3$ лет, количество сигарет – $22,5 \pm 1,8$, стаж курения – $21,3 \pm 1,3$) с высокой степенью табачной зависимости, не мотивированных на отказ от курения. Были сформированы 3 группы по 20 человек: I группа – в качестве альтернативы традиционного курения использовала систему нагрева табака iQOS; II группа – перешла на электронные сигареты JoyetechGo AIO; III группа участников

продолжали курить традиционные сигареты в привычном для них режиме. Участники групп были сопоставимы по возрасту, стажу и интенсивности курения, уровню артериального давления и частоте сердечных сокращений. В работе использовались сертифицированные в Украине ЭСДН.

Результаты. Через 6 месяцев среди пользователей ЭСДН регистрируются нормализация СОНб, уменьшение количества клеток предшественников эндотелиоцитов на 6,0% в 1-ой и на 23,1% – во 2-ой группах; эндотелина 1 – на 8,1 и 14,0% и ХС ЛПНП – на 4,8 и 13,8% соответственно. Одновременно значения поток зависимой вазодилатации увеличились в этих группах на 20,6 и 25,0% соответственно. В группе 3 изучаемые показатели не изменились.

Заключение. Переход на ЭСДН на основе табака и никотинсодержащей жидкости и поступление в организм никотина с устранением повреждающего действия сигаретного дыма не нарушает кислород-транспортной функции крови и позволяет избежать повреждения сосудистого эндотелия. Полученные результаты свидетельствуют о значимо менее вредном воздействии ЭСДН на организм по сравнению с табачным дымом и подтверждают возможность их рассмотрения как продуктов сниженного риска для курящих, которые не хотят или не готовы полностью отказаться от курения.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (К 10-летию ЮБИЛЕЮ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ В РОССИИ)

ТАРАНЦОВА А.В.

Областной центр здоровья, поликлиника №10, г. Ростов-на-Дону. Россия

Введение. Современные государственные программы профилактики хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) – Центры здоровья (с 2009 г.), профосмотры и диспансеризация взрослого населения (с 2013 г.) – дублируются по целям, перечню обследования и направлены на формирование у населения приверженности к здоровому образу жизни (ЗОЖ), на борьбу с общими модифицируемыми факторами риска (ФР) и 4 основными группами причин смертности в России и мире: болезнями системы кровообращения (ОИМ, ОНМК), злокачественными новообразованиями (ЗНО легких, молочных желез, кишечника), хроническими респираторными заболеваниями (ХОБЛ, астма), сахарным диабетом. Однако нельзя не принимать во внимание и наличие других, инвалидизирующих, утяжеляющих коморбидность и ухудшающих прогноз ХНИЗ (остеопороз, глаукома, заболевания щитовидной железы, ЖКТ, иные ЗНО, анемия и др.). Также актуально звучит задача активного вовлечения граждан в сознательную заботу о сохранении своего здоровья и ежегодного профилактического обследования населения (что возможно в настоящее время только в Центрах здоровья).

Цель исследования. Разработать пути оптимизации донозологического скрининга и предложить программу расширенного Check-Up максимального числа ХНИЗ, реализуемого в условиях Центра здоровья (ЦЗ) или путем самодиагностики.

Материал и методы. Проведен анализ современных российских и зарубежных клинических рекомендаций по диагностике и профилактике внутренних и смежных болезней; систематизированы варианты донозологического (профилактического) скрининга различных ХНИЗ.

Результаты. 1) Внедрить расширенный Check-Up для молодежи 18–44 лет с выявленными ФР ХНИЗ (избыточная масса тела, гипергликемия, дислипидемия, наследственность и т.п.), а также для всех лиц 45 лет и старше: а) анализ крови на: гликированный гемоглобин (скрининг предиабета и сахарного диабета); липидограмму, АлТ, АсТ (для компетентного назначения статинов); креатинин (для подсчета СКФ); ТТГ (скрининг функции щитовидной железы); мочевую кислоты (маркер метаболического синдрома и подагры); СРБ (показатель воспаления, повреждения эндотелия и

ССЗ, ЗНО и др.); антитела к кардиолипину (скрининг предрасположенности к тромбозу в молодом возрасте); электролиты (дефицит микроэлементов – магния, кальция и др.); ИФА на H.pylori; онкомаркеры (РЭА, АФП, СА-19,9; ПСА – мужчинам; СА-125, СА-15,3 – женщинам) и др.; б) экспресс-тесты для выявления: альбуминурии в моче («Микроальбумфан»); никотина (котинина), наркотиков в моче; алкоголя в слюне; кала на скрытую кровь и др. (ООО Мед-Экспресс-Диагностика); пепсина в слюне (косвенный маркер ГЭРБ); кортизола в слюне (функция надпочечников); лабораторных параметров метаболического синдрома (глюкозы, липидограммы, мочевой кислоты), анемии (гемоглобин) – портативным анализатором «EasyTouch»; в) анкетирование – опросники по питанию, физической активности, курению, ментальным расстройствам (тревога, депрессия, стрессы, нарушения сна и др.) и т.п. 2) Дополнение или обновление материально-технической базы ЦЗ: а) АПК (оценка функционально-адаптационных резервов): «Здоровье-Экспресс»; «Ритм-Экспресс»; «Источники здоровья»; «Интегральный показатель здоровья»; «Омега-ПРО», «Омега. Диагностика»; «ВедаПульс»; «Multiscan PRO»; «Навигатор здоровья» и др.; б) «АнгиоСкан-01» (определение жесткости / биологического возраста сосудов); в) УЗИ сонных артерий (скрининг атеросклероза), сердца; г) ультразвуковой остеоденситометр (скрининг остеопороза); д) передвижной скрининг-мобиль с комплектом оборудования для выездов (автоматический тонометр; АПК «Оникс» или «Лотос»; ТВГД-02 «Еламед» и др.); ноутбук или планшет для работы врача с мобильным приложением для заполнения «Карты ЦЗ». 3) Нормативно урегулировать и унифицировать учетно-отчетную документацию ЦЗ, штатное расписание, оплату Школ здоровья и повторных визитов в течение года (с ФОМС), междисциплинарное и межсекторальное взаимодействие ЦЗ с Почтой России, автотранспортными предприятиями, СМИ, МФЦ, крупными торговыми центрами (социально-медицинская реклама, оборудование стационарных кабинетов скрининг-диагностики вне поликлиники для повышения информированности населения о ЗОЖ и профилактике ХНИЗ) и т.п.

Заключение. Расширение объема скрининг-диагностики в ЦЗ вызовет интерес у населения,



поднимет посещаемость и охват профилактическими программами. Межведомственное взаимодействие будет способствовать формированию и

укреплению общественного здоровья. Раннее выявление ряда ХНИЗ у коморбидных и полиморбидных больных снизит общую смертность.

ФОРМИРОВАНИЕ АРХИТЕКТУРЫ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ В СООТВЕТСТВИИ С ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ СТАНДАРТАМИ РЕСПУБЛИКАНСКОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА КАРДИОЛОГИИ

¹ТРИГУЛОВА Р.Х., ²БАЗАРОВ Р.К., ²АХМЕДОВ Д.Д.

¹ ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии» МЗ РУз;

² Центр разработки программных продуктов и аппаратно-программных комплексов при Ташкентском университете информационных технологий, г. Ташкент. Узбекистан

В контексте создания медицинских информационных систем (МИС) формализация стандартных операционных процедур (СОП) – документально оформленных алгоритмов выполнения действий, т.е. исполнения требований стандартов медицинской помощи является весьма актуальным вопросом. Архитектура МИС, реализующая СОП, обеспечивает должную преемственность и этапность оказания медицинской помощи, а главное – возможность проведения экспертизы и оценки качества медицинской помощи пациентам, планирования мероприятий по его совершенствованию, а также для защиты прав пациента и врача при решении спорных и конфликтных вопросов.

Для РСНПМЦК характерны операции, связанные непосредственно с оказанием медицинской помощи, согласно утвержденным нормативно-правовым документам, которые можно поделить на следующие основные группы и подгруппы:

1) Диагностические процедуры: лабораторные, функциональные, консультации.

2) Лечебные мероприятия: фармакотерапия, чрескожная ангиопластика с/без стентирования, аортокоронарное шунтирование, РЧА.

Проведенный анализ деятельности поликлиники РСЦК позволяет сформулировать общий алгоритм оказания амбулаторного обслуживания пациентов в виде совокупности медико-технологических процедур, в соответствии с рассмотренным подходом. На каждом этапе представленной схемы совокупность СОП может разделяться на отдельные комплексные или простые медицинские услуги, согласно принятой номенклатуре услуг.

В настоящее время наличие СОП входит элементом в международные стандарты, разработанные Международной организацией по стандарти-

зации (ISO), и другие международные регламенты в области качества. Качество в отмеченных стандартах характеризуется тремя аспектами: *качество структуры* (организационно-техническое качество ресурсов: здания, сооружения, оборудование, материалы, кадры); *качество процесса* (технологии, профилактика, диагностика, лечение); *качество результата* (достижение принятых клинических показателей).

Последние два аспекта представляют основной интерес с точки зрения разработки МИС для лечебно-научного специализированного учреждения, образцом которого выступает РСНПМЦК.

Во-первых, четкая алгоритмизация организационных и технических регламентов, описывающих процедуры, обеспечивающих надлежащую технологию взятия проб, проведения всех заявленных лабораторных исследований и порядка составления заключений по результатам анализов, выполнение утвержденных клинических протоколов и т.д. снижает частоту возникновения рисков из-за возможных ошибок. Фактически, каждая СОП обязательно указывает на исполнителя, инструменты реализации, а также время, место и последовательность исполнения.

Очевидно, что наиболее интенсивная нагрузка приходится на лабораторную службу и на блок функциональной диагностики.

Во-вторых, должная формализация в рамках МИС не только первичных данных пациентов, но и связанных медико-технологических процедур открывает гораздо более широкие возможности для проведения интеллектуального анализа и научных исследований, направленных на существенное улучшение качества оказания медицинской помощи.

ПРИОРИТЕТНЫЕ СТРАТЕГИИ ВЫСОКОГО РИСКА В ОТНОШЕНИИ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

ТУЙЧИЕВ А.Х., МАМАСАЛИЕВ Н.С., БУРИБОЕВ Д.Г., УСМОНОВ Б.У.

Андижанский государственный медицинский институт и АФ РНЦЭМП, г. Андижан. Узбекистан

Цель исследования. По результатам эпидемиологического исследования установление особенностей эффективных стратегий высокого риска (выявление и снижение влияния факторов риска) в отношении внезапной сердечной смерти (ВСС) среди населения.

Материал и методы исследования. В качестве объекта исследования были взяты умершие ВСС (942 мужчины и 697 женщин в возрасте ≥ 15 –90 лет) за 6-ти летний период. В сборе материалов и диагностике ВСС применялись эпидемиологические, клинические, биохимические, инструментальные и морфологические критерии.

Результаты и выводы. Утверждено, что для реализации эффективных программ «спасительной профилактики» ВСС в систему раннего выявления, терапии и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний должна входить «активная борьба» с эпидемиологическими, метеорологическими и фармакоэпидемиологическими факторами риска. По их результатам следует индивидуализировать проводимые мероприятия по определению

приоритетных стратегий высокого риска в отношении сердечно-сосудистых заболеваний и ВСС.

Выявлено, что ВСС в 87,6% случаев развивается мгновенно, и с возрастом частота его выявления увеличивается в 16,5 раза.

Следует подчеркнуть, что доля ИБС в развитии ВСС составляет 39,5%, в 31,9% случаев его мгновенное наступление связано с некоронарогенными патологиями.

В целом, нами выделены 39 приоритетных фактора риска ВСС, и среди них в качестве «главных» утверждены такие метеорологические факторы риска, как колебание температуры воздуха, солнечное сияние, влажность воздуха и барометрическое давление. Достаточно часто применяются «препараты второй линии» (40,6%), не влияющие на «конечные точки» от сердечно-сосудистых заболеваний. Наблюдаются сохранение стабильно высокой распространенности основных факторов риска, увеличение доли метеочувствительных больных и возрастание коморбидности у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

ИЗУЧЕНИЕ И АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЛИЦ, УМЕРШИХ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

ТУЙЧИЕВ А.Х., МАМАСАЛИЕВ Н.С., УСМАНОВ Б.У., МАМАСАЛИЕВ З.Н.

Андижанский государственный медицинский институт и АФ РНЦЭМП, г. Андижан. Узбекистан

Цель исследования. Изучение распространенности метаболического синдрома (МС) у лиц, умерших от сердечно-сосудистых осложнений и внезапной сердечной смерти (ВС и ССО).

Материал и методы. Среди популяции – умерших (942 мужчины и 697 женщин) от ВС и ССО с использованием критериев аналитической эпидемиологии оценены факторы риска ВС и ССО, в том числе МС. Использованы рекомендации, разработанные экспертами ВОЗ (WHO, 1999) и ВНОК (2008).

Результаты и выводы. Оказалось, что распространенность МС среди умерших от ВС и ССО (УВС и ССО) в целом составляет 59,4%. Полученные данные показали, что его распространенность существенно не различается у женщин и мужчин ($p > 0,05$). Кроме того, наличие МС у пациентов ассоциируется с увеличением частоты ВС и ССО во всех возрастных группах,

кроме возрастной группы до 30 лет. В целом установлено, что при наличии МС частота случаев ВС и ССО с возрастом увеличивается более чем в 8 раз ($p < 0,001$). Существенно большая частота возрастания случаев ВС и ССО при наличии МС в возрасте 80–89 лет, 70–79 лет, 60–69 лет и ≥ 90 лет.

Следует так же указать, что при наличии отдельных компонентов МС наблюдались и более высокие показатели ВС и ССО.

Так, при наличии артериальной гипертензии частота ВС и ССО возрастает в 2,3 раза ($p < 0,01$), в связи с возрастом при наличии гиперхолестеринемии выявляемость случаев ВС и ССО увеличивается в 7,9 раза ($p < 0,01$), в группе УВС и ССО при наличии гипертриглицеридемии показатели ВС и ССО возрастают до 11,4%. Обращает на себя внимание тот факт, что при наличии ожирения, начиная с 50-летнего возраста наблюдается суще-



ственное возрастание (в 6,3 раза) частоты выявления ВС и ССО ($p < 0,001$).

Заключение. Установленные в связи с МС и его компонентами неблагоприятные изменения

в отношении ВС и ССО должны быть учтены при коррекции лечебно-профилактических мероприятий у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ТУРДИЕВ М.Р., ИСМАИЛОВ С.И., КАМИЛОВА У.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент. Узбекистан

Цель. Оценить факторы риска и суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE в условиях первичного звена в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Материал и методы. Обследованы 400 лиц в возрасте от 40 до 55 лет в СВП. Факторы риска определяли по опроснику, и оценивали риск развития сердечно-сосудистых событий по шкале SCORE.

Результаты. При анкетировании и активном распросе выявлена низкая физическая активность у 294 (74,0%) человек (особенности образа жизни, привычки, ограничения из-за возникновения болей или неприятных ощущений в области сердца, появление одышки инспираторного характера при нагрузке). Со всеми обследованными была проведена беседа о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний и их профилактике. Для изучения суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE были анализированы такие факторы риска, как курение, которое встречалось у 226 (56,5%), гиперхолестеринемия по опреде-

лению уровня общего холестерина выявлена у 134 (33,5%), и АГ выявлялась у 174 (43,5%) лиц. Результаты исследования суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE выявили: низкий сердечно-сосудистый риск – в 82% случаях, средний – в 9,0%, умеренный риск – 4%, высокий – 4% и очень высокий риск – у 1% обследованных. Нами были проанализированы и другие факторы риска ССЗ: наследственность, отягощенная по ССЗ, зафиксирована у 274 (68,5%) обследованных. При анализе других факторов риска ИМТ $> 24,9$ кг/м² имели 314 (77,5%) больных, из них избыточный вес у 151 (48%), ожирение 1 степени у 84 (26,7%), ожирение 2 степени у 38 (12,1%). У 165 определен висцеральный тип ожирения. ОТ/ОБ составил $1,3 \pm 0,3$.

Заключение. Раннее выявление факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и применение шкалы SCORE в условиях первичного звена здравоохранения дает возможность оценить сердечно-сосудистый риск и разработать меры профилактики.

ГИПОТОНИК КONTИНУУМГА АЛОҚАДОР ВА УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИ ФАОЛИЯТИДА АКСАРИЯТ УЧРАЙДИГАН ХАТАР ОМИЛЛАРИ

ТУРСУНОВ Ж.Х., АРТИКОВА С.Г., МАМАСОЛИЕВ Н.С., ҚАЛАНДАРОВ Д.М.

Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон. Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади – гипотоник континуумга (ГК) алоқадор хатар омилларининг (ХО) эпидемиологик тавсифларини ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар. Эпидемиологик текширув ≥ 15 –70 ёшли аҳоли гуруҳи (725 та) жалб қилиниб, ГКга (касалланиш, ногиронлик, касалхонага тушишлар частотаси) алоқадор хатар омилларини [кашандалик, алкоголь истеъмол қилиш (АИҚ), гиперхолестеринемия (ГХС), гипертри-

глицеридемия (ГТГ), ортиқча тана вазни (ОТВ), мева-сабзавот маҳсулотларини кам истеъмол қилиш (МСМКИ), номақбул оилавий ҳолат (НОХ), кўпболалик (КБ), руҳий зўриқиш омили (РЗО), гиподинамия (ГД), сурункали ортиқча овқат истеъмол қилиш (СООИҚ), ёғли овқатларни ортиқча истеъмол қилиш (ЁООИҚ), номунтазам овқатланиш тарзи (НОТ), гўшти таомларнинг рационда устуворлиги (ГОИҚУ), ун маҳсулотларидан тайёрланган таомларнинг рационда устуворлиги (УМ-



ТОУ), мультиморбидлик синдроми (ММБ), хамир-ли овқатларнинг рационда устуворлиги (АҚМУ)] тарқалиши умумий амалиёт шифокори (УАШ) шароитида ўрганилди. Улар ЖССТ (2010) мезонлари бўйича баҳоланди.

Натижалар. УАШ шароитида ГКни хатар омиллари қуйидагича тарқалиш даражалари билан ифодаланади: кашандалик – 31,3%, АИҚ – 24,0%, ГХС – 18,4%, ГТГ – 15,5%, ОТВ – 42,7%, МСМКИ – 15,1%, НОХ – 3,2%, КБ – 5,6%, РЗО – 16,6%, ГД – 11,3%, СООИҚ – 9,6%, ЁООИҚ – 51,9%, НОТ – 35,9%,

ГОИҚУ – 81,4%, УМТОУ – 83,6%, ММБ – 75,8%, ХОҚУ – 61,1%, ИМ – 5,1% ва АҚМУ – 47,4%.

Ушбу 19 та хатар омиллари УАШ шароитида асосан устуворлик қилади ва уларни ГК га боғлаб ўрганиш, шубҳасиз, мақсадга мувофиқ бўлади.

Хулоса. Замонавий популяцияда ГКга нисбатан эпидемиологик шароитлар алоҳида тавсифга эга ёки илгариги эпидемияларни акс этдирмади. Демак, ГК га оид ушбу ҳолатлар устидан доимий мониторинг олиб борилса ва улардан келиб чиқиб УАШ ўз фаолиятини монандлаштириб борса, мақсадга мувофиқ бўлади.

УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИ ШАРОИТИДА АРТЕРИАЛ ГИПОТЕНЗИЯНИ СКРИНИНГЛИ АНИҚЛАШ НАТИЖАЛАРИ

ТУРСУНОВА С.Б., МАМАСОЛИЕВ Н.С., ҚАЛАНДАРОВ Д.М., АРТИКОВА С.Г.

Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон. Ўзбекистон

Ишнинг мақсади – умумий амалиёт шифокори (УАШ) шароитида артериал гипотензиянинг (АрГ) тарқалиши хусусиятларини аниқлаш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материаллар ва усуллар. УАШ шароитида бир вақтли эпидемиологик текширув шакллантирилди ва унда АрГ нинг чин тарқалиши даражалари аниқланди ҳамда баҳоланди. Сўровномали, клиник, биохимик ва функционал ҳамда инструментал текширув усуллари қўлланилиб, жами 603 та репрезентатив аҳоли гуруҳи текширилди. АрГ деб артериал босимни 100/60 мм симоб устунидан паст даражалари аниқланганда қабул қилинди.

Натижалар. УАШ шароитида АрГ ни тарқалиши даражаси 11,4% ни ташкил этади. > 15–70 ёшли эркекларда унинг аниқланиш даражаси – 9,6% ни ва шу ёшда бўлган аёллар популяциясида эса – 13%-ни ташкил қилади. УАШ шароитида нисбатан кўп патологик АрГ (9,8%), кардиоаритмик АрГ (7,6%), сурункали АрГ (7,5%) ва бирламчи АрГ (7,0%) аниқланади. Уларга нисбатан то 5,4 баробаргача етиб ($P < 0,001$) оз кўрсаткичлар,

физиологик АрГ (1,8%), иккиламчи АрГ (4,5%), ўткир АрГ (4,0%), нейрокардиал АрГ (6,6%) ва постпрандиал АрГ лар (9,8%) қайд қилинади. Эркак ва аёлларда уларнинг аниқланиш даражалари фарқланиб қуйидагича кузатилади мос равишда: бирламчи АрГ – 5,3 ва 8,5% дан ($P < 0,05$), физиологик АрГ – 0,7% ва 2,5% дан ($P < 0,01$), патологик АрГ – 7,5% ва 11,7% дан ($P < 0,05$), ўткир АрГ – 2,8% ва 5,0% дан ($P < 0,05$), сурункали АрГ – 4,6% ва 9,9% дан ($P < 0,01$), нейрокардиал АрГ – 3,6% ва 9,0% дан ($P < 0,01$), постпрандиал АрГ – 6,4% ва 4,3% дан ($P < 0,05$), ортостатик АрГ – 2,5% ва 4,3% дан ($P < 0,05$), кардиоаритмик АрГ – 4,3% ва 10,5% дан ($P < 0,01$) ва медикаментозли АрГ – 1,8% ва 3,0% дан ($P < 0,05$).

Хулоса. Скринингли ташхисот АрГ ни УАШ шароитида барвақт аниқлашда муҳим аҳамият касб этади ва ундан келиб чиқиб кенг қамровли профилактика ишлари ёки махсус акциялар ташкил этилса ҳамда амалга оширилса мақсадга мувофиқ бўлади.



ВЛИЯНИЕ ПОГОДНЫХ ФАКТОРОВ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ОТ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА В г. ОШЕ И г. БИШКЕКЕ

УМУРЗАКОВА Г.И., БЕЛОВ Г.В., АЛИ М.М., КАСЫМОВА Р.О.

Ошский государственный университет ОшГУ; Международный медицинский факультет; Кыргызско-Российский славянский университет, г. Ош. Кыргызстан

Введение. Давно известным фактом является рост простудных заболеваний, обострение ревматизма, болезней органов дыхания, мочеполовой системы при холодной температуре (Т). В Европе на один градус снижения Т приходится более существенное повышение заболеваемости и смертности, нежели при повышении Т на один градус. Однако, летом, при сильной жаре у определенной группы риска (гипертоники, постинфарктные, постинсультные больные, лица старческого возраста в целом) развиваются метеопатические реакции.

Цель работы. Сравнить влияние Т воздуха, атмосферного давления (АтД), осадков, резких смен погоды на число вызовов скорой помощи к больным сердечно-сосудистыми заболеваниями гг. Бишкек, Ош и смертности от них.

Материал и методы. В оценке заболеваемости населения использовали данные вызовов станции скорой медицинской помощи гг. Бишкека, Оша, а также показателей смертности по данным архивов ЗАГСа гг. Бишкек, Ош по классам болезней в соответствии с МКБ-10 пересмотра: A00-R99 – от всех причин; 100–199 – болезни системы кровообращения. В исследование включено более 500 тысяч вызовов скорой помощи и более 40 тысяч случаев. Анализ проведен по возрастным категориям, полу. Для оценки метеорологических показателей использованы архивные данные сайта <http://www.gismeteo.ru/diary/5327>. Корреляционный анализ выполнен по программе SPSS.

Результаты. Бишкек и Ош являются самыми крупными городами Кыргызстана. Расположены они приблизительно на одной высоте – 750–890 м над уровнем моря. Бишкек расположен в Чуйской долине, Ош – в Ферганской долине. Бишкек расположен на 43° северной широты, а Ош – 41°. Социальные условия жизни в этих городах схожие. Отличаются они по одному климатическому фактору – Т воздуха, которая в Оше выше на 2–3°. Ранее мы установили, что для жителей г. Бишкека существуют достоверные связи между Т воздуха, АтД и осадками с заболеваемостью и смертностью от 100–199. Они характерны для всех возрастов и любого пола в целом, но более сильные связи выявлены для женщин пожилого возраста. Между показателями обращаемости за скорой помощью населения по классу 100–199 в возрастной группе 65–74 года и данными АтД и наличия осадков имеется прямая взаимосвязь средней силы. В отношении Т установлена обратная зависи-

мость средней силы. Мы выделили дни с жаркой Т и дни с резкими сменами погод (ДРСП), при которых колебания среднесуточной Т по сравнению с предыдущим днем на 5 и более °С. Результаты показывают, что при незначительном росте среднегодовых, среднемесячных Т за исследованный период имеются достоверные сдвиги пиковых показателей дневной Т. Наблюдается тенденция возрастания числа жарких дней по г. Бишкеку на 36,7%. По г. Ошу за шестнадцатилетний период наблюдалось непрерывное возрастание показателя – 44,5%: с 52,6 до 76,0 дней в году. Наиболее жаркие дни бывают в июле и августе. Пик вызовов скорой помощи по городу Бишкеку также приходится на июль – август месяцы. Также высокое количество вызовов приходится на март и ноябрь, когда наблюдается наибольшая частота ДРСП. Интересно отметить, что смертность от болезней 100–199 выросла за последние 10 лет в Кыргызстане на 19,25%, в том числе по северному региону – на 22,6%, а по южному – на 18,5%. В целом по южному региону смертность от болезней 100–199 существенно ниже (43,5 на 10 тыс. населения), чем по северному (54,8 на 10 тыс. населения). Далее мы сравнили количество резких смен погоды в городах Бишкеке и Оше. Для Оша характерна более стабильная погода. Число резких смен погоды в г. Оше на 51,1–59,7% меньше, чем в г. Бишкеке. Самыми неустойчивыми годами в г. Бишкек были 1999 и 2002 годы, когда ДРСП превышали 100. Наиболее неустойчивая погода в г. Бишкек характерна для марта, апреля и ноября. В эти месяцы важно проводить сезонную метеопрофилактику. В городе Оше нет месяцев с высоким числом дней с резкой сменой погоды, таких как в Бишкеке (10 и более). Жителям легче адаптироваться к текущей Т. Корреляционный анализ выявил для г. Бишкека в ДРСП повышение смертности от 100–199 в целом для всей популяции. В группе лиц старше 75 лет связи ДРСП и смертности достоверно сильные $r = +0,71$.

Заключение. Наши исследования показывают, что важна не абсолютная Т, которая в г. Оше выше. Мы видим, что там большое количество жарких дней не приводит к повышению смертности. Здесь надо учитывать, что жители г. Оша издавна адаптировались к более высокой Т: одежда, питание, жилье, режим труда и отдыха, т.е. образ жизни у них более азиатский, нежели у жителей г. Бишкека, образ жизни которых более европейский.



ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

УРИНОВ О.У., МАМУТОВ Р.Ш., МИРАХМЕДОВА О.Х.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан*

Цель исследования. Изучить частоту факторов риска (ФР) и особенности течения острого коронарного синдрома и острого инфаркта миокарда (ОКС/ОИМ) у мужчин в одном из районов г. Ташкента.

Материал и методы. В исследование включены 464 мужчины, средний возраст которых = $56,06 \pm 9,55$ лет. ОКС и ОИМ изучались среди постоянного населения одного из районов г. Ташкента. Использовались критерии χ^2 и Мак-Нимара для определения достоверных различий качественных показателей.

Результаты. За период наблюдения в стационар были госпитализированы 67 (14,4%) мужчин с диагнозом ОИМ и 195 (42,0%) – с подозрением на ОКС, остальные 202 (43,5%) мужчины умерли на догоспитальном этапе. Данные исследования свидетельствуют о том, что среди мужской популяции по мере увеличения возраста наблюдается рост острых коронарных нарушений, при этом наибольшее количество случаев пришлось на возрастную категорию 60–69 лет.

Оценка ФР показала, что чаще всего в анамнезе фиксировалось наличие АГ – 78,2%; ИМТ – 79,3%; СД – 41,1%; курение – 60,5%; при этом курение в прошлом отмечали у 9,5% мужчин. Анализ сочетания факторов риска показал, что ФР при ОКС/ОИМ обнаружены у 464 (100%) больных, в т.ч. 1 ФР – у 27 (5,8%), 2 ФР – у 77 (16,6%), 3 ФР – у 147 (31,7%), 4 ФР – у 105 (22,6%), > 5 ФР – у 108 (23,8%).

Анализ распространенности ГХС в зависимости от возраста показал, что наиболее высокие показатели наблюдались среди мужчин в возрасте 40–49 лет (51,4%) при $p < 0,001$. ГХС чаще встречается в подгруппе «ОИМ с зубцом Q» в возрасте 65–69 лет, в подгруппе «ОИМ без зубца Q» в возрасте 60–64 года (46,4 и 50,0% соответственно, $p < 0,001$).

Пик распространенности курения у мужчин приходился на возраст до 30 лет, однако по мере

взросления часть мужчин бросали эту вредную привычку. На возрастную категорию 60–69 лет пришлось лишь 49,5% курильщиков, а с увеличением возраста отмечалась тенденция к снижению. Курили в прошлом 9,5% мужчин ($p < 0,05$).

Анализ показал, что у больных в подгруппе «ОИМ с зубцом Q» и в подгруппе «Определенный ОИМ» курение наблюдалось чаще (73,9 и 82,9% соответственно, $p < 0,05$). В нашем исследовании у 79,3% пациентов отмечалась Изб. МТ и/или ожирение. Распространенность Изб. МТ и/или ожирения у мужчин увеличивалась с возрастом и достигала максимума к 50–59 годам – 80,4% ($p < 0,01$).

В возрастных группах 20–29 и 30–39 лет различия в распространенности Изб. МТ и/или ожирения (20,0% и 79,3% соответственно) между мужчинами становились статистически значимыми ($p < 0,001$) (в 3,9 раза выше у мужчин в подгруппе 30–39 лет).

Характерно, что все молодые мужчины с ОКС/ОИМ в возрастной категории менее 29 лет имели избыточный вес, а в возрасте 30–34, 35–39 лет соответственно 77,8 и 80% ($p > 0,05$).

Сочетание 4-х ФР чаще встречается у мужчин в подгруппе «ОИМ с зубцом Q», чем у мужчин ОИМ без зубца Q (34,8 и 9,5% соответственно), а 3 ФР в 2 раза чаще встречаются у мужчин в подгруппе «ОИМ без зубца Q», чем у мужчин «ОИМ с зубцом Q», (42,8 и 19,5% соответственно) ($p < 0,001$). Анализ сочетания 3-х ФР показал, что пик распространенности 3-х ФР среди мужчин приходился на подгруппу «Возможный ОИМ» – 50,0%.

Выводы. Установлено, что потенциал основных ФР среди мужчин с ОКС/ОИМ имел свои особенности: по нашим данным, у 79,3% пациентов отмечалась Изб. МТ и/или ожирение – 79,3%, АГ – 78,3%, курение – 60,5%. Распространенность Изб. МТ и/или ожирения увеличивалась с возрастом, а распространенность курения уменьшалась.



АЛКОГОЛЬ ИСТЕМОЛ ҚИЛИШНИНГ ХАТАР ОМИЛ СИФАТИДА ТАРҚАЛИШИ (ПОПУЛЯЦИЯ ДАРАЖАСИДА ОЛИНГАН ЯНГИ НАТИЖАЛАР)

УСМОНОВ Б.У., МАМАСАЛИЕВ Н.С., МУСАШАЙХОВ У.Х., МАМАСОЛИЕВ З.Н.

Андижон давлат тиббиёт институти ва РШТЁИМ АФ, Андижон. Ўзбекистон

Ишнинг мақсади. алкоголь истеъмол қилишни (АИҚ) замонавий популяцияда баҳолаш.

Материал ва усуллар. Қишлоқнинг 18–90 ёшли аҳолисини репрезентатив текширув гуруҳи Андижон шароитида шакллантирилди (1662 та). Эпидемиологик мониторинг STEPS саволномаси (WHO, 2014) бўйича 2018 йил давомида амалга оширилди ва унга текширилувчилар тўлиқ жалб этилди.

Натижа ва хулосалар. Эпидмониторинг бирламчи ва иккиламчи профилактика учун янги натижалар ҳамда хулосалар берди. Жумладан, маълум бўлдики, «Қачондир алкогольли ичимлик (пово, вино ёки спирт, ароқ, коньяк, виски, ликер, брэнди) истеъмол қилган аҳоли» 47,6 фоизга етиб аниқланди. Бундан ташқари, 47,2 фоиз текширилганларда АИҚ охириги 1 йил давомида мунтазам бўлган ва фақат уларнинг 13,0 фоизигина саломатлиги ёмонлашуви туфайли ёки врач тавсиясига биноан ичишдан воз кечган.

АИҚнинг турли шакллари қуйидагича частоталарда кузатилади «Тез-тез, ҳеч бўлмаганда 1 стандарт дозада ичиш» – ҳар куни 3,9 фоиз, ҳафтасига 5–6 кун – 3,4 фоиз, ҳафтасига 3–4 кун – 7,5 фоиз, ҳафтасига 1–2 кун – 34,9 фоиз, бир ойда 1–3 кун – 28,2 фоиз ва бир ойда бир маротабадан кам – 22,1 фоиз. Охириги 30 кун давомида АИҚ частотаси – 96,5 фоиз ва жумладан, 1 стандарт дозада 1 марта – 39,4 фоиз, 2–3 стандарт доза – 31,8

фоиз, 4–5 стандарт доза – 9,8 фоиз, 6 ва ундан ортиқ стандарт дозада истеъмол қилиш – 5,5 фоизга етиб қайд этилади.

Янада чуқурроқ таҳлил бўйича, охириги 30 кун давомида бир ўтиришда 6 ва ундан кўп стандарт дозада АИҚ қуйидагича тасдиқланади: 1 марта – 19,5 фоиз, 2 марта – 36,6 фоиз, 3 марта – 26,8 фоиз, 4 ва ундан ортиқ марта – 4,9 фоиз. 1 ҳафтанинг ҳар бир кунда ичимлик ичиш частотаси аҳолида 45,1 фоиз (1 стандарт дозада), 29,0 фоиз (2–3 стандарт дозада) – 12,9 фоиз (4–5 стандарт дозада) ва 6,5 фоиз (6 ва ундан ортиқ стандарт дозада) даражаларда аниқланди.

Энг кўп АИҚ кунлари бўлиб душанба (64,5 фоизгача), сешанба (45,1 фоизгача) чоршанба (45,1 фоизгача) ва нисбатан кам ичиш кунлари сифатида эса пайшанба (32,3 фоиз) ва жума (32,3 фоиз) тасдиқланади.

Популяция даражасида акция маркаси бўлмаган турли алкогольли ичимликларни ичиш 65,4% га етиб аниқланди ва ичиш билан оилада муаммоларнинг юзага келиши 1 йилда қуйидагича кузатилди: «ҳар ойда бир мартадан кўп» – 9,4 фоиз, «ҳар ойда» – 8,0 фоиз, «бир ойдан ортиқ муддатда бир марта» – 15,4 фоиз ва «ойда бир марта ёки икки марта» – 67,2 фоиз.

Ушбу маълумотлар фаол бирламчи профилактика «пойдевори»нинг қурилишига асос бўлиб хизмат қилади деб тавсия этамиз.

НОРМАТИВНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ МАКСИМАЛЬНОЙ СКОРОСТИ КРОВОТОКА НА КЛАПАНЕ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В RW-РЕЖИМЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (обновленные данные)

ЦОКОЛОВ А.В.

ФГБУ МО РФ «1409 Военно-морской клинический госпиталь», г. Калининград. Россия

Эхокардиографическая диагностика в детском и подростковом возрасте имеет ряд особенностей, обусловленных прежде всего необходимостью оценки практически всех размерных показателей в соответствии с весом ребенка, редко – с возрастом, а также морфогенезом отдельных структур сердца в различные периоды жизни (перешеек дуги аорты, ствол и ветви легочной артерии), имеющих тесную связь с эмбриогенезом этих структур.

Представленные в специальной литературе данные о максимальных значениях скорости на

клапане легочной артерии (КЛА) чаще не соответствуют действительности, что нами наблюдается на протяжении более 10 последних лет работы с такими пациентами. Регистрируемые скорости, как правило, превышают рекомендованные значения даже при отсутствии патологии сердечно-сосудистой системы, а при наличии дефектов перегородок (ДМПП, ДМЖП) или беспокойном поведении/плаче ребенка оказываются еще большими. Все это затрудняет и так не простой процесс диагностики. Четкого ответа на вопрос – «почему нормальные скорости на КЛА у здоровых детей оказыва-

ются больше ранее установленных нормативных значений» в настоящее время нет. Однако можно предположить, что это обусловлено повышением чувствительности современной ультразвуковой аппаратуры. Слепое следование ранее установленным и предлагаемым нормам скорее приведет к массовой гипердиагностике патологии КЛА, либо ствола ЛА по типу «врожденного стеноза».

Цель работы. Пересмотреть максимальные скоростные показатели ($V_{\max}$), регистрируемые при ЭхоКГ на КЛА в детском возрасте.

Материал и методы. Был осуществлен ретроспективный анализ протоколов 2030 эхокардиографических исследований, которые выполнялись детям в возрасте от 2 недель до 16 лет, и кому по результатам комплексного обследования исключалась патология сердечно-сосудистой системы. Дети с ДМПП, ДМЖП, ОАП и открытыми овальными окнами любого размера и объема шунтирования в исследование не включались. Все исследования были выполнены на ультразвуковом аппарате Medison Accuvix V10 (Корея) опытным врачом со стажем работы более 10 лет.

Результаты оценки $V_{\max}$ (данные приведены в формате $M \pm 2\sigma$, м/с) на КЛА в режиме PW- с учетом веса тела обследованных детей, оказались следующими: 3,3–9,9 кг – $1,06 \pm 0,27$ м/с; 10,0–14,9

кг – $1,07 \pm 0,25$ м/с; 15,0–19,9 кг – $1,02 \pm 0,31$ м/с; 20,0–24,9 кг – $1,0 \pm 0,29$ м/с; 25,0–29,0 кг – $1,0 \pm 0,26$ м/с; 30,0–39,9 кг – $1,0 \pm 0,25$ м/с; 40,0–60,0 кг – $1,0 \pm 0,3$ м/с. При этом корреляционный анализ позволил выявить лишь слабую отрицательную связь $V_{\max}$ на КЛА с возрастом ($r = -0,15$; $p < 0,95$) и умеренную положительную корреляционную связь $V_{\max}$ на КЛА с $V_{\max}$ на АК ($r = 0,43$; $p < 0,05$). В последнем случае объяснением может служить гиперкинетический тип гемодинамики, чаще наблюдаемый в детском возрасте. В целом же по группе средние значения $V_{\max}$ на КЛА составили $1,03 \pm 0,25$ м/с.

Заключение. Таким образом, на наш взгляд, максимальные нормативные скоростные показатели на КЛА в детском возрасте должны быть пересмотрены и установлены как минимум в пределах $0,78$ – $1,38$ м/с (для $M \pm 2\sigma$, т.е. в пределах двух стандартных отклонений), и это только для КЛА. Для ствола ЛА скорости могут оказаться несколько большими. Следует помнить и принять во внимание тот факт, что нормативные данные, приводимые в большинстве руководств, оказываются заниженными относительно реальных значений и к ним нужно относиться с определенной долей осторожности не впадая в «водоворот гипердиагностики».

КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫЙ КОНТИНУУМ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ЧАПАУ А., МУХАММЕДОВА Н., ИЛАМАНОВА Д.

*Государственный медицинский университет Туркменистана;
Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, г. Ашхабад. Туркменистан*

Цель. Изучение развития ремоделирования сердца при бронхиальной астме (БА) с учетом тяжести течения заболевания.

Материал и методы. Были обследованы 93 больных БА. В соответствии с Глобальной стратегией лечения и профилактики бронхиальной астмы у 21 (23%) больного была диагностирована легкая (БАЛТ), у 47 (50%) – среднетяжелая (БАСТ) и у 25 (27%) – тяжелая (БАТТ) степени тяжести БА. С целью анализа изменений кардиальной системы все больные в зависимости от клинического течения, выраженности обструктивного синдрома и характера медикаментозного фона на догоспитальном этапе и в стационаре, а также наличия сопутствующей сердечно-сосудистой патологии (ССП) были разделены на 8 групп (подгрупп). Возраст колебался от 16 до 62 лет. Длительность БА у большинства больных превышала 3 года.

Всем больным было проведено комплексное обследование, которое включало общеклинические и инструментальные методы – электрокардио-

графия (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), суточное Холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ), функция внешнего дыхания (ФВД).

Результаты. ХМЭКГ выявило данные, подтверждающие роль активации САС в генезе нарушений ритма сердца, и свидетельствовало о развитии электрофизиологического ремоделирования миокарда.

Анализ гемодинамики выявил снижение удельного веса гиперкинетического типа за счет увеличения эукинетического и гипокINETического типов. Повышенные уровни систолического давления в легочной артерии (СДЛА) и общего легочного сопротивления (ОЛС) были выявлены при гормонозависимой БАСТ. В этой категории больных обнаруживались гипертрофия ПЖ и уменьшение желудочкового индекса, свидетельствующие о геометрической перестройке ПЖ.

Нарушения диастолической функции возникали при БАСТ и учащались при БАТТ. Отмечалось развитие дисфункции ПЖ гипертрофического типа. В результате, в группе БАТТ было выявлено 15%



больных с бессимптомной диастолической дисфункцией ЛЖ, в группе БАСТ – 10% и еще 5% пациентов с бессимптомной систолической дисфункцией. Ремоделирование ЛЖ проходило параллельно правому. Концентрическое ремоделирование ЛЖ было обнаружено, начиная с легкой степени БА.

Выводы. Развитие ремоделирования сердца у больных БА происходит на фоне нейрогуморальных изменений, включающих гиперактивацию САС, РААС, системы натрийуретических пептидов. Учитывая вышеизложенное, можно говорить о кардиореспираторном континууме при БА.

УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИ ШАРОИТИДА ГИПЕРТОНИЯ КРИЗИНИ АКСАРИЯТ ОМИЛЛАРИ ВА УЛАРНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ

ЭРГАШЕВ Э.Э., АРТИКОВА С.Г., МАМАСОЛИЕВ Н.С., ҚАЛАНДАРОВ Д.М.

Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон. Ўзбекистон

Ишнинг мақсади – умумий амалиёт шифокори (УАШ) шароитида гипертония кризи (ГКр) хатар омилларининг эпидемиологик тавсифларини очиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Текширув материали ва усуллари. Эпидемиологик текширувда 725 нафар 15–70 ёшли аҳоли гуруҳи жалб этилиб ГКр нинг хатар омилларининг (ХО) тарқалиши хусусиятлари аниқланди ва баҳоланди. Хатар омиллари ЖССТ (2000) тавсиялари бўйича ажратилди ва ўрганилди.

Натижалар. УАШ шароитида қуйидаги хатар омиллари ГКр содир бўлишига асосан сабаб бўладилар: маълумот даражасининг пастлиги – 5,6%, ақлий меҳнат устуворлиги – 47,4%, оғир жисмоний меҳнат устуворлиги – 52,5%, номақбул ижтимоий ҳолат – 15,1%, ортиқча тана вазни – 24,3%, кашандалик – 35,8%, алкоголь – 24,0%, гиперхолестеринемия – 35,8%, гипертриглицеридемия – 39,9%, ХСДЗЛП – 36,8%, ХСЮЗЛП – 37,3%, ХСЎПЗЛП – 27,9%, руҳий зўриқиш хатар омили – 81,0%, юрак қисқариш частотасининг ортиши – 10,6%, полипа-

тия – 35,2% ва тиббий назоратнинг номукамаллиги – 43,3%.

ГКр асосан 24та ХО га боғлиқ ҳолда содир бўлади, уларга боғлиқ ҳолда ГКр хавфи УАШ шароитида то 4,8 баробаргача етиб ортади. Ушбу хатарни барвақт аниқлаш ва бартарафлаш учун эпидемиологик натижалардан келиб чиқиб яратилган «ГКр ни УАШ шароитида прогнозлашга асосланган профилактика тизими ва даволаш стратегияси алгоритми» дастуридан мунтазам фойдаланиш лозим. Бизнинг натижаларимиз бўйича ундан фойдаланиш даволаш-профилактика амалиётларини самарали такомиллаштиради.

Хулосалар. УАШ шароитида ГКр га нисбатан муқобил ва мувофиқ профилактика ҳамда даволаш дастурларини тузишда эпидемиологик текширувлардан кенг фойдаланилса мақсадга мувофиқ бўлади. Бундай фаолият амалиётнинг натижавийлигини ошириб тиббий, ижтимоий ва иқтисодий таълофатларни аҳоли орасида камайтиради.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ ТРОПОНИНА I, ОПРЕДЕЛЯЕМОГО ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ, В УСЛОВНО ЗДОРОВОЙ ПОПУЛЯЦИИ

ЯКОВЛЕВ А.А.^{1,2}, ПУШКИН А.С.^{1,2}, РЫЖАК Г.А.³

¹СПб ГБУЗ ГМПБ №2, ²ПСПбГ медицинский университет им. И.П. Павлова;

³АНО ИНЦ «Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии»,
г. Санкт-Петербург. Россия

Введение. Заболеваемость населения Российской Федерации сердечно-сосудистой патологией постоянно возрастает, что связано с ростом доли пожилого населения, а также с более эффективной выявляемостью заболеваний с помощью новых методов диагностики. Высокочувствительный тропонин является современным маркером острой сердечной патологии, применяемым в том числе и в дифференциальной диагностике пациентов с острым коронарным синдромом.

Цель данного исследования. Изучить возрастные особенности уровня тропонина I, опре-

деляемого высокочувствительным методом, в условно здоровой популяции. Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи: 1. Определить уровни тропонина I в условно здоровой популяции. 2. Выявить наличие или отсутствие возрастных закономерностей изменения уровня тропонина I. 3. Оценить необходимость использования полученных результатов при интерпретации лабораторного обследования пациентов с острой кардиологической патологией.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе СПб ГБУЗ Городской многопро-

фильной больницы №2, г. Санкт-Петербург. Для решения поставленных задач использовали количественный метод измерения уровня тропонина I компании ABBOTT – ARCHITECT STAT hs Troponin-I. Всего были обследованы 165 человек, 71 % женщин и 29 % мужчин.

Результаты. Только один обследованный имел значение тропонина I = 0,0 пг/мл. У троих значение тропонина I трехкратно превышало референсный диапазон (163,2; 161,8; 103,0 пг/мл). Первым этапом настоящего исследования определяли наличие или отсутствие взаимосвязи между возрастом и уровнем тропонина I. Использовали определение корреляции методом Пирсона, коэффициент ра-

вен 0,29, что соответствует слабому уровню силы корреляционной связи. Следующим этапом оценивали отличия уровня тропонина I между тремя возрастными группами. Согласно дисперсионному анализу Краскела – Уоллиса (H=24, при $p < 0,05$), выявлено значимое отличие, что было подтверждено применением критерия Ньюмена – Кейсла при $p < 0,05$.

Заключение. Из анализа следует, что первые две группы однородны, а третья (пожилой возраст) достоверно отличается по уровню тропонина I. Таким образом, выявленные отличия требуется учитывать в клинической практике при интерпретации результатов исследования.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ПРЕДИКТОР ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ ОРГАНИЗМА

ЯКУБЖАНОВ М.Ж., ЮЛДАШЕВА С.Л., ЮЛДАШЕВА Г.Т., АБДУЛЛАЕВ А.Г., УСМАНОВА Д.Н.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Изучение механизмов и клинических проявлений преждевременного старения при различных заболеваниях и патологических процессах имеет огромное теоретическое и практическое значение. О главных факторах здоровья большинство населения имеет довольно-таки смутное представление. Речь идет о поддержании внутренней среды организма на хорошем функциональном уровне. Старение – неотвратимый процесс развития. В жизни человека обычно принято выделять следующие периоды: детство, юность, зрелость, старость. Данное разделение на периоды достаточно условно. Различают следующие виды старения организма: *нормальное* (естественное), *замедленное*, *преждевременное* (ускоренное). Ускоренное (преждевременное) – старение процесс возникновения возрастных изменений, характеризующийся более высокой скоростью и темпом в сравнении со здоровыми лицами той же возрастной категории.

К диагностическим критериям преждевременного старения относят:

1. *Субъективные проявления ускоренного старения*, если с помощью клинических и лабораторных методов обследования не были диагностированы заболевания. К проявлениям относятся быстрая утомляемость, общая слабость, снижение трудоспособности, потеря бодрости и жизненного тонуса, плохое настроение, ухудшение памяти, нарушение сна, эмоциональная лабильность.

2. *Объективные признаки ускоренного старения*. Эти признаки могут быть выявлены объективными методами обследования. К ним относят снижение эластичности кожи, возникновение морщин в молодом возрасте, раннее поседение и потеря зубов, появление бородавок и гиперпигментации

кожи, снижение слуха и остроты зрения, изменения позвоночника, проявляющиеся изменением осанки.

3. *Биологический возраст организма*. Этот специальный расчетный показатель позволяет оценивать изменения органов и систем стареющего организма, состояния его здоровья и темпов ускоренного старения.

Отмечено, что старение организма запрограммировано на генетическом уровне, но существуют факторы, ускоряющие этот процесс:

Стресс, еще с давних пор многим известно, что значительные усилия понижают наш иммунитет, и как результат, увеличивается риск сердечных заболеваний.

Употребление чрезмерного количества алкоголя. О вреде алкоголя известно довольно много, однако, в свою очередь, известно и о пользе употребления красного вина.

- Чрезмерная малоподвижность.
- Насыщенная количеством жиров еда.
- Курение.
- Довольно продолжительное пребывание под прямыми солнечными лучами.
- Избыток сна.
- Лишний вес.
- Потребление чрезмерно большого количества сахара.

По данным экспертов ВОЗ, здоровье человека и продолжительность его жизни зависят от: 18–22% – предрасположенности к наследственным болезням; 17–20% – экологических факторов; 8–10% – качества медицинской помощи; 49–53% – образа жизни. Следовательно, нормализация образа жизни на 50% даст замедление темпов преждевременного старения.



АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

RESEARCH FEATURES AND EFFICIENCY OF ANTIHYPERTENSIVE THERAPY IN PATIENTS WITH METABOLIC DISORDERS

POLOZOVA E.I., POLOZOVA E.I., PUZANOVA E.V., SESEKINA A.A., OVSYANNIKOVA I.S.,
DOMINA E.N., SURKOVA I.A.

National Research Ogarev Mordovia State University

Введение (цели/задачи). Cardiovascular disease (CVD) is an urgent problem of world and national medicine. The leading place among this pathology belongs to arterial hypertension (AH). The prognosis becomes even more unfavorable when combined with AH metabolic disorders. The number of patients with metabolic syndrome (MS) is projected to exceed 500 million by 2025. In patients with MS, the frequency of sudden death and CVD increases 2–4 times, the risk of coronary heart disease is 3–4 times higher, and the risk of ischemic stroke is 2 times higher. The risk of formation of type 2 diabetes increases 5–9 times. AH is one of the components of MS and is observed in more than half of patients. Target organs in such patients are affected much earlier and their changes are much more pronounced than in patients with hypertension without MS. We set a goal to study the effectiveness of treatment of arterial hypertension in patients with metabolic syndrome who were on inpatient treatment in the therapeutic Department of GBUZ RM «Republican clinical hospital №5» in Saransk in 2017–2018.

Материал и методы. The study analyzed the case histories of 110 patients with hypertension and MS. In the analysis of case histories, growth, weight, professional activity, the nature of education, the presence of risk factors for hypertension, complaints, the duration of arterial hypertension, concomitant diseases, the regularity of taking antihypertensive drugs were clarified. The degree of hypertension, the dynamics of systolic blood pressure (SBP) and diastolic blood pressure (DBP) at admission, during treatment and at discharge; achievement of the target BP level, the day of normalization of blood pressure, the resistance of the achieved target BP level; groups of drugs used for the treatment of hypertension in hospital, the rationality of combinations of antihypertensive drugs, the causes of inefficiency of antihypertensive therapy.

Результаты. In the study group of patients with hypertension and MS 68 people were women (62%)

and 42 – men (38%). The age of patients varied from 40 to 80 years (mean age was $67,3 \pm 5,4$ years). The blood pressure indices of the patients included in the study corresponded to 2 and 3 degrees of AH (17% and 83%, respectively). According to the stratification of cardiovascular risk, all patients selected for the study were characterized by a very high risk of cardiovascular complications. Patients with three-component MS prevailed. In our patients with hypertension and MS, we observed a significant number of factors adversely affecting the prognosis of the disease (exposure to frequent psycho – emotional stress, overweight, hypodynamia, burdened heredity, smoking, alcohol abuse, as well as low adherence to systematic treatment and self-control of blood pressure (regularly taking antihypertensive drugs only 60% of patients, daily measured the level of blood pressure – 59% of patients). For the treatment of hypertension, patients in the hospital were prescribed hypotensive drugs of the following groups: beta-blockers (β -AB), calcium antagonists (AC), angiotensin II receptor blockers (BRA), angiotensin-converting enzyme inhibitors (iACE), imidazoline receptor agonists (AIR), diuretics. Rational combined hypotensive therapy was used in all cases. The most commonly prescribed combination antihypertensive drugs: β -AB + iACE (27,3%); β -AB + iACE + diuretic (27,3%); β -AB + BRA + diuretic (9,1%). When analyzing the numbers of systolic, diastolic blood pressure at admission and at the time of discharge of patients, the terms of reducing blood pressure to the target level were determined. During treatment, there was a significant decrease in SBP at $37,30 \pm 2,96$ mm Hg, DBP – by $17,90 \pm 1,48$ mm Hg. The average time to reduce blood pressure to the target level in patients with hypertension and MS is $5,86 \pm 0,94$ days. The target blood pressure level was achieved only in 69% of patients.

Заключение. Combination antihypertensive therapy prescribed in the hospital for patients with



MS for the treatment of hypertension was rational in 100% of cases. Inpatient treatment of MS patients in the analyzed group was effective in 69% of cases with the achievement of the target level of blood pressure, in which the risk of cardiovascular

complications in patients is minimal. In 31% of patients, blood pressure decreased, but to figures exceeding the target level. The average duration of blood pressure reduction in patients with MS amounted to $5,86 \pm 0,94$ days.

КАРДИОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОНОТЕРАПИИ ЗОФЕНОПРИЛА КАРДИОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОНОТЕРАПИИ ЗОФЕНОПРИЛА У БОЛЬНЫХ АГ С УЧЕТОМ С344Т ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА ГЕНА CYP11B2

АБДУЛЛАЕВА Г.Ж.¹, ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А.¹, КУРБАНОВ Р.Д.¹, КАРИМОВ А.М.¹, ТУРСУНОВА Н.Б.¹,
АБДУЛЛАЕВ А.А.², АХМЕДОВА М.З.².

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии;
²Центр передовых технологий, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Изучение кардиопротективной эффективности зофеноприла с учетом С344Т полиморфизма гена CYP11B2 у больных артериальной гипертензией (АГ) узбекской национальности.

Материал и методы исследования. Обследованы 39 больных АГ I–II степени (ESH/ESC 2013) все лица узбекской национальности, от 30 до 60 лет (средний возраст $44,5 \pm 9,9$ года, средняя длительность АГ $4,3 \pm 4,4$ лет). Эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование проводилось в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации ЭхоКГ в М- и В-режимах. Геномную ДНК выделяли из лимфоцитов периферической крови по стандартному протоколу с использованием набора реагентов Diatom™ DNA Prep 200. Изучение С344Т полиморфизма гена CYP11B2 проводилось путем амплификации соответствующих участков гена методом ПЦР с использованием соответствующих праймеров и рестрикционного анализа. Терапия зофеноприлом (Зокардис, «Берлин-Хеми») в среднесуточной дозе $32,7 \pm 18,1$ мг/сут продолжалась в течение трех месяцев. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программ из пакета Microsoft Office Excel-2007 и Statistics 6.0 для Windows. Для всех видов анализа статистически значимыми считали значения $p < 0,05$.

Результаты исследования. После генотипирования больные были распределены в 2 группы: носители ТТ-генотипа ($n=10$) и носители ТС+СС-генотипа ($n=29$) С344Т полиморфизма гена CYP11B2. Анализ в подгруппах с разным носительством гена CYP11B2 выявил преимущества антиремоделирующей терапии у больных с носительством ТС+СС-генотипа гена CYP11B2 по сравнению с носителями ТТ-генотипа. Следует отметить, что по некоторым исходным показателям параметров центральной гемодинамики подгруппы больных АГ с ТТ-генотипом и ТС+СС-генотипом

С344Т полиморфного маркера гена CYP11B2 достоверно различались. Так, толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) была значительно выше у больных – носителей ТТ-генотипа гена CYP11B2 по сравнению с носителями ТС+СС-генотипов ($1,16 \pm 0,19$ см против $1,03 \pm 0,12$ см соответственно, $p < 0,02$). Выраженность гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ) также ассоциировалась с носительством ТТ-генотипа гена CYP11B2 по сравнению с носителями СС-генотипа, при этом индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) составил $133,2 \pm 32,2$ г/м² у носителей ТТ-генотипа против $118,1 \pm 23,8$ г/м² у носителей ТС+СС-генотипов ($p > 0,05$); показатель фазы изоволюмической релаксации (ФИР) составил $0,127 \pm 0,02$ сек против $0,110 \pm 0,02$ сек соответственно, $p < 0,05$. Изучение динамики морфофункциональных параметров левого желудочка на фоне проводимой терапии зофеноприлом с учетом С344Т полиморфного маркера гена CYP11B2 показало, что в целом по группе наблюдалась положительная динамика в уменьшении толщины стенок гипертрофированного ЛЖ. Отмеченное выше сопровождалось уменьшением ИММЛЖ, при этом степень снижения ИММЛЖ была несколько меньше и составила $6,8 \pm 9,2\%$ в подгруппе больных с ТТ-генотипом гена CYP11B2 в сравнении с подгруппой больных с ТС+СС-генотипами: $8,01 \pm 7,0$ ($p > 0,05$). Следует отметить, что только при носительстве ТС+СС-генотипов гена CYP11B2 выявлено достоверное снижение показателя ИММЛЖ. Так, в подгруппе больных с ТС+СС-генотипами этот показатель составил: до лечения – $118,1 \pm 23,8$ г/м², после лечения – $108,8 \pm 24,0$ г/м² ($p < 0,001$). Значительное снижение ИММЛЖ в целом по группе и у носителей ТС+СС-генотипов гена CYP11B2 в процессе проводимой терапии зофеноприлом ассоциировалось с уменьшением степени концентрического характера ГЛЖ. Следует отметить, что только у носителей



ТС+СС-генотипов отмечено достоверное нарастание индекса конечного диастолического объема/ММЛЖ: до лечения – $0,62 \pm 0,08$ мл/г, после лечения – $0,66 \pm 0,09$ мл/г ($p < 0,02$). Столь положительная динамика ММЛЖ в процессе проводимой терапии в целом по группе сопровождалась улучшением диастолической функции сердца, на что указывала значительная положительная динамика

ФИР: до лечения – $0,115 \pm 0,02$ сек, после лечения – $0,109 \pm 0,02$ сек ($p < 0,001$).

Заключение. Таким образом, носительство ТТ-генотипа гена CYP11B2 лимитирует кардиопротективную эффективность зофеноприла у больных АГ узбекской национальности. При этом выраженность ГЛЖ и ДДЛЖ ассоциировалась с носительством ТТ-генотипа гена CYP11B2.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ КАК ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

АГАБАБЯН И.Р., ИСКАНДАРОВА Ф.И., САДЫКОВА Ш.Ш., МУХТАРОВ С.Н.

Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд. Узбекистан

Цель исследования. Оценить влияние современных антигипертензивных препаратов на возможность профилактики хронической сердечной недостаточности у больных с гипертонической болезнью.

Материал и методы. Были обследованы 89 больных АГ в возрасте от 18 до 60 лет (42 женщины и 47 мужчин). Больных распределили на группы в зависимости от наличия (1 группа – 46 человек) или отсутствия ГЛЖ (2 группа – 43 человека). В 1 группу включали больных с ИММЛЖ (индекс массы миокарда левого желудочка) более 125 г/м у мужчин и более 110 г/м² у женщин.

Назначали базисную антигипертензивную терапию на основе ИАПФ и диуретика: Лизиноприл $5-10-20$ мг и Индапамид $1,5-2,5$ мг. Если в течение $1-2$ недель не удалось достичь целевого уровня АД $\leq 140/90$ мм рт.ст., то присоединяли к терапии амлодипин в дозе $5-10$ мг.

Наблюдение за больными начинали в стационаре и продолжали на амбулаторных приемах с обязательными визитами через 6 и 12 месяцев. В эти сроки больным проводили: оценку клинического состояния, измерение АД, ЭКГ, ЭхоКГ.

Результаты исследования. За период всего наблюдения осложнений АГ в виде ИМ, ОНМК, новых нарушений ритма у больных не было. При визите через 6 и 12 месяцев целевой уровень АД был достигнут у 82 больных обеих групп (82,83% от всех больных, закончивших исследование) и не достигнут у 7 больных 1 группы. Среди достигших целевого уровня АД Лизиноприл и Индапамид получали 67 человек, 15 – принимали Лизиноприл, Индапамид и Амлодипин. У 7 человек целевой уровень АД достигнут не был. Все они имели 3 степень АГ, выраженную ГЛЖ, ХСН II–III ст. и принимали комбинацию из 3 препаратов.

Оценка массы миокарда, ФВ и объемов ЛЖ по данным ЭхоКГ: до лечения у всех больных 1 группы ММ (масса миокарда) и ИММЛЖ превышали

выбранный порог для ГЛЖ в среднем на 4,15%. Разброс ИММЛЖ составлял от 111 до 186 г/м.

Через 6 и 12 месяцев лечения в 1 группе после антигипертензивной терапии средние показатели ИММЛЖ стали меньше на 3,45% по сравнению с исходным ($p < 0,01$). В абсолютных величинах ММЛЖ уменьшился на 10,82 г, ИММЛЖ – на 4,49 г/м². Также показатели массы ЛЖ стали в пределах нормы у 30 больных (58,83%, $p < 0,01$) и остались повышенными у 21 больного с ГЛЖ (41,17%, $p < 0,05$).

ММ и ИММЛЖ в 1 группе существенно превышали аналогичные показатели во 2 группе.

Итак, контролируемая антигипертензивная терапия к 12 месяцам приводит к нормализации ММЛЖ более чем у половины больных АГ.

Во 2 группе (без ГЛЖ) на фоне антигипертензивной терапии также произошло достоверное уменьшение ММЛЖ и ИММЛЖ (на 4,33% через 6 мес. и на 5,5% через 12 мес., $p < 0,001$).

ТМЖП (толщина межжелудочковой перегородки) и ТЗСЛЖ (толщина задней стенки левого желудочка) у больных 1 группы под влиянием антигипертензивной терапии достоверно уменьшилась уже через 6 месяцев (на 3,81%, $p < 0,05$).

КДО (конечно-диастолический объем) и КСО (конечно-систолический объем) на всех этапах наблюдения были больше в 1 группе, чем во 2 группе. Под влиянием антигипертензивной терапии через 12 месяцев в 1 группе произошло достоверное изменение этих показателей: КДО увеличился (на 3,48%, $p < 0,001$) а КСО уменьшился (на 2,35% $p < 0,01$). Во 2 группе за этот период достоверно увеличился КДО (на 4,92%, $p < 0,01$).

Поскольку ФВ в обеих группах также возросла, все это может говорить об улучшении систоло-диастолических свойств миокарда ЛЖ под влиянием антигипертензивной терапии. На всех этапах наблюдения ФВ в группе 2 было немного больше, чем в 1 группе (3,86%, $p < 0,001$).

Заключение. Таким образом, адекватная антигипертензивная терапия приводит к нормализации ММЛЖ более чем у половины больных (68 %) с незначительной и умеренно выраженной ГЛЖ. Также под влиянием адекватной антигипертензивной те-

рапии происходят уменьшение объемов ЛЖ, ЛП и ФВ, которые можно трактовать как свидетельство улучшения систоло-диастолической функции миокарда ЛЖ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

АГАБАБЯН И.Р., АХРОРОВА З.В., НИЗОМОВ Б.У., АДИЛОВ А.С., РОФЕЕВ М.Ш.

Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд. Узбекистан

Цель исследования. Оценить влияние комбинированных антигипертензивных препаратов на возможность профилактики хронической сердечной недостаточности и влияние на качество жизни у больных с гипертонической болезнью.

Материал и методы. Были обследованы 89 больных АГ в возрасте от 28 до 60 лет (42 женщины и 47 мужчин). Больных распределили на группы в зависимости от наличия (1 группа – 46 человек) или отсутствия ГЛЖ (2 группа – 43 человека).

Назначали базисную антигипертензивную терапию на основе ИАПФ и диуретика: Лизиноприл 5–10–20 мг и Индапамид 1,5–2,5 мг. Если в течение 1–2 недель не удалось достичь целевого уровня А/Д $\leq 140/90$ мм рт.ст., то присоединяли к терапии амлодипин в дозе 5–10 мг.

Наблюдение за больными начинали в стационаре и продолжали на амбулаторных приемах в течение одного года с обязательными визитами каждый месяц. В эти сроки больным проводили: оценку клинического состояния (в т.ч. с определением функционального класса СН I–IV), с помощью Миннесотского опросника (МО) определяли качество жизни больных СН (баллы), 6-минутную пробу с ходьбой (ШМТХ, в метрах), а также измерение АД, ЭКГ, ЭхоКГ.

Результаты исследования. За период всего наблюдения осложнений АГ в виде ИМ, ОНМК, новых нарушений ритма у больных не было. При визите в течение 6 и 12 месяцев целевой уровень АД был достигнут у 82 больных обеих групп (82,83 % от всех больных, закончивших исследование) и не достигнут у 7 больных 1 группы (18,17 %). Среди достигших целевого уровня АД Лизиноприл и Индапамид получали 67 человек, 15 принимали Лизиноприл, Индапамид и Амлодипин. У 7 человек целевой уровень АД достигнут не был. Все они

имели 3 степень АГ, выраженную ГЛЖ, ХСН II–III ст. и принимали комбинацию из 3 препаратов.

В начале наблюдения у больных 1 группы (с ГЛЖ) переносимости физической нагрузки (286,9 $\pm$ 7,24; 427,77 $\pm$ 10,64, $p < 0,001$) и качество жизни по МО (39,71 $\pm$ 2,66; 21,88 $\pm$ 2,06, $p < 0,001$) указывали на более тяжелое клиническое состояние по сравнению с больными 2 группы (без ГЛЖ). Кроме того, у больных с выраженной ГЛЖ был выше ФК (1,98 $\pm$ 0,02; 0,52 $\pm$ 0,07, $p < 0,001$).

У больных с незначительной и умеренной ГЛЖ через 6–12 мес. антигипертензивной терапии показатели ШМТХ (427,77 $\pm$ 10,64; 512,04 $\pm$ 0,05, $p < 0,001$), качества жизни по МО (21,88 $\pm$ 2,06; 6,06 $\pm$ 1,17, $p < 0,001$) и ФК СН (0,52 $\pm$ 0,07; 0,13 $\pm$ 0,07, $p < 0,01$) были лучше, чем у больных с выраженной ГЛЖ. У больных с выраженной ГЛЖ за время наблюдения ФК не изменился (1,98 $\pm$ 0,02; 1,35 $\pm$ 0,08, $p < 0,05$), хотя улучшились способность к выполнению физической нагрузки (286,9 $\pm$ 7,24; 379,89 $\pm$ 11,29, $p < 0,001$) и качество жизни (39,71 $\pm$ 2,66; 13,82 $\pm$ 1,44, $p < 0,001$). В группе 2 (без ГЛЖ), где в начале исследования были больные с СН I ФК, под влиянием антигипертензивной терапии также отметили уменьшение функционального класса (0,52 $\pm$ 0,07; 0,13 $\pm$ 0,07, $p < 0,01$), увеличение дистанции ШМТХ (427,77 $\pm$ 10,64; 512,04 $\pm$ 0,05, $p < 0,001$), улучшение качества жизни (21,88 $\pm$ 2,06; 6,06 $\pm$ 1,17, $p < 0,001$).

Заключение. При лечении больных АГ с ГЛЖ следует добиваться целевых уровней АД, так как только в таких случаях можно ожидать уменьшения ММЛЖ и улучшения функции миокарда. Именно вследствие этого можно существенно улучшить клиническое состояние больных, уменьшить функциональный класс СН, повысить переносимость физической нагрузки и качество жизни, особенно при умеренно выраженной ГЛЖ.



ВЛИЯНИЕ КАРДИОСЕЛЕКТИВНОГО β -АДРЕНОБЛОКАТОРА АТЕНОЛОЛА НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ I–II СТЕПЕНИ

АННАМЫРАДОВА М.Т., ЧАРЫЕВ Х.Э.

Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, г. Ашхабад. Туркменистан

Артериальная гипертония (АГ) является самым распространенным заболеванием среди сердечно-сосудистой патологии и поражает людей в самом активном возрасте. Кроме того, при нелеченной АГ быстрее и раньше развивается атеросклероз сосудов.

В настоящее время изучаются новые пути диагностики и лечения АГ. В клиническую практику широко внедряются новые методы диагностики и лечения с использованием компьютерных технологий, основанные на анализе вариабельности ритма сердца. Учитывая показатели вариабельности ритма сердца, полученные в результате обследования Холтеровским мониторингом ЭКГ, изучаются индивидуальные подходы подбора гипотензивных лекарственных средств.

Цель работы. Изучение влияния кардиоселективного β -адреноблокатора атенолола на вариабельность ритма сердца у больных артериальной гипертонией I–II степени.

Материал и методы. Под наблюдением находились 35 больных с АГ I–II степени, средний возраст – $51,94 \pm 7,38$. Больным в зависимости от уровня АД назначался атенолол 50 и 100 мг. $\times 1-2$

раза в день. На фоне лечения достигались целевые уровни АД – 120/80 и 140/90 мм РР.

Результаты исследования. В результате исследования выявили изменения некоторых показателей вариабельности ритма сердца при лечении атенололом на фоне изменений частоты сердечных сокращений (ЧСС) и суточного определения уровня артериального давления. На фоне лечения выявлена тенденция урежения ЧСС больных, что подтверждает положительное влияние атенолола на ритм сердца. Некоторые временные показатели вариабельности ритма сердца повышались после лечения: SDNN (до лечения $113,05 \pm 29,7$; после лечения $119,31 \pm 30,96$). Общий показатель вегетативной нервной системы и RMSSD (до лечения $34,64 \pm 15,33$; после лечения $44,42 \pm 27,31$). Показатель парасимпатического отдела вегетативной нервной системы указывает на положительное влияние атенолола на парасимпатический отдел вегетативной нервной системы.

Заключение. Результаты исследования еще раз доказали, что атенолол эффективен в лечении нарушений ритма сердца и артериальной гипертонии как гипотензивное средство.

УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИ ШАРОИТИДА АРТЕРИАЛ ГИПОТЕНЗИЯНИ VEN ТАҲЛИЛИ НАТИЖАЛАРИ

АРТИКОВА С.Г., МАМАСОЛИЕВ Н.С., ҚАЛАНДАРОВ Д.М.

Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон. Ўзбекистон

Ишнинг мақсади – артериал гипотензияни (АрГ) умумий амалиёт шифокори (УАШ) шароитида даволаш стратегиясининг мувофиқлик даражасини ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Текширув материаллари ва усуллари. УАШ шароитида АрГ билан беморларнинг тиббий хужжатлари махсус фармакоэкономик VEN – таҳлил қилиб ўрганилди. Унинг объекти сифатида амбулатор карталар ва касаллик тарихларидан (жами 69 та) фойдаланилди.

Натижа. Ҳар 5-бемор (20,4) умуман даволанмаган ва бундан ташқари, уларнинг 29,6%да тиббий назорат ўтказилмаган. 50,0% АрГ билан беморларда Non-essential (нотўлиқ даволаш амалиёти) терапевтик стратегия кузатилади. Vital препарат-

ларни қўллаш 20%ни ва essential фармакотерапевтик амалиётни бажариш эса 30%ни ташкил этади.

Демак, фармакоэпидемиологик хатар омили ҳам АрГга нисбатан номуқобил эпидемиологик вазиятнинг келиб чиқишида муҳим ҳиссасини қўшиб, салбий аҳамият касб этади-ки, бунини – беморларга ёрдамни ташкил этишни такомиллаштиришга бағишланган даволаш-профилактика дастурларида, шубҳасиз, эътиборга олиниши керак бўлган илмий асос деб ҳисоблаймиз.

Шундан келиб чиқиб, биз, махсус №1- ва «2-алгоритмларни яратдик ва уни УАШ фаолиятига тавсия этдик. Ундан фойдаланиш, натижаларимиз бўйича, биринчидан, замонавий стандартларга ту-



шувчи фармакотерапияни кучайтиради, иккинчидан, АрГда фармакотерапевтик хавфни деярли 10 баробарга камайтиради.

Хулоса. УАШ шароитида АрГни даволаш мақсадида Vital препаратлар (ҳаётий муҳим амалиёт) фақат 20%га етиб, essential препаратлар (аҳамиятли терапия) 30% ва Non-essential пре-

паратлар (аҳамияти кам дори дармонлар) 50% ҳолларда қўлланилади. Бундай номувофиқликни бартараф этиш учун, биринчидан, мунтазам Ven таҳлил фаолияти олиб борилиши, иккинчидан, УАШ шароитида махсус алгоритмлардан кенг фойдаланиш лозим даркор.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

АТАЕВ А.М., ЧАРЫЕВ Х.Э.

Госпиталь с научно-клинический центром кардиологии, г. Ашхабад. Туркменистан

Артериальная гипертония является серьезной медико-социальной проблемой, распространенность которой среди взрослого населения составляет 40%. В начале XXI века понятие «качество жизни» превратилось в предмет научных исследований и стало более точным – «качество жизни, связанное со здоровьем». В настоящее время недостаточно изучены интегративный показатель качества жизни пациентов и факторы риска при артериальной гипертензии. Полученные при исследовании данные должны повысить эффективность проводимой терапии, снизить риск возникновения осложнений и улучшить качество жизни пациентов.

Цель. Оценить качество жизни лиц с АГ, проанализировать связь качества жизни и статуса лечения.

Материал и методы. В исследование были включены 186 больных АГ, проживающих в городе Ашгабаде, средний возраст – $57,83 \pm 9,75$ г. Обследованные были разделены на 3 группы: 1) лица без АГ – 52 человека; 2) лица с АГ, принимающие АГП и имеющие нормальный уровень АД – 129 больных; 3) лица с АГ, не принимающие АГП – 57.

КЖ оценивалось с использованием международного вопросника MOS-SF-36 – (Medical Outcomes Study-Short Form – Краткая форма оценки здоровья). Интегральную оценку КЖ проводили по методике, разработанной J.W. Shaw. et al. В анализ включались следующие критерии: пол, возраст, уровни образования и благосостояния, уровни систолического и диастолического давления, статус лечения АГ, наличие коморбидной патологии.

Результаты. АГП женщины принимали чаще в сравнении с мужчинами (60,9 и 39,5%, $p < 0,0005$).

Эффективность лечения составила 53,8 и 41,4% среди женщин и мужчин соответственно, причем женщины чаще лечатся эффективно ($p < 0,0005$) в сравнении с мужчинами. Среди всех лиц с АГ контролируют АД менее трети больных, женщины почти в 2 раза чаще, $p < 0,0005$ [4]. В целом, у лиц женского пола с АГ КЖ хуже, чем у мужчин ($p < 0,0005$). При анализе компонентов опросника нами было выявлено, что частота выраженных нарушений по каждому из них не превысила 3%, в то время как умеренные нарушения выявлены у 5–41% лиц с АГ в зависимости от анализируемого компонента. Суммарные значения КЖ достоверно ниже среди обследованных, имеющих АГ, в сравнении с не имеющими АГ – 66,4 и 70,1%, $p < 0,0005$.

Во многих исследованиях было показано, что КЖ у лиц с АГ ниже, чем у лиц без этого заболевания. Однако, в связи с тем, что АГ – малосимптомное заболевание, такое ухудшение может быть вызвано не самой болезнью, а необходимостью регулярной терапии.

Наибольшие значения ($p < 0,0005$) отмечены среди лиц с АГ, не принимавших АГП, тогда как значения АГП в группе лечатся эффективно и неэффективно оказались близки между собой. В нашем исследовании получены сходные с другими странами данные о лучшем КЖ у мужчин по сравнению с женщинами и ухудшении КЖ с возрастом.

Заключение. Распространенность АГ в мире остается высокой. КЖ у лиц с АГ ниже по сравнению с лицами без АГ. Это свидетельствует о необходимости внимания к лицам с АГ в реальной клинической практике, включая диспансерное наблюдение и вовлечение их в обучающие программы.



РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И РАДИОЧАСТОТНОЙ КАТЕТЕРНОЙ АБЛЯЦИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫХ ТАХИКАРДИЙ

БАБАДЖАНОВ С.А., ИМ В.М.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова», г. Ташкент, Узбекистан

Цель. Анализ результатов электрофизиологического исследования (ЭФИ) и радиочастотной катетерной абляции (РЧА) пароксизмальных суправентрикулярных тахикардий.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты ЭФИ и РЧА при различных формах суправентрикулярных тахикардий у 34 больных. Мужчин было 16 (47,1%), женщин – 18 (52,9%) человек. Возраст больных составлял от 18 до 64 лет. Пациенты с атриовентрикулярной реципрокной узловой тахикардией (АВУРТ) составили 20 (58,8%), атриовентрикулярной ринентри тахикардией – 10 (24,6%), предсердной тахикардией – 2 (5,8%), трепетанием предсердий – 2 (5,8%).

Эндокардиальное ЭФИ сердца проведено на комплексе оборудования «LabSystem Pro», «BARD» (США) радиочастотным генератором «iB11500», «St.Jude Medical» (США) с использованием диагностических электрофизиологических (6F) и абляционных катетеров (7F) «St.Jude Medical» (США).

Результаты. Успешное ЭФИ сердца и РЧА тахикардии достигнуто в 31 случае (91%). В 2 случаях у пациентов с АВРТ и заднесептальным рас-

положением дополнительного проводящего пути (ДПП) не удалось достичь полного эффекта. В 1 случае у пациента с левым латеральным ДПП потребовалась повторная абляция с хорошим клиническим эффектом. Осложнений не отмечалось.

Стандартное инвазивное ЭФИ включало измерение интервалов PA, AH, HV, комплекса QRS, длины цикла, оценку свойств ретроградного проведения программируемой желудочковой стимуляции с экстрастимулом, оценку антеградного проведения программируемой предсердной стимуляции с экстрастимулом. Проводилась оценка признаков двойного проведения в АВ-узле – «JUMP-феномен» (феномен «скачка») – удлинение интервала AH во время предсердной стимуляции с экстрастимулом.

Выводы. 1. Эндокардиальное электрофизиологическое исследование и радиочастотная абляция являются эффективным методом диагностики и лечения суправентрикулярных тахикардий.

2. Корректная диагностика механизма тахикардии должна основываться на совокупности электрофизиологических критериев и стимуляционных маневров, подтверждающих диагноз.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

БАБКИН А.П.², ПРОВОЛЬНЕВА Л.П.¹, СТЕПАНОВА Л.А.³, КОЗЛОВ Ю.С.³

¹Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи №10;

²Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко;

³Воронежская городская клиническая поликлиника №4, г. Воронеж, Россия

Введение (цели/задачи). Изучить вкусовую чувствительность к глюкозе и поваренной соли у больных с метаболическим синдромом.

Материал и методы. В исследование включены 53 больных, страдающих ожирением 1–3 стадии и артериальной гипертензией (ср. возраст больных 58,9±1,56 лет), которые проходили лечение в дневном стационаре городской поликлиники №4 г. Воронежа. По степени ожирения больные распределены на 3 группы – 27 человек страдали ожирением первой ст., 10 – второй ст. и 16 больных – третьей ст. Вкусовую чувствительность к глюкозе определяли путем последовательного нанесения растворов на переднюю поверхность язы-

ка в двукратно возрастающих концентрациях – с 0,3 до 4,8%. За порог вкусовой чувствительности к глюкозе (ПВЧГ) принимали минимальную концентрацию раствора, которая ощущалась испытуемым как сладкая. Вкусовую чувствительность к поваренной соли определяли по методике Henkin R., 1961. За порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) принимали минимальную концентрацию раствора, которая ощущалась испытуемым как соленая. Контрольную группу составили 11 человек, не страдавшие сердечно-сосудистыми заболеваниями с ИМТ<25 (ср. возраст – 46,18 ± 5,36 лет).

Результаты. ПВЧГ в контрольной группе составил $1,82 \pm 0,3\%$ раствора глюкозы и оказался ниже, чем у больных 2-й ст. ожирения – $3,2 \pm 0,5\%$ ($p < 0,05$) и 3-й ст. ожирения – $3,82 \pm 0,3\%$ ($p < 0,05$). При опросе больных выяснено, что 64% больных 1-й ст. ожирения и 83% 2-й ст. ожирения злоупотребляли сладкими блюдами в сравнении с 37% больными контрольной группы ($p < 0,05$). ПВЧПС в контрольной группе составил $0,39 \pm 0,03\%$ и оказался достоверно ниже, чем у лиц с ожирением 1,2 и 3-й ст. – $0,45 \pm 0,03$, $0,5 \pm 0,04$, $0,48 \pm 0,04$ ($p < 0,05$) соответственно. Досаливание пищи отметили 30, 22 и 50% больных 1-й, 2-й и 3-й ст. ожирения соответственно. Офисное систолическое АД у больных 1-й ст. ожирения составило $142,8 \pm 2,4$ мм рт. ст., диастолическое АД – $86,9 \pm 1,75$ мм рт.ст., 2-й ст. –

$149,6 \pm 3,9$ мм рт.ст. и $86,0 \pm 4,0$ мм рт.ст., 3-й ст. – $147,4 \pm 3,1$ мм рт.ст. и $89,1 \pm 2,9$ мм рт.ст. соответственно. В контрольной группе систолическое АД составило $124,3 \pm 2,8$ мм рт.ст., диастолическое – $83,6 \pm 2,1$ мм рт.ст. Достоверные различия у больных ожирением и контрольной группой получены по систолическому АД.

Заключение. 1. Повышение порога вкусовой чувствительности к сладкому можно рассматривать как возможную причину увеличения потребления углеводов в суточном рационе питания и развития ожирения. 2. Снижение вкусовой чувствительности к поваренной соли может свидетельствовать об увеличении суточного потребления соли и способствовать формированию артериальной гипертензии.

ДИНАМИКА ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

БАБКИН А.П.¹, ГОЛОВКО Т.В.¹, БРЕДИХИН С.В.², КОЗЛОВ Ю.С.², ГУЛАЯ Г.И.²

¹Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи №10;

²Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко;

³Воронежская городская клиническая поликлиника №4, г. Воронеж. Россия

Введение (цели/задачи). Провести динамическую оценку вкусовой чувствительности к поваренной соли при проведении комбинированной антигипертензивной терапии у больных с диабетической нефропатией.

Материал и методы. Обследованы 40 пациентов сахарным диабетом 2-го типа (ср. возраст $63,2 \pm 1,2$ лет) в сочетании с диабетической нефропатией и артериальной гипертензией. Пациенты были рандомизированы на 2 группы (по 20 человек в каждой). Пациенты первой группы в течение 2 месяцев получали фиксированную комбинацию 2-х препаратов – периндоприла 5 мг и индапамида 1,25 мг, пациенты второй группы – свободную комбинацию валсартана 160 мг и индапамида 1,25 мг ежесуточно. Больным дважды выполняли суточное мониторирование АД на аппарате АВРМ – 04 (Венгрия) по общепринятой методике. Вкусовая чувствительность к поваренной соли определялась по методике Henkin R. (1963) в модификации А.А. Некрасовой и соавт. (1986). Для тестирования использовали набор из 12 разведений NaCl от 0,02 до 2,54%, с двукратным увеличением концентрации в каждой последующей пробе. За порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) принимали наименьшую концентрацию, при которой обследуемый ощущал вкус соли. За низкий ПВЧПС принимали значения менее 0,16%, за средний – 0,16%, за высокий ПВЧПС – более 0,16% раствора NaCl. Определение ПВЧПС осуществлялось до начала лечения и по окончании терапии.

Результаты. Через 2 месяца терапии у больных первой группы САД ср. уменьшилось с $152,75 \pm 1,5$ до $128,4 \pm 0,9$ мм рт.ст. ($p < 0,001$), ДАД ср. – с $88,95 \pm 1,9$ до $75,45 \pm 0,7$ мм рт.ст. ($p < 0,01$); у больных 2-й группы – с $153,2 \pm 1,3$ мм рт.ст. до $133,7 \pm 0,9$ ($p < 0,001$) и с $89,15 \pm 1,9$ до $77,85 \pm 0,9$ мм рт.ст. ($p < 0,01$) соответственно. В первой группе больных ср. значение ПВЧПС составило 0,24 $\pm$ 0,02% до лечения, по окончании терапии – 0,18 $\pm$ 0,02% ($p > 0,05$). Количество больных с низким ПВЧПС увеличилось с 10 до 25% за счет уменьшения числа больных с низкой вкусовой чувствительностью к поваренной соли (с 45 до 25%). На большее потребление поваренной соли пациентами с высоким ПВЧПС указывает суточное выделение электролитов с мочой: у больных со ср. порогом ПВЧПС выделение Na⁺ составило $120,4 \pm 10,3$ ммоль, у больных с ПВЧПС 0,32 и более – $176,7 \pm 12,8$ ммоль, $p < 0,05$. Суточное выделение Na⁺ во второй группе у больных с ПВЧПС 0,32 и более составило $179,2 \pm 13,8$ ммоль и также было существенно больше, чем у больных с порогом 0,16–0,32% – $122,4 \pm 9,3$ ммоль, $p < 0,05$. Выявлена тенденция к снижению ПВЧПС в этой группе.

Заключение. 1. Обе комбинации лекарственных препаратов показали сопоставимый выраженный антигипертензивный эффект. 2. Выявленная динамика уменьшения порога вкусовой чувствительности к поваренной соли указывает на уменьшение потребления соли, что подтверждается снижением суточного натрийуреза.



КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЙ С РАЗЛИЧНОЙ СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

БАБКИН А.П.¹, ГОЛОВКО Т.В.², БРЕДИХИН С.В.¹, СТЕПАНОВА Л.А.¹

¹Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко;

²Воронежская городская клиническая поликлиника №4, г. Воронеж. Россия

Введение (цели/задачи). Провести оценку эффективности комбинированной антигипертензивной терапии в зависимости от солечувствительности АД у больных с хроническим пиелонефритом.

Материал и методы. Обследованы 40 пациентов хроническим пиелонефритом (ср. возраст $57,7 \pm 0,9$ лет, длительность заболевания $9,0 \pm 2,1$ года в сочетании с артериальной гипертензией (ср. длительность – $8,2 \pm 1,4$ года). Пациенты были рандомизированы на 2 группы (по 20 человек в каждой), сопоставимые по возрасту, полу, длительности заболевания. Пациенты первой группы в течение 2 месяцев получали фиксированную комбинацию периндоприла 5 мг и индапамида 1,25 мг, пациенты второй группы – свободную комбинацию валсартана 160 мг и индапамида 1,25 мг ежедневно. Больным дважды выполняли суточное мониторирование АД на аппарате ABPM – 04 (Венгрия) по общепринятой методике. Солечувствительность АД оценивали по методике (Weinberger M.N., 1986).

Результаты. Через 2 месяца терапии у больных первой группы САД ср. уменьшилось с $156,9 \pm 1,7$ до $129,3 \pm 1,0$ мм рт.ст. ($p < 0,01$), ДАД ср. – с $92,1 \pm 0,9$ до $78,7 \pm 0,6$ мм рт.ст. ($p < 0,01$), у больных второй

группы САД ср. снизилось с $164,48 \pm 3,5$ мм рт.ст. до $142,6 \pm 2,1$, $p < 0,01$) и ДАД ср. – с $101,8 \pm 3,1$ до $87,4 \pm 1,5$ мм рт.ст. ($p < 0,05$) соответственно. Обе комбинации препаратов были наиболее эффективны у больных с солечувствительным характером артериальной гипертензии – абсолютное снижение САДср. при лечении фиксированной комбинацией периндоприл+индапамид у солечувствительных больных составило $27,8 \pm 0,7$ мм рт.ст. против $18,3 \pm 0,4$ мм рт.ст. $p < 0,01$ у солерезистентных, ДАДср. уменьшилось на $13,7 \pm 1,5$ мм рт.ст. и $9,0 \pm 1,08$ мм рт.ст., $p < 0,05$ соответственно. Во второй группе при лечении валсартаном и индапамидом у солечувствительных больных снижение САДср. составило $21,8 \pm 1,5$ мм рт.ст. против $12,7 \pm 1,2$ мм рт.ст. у солерезистентных, $p < 0,001$, ДАДср. уменьшилось на $14,4 \pm 1,6$ мм рт.ст. против $8,31 \pm 1,5$ мм рт.ст.), $p < 0,01$ соответственно.

Заключение. 1. Обе комбинации лекарственных препаратов показали отчетливый антигипертензивный эффект, более выраженный у солечувствительных пациентов. 2. Определение солечувствительности АД позволяет оптимизировать индивидуальную антигипертензивную терапию.

КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

БАБКИН А.П.², ГОЛОВКО Т.В.¹, ЗУЙКОВА А.А.², РОМАНОВА М.М.², БРЕДИХИН В.С.²

¹Воронежская городская клиническая поликлиника №4;

²Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж. Россия

Введение (цели/задачи). Провести оценку эффективности комбинированной антигипертензивной терапии в зависимости от солечувствительности АД у больных с диабетической нефропатией.

Материал и методы. Обследованы 40 пациентов сахарным диабетом 2-го типа (ср. возраст $63,2 \pm 1,2$ лет) в сочетании с диабетической нефропатией и артериальной гипертензией. Пациенты были рандомизированы на 2 группы (по 20 человек в каждой), сопоставимые по возрасту, полу, длительности заболевания. Пациенты первой группы в течение 2 месяцев получали фиксированную комбинацию двух препаратов – периндоприла 5 мг и индапамида 1,25 мг, пациенты второй группы – свободную комбинацию валсартана 160 мг и индапамида 1,25 мг ежедневно. Больным дважды выполняли суточное мониторирование АД на аппарате ABPM-04 (Венгрия) по общепринятой методике. В динамике определяли скорость клубочковой фильтрации по MDRD и суточную микроальбуминурию. Солечувствительность АД оценивали по методике (Weinberger M.N., 1986).

прила 5 мг и индапамида 1,25 мг, пациенты второй группы – свободную комбинацию валсартана 160 мг и индапамида 1,25 мг ежедневно. Больным дважды выполняли суточное мониторирование АД на аппарате ABPM-04 (Венгрия) по общепринятой методике. В динамике определяли скорость клубочковой фильтрации по MDRD и суточную микроальбуминурию. Солечувствительность АД оценивали по методике (Weinberger M.N., 1986).

Результаты. Через 2 месяца терапии у больных первой группы САД ср. уменьшилось с $152,75 \pm 1,5$ до $128,4 \pm 0,9$ мм рт.ст. ($p < 0,001$), ДАД ср. – с $88,95 \pm 1,9$ до $75,45 \pm 0,7$ мм рт.ст. ($p < 0,01$); у

больных второй группы – с $153,2 \pm 1,3$ мм рт.ст. до $133,7 \pm 0,9$ ($p < 0,001$) и с $89,15 \pm 1,9$ до $77,85 \pm 0,9$ мм рт.ст. ($p < 0,01$) соответственно. Обе комбинации препаратов были наиболее эффективны у больных с солечувствительным характером артериальной гипертензии: абсолютное снижение САДср. при лечении нолипрелом А у солечувствительных больных составило $27,8 \pm 0,7$ мм рт.ст. против $18,3 \pm 0,4$ мм рт. для солерезистентных, $p < 0,01$, ДАДср. уменьшилось на $13,7 \pm 1,5$ мм рт.ст. против $9,0 \pm 1,08$ мм рт. ст., $p < 0,05$ соответственно, при лечении валсартаном и индапамидом у солечувствительных больных САДср уменьшилось на $18,4 \pm 0,7$ мм рт.ст. против $12,2 \pm 0,5$ мм рт. для солерезистентных, $p < 0,01$, ДАД ср. – на $10,3 \pm 1,2$ мм рт.ст. против $6,7 \pm 0,9$ мм рт. ст., $p < 0,05$ соответственно. За 2 месяца терапии у больных в первой

группе независимо от солечувствительности АД отмечены увеличение СКФ на $10,0 \pm 0,16$ мл/мин / $1,73 \text{ м}^2$ и уменьшение микроальбуминурии (МАУ) с $25,7 \pm 0,64$ до $20,4 \pm 1,0$ мг/сут, что свидетельствует об улучшении функционального состояния почек. Во второй группе динамика СКФ и МАУ была недовольной

Заключение. 1. Обе комбинации лекарственных препаратов показали сопоставимый антигипертензивный эффект, значительно более выраженный у солечувствительных пациентов, при этом фиксированная комбинация периндоприла и индапамида обладала нефропротективным эффектом. 2. Определение солечувствительности АД позволяет оптимизировать индивидуальную антигипертензивную терапию.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫСОКОГО РИСКА С РАЗЛИЧНОЙ СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

БАБКИН А.П.¹, ГЛАДКИХ В.В.¹, ЗУЙКОВА А.А.¹, СТЕПАНОВА Л.А.², ГУЛАЯ Г.И.²

¹Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко;

²Воронежская городская клиническая поликлиника №4, г. Воронеж. Россия

Введение (цели/задачи). Изучить клиническую эффективность определения солечувствительности АД для оптимизации антигипертензивной терапии.

Материал и методы. Обследованы 64 пациента (ср. возраст $59,8 \pm 0,9$ лет) АГ и постинфарктным кардиосклерозом. Длительность АГ – $7,5 \pm 1,1$ года. Пациенты были рандомизированы на 3 группы, сопоставимые по возрасту, полу, длительности заболевания. Пациенты 1-й группы (22 человека) в течение 3 месяцев получали лизиноприл (10–20 мг в сутки); 2-й (21 человек) – карведилол (25–50 мг); 3-й (21 человек) – комбинацию эналаприла 20 мг и 12,5 мг гипотиазида. Больным дважды выполняли суточное мониторирование АД. Солечувствительность АД оценивали по методике Weinberger M.N., 1986. Солечувствительными считались пациенты с уменьшением САД при офисном измерении на 10 мм рт.ст. и более при переходе с диеты с повышенным содержанием (250 ммоль) соли на низкосолевую (50 ммоль) диету. Суточную экскрецию ионов Na оценивали методом ионселективной потенциометрии.

Результаты. Солечувствительный (СЧ) характер АД выявлен у 37 (58%) больных, сольрезистентный (СР) – у 27 (43%). ИМТ и длительность АГ у СЧ больных оказалась больше, чем у СР – $29,4 \pm 1,0$ и $26,9 \pm 0,8$ ($p < 0,05$) и $9,9 \pm 1,4$ и $6,5 \pm 1,1$ лет соответственно, ($p < 0,05$). Суточная экскреция Na^+ у СЧ составила $226,3 \pm 14,4$ ммоль против $185,3 \pm 13,2$ ммоль у СР ($p < 0,05$), что свиде-

тельствует о более высоком потреблении NaCl с пищей. В 1-й группе через 3 мес. терапии САДср. уменьшилось с $144,2 \pm 1,1$ до $132,0 \pm 0,9$ мм рт.ст. ($p < 0,01$), ДАДср. – с $83,0 \pm 1,3$ до $77,2 \pm 1,4$ ($p < 0,05$). У СР САДср. и ДАДср. снизилось достоверно более значительно, чем у больных СЧ – $14,0 \pm 1,2$ против $10,8 \pm 1,3$ ($p < 0,05$) и $8,2 \pm 1,4$ и $4,2 \pm 1,0$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). Во 2-й группе САДср. снизилось со $146,1 \pm 2,1$ до $131,9 \pm 2,6$, ($p < 0,01$), ДАДср. – с $85,7 \pm 1,6$ до $78,1 \pm 1,9$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), при этом различий в абсолютном снижении АД у больных СР и СЧ не выявлено. У больных с комбинированной терапией отмечено самое значительное снижение АД – САДср. уменьшилось с $148,2 \pm 3,2$ до $131,0 \pm 3,5$ ($p < 0,001$) и ДАДср. – с $86,0 \pm 2,4$ до $77,4 \pm 2,4$ мм рт.ст. ($p < 0,01$). В подгруппе СЧ САДср. снизилось на $23,4 \pm 3,1$ мм рт.ст. против $13,8 \pm 3,0$ у СР ($p < 0,01$), ДАДср. – на $11,5 \pm 1,8$ и $6,8 \pm 1,7$ мм рт.ст. соответственно ($p < 0,01$).

Заключение. Исследованные антигипертензивные препараты выявили различную эффективность в зависимости от реакции АД на солевую нагрузку – лизиноприл показал наибольшую эффективность у сольрезистентных больных, карведилол был одинаково эффективен у СЧ и СР, комбинация эналаприла и гипотиазида обладает более выраженной антигипертензивной эффективностью у солечувствительных больных. 2. Определение солечувствительности АД позволяет оптимизировать индивидуальную антигипертензивную терапию.



ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН ПРИ РАЗНЫХ ИСХОДАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

БАЙКУЗИЕВ У.К.

Ферганский филиал РЦЭНМП, г. Фергана. Узбекистан

Цель работы. Сравнить частоту встречаемости факторов риска у больных инфарктом миокарда в зависимости от исхода заболевания.

Материал и методы исследования. Проведен анализ факторов риска (ФР) 191 истории болезни больных мужчин с диагнозом инфаркт миокарда (ИМ). В зависимости от исхода заболевания все больные были распределены на 2 группы: 1-я группа с благоприятным исходом ($n=157$, $61,1 \pm 0,52$ год) и 2-я группа с неблагоприятным исходом ($n=34$, $61,4 \pm 1,17$ год). Данные группы были сопоставимы по возрасту, частоте встречаемости первичного и повторного ИМ, ИМ с зубцом Q, локализации очага некроза (чаще всего встречался ИМ передней стенки). Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием пакета статистических данных за 2015 год.

Результаты исследования. Анализ данных показал, что в 1-й группе по частоте убывания факторы риска распределились в следующем порядке: артериальная гипертензия (84%), курение (сигареты и носой) (23%), ожирение (17%), сахарный диабет 2 типа (13%), злоупотребление алкоголем (5%). Во 2-й группе – артериальная гипертензия (95%), курение (сигареты и носой) (23%), ожирение (18%), сахарный диабет 2 типа (5%),

злоупотребление алкоголем (3%). Как таковых значимых межгрупповых различий по частоте встречаемости ФР не было найдено. При анализе структуры осложнений ИМ обнаружено следующее. В 1-й группе преобладали перикардит (9%), аневризма сердца (8%), тромбоэндокардит (5%), острая сердечная недостаточность (ОСН, 45%, из них 21% ОСН I по Killip), тогда как во 2-й группе – ОСН (86%, из них 50% ОСН IV по Killip), нарушение сердечного ритма (77%), психоз (3%), разрыв миокарда (3%). По всей видимости, выявленные особенности осложнений заболевания связаны с несовершенством постинфарктного репаративного фиброза, модификация которого обусловлена влиянием ФР, как патогенетического фактора.

Выводы. При сравнении частоты встречаемости ФР в группе больных ИМ и умерших не выявлено межгрупповых различий. По-видимому, развитие более тяжелых форм осложнений во 2-й группе, наряду с другими причинными факторами, связано с модификацией репаративного фиброза. Своевременный мониторинг репаративного фиброза позволит предупредить развитие осложнений, тем самым снизить частоту летальных исходов.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АТЕРОСКЛЕРОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С СУТОЧНЫМ КОЛЕБАНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

БЕКМЕТОВА Ф.М., МАХКАМОВА Н.У., ХОШИМОВ Ш.У.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан

Цель и задачи исследования. Изучить влияние изменений суточного профиля артериального давления на ремоделирование экстракраниальных сосудов у больных с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследованы всего 218 больных обоего пола АГ, осложненной хроническими цереброваскулярными заболеваниями (ХЦЗ) – дисциркуляторной энцефалопатией I, II, III стадий. Средний возраст составил $54,4 \pm 9,2$ лет, средняя длительность заболевания – $10,5 \pm 7,3$ лет. Контрольную группу составили 59 здоровых лиц, сопоставимых по возрастной категории. Диагноз ХЦЗ устанавливался по градациям стадий дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ), основыва-

ясь на классификацию, предложенную Е.В. Шмидтом и соавт. (1971), НИИ неврологии РАМН (Шток О.С., 2006, Кадыков А.С., 2006). Проводились анамнестические, клинико-лабораторные исследования липидного метаболизма, суточное мониторирование артериального давления, оценка толщины комплекса интима-медиа (КИМ) каротидных артерий методом дуплексного сканирования.

Результаты. По данным СМАД среднесуточные САД и ДАД увеличивались по нарастанию тяжести ДЭ. Статистически значимые различия САД наблюдались между I и III стадиями ДЭ. Наблюдалась тенденция нарастания САД при высоких градациях ДЭ. Среди больных ЦВЗ значительно

чаще наблюдались «нон-дипперы» (130–59,6%; ОШ 7,79; 95%ДИ 4,0–15,1; $p=0,0000$), чем «дипперы» (39–17,9%), «найт-пикеры» (41–18,8%) и «овер-дипперы» (8–3,7%). При анализе этого показателя по степени ДЭ выявлено преобладание «нон-дипперов» во всех группах: ДЭ 1 (56,9%), ДЭ 2 (59,6%) и ДЭ 3 (62,0%). При ультразвуковом исследовании среди больных у 50,5% обнаружены гемодинамически незначимые атеросклеротические бляшки (АСБ), у здоровых старших возрастных категорий – 11,9%. Толщина КИМ сонных артерий у всех больных достоверно выше, чем у здоровых. В сравнительном аспекте между стадиями ДЭ выявили тенденцию к увеличению значения КИМ с нарастанием стадии ДЭ. Так, толщина КИМ в группе ДЭ III стадии значимо выше, чем в группах ДЭ I и ДЭ II. Сравнительный анализ показателей ремоделирования магистральных ар-

терий головы и мозгового кровотока в группах с различной степенью снижения ночного АД выявил большую выраженность атеросклеротических изменений у больных с меньшей степенью снижения ночного АД «нон-дипперов». Так, у этих пациентов значительно чаще обнаруживали атеросклеротические бляшки, регистрировали достоверно большую частоту стенозов сонных артерий, а также деформаций сонных артерий.

Заключение. Выявлена взаимосвязь степени ремоделирования сонных артерий с изменениями суточного профиля артериального давления преимущественно с недостаточным снижением в ночное время. Следовательно, нарушение нормального суточного профиля АД способствует прогрессированию недостаточности мозгового кровообращения и развитию цереброваскулярных расстройств.

СВЯЗЬ ПОВЫШЕННОЙ ТРЕВОЖНОСТИ С РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

БЕРИДЗЕ Р.М., КОНЮШЕНКО А.А.

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель. Республика Беларусь

Цель. Описать клинический случай 16-летнего мальчика с повышенным АД, а также провести анализ клинических проявлений, диагностических методов, определить уровень различных видов тревожности у пациента.

Материал и методы исследования. Клинический случай 16-летнего мальчика с повышенным АД. При исследовании тревожности использовалась шкала личностной тревожности А.М. Прихожан.

Результаты исследования и их обсуждение. Дмитрий Е., 16 лет, поступил в кардиологическое отделение Гомельской областной детской клинической больницы с жалобами на повышение АД до 140/100 мм рт.ст., головокружение, боли в затылочной области. Из анамнеза известно, что заболевание началось месяц назад с резкого подъема АД до 160/100 мм рт.ст. и последующей потерей сознания. Наследственность по ССЗ неотягощена. При осмотре у пациента выявлен астеновегетативный синдром, эмоциональная лабильность, АД 130/85 мм рт.ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) – 104 уд./мин.

По данным ЭКГ электрическая ось сердца нормальная, ЧСС – 79 уд./мин., ритм среднепредсердный. По данным суточного мониторирования АД (СМАД) выявлена нормотензия систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД), недостаточное снижение САД и ДАД в ночное время. По данным эхокардиографии органической патологии не обнаружено.

По данным кардиоинтервалографии (КИГ) и активной клиноортостатической пробы (АКОП) у

пациента зарегистрированы ваготония на фоне гиперсимпатической вегетативной реактивности и избыточное вегетативное обеспечение. Учитывая стабильно повышенное АД на фоне яркой вегетативной симптоматики пациенту назначены эналаприл, фенибут и экстракт валерианы.

При оценке уровня тревожности отмечены несколько повышенные показатели, которые являются необходимыми для адаптации и продуктивной деятельности; выявлена очень высокая школьная тревожность, что позволяет внести пациента в группу риска развития тревожных заболеваний.

Данный аспект может явиться ключевым в развитии повышенного АД у мальчика и требует индивидуального подхода в ведении пациента и необходимости не только медикаментозной коррекции, но и участия психолога или психотерапевта.

Выводы:

1. Данный клинический случай свидетельствует о наличии у мальчика артериальной гипертензии, в основе которой лежат вегетативный дисбаланс и повышенная тревожность.

2. По данным клинического обследования у пациента выявлены избыточные вегетативная реактивность и вегетативное обеспечение на фоне лабильных цифр АД, что свидетельствует о патологической реакции ВНС в ответ на стрессовые факторы.

3. Повышение уровня тревожности у пациента требует разработки индивидуальных программ лечения с участием врача, школьного психолога и психотерапевта.



4. Разработка способов ранней психологической помощи поможет минимизировать тревожность и стресс, испытываемые детьми по причине уже сформировавшегося заболевания. Также немаловажным является разработка альтернатив-

ных методов лечения таких заболеваний, как первичная артериальная гипертензия, триггерными факторами развития которой служит повышенная тревожность ребенка.

АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОСНОВНЫХ РЕГУЛЯТОРНЫХ СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ

БЕСЛАНЕЕВ И.А., КУРДАНОВА М.Х., БАТЫРБЕКОВА Л.М., КУРДАНОВ Х.А.

Центр медико-экологических исследований, филиал ГНЦ РФ ИМБП РАН. Россия

Введение. Нарушение регуляции вегетативной (ВНС) и центральной нервной системы (ЦНС), развитие дисфункции эндотелия (ДЭ) со снижением продукции оксида азота – (NO) являются ключевыми факторами развития, становления и прогрессирования артериальной гипертензии (АГ), факторов риска и развития ее осложнений.

Цель. Изучить показатели variability ритма сердца (BPC) и их взаимосвязи с суммарной концентрацией метаболитов (NO) – нитритов (NO₂) и нитратов (NO₃) в крови у больных АГ, проживающих в высокогорье.

Материал и методы. В высокогорных поселениях Приэльбрусья обследованы 125 пациентов: 65 больных АГ II степени (31 мужчина, 34 женщины), возраст – $60,3 \pm 2,8$ лет и 60 здоровых лиц (28 мужчин и 32 женщины), возраст – $48,8 \pm 2,9$ лет, сопоставимых по полу. Всем пациентам проведены общеклиническое и биохимическое обследование, включающие: оценку продукции NO по суммарному содержанию его метаболитов – нитритов – NO₂ и нитратов, NO₃ в плазме, эритроцитах и крови спектрофотометрическим методом (СФ-4А) Россия; проведение и оценку BPC, средневзвешенной variability ритма (СВВР, мс) записанную на носимые суточные мониторы ЭКГ и АД – МЭКГ – ПН – МС «ДМС – Передовые технологии», (Россия). Скорость распространения пульсовой волны (PWV, м/сек) и линейную скорость кровотока (LV, см/сек) рассчитывали в программе «ДМС – Союз 2013». Определяли: общепринятые показатели BPC во временной и частотной области. TP – общую мощность всех интервалов R-R (мс²). Спектральные мощности в диапазонах: VLF – очень низких частот, LF – низких частот, HF – высоких частот (мс²), их соотношения и индексы. SDR – системную динамическую реакцию ($SDR = CAD + DAD \cdot AMO / ЧСС$, ед.). Полученные данные рассчитывали при помощи уравнений множественной регрессии, многофакторного анализа и в пакете программы «Statistica v. 12.5.0.1» StatSoft. Inc (США).

Результаты. В группе больных АГ выявлено статистически значимое снижение общей BPC (на

38 %), показателей временной и частотной области (на 23–38 %), отражающих вагусные влияния на ритм сердца, увеличение индекса напряжения (ИН) и амплитуды моды – AMO (на 26–65 %), увеличение индексов вагосимпатического баланса (LF/HF) и централизации ($p < 0,05$) со значительным снижением концентрации NO₂ и NO₃ в крови (на 65–82 %). У больных АГ PWV была увеличена на 12 %, а LV снижена на 5 %. SDR у больных АГ была увеличена в 2,5 раза по сравнению с группой здоровых лиц. У больных АГ выявлены обратные взаимосвязи между частотными диапазонами BPC и концентрацией NO в крови: (VLF – $r = -0,377$; $p < 0,05$, LF – $r = -0,499$; $p < 0,01$). Снижение взаимосвязей между общей BPC – SDNN и VLF, LF ($r = 0,402$; $r = 0,338$, $p < 0,03$) по сравнению с группой здоровых лиц ($r = 0,675$; $r = 0,563$, $p < 0,01$). Установлены прямые взаимосвязи между уровнем систолического артериального давления (САД) и LF/HF, SDR ($r = 0,559$; $r = 0,737$, $p < 0,01$) и обратные взаимосвязи между NO и PWV, SDR ($r = 0,468$; $r = 0,735$, $p < 0,01$), слабые или отсутствующие в группе здоровых лиц. Процентное соотношение частотных диапазонов в TP у здоровых лиц составило: VLF – 36,6 %; LF – 26,7 %; HF – 36,7 %; у больных АГ VLF – 47,9 %; LF – 28,3 %; HF – 23,8 %. Эти данные свидетельствуют о смещении регуляций ритма сердца в область симпатических и гуморальных влияний с развитием дисбаланса автономного контура регуляции и смещения регуляций в область центральных энергосзатратных влияний ВНС и ЦНС с ослаблением влияния на них коркового торможения.

Заключение. Таким образом, у больных АГ снижены парасимпатические влияния на ВНС с доминированием медленных и сверхмедленных симпатических, гуморальных и эрготропных центральных регуляций на ритм сердца. Учитывая вышеприведенные данные, можно сделать вывод о существенном вкладе регуляций ВНС, ЦНС и оксида азота в процессы долговременной адаптации к гипоксии как у здоровых лиц, так и у больных АГ.

ОСОБЕННОСТИ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА, ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

БЕСЛАНЕЕВ И.А., КУРДАНОВА М.Х., БАТЫРБЕКОВА Л.М., КУРДАНОВ Х.А.

Центр медико-экологических исследований; филиал ГНЦ РФ ИМБП РАН. Россия

Введение. Изменение синтеза тиреоидных гормонов (ТГ) в сочетании со снижением синтеза ключевого вазодилататора эндотелия – оксида азота (NO) оказывает существенное влияние на нейровегетативную регуляцию ритма сердца и гемодинамики у больных с артериальной гипертензией (АГ). В условиях умеренной гипоксии продукция NO возрастает за счет активации NO-синтаз, нитритредуктазной активности металлопротеинов и ферментов эритроцитоза, снижения элиминации NO и других адаптационных процессов, а синтез ТГ снижается.

Цель. Изучить особенности влияния ТГ и метаболитов NO – нитритов (NO₂) и нитратов (NO₃) на показатели вариабельности ритма сердца (BPC) и гемодинамики и их системные взаимосвязи у здоровых лиц и больных АГ.

Материал и методы. В высокогорных районах Приэльбрусья (2200 – 3100 м. над уровнем моря) обследованы 185 пациентов: 55 больных АГ 1 степени, возраст $52,3 \pm 2,9$ года; 60 больных АГ 2 степени, возраст $55,4 \pm 2,7$ лет; 70 здоровых лиц, возраст $48,2 \pm 2,8$ лет, сопоставимых по полу, возрасту и индексу массы тела. Всем обследованным пациентам проведено общеклиническое, инструментальное и биохимическое обследование, включающее: проведение и оценку BPC, средне-взвешенной вариабельности ритма (CBBP, мс), записанные на носимые суточные мониторы ЭКГ и АД – МЭКГ – ПН – МС «ДМС – Передовые технологии», (Россия). Свободный трийодтиронин (f.T₃) и тироксин – (f.T₄) определяли на микро-планшетном анализаторе «Stat-Fax – 2100», Awareness Technology Inc, (США). Стабильные метаболиты NO – нитриты – (NO₂) и нитраты – (NO₃) определяли в фильтратах плазмы крови и эритроцитов спектрофотометрическим методом (СФ-6-А, Россия) с помощью реактива Грисса. Концентрацию NO₃ определяли, используя бруциновый реактив. Полученные данные систематизировались при помощи уравнений множественной регрессии и в пакете программы «Statistica v. 12.5.0.1» StatSoft. Inc. (США) в модулях «корреляция» и «MANOVA».

Результаты. У больных АГ 1-степени показатели не значимо отличались от показателей в группе здоровых лиц. В частотной области BPC выявлено снижение мощности спектра (TP) на 8% и высокочастотного диапазона (HF) на 6%. Увеличение индекса симпатовагального баланса (LF/HF), показателя относительной симпатической активности ПОСА = $(SDNN/RMSSD, \text{мс})$ и системной динамической реакции – $SDR = (CAD + DAD \cdot AMO / ЧСС)$ ед., на 7–48% и снижение CBBP на 5%. Эти изменения сопровождались снижением f.T₃, f.T₄ на 7–10% и снижением концентрации NO₂ и NO₃ в компонентах крови на 12–19%. В группе больных АГ 2 степени выявлено статистически значимое снижение общей BPC (на 38%), снижение CBBP на 40%, показателей временной и частотной области на 23–46%, увеличение ПОСА и SDR на 36–95% со значительным снижением f.T₃, f.T₄ на 38–42%, и снижением концентрации NO₂ и NO₃ в компонентах крови на 60–75%. Между NO и f.T₃, f.T₄ в группе здоровых лиц установлены прямые связи ($r = 0,332 - 0,448$; $p < 0,01$) и обратная взаимосвязь между NO и LF/HF ($r = -0,447$; $p < 0,01$). У больных АГ 1 и АГ 2 степени между NO в крови и f.T₃, f.T₄ выявлены прямые взаимосвязи ($r = 0,377 - 0,386$; $p < 0,05$) и обратные взаимосвязи между NO и ПОСА, SDR ($r = -0,427 - r = -0,733$; $p < 0,01$), слабо-выраженные у здоровых лиц. Между CBBP и f.T₃, f.T₄ у больных АГ 2 степени установлены прямые взаимосвязи ($r = 0,368 - 0,545$, $p < 0,01$) и обратные взаимосвязи с концентрацией NO ($r = -0,393$; $r = -0,448$, $p < 0,01$), слабые или отсутствующие у здоровых лиц.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о снижении общей BPC и CBBP у больных АГ, достоверно большем количестве тесных взаимосвязей между медленными центральными регуляциями ритма сердца со снижением синтеза ТГ и уменьшением концентрации NO в крови. Одновременное снижение тиреоидных гормонов и стабильных метаболитов NO в крови существенно влияет на регуляцию ритма сердца и гемодинамику.

**ВЛИЯНИЕ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ НА ОБМЕН ЛИПИДОВ И РЕГУЛЯЦИЮ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ЖИТЕЛЕЙ ВЫСОКОГОРЬЯ****БЕСЛАНЕЕВ И.А., КУРДАНОВА М.Х., БАТЫРБЕКОВА Л.М., КУРДАНОВ Х.А.***Центр медико-экологических исследований, филиал ГНЦ РФ ИМБП РАН. Россия*

Введение. Оксид азота (NO) и тиреоидные гормоны (ТГ) – трийодтиронин (Т3) и тироксин (Т4) существенно влияют на все фундаментальные физиологические процессы, обеспечивающие гомеостаз. Изменения концентрации NO и ТГ вызывают нарушения вазодилатации, структуры и функции клеточных мембран, активируют липоперекисный стресс, сопровождающий течение артериальной гипертензии (АГ) и играют важную роль в развитии нарушений липидного профиля и атеросклеротического поражения стенки сосудов.

Цель. Изучить особенности влияния тиреоидных гормонов, метаболитов NO на вариабельность ритма сердца и гемодинамики, обмен липидов и системные взаимосвязи между ними у больных АГ, жителей высокогорья.

Материал и методы. В высокогорных районах Приэльбрусья (2200–3100 м. над уровнем моря) обследованы 135 коренных жителей, которые были разделены на следующие группы: 65 больных АГ 2 степени, (32 мужчины и 33 женщины), возраст – $54,4 \pm 2,8$ года; 70 здоровых лиц, (34 мужчины и 36 женщин), возраст $46,7 \pm 3,2$ лет, сопоставимых по возрасту, полу и индексу массы тела. Всем обследованным пациентам проведено клиническое, инструментальное и биохимическое обследование, включающее: проведение и оценку ВРС, записанную на носимые суточные мониторы ЭКГ и АД – МЭКГ – ПН – МС «ДМС – Передовые технологии», (Россия). Свободный трийодтиронин (f.T3) и тироксин – (f.T4) определяли на анализаторе «Stat-Fax – 2100», Awareness Technology Inc, (США). Стабильные метаболиты оксида азота NO – нитриты – (NO2) и нитраты – (NO3) определяли в фильтратах плазмы крови и эритроцитов спектрофотометрическим методом (СФ-6-А, Россия). Концентрацию общего холестерина (ОХС), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ), липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) определяли фотометрическим методом на полуавтоматическом анализаторе «Prima» (Италия). Полученные данные систематизировались при помощи уравнений множественной регрессии и факторного анализа и в пакете программы «Statistica v. 10.0.1» StatSoft. Inc (США) в модулях «корреляция» и «ANOVA».

Результаты. Показатели временной области ВРС были статистически значимо снижены у больных АГ (на 20–65%). В частотной области ВРС у больных АГ выявлено снижение общей мощности спектра (TP) и всех его диапазонов: сверхнизкочастотного (VLF), низкочастотного (LF) и высокочастотного (HF) и их соотношений. Увеличение индексов (LF/HF), централизации (на 50–90%). Увеличение показателя относительной симпатической активности ПОСА = $(SDNN/RMSSD, \text{мс})$ на 22% и системной динамической реакции $SDR = (САД + ДАД \cdot АМО / ЧСС, \text{ед.})$ – в 3,5 раза на фоне снижения концентрации f.T3, f.T4 (на 28–40%) и снижения NO2 и NO3 в крови (на 62–73%). Концентрация ОХС, ЛПНП, ЛПОНП, ТГ у больных АГ увеличена (на 17–85%), концентрация ЛПВП снижена (на 65%) по сравнению с группой здоровых лиц. Рассчитаны зависимости абсолютных и относительных значений показателей и индексов ВРС, липопротеидов от концентрации ТГ и NO в крови. Установлено, что у больных АГ на фоне снижения ТГ и NO изменяются показатели ВРС и липидный профиль. Анализ наиболее значимых признаков позволил показать вклад каждого фактора в вариацию результирующего признака у больных АГ и здоровых лиц. У больных АГ 2 ст. между NO в крови и f.T3, f.T4 выявлены прямые взаимосвязи ($r = 0,373 - 0,384$; $p < 0,05$) и обратные взаимосвязи между NO и SDR, ПОСА ($r = -0,422 - r = -0,711$; $p < 0,01$). Между NO в крови и ОХС, ЛПНП, ЛПОНП установлены обратные взаимосвязи ($r = -0,472 - r = -0,547$; $p < 0,01$) и прямые взаимосвязи между ЛПНП и SDR, LF/HF ($r = 0,343 - 0,427$; $p < 0,05$). Между f.T3, f.T4 и ОХС, ЛПНП выявлены обратные взаимосвязи ($r = -0,389 - 0,448$; $p < 0,01$).

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о низкой ВРС у больных АГ со снижением концентрации ТГ и NO в крови и увеличением ЛПНП, ТГ, ЛПОНП. Снижение ВРС взаимосвязано со снижением ТГ и NO и увеличением атерогенных липопротеидов. Снижение ВРС у больных АГ связано с большим напряжением регуляторных систем, нарушенным тиреоидным статусом, дисфункцией эндотелия, липидным профилем и их тесными взаимосвязями между собой.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ ПРИ КОМОРБИДНОМ ТЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

БУРМАК Ю.Г., ПЕТРОВ Е.Е., ТРЕУМОВА С.И., ИВАНИЦКАЯ Т.А.

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Киев. Украина

Введение. Появление таких понятий, как «эндотелиальная дисфункция» и «хроническое системное воспаление» обозначило новый этап в изучении гипертонической болезни (ГБ), а именно – роли иммуновоспалительных механизмов в развитии и прогрессировании болезней сердца и сосудов. Следует отметить, что особенностью внутренней патологии в настоящее время является ее коморбидность, при этом коморбидное течение ГБ ухудшает прогноз заболевания в целом. Нередким является сочетание ГБ с пептической язвой (ПЯ) двенадцатиперстной кишки (ДПК), что способно усложнять как диагностику, клинические проявления заболевания, так и снижать качество лечения.

Цель работы. Выявить особенности изменений функции эндотелия и цитокинового профиля у больных ГБ в условиях коморбидного течения с ПЯ ДПК и определить их роль в механизмах формирования патологии.

Материал и методы. Обследованы 65 больных (35 мужчин и 30 женщин) ГБ II стадии (медикаментозный контроль): у 32 больных имелась изолированная ГБ (группа сравнения), а у 33 больных (основная группа) ГБ сочеталась с ПЯ ДПК (вне обострения); средний возраст больных составил $44,3 \pm 2,9$ лет; референтные показатели были получены при исследовании 23 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу. Методом спектрофотометрии изучали показатели функции эндотелия (по содержанию в плазме крови стабильных метаболитов оксида азота (реактив Гриса) – нитритов (NO_2), нитратов (NO_3), их суммарного уровня (NOx) и маркер риска тромбогенных осложнений (по ристомидин-индуцированной агрегации тромбоцитов (РИАТ). Определение содержания в сыворотке крови про- ($\text{TNF-}\alpha$, $\text{IL-1}\beta$, IL-6) и противовоспалительного (IL-10) цитокинов (Цк) осуществляли иммуноферментным методом.

Результаты. Найдено, что у больных с коморбидным течением ГБ (по сравнению с референтными данными) имело место снижение уровня NO_2 в 1,5 раза, NO_3 – в 1,6 раза, а NOx было сниженным в 1,6 раза ($p < 0,001$ во всех случаях). В отличие от больных с изолированным течением ГБ

при коморбидном течении заболевания значение РИАТ не только в 1,45 раза превышало референтные данные ($p < 0,001$) и в 1,12 раза показатель группы сравнения ($p < 0,05$), но и физиологический порог в целом, и, кроме того, имела место отрицательная корреляционная связь с NOx ($r = -0,27$; $p < 0,01$). У больных основной группы было найдено существенное, по сравнению с референтными данными, повышение содержания Цк – $\text{TNF-}\alpha$ (в 2,6 раза; $p < 0,001$), $\text{IL-1}\beta$ (в 2,3 раза; $p < 0,001$), IL-6 (в 1,6 раза; $p < 0,001$) и IL-10 (в 1,3 раза; $p < 0,05$). Примечательно, что абсолютное содержание провоспалительных Цк у больных основной группы было выше, чем у больных группы сравнения: $\text{TNF-}\alpha$ – в 1,5 раза ($p < 0,001$), $\text{IL-1}\beta$ – в 1,4 раза ($p < 0,05$), IL-6 – в 1,3 раза ($p < 0,05$), при этом соотношение $\text{TNF-}\alpha/\text{IL-10}$, превышавшее референтные данные практически в 2 раза ($p < 0,001$), было в 1,3 раза выше такового группы сравнения ($p < 0,01$), а соотношения $\text{IL-1}\beta/\text{IL-10}$ и $\text{IL-6}/\text{IL-10}$ превышали референтные данные в 1,9 раза ($p < 0,001$) и в 1,3 раза ($p < 0,05$) соответственно. Больные основной группы имели отрицательные корреляционные связи $\text{TNF-}\alpha$ и $\text{IL-1}\beta$ с NOx ($r = -0,30$ и $r = -0,28$ соответственно; $p < 0,01$), при этом их выраженность была большей, чем у больных группы сравнения ($r = -0,27$ и $r = -0,24$ соответственно; $p < 0,01$) и являлась позитивная корреляционная связь между $\text{TNF-}\alpha$ и РИАТ ($r = +0,28$; $p < 0,01$), а также РИАТ и $\text{IL-1}\beta$ ($r = +0,26$; $p < 0,05$), выраженность которых была большей, чем у больных группы сравнения ($r = +0,25$ и $r = +0,22$ соответственно; $p < 0,05$).

Заключение. У больных гипертонической болезнью в условиях коморбидного течения с пептической язвой двенадцатиперстной кишки имеет место изменение содержания сывороточных цитокинов с преобладанием провоспалительной активности. Наличие корреляционных связей провоспалительных цитокинов с показателями измененной функции эндотелия и маркером повышенного риска тромбогенных осложнений отражает их общность в механизмах формирования коморбидной патологии, что в целом следует рассматривать как критерий отягощения заболевания.



ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ

ВАЛИЕВА М.Ю., ГАНИЕВА И.У.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Артериальная гипертензия по своей распространенности и последствиям имеет особое место среди сердечно-сосудистых заболеваний и кардиоваскулярного континуума, может быть в полной мере отнесена к числу социально значимых.

Широкое распространение факторов риска развития артериальной гипертензии в жизни современного общества, подверженность ему наиболее трудоспособной и творческой части населения возрождают интерес к современным аспектам распространенности и выявляемости факторов риска артериальной гипертензии среди различных слоев населения.

Цель. Изучение распространенности избыточной массы тела как фактора риска предгипертензии.

Материал исследования. Неорганизованное население города Андижана.

Результаты. В общей популяции распространенность избыточной массы тела с высокой частотой

выявлена: в возрастных группах 80 лет и старше (50,0%, $P < 0,01$), 60–69 лет (68,7%, $P < 0,001$), 50–59 лет (61,4%, $P < 0,001$), 40–49 лет (54,2%, $P < 0,001$) и 30–39 лет (46,5%, $P < 0,001$). Значительно реже данный фактор отмечался в группе лиц 15–19 лет (9,5%) и 20–29 лет (20,3%, $P < 0,01$). На уровне популяции в возрасте от 15 до 70 лет и старше избыточная масса тела выявлялась с частотой 42,7%. Из них возрастной аспект среди мужчин до 20-летнего возраста – в 16,6% случаев, в 20–29 лет – у 29,7% ($P < 0,01$), 30–39 лет – у 56,5% ($P < 0,001$), 40–49 лет – у 79,6% ($P < 0,001$) и ≥ 70 лет – у 55,5% ($P < 0,01$).

Заключение. Таким образом, избыточная масса тела – достаточно распространенный фактор развития предгипертензии, и коррекция этого фактора может повлиять на уменьшение встречаемости предгипертензии.

ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПРИ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ

ВАЛИЕВА М.Ю., ГАНИЕВА И.У.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Как известно, широкая распространенность артериальной гипертензии во взрослой популяции, ее неблагоприятный прогноз определяют повышенный профессиональный интерес ко всем аспектам этого заболевания. Большое значение на популяционном уровне имеет оценка общего сердечно-сосудистого риска, степень которого зависит прежде всего от величины артериального давления, наличия или отсутствия сопутствующих факторов риска, поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний. По данным литературы рекомендуется оценку риска сердечно-сосудистых осложнений проводить не только при установленном диагнозе, но и у пациентов с высоким нормальным артериальным давлением для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения больного.

Цель исследования. Изучение выявляемости поражений органов-мишеней или ассоциированных клинических состояний при предгипертензии среди неорганизованного женского населения г. Андижана Ферганской долины.

Материал исследования. Результаты одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок из неорганизованного женского населения в возрасте 16–49 лет г. Андижана.

Результаты. Гипертрофия левого желудочка выявляется в сочетании с предгипертензией

– в 5,8% и артериальной гипертензией – в 85,3% ($P < 0,001$), цереброваскулярные болезни (ишемический, геморрагический микроинсульт) – в 27,3 и 90,9% случаев соответственно ($P < 0,001$), сердечно-сосудистые заболеваний отмечены у 7,1% популяции с предгипертензией и у 92,9% с артериальной гипертензией ($P < 0,001$), инфаркт миокарда – у 10,0 и 80,0% ($P < 0,001$), сосудистая недостаточность – у 25,0 и 84,5% ($P < 0,001$), хроническая сердечная недостаточность – в 0,0% и 90,0% случаев, поражение периферических артерий – в 0,0 и 66,7% случаев ($P < 0,001$), хронические поражения печени – в 7,2 и 81,7% ($P < 0,001$) и сахарный диабет – в 0,0 и 75,0% ($P < 0,001$).

Заключение. Таким образом, в нашем исследовании у больных с предгипертензией и артериальной гипертензией с большей выявляемостью наблюдались поражения органов-мишеней и ассоциированные клинические состояния, влияющие на прогноз суммарного сердечно-сосудистого риска. Эффективная профилактика повышенного артериального давления требует продолжения усилий по профилактическому многофакторному воздействию и максимальному нивелированию региональных факторов риска развития артериальной гипертензии и сердечно-сосудистого риска.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЦЕЛЯХ ИХ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ

ВАЛИЕВА М.Ю., САЛАХИДДИНОВ З.С., АХМАДАЛИЕВА У.К., ДЖУМАБАЕВА С.Э.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

В настоящее время оценка факторов риска сердечно-сосудистых осложнений становится ведущей как в разработке профилактических программ, так и для определения тактики и интенсивности клинического вмешательства. Для адекватной первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) необходимо своевременное выявление групп различной степени риска с учетом совокупности основных факторов, определяющих прогноз.

Материал и методы. Проведено исследование, в которое включены 125 мужчин трудоспособного возраста (средний возраст $48,9 \pm 4,9$ года.). Изучали следующие факторы риска (ФР) развития ССЗ: семейный анамнез ранних ССЗ, гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия (АГ), избыточная масса тела и ожирение, курение, злоупотребление алкоголем. Кроме того, учитывали дополнительные ФР: повышенную частоту сердечных сокращений (ЧСС), нарушения ритма сердца, электрокардиографические признаки гипертрофии левого желудочка.

Результаты. По данным исследования: риск развития таких сердечно-сосудистых осложнений (ССО), как инфаркт миокарда и мозговой инсульт наиболее сильно взаимосвязан с возрастом. Так, с каждым годом жизни риск развития тяжелых осложнений увеличивается на 12,0%. При наличии семейного анамнеза ССЗ вероятность его воз-

никновения значимо больше, чем у обследуемых без отягощенного анамнеза. В группе пациентов с АГ риск развития этих осложнений почти в 3 раза выше, чем у обследуемых с нормальным уровнем артериального давления, причем эта тенденция усиливается по мере увеличения степени АГ. При проведении сравнительного анализа вероятности ССО у обследуемых мужчин, не употребляющих алкоголь, умеренно пьющих и злоупотребляющих алкоголем, статистически значимые различия получены между непьющими и умеренно пьющими. Было выявлено, что у непьющих вероятность развития ССО в 13 раз выше, чем у умеренно пьющих ($p=0,04$).

У пациентов с электрокардиографическими признаками гипертрофии левого желудочка вероятность развития этих ССО значимо выше, чем у обследуемых без гипертрофии. Сочетание различных ФР также является очевидным прогностическим фактором возникновения ССЗ. Согласно данным нашего исследования, наличие 4 ФР и более статистически значимо повышает вероятность развития ССО по сравнению с таковой у пациентов только с одним ФР.

Заключение. Таким образом, изучение факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений имеет реальное клиническое обоснование и служит эффективным инструментом первичной профилактики их.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОВРЕМЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ г. АНДИЖАНА ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

ВАЛИЕВА М.Ю., ГАНИЕВА И.У.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Как известно, артериальная гипертензия является заболеванием, привлекающим к себе внимание врачей любого профиля медицины. Она является одним из основополагающих факторов, приводящих к развитию или осложнению сердечно-сосудистых заболеваний. Несмотря на огромные успехи в области кардиологии, артериальная гипертензия остается одной из насущных медико-социальных проблем. По результатам многочисленных исследований можно сказать, что изучение распространенности артериальной

гипертензии должно быть с учетом не только общепринятых факторов риска, но и с учетом региональных, этнических и других особенностей.

Цель. Изучение распространенности артериальной гипертензии среди неорганизованного мужского и женского населения г. Андижана Ферганской долины.

Материал и методы. Проводилось комплексное одномоментное эпидемиологическое исследование методом случайной репрезентативной выборки с использованием стандартизованных и



унифицированных биохимических, эпидемиологических, инструментальных, клинических и опросных методов исследования. Материалом для настоящего исследования послужило мужское и женское население в возрасте ≥ 15 –70 лет, проживающее в г. Андижане.

Результаты. Анализ данных показал, что среди обследованной общей популяции у 16,9% ($n=102$) выявлена артериальная гипертензия.

Распространенность артериальной гипертензии наблюдалась со статистически значимым различием у мужчин и женщин – 13,2 и 20,1% соответственно ($P<0,05$). С возрастом частота распространенности АГ у мужчин увеличивается до 61,9%, или в 20 раз ($P<0,001$).

В нашем исследовании в группах мужчин 15–19 и 20–29 лет случаи артериальной гипертензии не установлены, среди мужчин 30–39 лет артериальная гипертензия наблюдалась с частотой – 3,1%, в 40–49 лет – 14,8% ($P<0,001$), в 50–59 лет – 31,4% ($P<0,05$), в 60–69 лет – 61,9% ($P<0,001$) и в группе 70 лет и старше – 33,3% ($P<0,001$). Обращают на себя внимание высокие показатели артериальной

гипертензии в возрастных группах 50–59 лет, 60–69 лет, 70 лет и старше.

Анализ полученных результатов показал, что у женщин отмечено возрастание случаев выявляемости артериальной гипертензии в зависимости от возраста до 62,5%, или в 7,2 раза ($P<0,001$). С наибольшей частотой АГ встречалась в группах женщин 40–49 лет (47,9%, $P<0,05$), 50–59 лет (55,6%, $P<0,05$), 70 лет и старше (62,5%, $P<0,001$). Сравнительно меньшая распространенность артериальной гипертензии наблюдалась у женщин в возрасте 30–39 лет (8,0%) и 40–49 лет (26,6%).

Выводы. В группе 15–19 лет и 20–29 лет артериальная гипертензия не отмечена, что по всей вероятности связано с малочисленностью обследованной подвыборки и по-видимому, данный научный факт требует отдельного анализа в проспективных исследованиях. В других группах процент заболеваемости говорит о том, что практическое здравоохранение должно больше уделять внимание профилактическому направлению в целях раннего выявления и устранения факторов, приводящих к развитию артериальной гипертензии.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СУММАРНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРОВ, ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ, У МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ г. АНДИЖАНА

ВАЛИЕВА М.Ю., ГАНИЕВА И.У.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

В последние десятилетия сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной преждевременной смертности во всех развитых странах. В развитии и прогрессировании ССЗ существенная роль принадлежит факторам риска (ФР), несвоевременное выявление и неадекватная коррекция которых повышают вероятность сердечно-сосудистых осложнений (ССО).

Цель. Изучение прогностической значимости факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и показателей суммарного риска в развитии ССЗ.

Материал и методы. В исследование включены 152 мужчины в возрасте 39–57 лет без предшествующего анамнеза ишемической болезни сердца, сахарного диабета, онкологических заболеваний. Показатели суммарного риска рассчитывали с использованием Европейской шкалы риска SCORE и Фрамингемской шкалы.

Результаты. Выявлена статистически значимая взаимосвязь вероятности их возникновения с возрастом ($p=0,02$), семейным анамнезом сердечно-сосудистых заболеваний ($p=0,02$), артериальной гипертензией, в том числе высокой ($p=0,03$), умеренным употреблением алкоголя ($p=0,04$), электрокардиографическими признаками гипер-

трофии левого желудочка ($p=0,04$). Показано, что прогностическую значимость для их возникновения имеют возраст ($p=0,0001$), гиперхолестеринемия ($p=0,002$), артериальная гипертензия ($p=0,01$).

Кроме того, была проанализирована зависимость между частотой развития ССО и значениями прогнозируемого суммарного риска с поправкой на возраст. При этом значимая взаимосвязь ($p=0,04$) была выявлена между высоким риском и такими осложнениями, как инфаркт миокарда и мозговой инсульт. Более четкие взаимосвязи прослеживаются при анализе порядковых распределений суммарного риска и инфаркта миокарда, мозгового инсульта. То есть мы видим монотонное увеличение частоты сердечно-сосудистых осложнений по мере нарастания степени риска.

Выводы. Основными прогностическими факторами возникновения сердечно-сосудистых осложнений являются возраст, семейный анамнез, артериальная гипертензия, уровень потребления алкоголя, наличие гипертрофии левого желудочка. Наибольшую прогностическую значимость имеет сочетание нескольких факторов риска. Возрастные степени суммарного риска взаимосвязаны с увеличением частоты развития сердечно-сосудистых осложнений.

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРХОЛИСТЕРИНЕМИИ И ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ НА РАЗВИТИЕ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ КАК ФАКТОРА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ВАЛИЕВА М.Ю., ДЖУМАБАЕВА С.Э.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

В настоящее время прослеживаются тенденции к омоложению кардиологических больных, и тем не менее работ, посвященных выявлению артериальной гипертензии в широком возрастном диапазоне и на ранних стадиях заболевания, мало.

Цель. Эпидемиологическое обследование по изучению распространенности предгипертензии в зависимости от гиперхолестеринемии и гипертриглицеридемии в современной популяции мужчин и женщин г. Андижана Ферганской долины в возрастном диапазоне от 15 до 70 лет и старше.

Результаты. Предгипертензия наблюдается с различием в следующих уровнях: в 15–19 лет – 0,0%, в 20–29 лет – 16,2% ($P < 0,001$), в 30–39 лет – 40,6% ($P < 0,01$), в 40–49 лет – 50,0% ($P < 0,001$), в 50–59 лет – 45,7% ($P < 0,01$), в 60–69 лет – 33,3% ($P < 0,05$), в 70 лет и старше – 55,7% ($P < 0,001$). В то же время гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия выявляются среди неорганизованного населения с относительно высокой распространенностью: в 15–19 лет – по 7,1 и 2,4%, в 20–29 лет – по 9,8% ($P > 0,05$) и 9,2% ($P < 0,001$), в 30–39 лет – по 14,5% ($P < 0,05$) и 12,5% ($P < 0,001$), в 40–49 лет – по 18,6% ($P < 0,01$) и 16,1% ($P < 0,001$), в 50–59 лет – по 27,7% ($P < 0,001$) и 22,9% ($P < 0,001$), в 60–69 лет – по 39% ($P < 0,001$) и 31,3% ($P < 0,001$), 70 лет и старше – по 50,0% ($P < 0,001$) и 25,0% ($P < 0,001$) и в возрасте ≥ 15 –70 лет в целом – по 18,4 и 15,5% ($P > 0,05$).

Выводы. Все эти данные подтверждают, что в современной неорганизованной популяции определяются достаточно неблагоприятные эпидемиологические условия в отношении артериальной гипертензии, и они нуждаются в квалифицированной профилактической помощи в оздоровлении населения от эпидемиологических факторов риска.

ПОКАЗАТЕЛИ СОСУДИСТОЙ ЖЕСТКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДИНАМИКИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ВО ВРЕМЯ НОЧНОГО СНА ПОСЛЕ ПРОБЫ НА СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ

ВАСИЛЬЕВ В.Ю.¹, ФЕНДРИКОВА А.В.², СКИБИЦКИЙ В.В.²

¹ГБУЗ «Городская больница №4», г. Сочи; ²ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России. Россия

Введение (цели/задачи). Оценить показатели жесткости сосудистой стенки у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от динамики артериального давления (АД) во время ночного сна после пробы на солечувствительность (СЧ).

Материал и методы. В исследование включены 116 пациентов с АГ (52 мужчины и 64 женщины), медиана возраста 60,5 (56–64,5) лет. У всех пациентов изучались показатели АД во время ночного сна до и после пробы на СЧ (по В.И. Харченко, 1984 г.) при помощи суточного мониторирования артериального давления (СМАД) (BPLab ООО «Петр Телегин»). В отличие от стандартной методики в работе оценивались изменения систолического и/или диастолического АД исключительно во время ночного сна. Всем больным, кроме традиционных параметров СМАД, оценивались показатели сосудистой жесткости: время распространения отраженной волны, приведенное к си-

столическому артериальному давлению (САД) – 100 мм рт.ст. и числу сердечных сокращений (ЧСС) – 60/мин. (RWTT корр.), скорость распространения пульсовой волны, приведенная к САД 100 мм рт.ст. и ЧСС 60/мин. (PWVao корр), индекс аугментации (AIx), а также индекс аугментации, приведенный к ЧСС 75/мин. (AIx75). Результаты обработаны при помощи программы Statistica 10 (StatSoft Inc., США). Количественные признаки представлены в виде медиан и интерквартильных интервалов. Сравнительный анализ показателей в независимых группах проводился при помощи U-критерия Манна – Уитни с уровнем значимости $p < 0,05$.

Результаты. После пробы на СЧ у 68 пациентов (59%) (группа 1) во время ночного сна отмечено повышение систолического и/или диастолического АД ≥ 5 мм рт.ст. (положительная проба). В группу 2 вошли 48 (41%) больных, у которых значимого прироста АД в ответ на солевую нагрузку не зарегистрировано (отрицательная проба).



Анализ показателей жесткости сосудистой стенки показал, что RWTT корр. был достоверно выше в группе 2: 130 (110–137) мс против 135,5 (123–146) мс, ($p < 0,05$). PWVao корр. напротив оказался больше в 1 группе: 10 (9–11) м/с против 9 (8–10) м/с, ($p < 0,05$). Alx и Alx75 были выше в 1 группе, хотя межгрупповая разница оказалась статистически незначимой: –6 (–27–9) против –8 (–28–12) и

–16 (–27–2) против –16,5 (–26–8) в группах 1 и 2 соответственно.

Заключение. Таким образом, пациенты с положительной реакцией на солевую нагрузку во время ночного сна имеют более высокие показатели жесткости сосудистой стенки, что может свидетельствовать о высоком сердечно-сосудистом риске у данной категории больных артериальной гипертонией.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ УРАПИДИЛА ПРИ КУПИРОВАНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

ВОДНЕВ В.П., ТУРЛАНОВ К.М., АМЕТОВА Г.Д.

*АО Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
г. Алматы. Казахстан*

Цель работы. Оценить эффективность и безопасность применения урапидила при купировании осложненных гипертонических кризов в условиях скорой медицинской помощи.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 111 больных осложненным гипертоническим кризом бригадами скорой медицинской помощи. Женщин – 63 (57%), мужчин – 48 (43%). Возраст больных – от 57 до 83 лет. Средний возраст 69,0 лет. Всем больным проводился контроль артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) через 5, 10, 20, 30 минут после введения препарата. Течение гипертонического криза осложнялось острой левожелудочковой недостаточностью у 38 (34%) больных, острым нарушением мозгового кровообращения – 73 (66%) больных. Систолическое артериальное давление составляло от 185 до 240 мм рт.ст., диастолическое колебалось в пределах 105–120 мм рт.ст. Частота сердечных сокращений составляла 107–146 в 1 минуту.

Результаты. Всем больным урапидил (эбрантил) вводился в начальной дозе 25 мг внутривенно, медленно, повторное введение препарата потребовалось четырем больным. После введения урапидила максимальное снижение систолического АД наблюдалось в течение первых 10 минут и составило в среднем 36,8 мм рт.ст., в дальнейшем снижение артериального давления было менее выраженным и к 30-й минуте составило в среднем 62 мм рт.ст. Снижение диастолического артериального давления происходило параллельно систолическому и к 5-й минуте составило в среднем

12 мм рт.ст., а к 30-й минуте 22 мм рт.ст. У 4 больных снижение систолического АД к 20-й минуте составило 24 мм рт.ст. В связи с этим потребовалось повторное введение препарата в дозе 25 мг в/венно. Побочные эффекты от введения урапидила в виде гипотонии наблюдались у трех больных, АД снизилось с 240/100 мм рт.ст. до 90/60 мм рт.ст. через 10 минут после введения препарата. АД стабилизировалось после введения 200,0 мл 0,9%-го раствора натрия хлорида внутривенно струйно. В отличие от других гипотензивных препаратов частота сердечных сокращений у больных после введения урапидила практически не изменилась. У больных с ОНМК, несмотря на высокий темп снижения АД, ухудшения неврологических симптомов не наблюдалось. Состояние всех больных после проведенной терапии оставалось стабильным, и они были доставлены для дальнейшего лечения в профильные медицинские учреждения.

Заключение. Несмотря на значительное снижение артериального давления, в течение короткого времени ухудшение неврологической симптоматики не наблюдалось ни у одного больного. У больных с кардиальной симптоматикой на фоне снижения артериального давления отмечалось улучшение общего состояния. Высокая эффективность, отсутствие снижения перфузии головного мозга, рефлекторной тахикардии, хорошая переносимость и хороший профиль безопасности позволяют рекомендовать применение урапидила для купирования гипертонических кризов на догоспитальном этапе.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИСТАНЦИОННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

ГОРЕНКОВ Р.В., ЯКУШИН М.А., САФИНА Д.Е., КАРТАШОВ К.Ю., ДВОРИНА О.Г.

ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского». Россия

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания относятся к социально значимым заболеваниям, которые обуславливают основную причину смертности во всем мире. В структуре смертности сердечно-сосудистые заболевания занимают лидирующее положение и в России, составляя 57,4 %. Одним из главных факторов риска, которые вносят существенный вклад в смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, является артериальная гипертензия – до 40 % (Оганов Р.Г. с соавт., 2016 г.). В то же время при лечении артериальной гипертензии достижение целевого уровня артериального давления не достигается у большинства пациентов по разным причинам, а именно из-за недостаточного мониторинга артериального давления, в том числе эффективности лечения; неадекватности лечения без учета гемодинамических данных; низкой приверженности пациентов к лечению. Традиционное измерение артериального давления не дает представления о механизмах развития артериальной гипертензии, не выявляет ранние стадии развития артериальной гипертензии, не может прогнозировать эффективность лекарственной гипотензивной терапии и развитие рефрактерности к гипотензивной терапии. Назначение лекарственной терапии с учетом показателей центральной гемодинамики в динамике смогло бы более точно, с учетом патогенетических механизмов развития артериальной гипертензии, подойти к ее лечению и достичь целевых показателей. Проведение с этой целью эхокардиографии требует наличия дорогостоящей ультразвуковой аппаратуры, квалифицированных специалистов, больших затрат времени и прихода пациента в поликлинику. Кроме того, однократное измерение дает мало информации для дальнейшей тактики ведения.

Цель работы. Обоснование эффективности использования дистанционного метода мониторинга гемодинамики у больных с артериальной гипертензией для оптимизации оказания медицинской помощи данной категории больных в амбулаторно-поликлинических условиях. Задачи исследования: 1. Оценка показателей центральной гемодинамики до лечения 2. Подбор лекарственной терапии с учетом типа гемодинамики и мониторинг центральной гемодинамики во время лечения. 3. Оценка достижения целевого уровня артериального давления.

Материал и методы. В амбулаторных условиях обследованы 126 пациентов (средний возраст – $56,5 \pm 3,7$ лет), страдающих артериальной гипертензией. Для оценки системной гемодинамики в исследовании использовался портативный автоматизированный программно-аппаратный Комплекс неинвазивного исследования центральной гемодинамики – КАП ЦГ осм – «Глобус». Его работа основана на методе объемной компрессионной осциллометрии. Из гемодинамических параметров оценивались систолическое артериальное давление (САД), диастолическое артериальное давление (ДАД), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС), сердечный ударный объем крови (УО). Показатели нормы данных параметров рассчитывались для каждого индивидуально в соответствии с программным обеспечением КАП ЦГ осм – «Глобус» с учетом возраста, пола, массы тела и роста.

Результаты. Из 126 пациентов с артериальной гипертензией у 19 (15,0 %) отмечалось исключительно повышение УО; у 43 пациентов (34,2 %) – повышение ОПСС, у остальных 64 (50,8 %) – были повышены оба параметра. В соответствии с полученными данными и исходя из патогенеза развития артериальной гипертензии, пациентам назначались гипотензивные препараты разных групп: при повышении УО – преимущественно селективные бета-блокаторы; при повышении ОПСС – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы рецепторов ангиотензина 2 или антагонисты кальция; при повышении обоих параметров – комбинированная терапия. В ходе такого дифференцированного лечения в зависимости от показателей гемодинамики у большинства пациентов (у 114 из 126 – 90,5 %) отмечено снижение артериального давления, или достижение целевого уровня.

Заключение. 1. Мониторирование гемодинамики позволяет более точно подойти к лечению артериальной гипертензии и обосновать выбор гипотензивного препарата, а также скорректировать лечение, основываясь на патогенетических механизмах ее развития. 2. Дистанционное измерение показателей гемодинамики в амбулаторных условиях (в том числе и на дому) позволяет повысить приверженность пациентов к лечению, оптимизировать мониторинг наблюдения за артериальной гипертензией и ее лечением.



ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ И АПОПТОТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

ГОРШУНОВА Н.К.

*ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Курск. Россия*

Одним из начальных и ранних поражений органов-мишеней при артериальной гипертензии (АГ) признается эндотелиальная дисфункция. Ее прогрессирование способствует структурно-функциональным модификациям сосудистой стенки и ее атеросклеротическому поражению.

Цель. Определить значение десквамации эндотелия, активности воспалительных и апоптотических биомаркеров у женщин пожилого возраста, страдающих АГ.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 60 пожилых пациенток (средний возраст – $66,1 \pm 0,5$ года) с АГ II стадии 2–3 степени. В группу сравнения были включены 30 женщин аналогичного возраста с нормальным уровнем артериального давления (АД). Критерии исключения из исследования: вторичные гипертензии, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, внутренних органов в стадии обострения, системные заболевания соединительной ткани, анемию, злокачественные новообразования, тяжелые нарушения сердечного ритма. Допплерографически изучались степени эндотелиальной дисфункции (ЭД) по тесту эндотелий-зависимой вазодилатации, выраженность десквамации эндотелия (Hladovec, 1973 г.). С помощью наборов для иммуноферментного анализа (ИФА) оценивались активность субклинического воспаления по высокочувствительному С-реактивному белку (ВЧ-СРБ) и фактору некроза опухоли (ФНО- α); уровень апоптотической активности по содержанию каспазы-3, Аро-1/Fas, использовались наборы компании Bender MedSystems (Австрия), для определения каспазы-8 – компании eBioscience (США).

Результаты обработаны параметрическими методами вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента и считались значимыми при $p \leq 0,05$. С помощью критерия Пирсона изучена корреляционная зависимость между степенями

ЭД и активностью каспаз, Аро-1/Fas, провоспалительными цитокинами и эндотелиоцитемией.

Результаты исследования. Установлено, что с повышением выраженности нарушений вазодилатации сосудистой стенки (степени ЭД) в крови повышалось количество десквамированных эндотелиоцитов. Интенсивность десквамации зависела от активности провоспалительных цитокинов: увеличения ВЧ-СРБ до $4,7 \pm 0,05$ мг/л у гипертензивных пациентов в сравнении с аналогичным показателем группы контроля $0,5 \pm 0,03$ мг/л ($p \leq 0,001$); и активности ФНО- α $2,4 \pm 0,2$ пг/мл; $2,1 \pm 0,2$ пг/мл ($p > 0,05$). Согласно литературным данным, воспалительные изменения в первую очередь начинались с мембран эндотелиоцитов, которые подвергались некротическим изменениям. Установленный рост активности Аро-1/Fas способствовал активации рецепторов ядерного аппарата эндотелиоцитов, в свою очередь приводящего к повышению активности апоптотических ферментов (каспаз-3 и 8). Изученный Аро-1/Fas осуществлял регуляцию клеточной апоптотической активности, разрушение ее ядерных субстанций. Наиболее выраженные апоптотические и провоспалительные изменения установлены у больных с 3-й степенью эндотелиальной дисфункции. Ускоренная апоптотическая гибель эндотелиальных клеток способствовала тяжелым функциональным нарушениям эндотелиальной функции.

Концентрация С-реактивного белка в сыворотке крови пациентов с АГ прямо коррелировала с активностью сывороточной каспазы-3.

Заключение. Таким образом, в программу обследования больных АГ рекомендовано включать определение степеней выраженности дисфункции эндотелия, повышения активности цитокинов и апоптотических ферментов, а также контроль их изменений при проведении антигипертензивной и вазопротективной терапии.



ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ШКАЛ SYNTAX SCORE И SYNTAX SCORE II В ОТНОШЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ВЫПОЛНЕНИЯ ЧКВ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА В ТЕЧЕНИЕ ТРЕХ ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ

ГРИГОРЬЕВ В.С.¹, ГОЛУХОВА Е.З.¹, БУЗИАШВИЛИ Ю.И.¹, ПЕТРОСЯН К.В.¹, АБРОСИМОВ А.В.¹,
АЛЕКЯН Б.Г.², БОКЕРИЯ О.Л.¹, БОКЕРИЯ Л.А.¹

¹ ФГБУ «НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ;

² ФГБУ «НМИЦХ им. А.В. Вишневского» МЗ РФ. Россия

Классическая анатомическая шкала SYNTAX Score является одной из наиболее распространенных и обладающих обширной доказательной базой. Тем не менее, коморбидный фон пациентов значительно различается, что послужило основанием для разработки и внедрения клинико-анатомической шкалы SYNTAX Score II.

Цель. Проанализировать результаты ЧКВ у пациентов с различной коморбидностью и тяжелым поражением коронарных артерий в сроки наблюдения до трех лет. Сравнить прогностическую значимость шкал SYNTAX Score и SYNTAX Score II в отношении развития неблагоприятных исходов.

Материал и методы. В исследование включен 191 пациент со стабильной стенокардией, которым ранее не выполнялась прямая реваскуляризация миокарда и операции в условиях искусственного кровообращения. Все этапы эндоваскулярного лечения выполнялись в ФГБУ «НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ с имплантацией стентов с лекарственным покрытием второго поколения. Включались случаи как трехсосудистого поражения, так и вовлечения ствола ЛКА с доступностью оценки отдаленных результатов в сроки наблюдения до трех лет. Средний возраст пациентов составил $63,3 \pm 10,1$ лет, 70,7% пациентов – мужчины, 29,3% пациентов – женщины. Проведен статистический анализ частоты развития неблагоприятных кардиальных и цереброваскулярных событий в течение трех лет наблюдения. Выполнено построение ROC-кривых со сравнительной оценкой шкал SYNTAX Score и SYNTAX Score II.

Результаты. Непосредственный технический успех составил 97,9%, с госпитальной летально-

стью – 0,52%. Ведущей причиной возврата стенокардии в отдаленном периоде наблюдения являлся прогресс атеросклеротического поражения коронарного русла, который отмечался в 93,0% случаев. Выживаемость в отдаленном периоде наблюдения составила 94,2%, при этом независимым неблагоприятным прогностическим фактором являлись сахарный диабет и инсулинозависимость ($p < 0,01$), а также возраст старше 65 лет ($p < 0,01$). Показатель шкалы SYNTAX Score был независимым фактором риска рестеноза стентов в отдаленном периоде ($p < 0,01$). Шкала SYNTAX Score II обладает большей прогностической значимостью ($AUC = 0,842$) по сравнению со шкалой SYNTAX Score ($AUC = 0,540$) в отношении общей частоты развития неблагоприятных исходов в отдаленном периоде наблюдения.

Выводы. ЧКВ является эффективным и безопасным методом лечения пациентов с тяжелым поражением коронарного русла и различной коморбидностью, сопровождается низкой частотой развития неблагоприятных событий при оценке непосредственных и отдаленных результатов. Показатель SYNTAX Score в нашем наблюдении послужил предиктором развития значимого рестеноза ранее имплантированных стентов. Клинико-анатомическая шкала оценки риска SYNTAX Score II продемонстрировала большую прогностическую значимость по сравнению с оригинальной шкалой SYNTAX Score, может быть рекомендована к апробации в дальнейших исследованиях и внедрению в повседневную клиническую практику.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕЛМИСАРТАНА У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

ДЕНЕКА И.Э., РОДИОНОВ А.В., ФОМИН В.В.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва. Россия

Введение (цели/задачи). Оценка эффективности телмисартана в качестве компонента тройной антигипертензивной терапии у пациентов, страдающих ожирением и резистентной артериальной гипертензией (РАГ).

Материал и методы. В исследование включены 30 пациентов с индексом массы тела $> 30 \text{ кг/м}^2$ и РАГ. До включения в исследование все пациенты получали блокатор рецепторов к ангиотензину II (БРА) или ингибитор ангиотензинпревращаю-



щего фермента (ИАПФ) в адекватной дозировке в составе трехкомпонентной антигипертензивной терапии (вторым и третьим компонентами являлись амлодипин 10 мг/сут и индапамид 2,5 мг/сут). Участников рандомизировали на две равные группы. В основной группе вместо ранее принимаемого БРА или ИАПФ был назначен телмисартан 80 мг/сут. Телмисартан, являясь частичным агонистом рецепторов, активирующих пролиферацию пероксисом подтипа? (PPAR?), благотворно влияет на углеводный и жировой обмен при назначении в стандартных дозировках. В контрольной группе был продолжен прием ранее назначенного БРА или ИАПФ в составе трехкомпонентной терапии. Первичная конечная точка – снижение среднесуточного систолического и/или диастолического артериального давления (САД и ДАД) по данным суточного мониторирования артериального давления (СМАД) на 10 мм рт.ст. через 20 недель. Вторичная точка – снижение концентрации маркеров воспаления и повышение уровня адипонектина на 15%. Также оценивали динамику толщины эпикардального жира.

Результаты. Через 20 недель в группе телмисартана отмечено значимое снижение среднесуточного САД и ДАД: с $145,9 \pm 5,4/95,6 \pm 4,8$ мм рт.ст. до $134,8 \pm 3,0/84,9 \pm 4,2$ мм рт.ст. (в контрольной группе – с $147,2 \pm 4,9/96,4 \pm 5,6$ мм рт.ст. до $142,4 \pm 4,3/96,9 \pm 6,2$ мм рт.ст.) ($p < 0,05$ для САД и ДАД). Таким образом, в основной группе среднесуточное САД снизилось в среднем на 11,1 мм рт.ст., снижение данного показателя более чем 10 мм рт.ст. зафиксировано у 73% пациентов; в контрольной группе САД снизилось в среднем только на 4,8 мм рт.ст. Снижение среднесуточного ДАД

более чем на 10 мм рт.ст. в группе больных, принимавших телмисартан, выявлено у 65% пациентов (в среднем на 10,7 мм рт.ст.); в свою очередь, в контрольной группе данный показатель повысился на 0,5 мм рт.ст. Также в основной группе отмечено повышение концентрации адипонектина в сыворотке крови с $9,3 \pm 5,6$ мкг/мл до $13,4 \pm 6,6$ мкг/мл (в контрольной группе: с $8,8 \pm 5,2$ мкг/мл до $8,6 \pm 5,6$ мкг/мл) ($p < 0,05$); снижение концентрации высокочувствительного С-реактивного белка (основная группа – с $8,8 \pm 3,0$ до $6,0 \pm 2,8$ мг/л, контрольная группа – с $7,4 \pm 3,8$ до $6,9 \pm 4,9$ мг/л ($p < 0,05$)) и интерлейкина-6 (основная группа – с $16,2 \pm 6,1$ до $12,3 \pm 2,8$ пг/мл, контрольная группа – с $22,5 \pm 4,2$ до $19,9 \pm 5,2$ пг/мл ($p < 0,05$)). При сравнении толщины эпикардального жира значимых различий выявлено не было, однако, при анализе подгрупп с толщиной эпикардального жира > 7 мм в подгруппе телмисартана отмечено уменьшение жировой прослойки с $7,9 \pm 0,6$ мм до $6,2 \pm 0,5$ мм (в группе контроля – с $7,6 \pm 0,4$ до $7,3 \pm 0,6$ мм) ($p < 0,05$).

Заключение. В группе телмисартана удалось преодолеть резистентность к антигипертензивной терапии как для САД, так и для ДАД. Достоверное повышение в основной группе уровня адипонектина и снижение концентрации маркеров воспаления может свидетельствовать о снижении сердечно-сосудистого риска в данной популяции на фоне лечения. Уменьшение толщины жировой ткани в эпикарде в основной группе у больных с максимальной толщиной эпикардального жира подтверждает, что телмисартан может быть особенно эффективен для лиц с выраженным висцеральным ожирением.

ВЛИЯНИЕ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО И КАРБОНИЛЬНОГО СТРЕССА НА МОДИФИКАЦИЮ БЕЛКОВ И ДЕСТРУКЦИЮ ДНК ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

ДОРОЩУК Н.А., ТИХАЗЕ А.К., КОНОВАЛОВА Г.Г., ЛАНКИН В.З.

ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России, г. Москва, Россия

Цель исследования. Комплексное изучение окислительных повреждений белков и нуклеиновых кислот при сахарном диабете 2 типа (СД-2).

Материал и методы. В крови 50 больных СД-2 и 25 пациентов без нарушений углеводного обмена определяли: уровень окисленных липопротеидов низкой плотности (окЛНП) иммунохимическим методом, содержание SH-групп в белках плазмы крови, активность Cu, Zn-супероксиддисмутазы (СОД) в эритроцитах, длину теломерных повторов в ДНК лейкоцитов, уровень конечного продукта деградации ДНК 8-гидрокси-2'-дезоксигуанидина (8-охо-dG) в плазме и моче.

Результаты. Показано, что при СД-2 происходит увеличение уровня окЛНП в 1,4 раза ($p < 0,0001$) и

снижение содержания SH-групп в плазме крови на 20% ($p < 0,001$), что свидетельствует о развитии окислительного стресса. Кроме того, у больных СД-2 выявлена карбонил-зависимая модификация эритроцитарной СОД (снижение активности на 17% ($p < 0,001$)), а также окислительная деградация ДНК (снижение длины теломеров в лейкоцитах на 31% ($p < 0,001$) и увеличение уровня 8-охо-dG в плазме крови на 9% и моче на 8% ($p < 0,001$)).

Заключение. Впервые на основании определения комплекса корректных показателей выявлена множественная окислительная модификация биополимеров крови (белков и ДНК) при СД-2.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

ЖУРАЕВ Б., ГУЛИЕВ Х.Т., АЛИКУЛОВ И.Т.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан

Введение. Раннее выявление факторов риска (ФР) гипертонической болезни (ГБ) позволяет наиболее объективно оценить риск развития осложнений.

Цель исследования. Оценить распространенность факторов риска у пациентов с гипертонической болезнью и церебральными нарушениями.

Материал и методы. Обследованы 50 больных с ГБ II стадии, находившихся на стационарном этапе обследования и лечения в возрасте от 40 до 72 лет (мужчин – 20, женщин – 30). Все больные получали комбинированную антигипертензивную терапию. Проводилось общеклиническое обследование и анкетирование по выявлению ФР. В зависимости от выраженности церебральных расстройств все пациенты были разделены на 2 группы: 1 составили 25 больных АГ без церебральных нарушений (возраст $55,5 \pm 2,8$ лет) и 2-ю – 25 больных (возраст $57,7 \pm 1,43$ лет) АГ с церебральными нарушениями. Среди больных 2 группы начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ) были у 10 человек, дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) I стадии – у 10 человек, ДЭ II стадии – у 5 человек.

Результаты. У больных 1 группы уровень АД был: САД – $138,3 \pm 5,9$ мм рт.ст., ДАД – $89,3 \pm 4,1$ мм рт.ст.; избыточная масса тела и ожирение (ИМТ – $31,2 \pm 1,8$ кг/м²) выявлялась у 15 (60%), табакокурение – у 12 (48%), злоупотребление алкоголем – у 4 (16%), малоподвижный образ жизни – у 10 (40%), отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям (инсульт, инфаркт миокарда или артериальная гипертония у ближайших родственников) – у 17 (68%), гиперхолестеринемия (уровень общего холестерина плазмы крови $5,66 \pm 0,2$ ммоль/л) – у 7 (28%) обследованных, сахарный диабет и нарушение толерантности к глюкозе выявлено у 2 (8%). У больных 2 группы уровень АД был: САД – $149,3 \pm 3,2$ мм рт.ст., ДАД – $97,1 \pm 2,2$ мм рт.ст. В отличие от больных 1 группы выявлялось увеличение частоты избыточной массы тела и ожирения (ИМТ – $33,3 \pm 0,5$ кг/м²), которое регистрировалось – у 18 (72%), малоподвижного образа жизни – у 12 (48%), отягощенной наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям (инсульт, инфаркт миокарда или артериальная гипертония у ближайших родственников) – у 18 (72%), а также снижалась частота гиперхолестеринемии (уровень общего холестерина $5,48 \pm 0,5$ ммоль/л; $p < 0,001$) – у 5 (20%), курение табака – у 11 (44%), злоупотребление алкоголем – у 1 (4%). В этой группе у 7 (28%) больных выявлялся сахарный диабет (уровень глюкозы крови – $7,8 \pm 0,9$ ммоль/л) и нарушенная толерантность к глюкозе.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что среди больных ГБ как 1, так и 2 групп имели распространение модифицируемые факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, среди больных 2 группы – ожирение, сахарный диабет и нарушенная толерантность к глюкозе, а также отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям встречались чаще. Выявление факторов риска необходимо учитывать при проведении индивидуальных профилактических мероприятий, основная цель которых – предотвращение грозных осложнений ГБ и повышение качества жизни.

ЧАСТОТА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ВЫБОРКЕ ПАЦИЕНТОВ С КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ МОСКОВСКОЙ ЛИПИДНОЙ КЛИНИКИ ПРИ АМБУЛАТОРНЫХ КОНСУЛЬТАЦИЯХ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ

ЗУБАРЕВА М.Ю., РОЖКОВА Т.А., АМЕЛЮШКИНА В.А., КАМИННАЯ В.И.

ФГБУ НМИЦ кардиологии МЗ РФ, г. Москва. Россия

Введение. Гиперлипидемия (ГЛП) и артериальная гипертония (АГ) являются основными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Среди лиц с диагнозом ГЛП существует большая группа больных с комбинированным нарушением липидного обмена: гиперхолестеринемия в сочетании с гипертриглицеридемией. Частота встречаемости комбинированной гиперлипидемии (КГЛП) у лиц с нарушениями липидного обмена может достигать 30–50%. Изучение частоты сочетания АГ и КГЛП как факторов риска ССЗ позволит проводить более адекватную оценку риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и коррекции терапии у пациентов данной категории.



Цель. Оценить частоту встречаемости АГ как дополнительного фактора риска ССЗ у пациентов с КГЛП (МКБ-10 E78.2) и сопутствующими заболеваниями.

Материал и методы. Пациенты, проживающие преимущественно в г. Москве и Московской области, с ГЛП, направленные на консультацию липидолога в НМИЦ кардиологии МЗ РФ. Проведен ретроспективный статистический анализ данных амбулаторного приема по обращаемости пациентов с наличием ГЛП в 2010–2017 гг. Проведены стандартные клинико-биохимические и инструментальные обследования пациентов для диагностики фенотипа ГЛП. КГЛП определяли в данной выборке по уровню общего холестерина плазмы крови выше 260 мг/дл (6,7 ммоль/л) и уровня триглицеридов выше 200 мг/дл (2,3 ммоль/л). Таким образом, диагноз КГЛП был установлен у лиц с гиперлипидемией II б, III и V фенотипов. Возраст обследованных составил от 18 до 84 лет. В анализ были включены пациенты с ГЛП и различными сопутствующими заболеваниями вне обострения (n=1173).

Результаты. Указанным критериям КГЛП в группе лиц с ГЛП соответствовали 380 человек (32,4%) из них мужчин 44,5%. При этом наиболее часто диа-

гноз КГЛП был установлен у пациентов в возрастных группах 41–50 лет (25,5%) и 51–60 лет (34,5%). В группе лиц с КГЛП пациентов с сопутствующей АГ выявлено 70%, с ИБС – 38,4%, с атеросклерозом брахиоцефальных артерий разной степени выраженности – 41,1%. В качестве медикаментозной гиполлипидемической терапии пациенты принимали препараты из групп статинов (55,5%) и фибратов (13,7%). Гипотензивную терапию пациенты с КГЛП и АГ принимали в 89% случаев.

Заключение. У пациентов с КГЛП (E78.2) артериальная гипертензия является наиболее частым сопутствующим заболеванием, что значительно повышает риск ССО. Гиполипидемическую терапию с применением препаратов из группы статинов принимала, в среднем, только половина обратившихся в клинику пациентов с КГЛП. В то же время, лечение фибратами, являющимся патогенетическим для данной группы, получали лишь 13,7% пациентов. Следовательно, повышенный риск ССО у пациентов с КГЛП должен определять более активное назначение в амбулаторной практике комбинированной гиполлипидемической (статины и фибраты) и гипотензивной терапии с обязательным контролем безопасности и эффективности.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ У ЖЕНЩИН: ЗАВИСИМОСТЬ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВОТОКА ОТ СОСТОЯНИЯ АВТОНОМНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

ИГУМНОВА О.А., АГАФОНОВА Т.Ю., БАЕВ В.М., ДУСАКОВА Р.Ш.

ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера Миндзрва РФ, ООО «РадРост». Россия

Цель исследования. Поиск зависимости периферического кровотока от состояния автономной нервной системы (АНС) у молодых женщин с идиопатической артериальной гипотензией (ИАГ).

Материал и методы. Тип исследования – одномоментный. Объект исследования – молодые (16–35 лет) женщины с ИАГ. Объем исследования – 210 женщин. Предмет исследования – структурно-функциональные параметры периферических сосудов и состояние АНС. Критерии включения: добровольцы женского пола в возрасте от 18 до 35 лет с ИАГ. Критерием ИАГ считали уровень систолического артериального давления 98 мм рт.ст. и ниже. Критерии исключения: синдромы Марфана, Элерса – Данло, несовершенный остеогенез, 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. Артериальное давление измеряли после 5-минутного отдыха двукратно на правом плече в положении сидя (предплечье на уровне сердца) с интервалом

в 3 минуты, регистрировался средний результат. Использовался автоматический осциллометрический тонометр A&D UA-777. Преобладание симпатического или парасимпатического отдела АНС в состоянии покоя определяли по вегетативному индексу Kérdő I. (ВИ). Положительные значения индекса, включая нулевые, трактовались как преобладание симпатического отдела АНС, отрицательные – парасимпатического отдела. В зависимости от преобладания симпатического и парасимпатического отделов АНС у женщин с ИАГ, сформированы две группы: 1 гр. – 60 человек с преобладанием активности симпатического отдела АНС (ВИ составил +14(6– +21) и 2 гр. – 150 человек с парасимпатикотонией (ВИ – 7(–14– –4). Ангиоскопия артерий (позвоночная артерия (ПзА); внутренняя сонная артерия (ВСА); плечевая артерия (ПлА); лучевая артерия (ЛуА); бедренная артерия (БА)) и вен (большая подкожная вена (БПВ); общая бедренная вена (ОБВ); задняя большеберцовая вена (ЗББВ); перфорантные вены голени Коккета (ПВК); нижняя полая вена (НПВ) выполняли в положении лежа после 15-ти минутного отдыха с помощью ультразвукового сканера SonoScape S6. Этические

вопросы: лица, допущенные к обследованию, дали письменное согласие; план и дизайн исследования одобрен этическим комитетом ПГМУ (протокол № 13 от 25.11.2015г.). Сравнительный анализ производили с использованием критерия Mann – Whitney U-test.

Результаты. У пациентов с преобладанием активности парасимпатического отдела АНС отмечена достоверно меньшая V_{ed} 39,3 (35,8–54,3) см/с в правой ПЗА, чем при симпатикотонии 46,3 (40,2–56,6) см/с, $p=0,046$. Парасимпатикотония при ИАГ характеризуется большей V_{mean} в ПЛА 15,6 (7,8–19,0) см/с (при скорости 12,3 (6,9–16,9) см/с у симпатотоников), $p=0,014$, и большим $D_{сисг.}$ ПЛА 2,9 (2,7–3,2) мм, чем при симпатикотонии 2,6 (2,5–3,0) мм, $p=0,019$. При ваготонии зафиксирован до-

стоверно больший диаметр ЛуА и БА и увеличенный VTI в ЗББА. При ваготонии отмечены больший диаметр НПВ 27,2 (23,6–32,7) мм, чем при симпатикотонии 23,6 (21,2–27,9) мм ($p=0,001$), большая площадь просвета 231,2 (198,7–351,1) мм² (при симпатикотонии 216,0 (154,4–278,0) мм²), $p=0,022$; меньшая скорость кровотока 34,4 (29,8–46,7) см/с (при симпатикотонии 42,6 (32,3–51,2) см/с), $p=0,034$. При ваготонии также выявлена более низкая скорость кровотока в ОБВ 16,5 (16,1–18,2) см/с., при скорости в группе с преобладанием симпатической активности 19,5 (18,1–21,1) см/с, $p=0,030$.

Заключение. Особенности ремоделирования артерий и вен при ИАГ у женщин 18–35 лет с ИАГ зависят от состояния АНС.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН: УВЕЛИЧЕНИЕ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ИГУМНОВА О.А.¹, БАЕВ В.М.¹, АГАФОНОВА Т.Ю.¹, ДУСАКОВА Р.Ш.²

¹ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера Миндздрава РФ; ²ООО «РадРост». Россия

Цель исследования. Анализ частоты болевого синдрома в ногах и его зависимость от нарушений венозного кровообращения нижних конечностей у молодых женщин с идиопатической артериальной гипотензией (ИАГ).

Материал и методы. Тип исследования: одномоментный. Объект исследования: женщины с идиопатической артериальной гипотензией. Предмет исследования: болевой синдром в ногах и венозное кровообращение нижних конечностей. Объем исследования: 153 человека, из числа которых были сформированы две группы: тестовая группа с ИАГ (72 человека, САД – 97(92–98) мм рт.ст., ДАД – 65 (60–70) мм рт.ст. и контрольная группа с нормальным уровнем АД (37 человек, САД – 123 (121–125) мм рт.ст., ДАД – 79 (74–82) мм рт.ст. 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 включения в тестовую группу: добровольцы женского пола, возраст – от 18 до 35 лет, ИАГ. Критерии включения в контрольную группу: добровольцы женского пола, возраст – от 18 до 35 лет, нормальное артериальное давление. Критерии исключения для пациентов обеих групп: 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.

Артериальное давление измеряли после 5-минутного отдыха на правом плече в положении сидя, предплечье на столе. Использовали тонометр А&D UA-777 (Япония). Болевой синдром анализировали по данным опросника, разработанного авторами на основе «Российских клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронических заболеваний вен» и классификации CEAP. Ангиосканирование общей бедренной вены (ОБВ) правой и левой нижних конечностей выполняли в покое (в положении лежа) и при ортостазе на цветном ультразвуковом сканере Sono Scape S 6. Оценивали наличие венозных рефлюксов и тонус вен по индексу ортостатической дилатации ОБВ. Статистический анализ выполнен в программе «Statistica 6.1». Все добровольцы дали письменное согласие на обследование.

Результаты. Исследование показало, что частота жалоб на боли в ногах у пациентов с ИАГ зависит от наличия двух маркеров ХЗВ (наличия венозных рефлюксов в ОБВ и/или сниженного тонуса ОБВ (индекс ортостатической дилатации более 50%). В тестовой группе при сниженном тонусе жалобы на боль в ногах при ходьбе предъявляли 78% женщин, что в 5 раз чаще, чем в контрольной группе (15%) при $p=0,0001$. Изучение зависимости частоты болевого синдрома в ногах при наличии низкого тонуса ОБВ выявило 68% пациентов, которые отмечали боль в ногах при ходьбе и длительном стоянии, в контрольной группе только 43% при $p=0,043$.

Заключение. ИАГ у молодых женщин ассоциируется с увеличением риска развития хронических заболеваний вен.

**ПРИМЕНЕНИЕ АМПРИЛАНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ****ИРГАШЕВА Д.Г., КИТЬЯН С.А., КАСИМОВА Н.Д., ЮНУСОВА З.В., БОБОЕВ М.М., ЮЛДАШЕВ Р.Н.***Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан*

Цель работы. Оценка клинической эффективности и безопасности нового ингибитора АПФ амприлана.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 20 пациентов, госпитализированных по поводу гипертонической болезни 2 стадии – 14 чел. и 3 стадии – 6 чел. Длительность заболевания составляла в среднем 8 ± 2 лет. Из них у 7 пациентов была диагностирована сопутствующая ИБС, в том числе перенесенный инфаркт миокарда у 6 чел., 3 чел. перенесли инсульт, 3 чел. имели клинические проявления гипертонической энцефалопатии, у 4 чел. был сахарный диабет. Все пациенты до включения в исследование в течение не менее 6-ти месяцев принимали гипотензивные препараты: эналаприл в суточной дозе 20 мг – 6 чел., амлодипин в суточной дозе 10 мг – 2 чел., диротон в суточной дозе 5 мг – 4 чел., мочегонные – 10 чел. (тиазиды в суточной дозе 25–50 мг – 4 чел., индапамид в суточной дозе 2,5 мг – 5 чел.), бета-блокаторы – 5 чел. Средний уровень артериального давления в общей группе пациентов (измерено на приеме у врача в положении сидя, на правой руке) составил: САД – $183,5 \pm 1,2$ мм рт. ст., ДАД – $94,3 \pm 2,3$ мм рт.ст. Предшествующая терапия оценивалась пациентами самостоятельно по 10-балльной шкале (0 – нет эффекта, 10 – максимальный эффект), в среднем составила $3,3 \pm 0,8$

балла. Для объективизации оценки терапии ряду пациентов выполнялось СМАД.

Результаты. Применяемая среднесуточная доза амприлана в течение 2 месяцев лечения составила у 8 пациентов 7,5 мг, у 4 пациентов – 7,5 мг в первый месяц лечения и 15 мг во второй месяц лечения, у 8 пациентов – 15 мг. Монотерапия амприланом оказалась эффективной только у 20 % пациентов с умеренной гипертонией и без сопутствующих факторов риска и органических нарушений. 80 % пациентов получали комбинированную терапию, что находится в соответствии с современными рекомендациями. При ее проведении использовались свободные комбинации препаратов: гипотиазид (12,5 25 мг), индап (2,5мг), атенолол (50 мг). Терапия сопутствующих заболеваний не претерпевала значимых изменений. Средний уровень АД при применении амприлана в общей группе пациентов в течение 8 недель снизился до $138,5 \pm 3,1$ мм рт.ст. (САД) и $85,25 \pm 1,8$ мм рт.ст. (ДАД). Терапия амприланом через 2 месяца после начала лечения была оценена пациентами как $8,9 \pm 1,4$ балла.

Заключение. Амприлан оказывает достаточный гипотензивный эффект у подавляющего большинства пациентов как при моно, так и при комбинированной терапии.

РОЛЬ «ШКОЛЫ ГИПЕРТОНИКОВ» В ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**КАДИРОВ Б.С., ЖУРАЕВА Х.И.***Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара. Узбекистан*

Введение (цели/задачи). Оценить эффективность школы гипертоников в профилактике и лечении гипертонической болезни в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материал и методы. Репрезентативная выборка из неорганизованного населения в возрасте от 20 до 69 лет в количестве 797 человек. Исследование было проведено в 4-семейной поликлинике г. Бухары среди 797 человек (242 мужчины и 555 женщин). Измерение А/Д проводилось дважды на обеих руках, с интервалом не менее 5 минут, и при оценке артериального давления (АД) учитывались средние значения двух измерений. За нормальное АД принимали значения систолического

артериального давления (САД) ≤ 139 ; диастолического артериального давления (ДАД) ≤ 89 . Артериальная гипертензия (АГ) – САД ≥ 140 ; ДАД ≥ 90). Среди 154 человек проведено анкетирование, содержащее вопросы соблюдения правил здорового образа жизни, лечения. Больные разделены на две группы: I группа (сравнительная, $n=70$) и II группа (основная, $n=72$). Пациенты II группы прошли курс повышения знания по гипертонической болезни. Все пациенты находились под наблюдением в течение одного года.

Результаты. Согласно полученным данным, среди пациентов II группы в отличие от I группы уменьшилось число больных гиперхолестерине-

мией липопротеидов низкой плотности с 51,3 до 29,1%. После обучения все больные, находящиеся в основной группе в рационе питания снизили употребление животного жира с 76 до 36%. Избыточное потребление соли наблюдалось до обучения у 15% и после обучения лишь у 5,6%. В результате обучения пациенты улучшили свои знания о факторах риска гипертонической болезни (ГБ) с 46 до 87,5,2% и информативности с 31 до 93% о наличии у них ГБ. У пациентов основной группы редко наблюдалось ухудшение состояния, в том числе частота гипертонических кризов снизилась с 21 до

2,7%. Кроме того, 84,7% пациентов стали самостоятельно контролировать артериальное давление, регулярно принимать гипотензивные препараты.

Заключение. Таким образом, обучение пациентов в «школах гипертоников» повысит уровень знаний и информативность о гипертонической болезни, навыках самоконтроля и соблюдении мероприятий по изменению образа жизни, позволит снизить артериальное давление, уменьшить число осложнений.

ПОСТПРАНДИАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ОЖИРЕНИЕМ

КИСИЛЕНКО Е.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков. Украина

Введение (цели/задачи). Определить особенности изменений липидного профиля в динамике теста с жировой нагрузкой (ЖН) у больных гипертонической болезнью (ГБ) с ожирением.

Материал и методы. Обследован 121 пациент с ГБ (46 мужчин и 75 женщин) в возрасте от 42 до 78 лет. Больные были поделены на две группы. В первую группу вошли 96 больных с ГБ в сочетании с избыточной массой тела и ожирением, во вторую – 25 больных ГБ с нормальной массой тела. Контрольную группу составили 12 практически здоровых добровольцев. В обеих группах больных определялись показатели липидного профиля: общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), липопротеиды высокой (ЛПВП), низкой (ЛПНП) и очень низкой (ЛПОНП) плотности, а также коэффициент атерогенности (КА). Показатели липидного профиля изучались не только натощак, но и через 6 часов после жировой нагрузки, которая проводилась согласно модифицированной методике J. R. Patsch (1983 г.). В нашей работе постпрандиальные показатели изучались именно через 6 часов, потому что по данным литературы этот период является наиболее информативным. Прирост ТГ и ЛПНП в раннюю постпрандиальную фазу является физиологичным и достаточно быстро возвращается к нормальным значениям у здоровых людей. Статистический анализ полученных результатов проводили методами непараметрической статистики. В выборках с непараметрическим распределением данных результаты представлены в виде Me (Q25;Q75), где Me – медиана (50-й процентиль),

Q25 и Q75 – 25-й и 75-й процентиля соответственно. Для сравнения результатов использовали критерий Манна – Уитни. Для оценки степени зависимости использовали коэффициент корреляции Спирмена. Нулевую гипотезу отсекали при достоверности ($p < 0,05$).

Результаты. В первой группе ОХС составил 6,81 (5,6; 6,9) ммоль/л, ТГ – 2,2 (2,0; 2,5) ммоль/л, ЛПВП – 1,1 (0,9; 1,4) ммоль/л, ЛПНП – 4,5 (3,7; 4,6) ммоль/л, КА – 4,3 (3,3; 5,0). В первой группе показатели ОХС, ТГ, ЛПНП, ЛПОНП и КА были достоверно выше, чем во второй как базально, так и через 6 часов после ЖН ($p < 0,05$). Во время теста с ЖН показатели ОХС повысились в первой группе на 9%. Постпрандиальный уровень ТГ на 18% превысил исходный уровень в группе больных ГБ с избыточной массой тела и ожирением. В группе больных с изолированной ГБ существенных изменений уровней ОХС и ТГ не отмечалось. Показатель ЛПНП через 6 часов после ЖН остался выше исходного на 17% в первой группе и на 26% во второй. Относительно ЛПВП определялась обратная тенденция, их уровень снизился после ЖН на 24% в первой и на 26% во второй группе при том, что базальный их уровень был в пределах референтных значений, что подчеркивает прогностическое значение стандартного теста ЖН в контексте развития дислипидемий.

Заключение. У обследованных больных определялись признаки нарушения толерантности липид-транспортной системы к атерогенному воздействию жировой нагрузки.



ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ВАЛСАРТАНОМ И АМЛОДИПИНОМ НА ДИНАМИКУ СНИЖЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА CYP2C9 У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

КОВАЛЕНКО Ф.А., КОВАЛЕНКО Ф.А., СКИБИЦКИЙ В.В.

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России. Россия

Цель исследования. Оценить влияние комбинированной антигипертензивной терапии валсартаном и амлодипином больных артериальной гипертонией (АГ) и ожирением на динамику среднесуточных, среднедневных и средненочных значений систолического, диастолического и индекса времени (ИВ) артериального давления (САД, ДАД) в зависимости от полиморфизма гена CYP2C9.

Материал и методы. Были обследованы 80 пациентов с ожирением (индекс массы тела ≥ 30 кг/м²) в сочетании с АГ. В исследование отбирались больные с неконтролируемой АГ 1–2 степени. Всем больным назначали фиксированную комбинацию валсартана и амлодипина в дозах 80–160/5–10 мг/сутки. Пациентам проводилось суточное мониторирование АД (СМАД) с использованием аппаратного комплекса (ООО «Петр Телегин» BPLab Vasotens, Россия) в условиях свободного двигательного режима. Измерение АД проводилось в дневные часы с интервалом 25 минут, в ночные часы (с 22 до 6 часов утра) – 50 минут. СМАД проводилось до и через 16 недель лечения с оценкой динамики среднесуточных, среднедневных и средненочных значений САД и ДАД. У всех пациентов брались образцы венозной крови, из которых в последующем выделяли ДНК из лейкоцитов. Амплификация полиморфного варианта гена CYP2C9 проводилась в режиме реального времени с использованием праймеров и зондов (Синтол, Россия) и метода Taq Man (дискриминация аллелей). Исследовались полиморфные варианты *1/*1, *1/*2 и *1/*3 гена CYP2C9.

Результаты. При оценке динамики изменения показателей СПАД через 16 недель лечения у пациентов, получавших комбинацию валсартана

и амлодипина, обращало на себя внимание достоверное их снижение при всех трех полиморфных вариантах гена CYP2C9. Выявлено достоверно большее снижение исследованных показателей СПАД при полиморфизмах *1/*2 и *1/*3, чем при полиморфизме *1/*1 гена CYP2C9: 18,7 и 17,8% против 13,6% соответственно для САД₂₄; 16,7 и 18,6% против 11,1% для ДАД₂₄; 18,3 и 17,7% против 13,8% для САД_д; 13,8 и 13,6% против 7,7% для ДАД_д; 25,7 и 26,8% против 13,8% для САД_н; 57,2 и 60,8% против 50,8% для ИВ САД_д; 64,4 и 64,9% против 49,3% для ИВ ДАД_д; 52,4 и 55,3% против 41,1% для ИВ САД_н; 42,1 и 48,2% против 29,2% для ИВ ДАД_н и недостижимое достоверности, видимо ввиду малого размера выборки, снижение ДАД_н (14,1 и 13,6% против 10,1%). По полученным данным можно резюмировать, что через 16 недель применения фиксированной комбинации валсартана и амлодипина более частое достижение целевого уровня офисного АД и выраженное позитивное изменение большинства исследованных показателей СМАД регистрировалось у пациентов с полиморфными вариантами *1/*3 или *1/*2 гена CYP2C9. Таким образом, при назначении пациентам с ожирением и артериальной гипертонией комбинации валсартана и амлодипина можно предполагать большую антигипертензивную эффективность при наличии полиморфизмов гена CYP2C9 *1/*2 и *1/*3.

Заключение. Взаимосвязь определенных показателей антигипертензивной эффективности комбинации валсартана и амлодипина с наличием определенных полиморфизмов гена CYP2C9, обнаруженная в нашем исследовании, может быть учтена при лечении пациентов с АГ и ожирением.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕЛМИСАРТАНА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

КОРНИЕНКО Н.В., ПЕТРЕНКО В.И.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь. Россия

Введение (цели/задачи). Изучить антигипертензивную эффективность и безопасность блокатора рецепторов ангиотензина II (БРА) – телмисартана в лечении пациентов артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Было проведено исследование на базе кардиологического диспансера, в котором приняли участие 63 пациента с АГ II–III степени, в том числе 50 мужчин и 13 женщин в возрасте от 52 до 64 лет. Причем, II степень

АГ была зарегистрирована в 47 (74,6%) случаях, III степень – у 16 (25,3%) пациентов. Стаж АГ в среднем составил $14,2 \pm 2,9$ лет. Диагноз верифицирован согласно национальным клиническим рекомендациям. При обследовании у 21 больного была диагностирована хроническая сердечная недостаточность, у 8 – в анамнезе был инфаркт миокарда, у 12 пациентов диагностирован метаболический синдром. Всем пациентам в динамике проводилось полное клинико-инструментальное обследование (ЭКГ, доплероэхокардиография, офисное измерение АД и суточный мониторинг АД – СМАД). До начала и в конце лечения оценивались показатели углеводного, липидного обменов, а также уровень креатинина, калия, мочевины. В комплексную терапию был включен телмисартан в дозе 40 мг. Дозировка препарата подбиралась индивидуально и при необходимости титровалась до 80 мг/сутки. Период наблюдения составил 6 месяцев. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ Microsoft Excel.

Результаты. После проведенного лечения отмечалось плавное снижение АД, и у подавляющего числа пациентов (84%) были достигнуты целевые показатели. К концу наблюдения целевые значения офисного АД были достигнуты у 68%

больных. Систолическое артериальное давление (САД) снизилось со $165 \pm 2,0$ до $130 \pm 1,0$ мм рт.ст и диастолическое артериальное давление (ДАД) со $102 \pm 1,2$ до $80 \pm 1,0$ мм рт.ст. По данным СМАД удалось достигнуть целевого уровня АД у 78% обследованных, что составило 135/80 мм рт.ст. По оценке показателей СМАД отмечалось статистически значимое снижение как среднесуточного показателя САД – со $175 \pm 4,0$ до $130 \pm 2,0$ мм рт.ст и ДАД – со $110 \pm 4,0$ до $74 \pm 1,6$ мм рт.ст, так и в дневное/ночное время. За время исследования не было ни одного случая отмены препарата. Клинически значимых побочных эффектов, требующих отмены препарата, нами не выявлено. В процессе исследования не отмечено достоверных изменений показателей липидного, углеводного и электролитного обмена.

Заключение. Проведенное исследование показало, что применение телмисартана у пациентов АГ оказывает выраженный антигипертензивный эффект и имеет благоприятный профиль безопасности, тем самым улучшая качество жизни больного. Использование телмисартана позволяет рекомендовать его как препарат выбора при недостаточно эффективной предыдущей антигипертензивной терапии.

МАКРО- И МИКРОЭЛЕМЕНТЫ И ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

КОРОБКО И.Ю., НЕЧЕСОВА Т.А., ПАВЛОВА О.С.

Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск. Беларусь

Цель. Определить связь между показателями, характеризующими жесткость сосудистой стенки, и микроэлементарным составом волос у пациентов с артериальной гипертензией.

Материал и методы. Обследованы 115 пациентов с артериальной гипертензией (АГ) I–III ст. (мужчин – 28, женщин – 87). Средний возраст составил $57,3 \pm 0,85$ лет. Оценка жесткости магистральных сосудов выполнялась при помощи аппланационной тонометрии «Sphygmocor». Изучались такие показатели, как скорость распространения пульсовой волны, центральное аортальное давление (ЦАД), центральное пульсовое давление (ЦПД), индекс аугментации. Анализ волос на определение макро- и микроэлементов проводился с помощью метода рентгенофлуоресцентного анализа. Данные представлены в виде среднего значения (М) $\pm$ стандартное отклонение.

Результаты. В проведенном исследовании была проанализирована корреляционная связь между содержанием микро- и макроэлементов

в волосах и показателями жесткости сосудистой стенки. Было выявлено, что такие микроэлементы, как цинк, селен и хром в целом по группе имели достоверную корреляционную связь с показателями жесткости сосудистой стенки, такими как ЦАД ($r=0,29$; $r=0,29$; $r=0,26$ соответственно, $p<0,05$) и ЦПД ($r=0,30$; $r=0,29$; $r=0,26$ соответственно, $p<0,05$). С целью уточнения влияния этих микроэлементов на показатели сосудистой жесткости все обследуемые пациенты были разделены на две группы. В группу I вошли пациенты, у которых показатели жесткости сосудистой стенки не превышали нормальных значений. В группу II вошли пациенты, у которых показатели жесткости сосудистой стенки превышали нормальные значения, в частности для ЦАД >120 мм рт.ст., для ЦПД >50 мм рт.ст. Для цинка, селена и хрома выявлена достоверная разница по показателям ЦАД и ЦПД между I и II группами пациентов. Выявлено, что значения цинка и хрома у пациентов с ЦАД >120 мм рт.ст. были достоверно ниже, чем



у пациентов с САД ≤ 120 мм рт.ст. Так, в I группе значения цинка составили $177,1 \pm 61,7$ мкг/г, хрома – $6,0 \pm 2,7$ мкг/г, а во II группе – $130,8 \pm 55,3$ мкг/г, $3,1 \pm 2,7$ мкг/г, соответственно ($p < 0,05$ между I и II группами). Уровни селена и хрома также были достоверно ниже у пациентов с ЦПД > 50 мм рт.ст., чем у с ЦПД ≤ 50 мм рт.ст. (уровень селена в I группе составил $0,7 \pm 0,4$ мкг/г, хрома – $4,0 \pm 3,1$ мкг/г, во II группе – $0,5 \pm 0,3$ мкг/г, $2,7 \pm 2,4$ мкг/г соответственно, $p < 0,05$ между I и II группами). Таким образом, у пациентов с повышением таких показателей, как САД и ЦПД отмечаются более низкие уровни цинка, хрома и селена. Дополнительно был проведен корреляционный анализ групп пациентов с повышенными значениями уровней САД и ЦПД, т.е. с уровнем САД > 120 мм рт.ст. и

ЦПД > 50 мм рт.ст. Полученные данные показали, что только для цинка получены достоверные результаты при проведенном корреляционном анализе (для САД $r = -0,21$, для ЦПД $r = -0,22$, $p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, микро- и макроэлементы могут принимать участие в формировании жесткости сосудистой стенки. По-видимому, цинк играет значимую роль в повышении сосудистой ригидности. Реализация участия цинка в повышении жесткости сосудистой стенки может осуществляться через матриксные металлопротеиназы, которые представляют собой семейство Zn- и Ca-зависимых эндопептидаз. Возможно, именно через матриксные металлопротеиназы реализуется связь такого микроэлемента, как цинк, с жесткостью сосудистой стенки.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНДЕКСА ОТНОШЕНИЯ ТАЛИИ К РОСТУ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

КОЧУБЕЙ О.А., АЩЕУЛОВА Т.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков. Украина

Введение. Избыточный вес и ожирение являются распространенными патологическими состояниями у взрослого населения и связаны с другими хроническими заболеваниями, включая гипертоническую болезнь, сахарный диабет 2 типа и дислипидемию. Все эти заболевания являются ключевыми факторами модифицированного риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Раннее выявление данных состояний поможет в управлении стратегией по контролю и лечению пациентов.

Цель. Изучение взаимосвязи индекса отношения талии к росту (WHtR) с параметрами липидного обмена у пациентов с гипертонической болезнью.

Материал и методы. Обследованы 73 больных гипертонической болезнью. Все пациенты прошли комплексное клиническое обследование, которое включало оценку жалоб, сбор анамнеза, объективное обследование и дополнительные методы обследования: антропометрические параметры (индекс WHtR) и параметры липидного обмена. Статистический анализ данных проводили методами непараметрической статистики. Результаты представлены в виде Me (Q25-Q75), где Me – медиана (50-й процентиль), Q25 и Q75 – 25-й и 75-й процентиля соответственно (верхний и нижний квартили). Нулевую гипотезу отвергали при уровне достоверности ($p < 0,05$).

Результаты. Пациенты с гипертонической болезнью характеризовались повышенным уровнем общего холестерина $5,67$ ($4,96-7,11$) ммоль/л, три-

глицеридов $2,75$ ($2,56-3,01$) ммоль/л, липопротеидов низкой плотности $0,9$ ($0,83-1,35$) ммоль/л и снижением уровня липопротеидов высокой плотности $3,51$ ($2,77-4,54$) ммоль/л. Ожирение наблюдалось у 86% пациентов с гипертонической болезнью, выявленных с помощью индекса WHtR $\geq 0,5$, дислипидемия была обнаружена у 73% пациентов, выявленных по уровням общего холестерина. При проведении корреляционного анализа были обнаружены положительные взаимосвязи между индексом WHtR и уровнем общего холестерина ($R = 0,42$; $p < 0,05$) у пациентов с гипертонической болезнью.

Заключение. Гипертоническая болезнь сопровождается дислипидемией, характеризующейся повышенным уровнем общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности и снижением уровня липопротеидов высокой плотности. Выявлены достоверные положительные корреляции между индексом WHtR и уровнем общего холестерина у пациентов с гипертонической болезнью, что является дополнительным подтверждением клинической значимости этого показателя и обосновывает необходимость скрининга пациентов с использованием индекса WHtR при выявлении ожирения, дислипидемии и сердечно-сосудистого риска.

РАЦИОНАЛЬНЫЕ КОМБИНАЦИИ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

КРЮЧКОВА О.Н., ИЦКОВА Е.А., ЛУТАЙ Ю.А., ТУРНА Э.Ю., КОСТЮКОВА Е.А.

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского» Медицинская академия. Россия

Введение (цели/задачи). В 2018 году вышли новые Рекомендации Европейской Ассоциации кардиологов (ESC) по диагностике и лечению артериальной гипертензии (АГ). Для стартовой терапии для большинства пациентов с АГ предложен алгоритм с преимущественным использованием у большинства пациентов ингибитора ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) или блокатора рецепторов ангиотензина II (БРА) в комбинации с блокатором кальциевых каналов (БКК). В качестве альтернативы может быть использована и комбинация ИАПФ или БРА и диуретики.

Цель. Оценка эффективности и переносимости комбинации периндоприла и лерканидипина в сравнении с комбинацией периндоприла и амлодипина у больных с АГ.

Материал и методы. Под наблюдением находились 46 больных АГ, из них 20 мужчин и 26 женщин в возрасте 40–63 лет (средний возраст 54,7 года). Исследование было проведено в кардиологическом отделении клинической больницы №7 города Симферополь. Критериями включения в исследование были АГ II степени или III степени. Критериями исключения были указания в анамнезе на непереносимость в прошлом ИАПФ или БКК. Больные были разделены на две группы, сопоставимые по демографическим и клиническим характеристикам. В I группе использовалась комбинация периндоприла и лерканидипина в стартовой дозе 5/10 мг с последующим возможным повышением дозы до 10 мг периндоприла и 20 мг лерканидипина. Во II группе использовалась комбинация периндоприла и амлодипина в стартовой дозе 5/5 мг с последующим возможным повышением дозы до 10 мг периндоприла и 10 мг амлодипина. У всех больных в лечении так же был использован аторвастатин в дозе 10–20 мг. Выполнялось стандартное клиничко-лабораторное обследование в соответствии с действующими протоколами. Наблюдение проводили в течение 12 недель, оценивали динамику АД и частоты сердечных сокращений (ЧСС), результаты суточного мониторирования артериального давления (СМАД) с использованием стандартной методики оценки.

Результаты. У всех больных на момент включения в исследование офисное АД – 160/100 мм рт.ст. и более (в среднем 169,3/104,8 мм рт.ст.). До включения в исследование пациенты АГ те-

рапию не получали или лечились нерегулярно. При использовании комбинации периндоприла и лерканидипина и комбинации периндоприла и амлодипина наблюдались сопоставимые результаты контроля АД: к концу 12-й недели лечения контроль АД был достигнут у подавляющего большинства пациентов I (20 (86,9%) больных) и II группы (19 (82,6%) больных). Офисное АД к концу 12-й недели лечения в среднем в группах наблюдения достоверно не различалось и составляло 134,2/86,4 мм рт.ст. и 132,9/86,2 мм рт.ст. соответственно. ЧСС не претерпела значительных изменений на протяжении периода лечения. Через 12 недель лечения среднесуточные показатели САД в обеих группах наблюдения статистически достоверно ($p < 0,05$) снизились и составили $(121,15 \pm 1,24)$ и $(124,23 \pm 1,78)$ соответственно. Среднесуточные показатели ДАД так же через 12 недель статистически значимо ($p < 0,05$) снизились в обеих группах и составили $(73,12 \pm 1,7)$ и $(72,29 \pm 1,3)$ соответственно. Наблюдалась аналогичная динамика среднесуточных показателей в дневное и ночное время. Эффективность снижения скорости утреннего подъема САД и ДАД в обеих группах наблюдения так же достоверно не различалась. До лечения СУП САД составляла $(26 \pm 3,27)$ мм рт.ст./ч, на фоне терапии периндоприлом в сочетании с лерканидипином – $(16,8 \pm 4,07)$ мм рт.ст./ч., $p < 0,01$; СУП ДАД в этой группе больных снизилась с $(24,6 \pm 2,13)$ мм рт.ст./ч до $(12 \pm 1,78)$ мм рт.ст., $p < 0,01$. На фоне терапии периндоприлом в сочетании с амлодипином СУП САД снизилась с $(25 \pm 4,97)$ мм рт.ст./ч до $(16,9 \pm 2,43)$ мм рт.ст./ч., $p < 0,01$; СУП ДАД с $(23,9 \pm 1,78)$ мм рт.ст./ч до $(14 \pm 2,13)$ мм рт.ст., $p < 0,01$. Гипотонических эпизодов на фоне лечения не отмечено. Больные хорошо переносили лечение, серьезных нежелательных явлений не наблюдалось и сохранялась высокая приверженность к терапии.

Заключение. Применение двойной комбинации периндоприла и лерканидипина и двойной комбинации периндоприла и амлодипина позволяет эффективно контролировать АД у большинства пациентов с АГ II–III степени, характеризуется сопоставимой антигипертензивной эффективностью и переносимостью исследуемых комбинаций.



К ВОПРОСУ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ЕЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА ВЫСОКОГОРЬЕ

КУШУБАКОВА Н.А., АКУНОВ А.Ч., МУРАТАЛИ У.К., САТЫБАЛДЫЕВ С.А., ЧОЛПОНБАЕВА М.Б.,
БАКТЫБЕК Н., КАМАЛ К.Г., КЕРИМБЕКОВА Ж., САРЫБАЕВ А.Ш.

Национальный центр кардиологии и терапии им. Миррахимова, г. Бишкек. Кыргызстан

Введение. Проведено множество исследований, посвященных распространенности артериальной гипертензии (АГ) у жителей высокогорья. Тем не менее, на данный момент имеются противоречивые данные о распространенности АГ на высокогорье, а также результаты сравнения с жителями низкогогорья. Во многих исследованиях не учитывались сердечно-сосудистые факторы риска.

Цель исследования. Изучить распространенность артериальной гипертензии и ее факторов риска.

Материал и методы. Были обследованы 541 житель низкогогорья (НГ) (700–800 м) и 1102 жителя высокогорья (ВГ) (3000 м). Обследование включало опрос, антропометрию, клинический осмотр, общие анализы крови и мочи, ЭКГ, ЭхоКГ, спирометрию, пульсоксиметрию.

Результаты. Количество обследованных лиц мужского пола составило на НГ 24 %, на ВГ – 36 %, средний возраст обследованных на НГ – 47,6 [95 ДИ 46,4–48,8] лет, на ВГ – 41,3 [40,5–42,1] лет ($P < 0,001$). Распространенность АГ среди жителей НГ достигала 44,8 % [95 ДИ 40,5–49,2 %], в то время как на ВГ была ниже – 23,8 % [95 ДИ 21,2–26,4 %] ($P < 0,001$). Курильщики на НГ также было больше – 16,5 % [95 ДИ 13,3–19,7 %] против 10,2 % [95 ДИ 8,4–12,1 %] на ВГ ($P < 0,001$). Количество лиц с ожирением ($ИМТ > 30$) на НГ более чем в 2 раза превышало таковое на ВГ – соответственно 28,9 % [95 ДИ 25,0–32,9 %] и 14,3 % [95 ДИ 12,2–16,4 %] ($P < 0,001$). Злоупотребление алкоголем встречалось среди жителей низкогогорья почти в три раза чаще по сравнению с жителями

высокогогорья – 33,0 % [95 ДИ 28,9–37,1 %] против 12,9 % [95 ДИ 10,9–15,0 %] ($P < 0,001$). Хотя были выявлены различия по возрасту и полу обследованных на НГ и ВГ, полученные данные показали, что распространенность факторов риска АГ (курение, ожирение, злоупотребление алкоголем) значимо выше на низкогогорье. Это наводит на мысль, что большая частота АГ на низкогогорье обусловлена большей встречаемостью факторов риска АГ, а не высотой проживания. Для решения вопроса о непосредственной взаимосвязи распространенности АГ с высотой проживания был проведен множественный логистический анализ с поправкой на различную частоту традиционных факторов риска (мужской пол, возраст, курение) на низкогогорье и высокогорье. Нами обнаружено, что проживание на высокогорье достоверно связано с более низким риском артериальной гипертензии, даже после учета всех вышеуказанных факторов риска АГ (ОШ 0,44; ДИ 95 % 0,34–0,57). То есть жители высокогорья в среднем имеют на 56 % шансов меньше иметь АГ по сравнению с жителями низкогогорья.

Заключение. Таким образом, наши предварительные результаты указывают на то, что рождение и проживание на высокогорье является фактором, снижающим риск (возможность) развития АГ. Относительным недостатком нашего исследования являются 2 момента: а) не были учтены все традиционные факторы риска АГ (наследственность и уровень холестерина); б) не исключена возможность перемещения горцев с тяжелой и/или злокачественной АГ на низкогогорье, что может в какой-то мере привести к занижению показателя распространенности гипертензии на высокогорье.

УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИ ШАРОИТИДА ҚОН БОСИМИ КЕСКИН КЎТАРИЛИШИНИНГ ЭТНИК ХУСУСИЯТЛАРИ

ҚАЛАНДАРОВ Д.М., МАМАСОЛИЕВ Н.С., АРТИКОВА С.Г.

Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон. Ўзбекистон

Ишнинг мақсади — қон босими кескин кўтарилишининг (ГКр) этник хусусиятларини умумий амалиёт шифокори (УАШ) шароитида ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Текширув материаллари ва усуллари. Эпидемиологик текширув ЖССТ (2000) тавсияларидан келиб чиқиб амалга оширилди ва унга аёллар (361

та) ҳамда эркаклар (354 та) жалб қилиниб, уларда ГКрнинг УАШ шароитида тарқалиши хусусиятлари қиёслаб ўрганилди. Эпидемиологик кўрсаткичлар частотаси s^2 усули бўйича қиёсланиб баҳоланди.

Натижа. Аёллар популяциясида ГКр гипертония босқичларидан (АГ) келиб чиқиб, то 2,4 баробарча фарқ билан аниқланади ($P < 0,01$). Унинг

юқори даражаси АГ II босқичида (19,1%) ва унга қиёсан 3,4% фарқ билан (15,8%) АГ III босқичида ($P<0,05$) кузатилади. Унинг паст кўрсаткичлар билан қайд қилиниши АГ I босқичида (8,0%) аниқланади ($P<0,01$). ГКр аёллар орасида ўртача 43,0% га етиб учрайди. Аёлларда ГКр I ва II турлари энг кўп АГ II босқичида, 2,2% ва 1,3% фарқланиб, энг кам даражада – АГ I босқичида қайд этилади.

Эркакларда ГКрнинг тарқалиши 28,9% ни ташкил этади. АГ I босқичида ушбу асоратланган клиник ҳолат – 10,3%, II босқичида – 2,5% га ортиб (12,8%, $P>0,05$), учинчи босқичида – 5,8% (салкам икки баробарга камайиб – 5,8%, $P<0,01$) даражалар билан аниқланади. Эркаклар популя-

циясида ГК I тури 15,0% ва II тури 13,9% ($P>0,05$) тарқалиш билан қайд этилади. Унинг ҳар икки клиник тури энг кам АГ II босқичида (ГК I – 14,0% ва ГК II – 1,8%, $P<0,001$) аниқланади. АГ II босқичида ГК I тури 6,4% ва ГК II тури ҳам 6,4% дан кузатилади ($P>0,05$). АГ I босқичида уларнинг даражалари 4,6% ва 5,7% ни ташкил этиб учрайди ($P>0,05$).

Хулоса. Аёллар ва эркаклар орасида ГК ривож ва таҳдидини ифодаловчи бирдай номақбул эпидемиологик вазият борлиги УАШ эътиборини тортиши даркор. Бу, УАШ шароитида, АГни «орқага қайтариш нукта»ларини уларда барвақт башоратлаб ва бартараф этиш имкониятларини берувчи профилактика моделининг яратилиши зарурлигини кўрсатади.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

ЛЕУШИНА Е.А., КОШУРНИКОВА В.А., МАШКОВЦЕВА В.В.

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров. Россия

Введение. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) чаще рассматривалась, как маска псевдокоронарного синдрома. При этом вопрос об особенностях коморбидного течения ГЭРБ и артериальной гипертензии (АГ), наиболее распространенного заболевания сердечно-сосудистой системы, остается малоизученным. Также рекомендации по лечению больных АГ не учитывают состояние органов пищеварения.

Цель исследования. Оценка распространенности ГЭРБ у пациентов с АГ.

Материал и методы. Проведено одномоментное исследование на базах НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Киров» ОАО «РЖД» и Кировской городской клинической больницы №6 «Лепсе». Объектом исследования являлись 40 человек с АГ, из них 15 – мужчины и 25 – женщины. У 17 опрошенных индекс массы тела (ИМТ) соответствует показателям нормы, у 23 человек ИМТ выше нормы. Избыточная масса тела у 65,3% (3 мужчины, 12 женщин), ожирение I степени у 26% (3 мужчины, 3 женщины), ожирение II степени у 8,7% (1 мужчина, 1 женщина). Возрастной диапазон – от 49 до 77 лет. Средний возраст мужчин составил $59,6\pm0,2$ года, женщин – $63,8\pm0,1$ года. Исследование было проведено с учетом требований Хельсинской декларации прав пациента. В качестве инструмента для оценки распространенности ГЭРБ у пациентов с АГ использовался опросник GerdQ, который был создан по типу трех других статистически обоснованных опросников, применявшихся до этого для диагностики ГЭРБ – Reflux Disease Questionnaire (RDQ), Gastrointestinal Symptoms rating Scale (GSRS), Gastroesophageal reflux disease Impact Scale (GIS).

Он включает в себя 3 группы вопросов – по 2 вопроса в каждой. Группа А – вопросы (заимствованные из опросника RDQ) о наличии симптомов, свидетельствующих в пользу диагноза «ГЭРБ»: изжога и регургитация (характеристики ГЭРБ по Монреальскому определению). Группа В – вопросы (из опросников RDQ и GSRS) о симптомах, частое появление которых ставит диагноз «ГЭРБ» под сомнение: тошнота и боль в эпигастрии. Группа С – вопросы (из опросника GIS) о влиянии заболевания на качество жизни (свидетельствуют в пользу ГЭРБ): нарушение сна и прием дополнительных медикаментов в связи с имеющимися симптомами ГЭРБ.

Результаты. В ходе исследования выявлено, что от 3 до 7 баллов наблюдалось у 60% пациентов (12 мужчин, 12 женщин); 8–10 баллов – у 25% пациентов (3 мужчины, 7 женщин); 11–18 баллов выявлено у 15% больных (6 женщин). Пищеводные жалобы встречались со следующей частотой – изжога в 28,6% случаев, отрыжка в 44,5% случаев, тошнота и эпигастральные боли – 8,3 и 18,6% случаев соответственно.

Заключение. На основании полученных данных можно отметить, что распространенность ГЭРБ у пациентов с АГ была выше среди женщин, чем у мужчин, наиболее частым симптомом являлась отрыжка. У пациентов с АГ, страдающих ожирением, выше показатели по опроснику GerdQ. По результатам опросника рекомендуется гастроэнтерологическое обследование 40% пациентов с АГ. Таким образом, стандартизированный опросник GerdQ может быть полезным инструментом скрининга ГЭРБ среди пациентов с АГ.



ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

ЛЕУШИНА Е.А., КУКОВЯКИНА К.В.

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров. Россия

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) и остеопороз являются медико-социальной проблемой глобального масштаба. В последнее время большинство исследователей обращают внимание на изучение роли нарушений кальциевого гомеостаза в развитии не только остеопороза, но и других заболеваний, характерных для пожилого и старческого возраста, таких как АГ. Отсюда следует, что недостаток кальция может играть одну из главных ролей в патогенезе кардиоваскулярной патологии, в первую очередь, с позиции дефицита электрической активности сердца и дисбаланса сосудистого тонуса.

Цель настоящего исследования. Определение факторов риска развития остеопороза у пациентов с артериальной гипертензией.

Материал и методы. Проведено одномоментное исследование на базах НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Киров» ОАО «РЖД» и Кировской городской клинической больницы №6 «Лепсе». В исследование были включены 40 человек с АГ, средний возраст которых составил $53,6 \pm 9,4$ года, из них мужчин – 15, женщин – 25 человек, им было предложено пройти анкетирование. Исследование проводилось с учетом требований Хельсинской декларации прав пациента. С помощью анкеты оценивались факторы риска развития остеопороза по Международному минутному тесту (2008 г.).

Результаты. Положительно ответили: был ли у Ваших родителей остеопороз или ломали ли они кости при небольшой травме – 87,5% пациентов; будучи взрослым, ломали ли вы кости при незна-

чительном падении – 62,5% человек; уменьшился ли Ваш рост после 40 лет более, чем на 3 см – в 77,5% случаев; часто ли вы падаете или боитесь упасть из-за слабости – 80%; была ли у кого-нибудь из Ваших родителей округлая спина – 50% человек; исполнилось ли Вам 40–100%; худой ли Вы – 37,5% пациентов. Положительные ответы на анкету у женщин: началась ли у Вас менопауза раньше 45 лет – 60% человек; прекращались ли месячные на период 12 месяцев и больше – 20%. Положительные ответы у мужчин: выпиваете ли вы регулярно с превышением безопасного количества алкоголя – 66,7%; курите ли Вы, курили раньше – 50% человек; занимаетесь ли Вы физически менее 30 минут в день – 86,7%; была ли у Вас когда-нибудь импотенция, снижение либидо или другие симптомы – 60% человек.

Заключение. Таким образом, в ходе исследования было установлено, что факторы риска развития остеопороза достаточно часто встречались у большинства пациентов с АГ. У 95% всех опрошенных были выявлены такие факторы, как атравматические переломы, снижение роста на 3 см, дефицит половых гормонов, злоупотребление алкоголем. Лишь у 5% не прослеживались какие-либо отклонения в костно-связочном аппарате. Своевременное выявление факторов риска может предупредить или хотя бы замедлить прогрессирование остеопороза у пациентов с АГ. В настоящее время появилась возможность многофакторной профилактики этих заболеваний лекарственными препаратами.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

ЛЕУШИНА Е.А., КУЗНЕЦОВА Ю.В., ТЕБЕНЬКОВА Е.А.

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров. Россия

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) – одна из значимых проблем кардиологии, определяющих совокупность сердечно-сосудистой заболеваемости. В настоящее время среди населения России общая распространенность АГ продолжает увеличиваться, достигнув уровня 40 – 45% в общей численности населения. АГ является одним из факторов, способствующих прогрессированию

диабетических микро- и макроангиопатий. Коморбидность АГ и сахарного диабета (СД) 2 типа ускоряет поражение органов-мишеней: сердца, почек, сосудов мозга и сетчатки, а также повышает риск развития преждевременной смерти.

Цель исследования. Оценка факторов риска развития СД 2 типа у пациентов с АГ.

Материал и методы. Проведено одномоментное исследование на базах НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Киров» ОАО «РЖД» и Кировской городской клинической больницы №6 «Лепсе». Объектом исследования являлись 40 человек с АГ, из них 15 мужчин и 25 женщин. Возрастной диапазон – от 49 до 77 лет. Средний возраст мужчин составил $59,6 \pm 0,2$ года, женщин – $63,8 \pm 0,1$ года. Исследование было проведено с учетом требований Хельсинской декларации прав пациента. В качестве инструмента для оценки факторов риска развития СД 2 типа у пациентов с АГ использовалась анкета для выявления предиабета или сахарного диабета.

Результаты. В ходе исследования выявлено, что избыточная масса тела наблюдалась у 65,3% пациентов (3 мужчины, 12 женщин), ожирение I степени у 26% человек (3 мужчины, 3 женщины),

ожирение II степени у 8,7% пациентов (1 мужчина, 1 женщина), физическими нагрузками регулярно занимаются 34,2% больных, повышенный уровень глюкозы в крови наблюдается у 47,3% пациентов, наличие родственников, имеющих СД 1 либо 2 типа, выявлено у 68,6% анкетированных.

Заключение. Таким образом установлено, что у пациентов с АГ наблюдались повышение уровня глюкозы в крови, отягощенная наследственность по СД и избыточная масса тела, что является факторами риска развития диабета. Необходима модификация образа жизни пациентов, просветительная работа с данной категорией больных по устранению факторов риска возникновения СД 2 типа и обязательное подключение врача-эндокринолога с целью возможной коррекции гипергликемии с помощью медикаментозных средств.

ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИНСОМНИЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКИМ АНАЛОГОМ МЕЛАТОНИНА

ЛУТАЙ Ю.А., КРЮЧКОВА О.Н., ИЦКОВА Е.А., ТУРНА Э.Ю., КОСТЮКОВА Е.А.

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»; Медицинская академия. Россия

Введение (цели/задачи). Оценить динамику показателей СМАД у пациентов с артериальной гипертензией, имеющих нарушения сна, при доведении к лечению соннована.

Материал и методы. Обследованы 23 пациента (14 мужчин и 9 женщин в возрасте $57,9 \pm 4,5$ года) с артериальной гипертензией 1–2 степени и с инсомнией. Всем пациентам проводилось суточное мониторирование артериального давления с определением суточного индекса, показателей вариабельности систолического (ВАР САД) и диастолического (ВАР ДАД) АД, скорости утреннего подъема. Диагноз инсомнии был поставлен согласно диагностическим критериям МКБ-10. Пациенты до включения в исследование получали антигипертензивную терапию с использованием стандартных антигипертензивных препаратов и их комбинаций (ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина II, антагонисты Са, диуретики), в течение исследования доза препаратов не менялась. С целью коррекции нарушений сна к лечению был добавлен мелатонин (соннован ЗАО «Канонфарма продакшн») в дозе 3 мг 1 раз в сутки в течение 24 дней.

Результаты. На фоне терапии соннованом отмечены достоверные улучшения основных параметров ночного сна. Нормализация сна наблюдалась после приема 1-й недели у 55% больных, после 3-й – у 40% больных. Среднесуточное си-

столическое АД, составлявшее в группе наблюдения до назначения соннована $140,4 \pm 3,5$ мм рт.ст., уменьшилось до $125,4 \pm 3,8$ мм рт.ст. ($p < 0,01$); диастолическое АД снизилось с $83,2 \pm 2,3$ до $76,3 \pm 2,4$ ($p < 0,05$). Также достоверно снизилось ПАД с $62,3 \pm 1,4$ до $57,3 \pm 1,4$ ($p < 0,05$). Показатели вариабельности АД также достоверно уменьшились после лечения. Среднесуточная ВАР САД – с $17,8 \pm 0,6$ мм рт.ст. до $9,12 \pm 0,54$ мм рт.ст., $p < 0,05$; в дневное время – с $16,7 \pm 0,7$ мм рт.ст. до $9,6 \pm 0,6$ мм рт.ст., $p < 0,05$; в ночное время ВАР САД – с $13,3 \pm 0,7$ мм рт.ст. до $6,9 \pm 0,56$ мм рт.ст., $p < 0,001$. ВАР ДАД за сутки до лечения составила $13,1 \pm 0,4$ мм рт.ст., после лечения – $7,8 \pm 0,43$ мм рт.ст., $p < 0,05$. В дневное время до лечения ВАР ДАД составляла $12,7 \pm 0,5$ мм рт.ст., после лечения – $6,9 \pm 0,56$ мм рт.ст., $p < 0,05$. В ночное время ВАР ДАД составила $9,6 \pm 0,6$ мм рт.ст., что также достоверно выше, чем после лечения – $6,2 \pm 0,47$ мм рт.ст., $p < 0,001$.

Заключение. У больных артериальной гипертензией с выраженными нарушениями сна коррекция инсомнии соннованом способствует повышению эффективности антигипертензивной терапии и приводит к нормализации суточных ритмов АД. Это является показателем уменьшения риска поражения органов-мишеней и развития острых сосудистых событий и, соответственно, улучшает прогноз жизни данной категории больных..



АҲОЛИНИНГ ТУРЛИ ЁШ ГУРУҲЛАРИДА АРТЕРИАЛ ГИПОТЕНЗИЯГА ОИД ПРОФИЛАКТИК АМАЛИЁТЛАРНИ УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИ ШАРОИТИДА КУЧАЙТИРИШНИНГ ЭПИДЕМИОЛГИК ОМИЛЛАРИ

МАМАСОЛИЕВ Н.С., ҚАЛАНДАРОВ Д.М., АРТИКОВА С.Г.

Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон. Ўзбекистон

Ишнинг мақсади – аҳолининг турли ёш гуруҳларида артериал гипотензияга (АрГ) оид профилактик амалиётни умумий амалиёт шифокори (УАШ) шароитида кучайтиришдан иборат бўлди.

Текширув материаллари ва усуллари. Махсус скринингли текширувга ≥ 15 –70 ёшли 7250 та аҳоли жалб қилинди. Эпидемиологик текширув усулларида фойдаланиб АрГ нинг ёшга боғлиқ ҳолда келиб чиқиши ва ривожланиши хусусиятлари ўрганилди ҳамда махсус таҳлиллар қўлланилиб УАШ шароитида унинг профилактикасини «ўзак хужайралари» – эпидемиологик омиллари аниқланиб берилди.

Натижалар. АрГ шаклланишида муайян ёшнинг таъсироти сўзсиз бор ва лекин ушбу ҳисса турлича ифодаланади. Уни келиб чиқишида энг кўп ҳиссаси бор ёш гуруҳлари бўлиб 15–19, 20–29, 30–39 ва 40–49 дагилар ҳисобланади. Жами АрГ нинг 17,4%-ти – 15–19 ёш диапазонида, 29,2%-ти – 20–29 ёшда, 21,6%-ти – 30–39 ёшда, 15,8%-ти – 40–49 да, 7,1%-ти – 50–59 да, 5,7%-ти – 60–69 да ва 3,2%-ти 70 ёш ва ундан ошганларда аниқланади ($P < 0,001$). Демак, ёш гуруҳлари ҳам эътиборга олиниб АрГ ни УАШ шароитида бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилакти-

каси фаол ўтказилса – даволаш-диспансеризация ҳамда реабилитация дастурларини самараси янада ортади. Аёл ва эркакларда нейрокардиал АрГ – 30,4 ва 27,1% дан ($P > 0,05$), ортостатик АрГ – 13,1 ва 5,9% дан ($P < 0,01$), постпрандиал АрГ – 12,4 ва 5,5% дан ($P < 0,01$), иккиламчи АрГ – 12,8 ва 9,6% дан ($P > 0,05$), бирламчи АрГ – 8,9 ва 3,2% дан ($P < 0,01$), медикаментозли АрГ – 11,0 ва 10,2% дан ($P > 0,05$), физиологик АрГ – 14,9 ва 7,8% дан ($P < 0,05$) ва нейрокардиал АрГ – 30,4 ва 11,4% ($P < 0,01$).

Хулоса. 1) турли ёш гуруҳларида АрГ тарқалиши бир хил эмас ва ёшга боғлиқ ҳолда бу тафовутланиш даражаси то 4,1 каррагача етиб ортади; 2) барча АрГ нинг 68,2% и 40 ёшгача бўлган ёш аҳоли гуруҳида, 28,5% и 40 ёшдан 70 ёшгача бўлган популяцияда ва 3,2% и 70 ёшли ва ундан ошган аҳоли гуруҳларида учраб УАШ эътиборини тортади; 3) АрГ нинг энг юқори кўрсаткичлари 20 ёшгача бўлганларда кузатилади; 4) ҳар 5-текширилган аҳолида атеросклеротик табиатли гипотониянинг кузатилиши маълум бўлади ва бу – ўзгаришдан АрГ ни ҳам атеросклеротик континуумнинг хатар омили сифатида эътироф этиш мумкинми? – деган жиддий саволни туғдиради.

РОЛЬ 4A/4B ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА NOS В РАЗВИТИИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

МАХКАМОВА Н.У., ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Изучить распределение генотипов гена эндотелиальной NO синтазы и особенностей клинических показателей больных артериальной гипертензией (АГ) с дисциркуляторной энцефалопатией.

Материал и методы исследования. Обследованы 75 больных АГ (ЕОК/ЕОГ 2013) с ДЭ узбекской популяции в возрасте от 32 до 74 лет (средний возраст – $54,5 \pm 9,2$ лет). Длительность АГ – $9,2 \pm 7,5$ лет. Клинически у 36,4% выявлена ДЭ I стадии, у 45,1% – ДЭ II стадии и у 18,5% – ДЭ III. Суточный профиль АД оценивали с помощью компьютерной системы («TONOPORT V-General Electric» Германия). Произведено генотипирование

75 образцов цельной крови в лаборатории молекулярно-генетических исследований АГ РСЦК. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программ STATISTICA 6 и Biostat. Достоверность различий показателей оценивали с помощью непараметрического критерия χ^2 (критерий Пирсона). Количественные показатели представлены в виде $M \pm SD$. Различия между группами считали статистически значимыми при $P < 0,05$.

Результаты исследования. По результатам генотипирования больных АГ с ХЦВЗ распределение генотипов 4a/4b- полиморфного маркера гена e-NOS было следующим: 4a/4a- генотип был

выявлен у 19 больных (25,3%), 4a/4b- генотип – у 12 (16,0%), 4b/4b – генотип у 44 больных (58,7%), $\chi^2=117,89$; $p=0,0001$. При этом 4a- аллель верифицировался в 50 (33,3%) случаев, 4b- аллель – в 100 (66,7%) случаев, $\chi^2=143,85$; $p=0,0001$. Полученные результаты указывают на значительное накопление 4b- аллеля и 4b/4b- генотипа 4a/4b- полиморфного маркера гена eNOS у больных АГ с ХЦВЗ. Анализ в группе здоровых лиц также свидетельствовал о значительном преобладании 4b/4b- генотипа гена eNOS по сравнению с 4a/4b и 4a/4a- генотипами: 44 (78,6%): 11 (19,6%): 1(2%), ($\chi^2=84,67$; $p=0,000$), а также 4b- аллеля по сравнению с 4a-аллелем: 99 (88,4%) и 12 (11,6%) соответственно ($\chi^2=131,22$; $p=0,000$). Наблюдались в группе 4a/4a генотипа высокий ИМТ, САД, уровень глюкозы. Анализ клинических показателей по аллелям показал в группе 4a- аллеля высокие по сравнению с 4b- аллели показатели возраста, ИМТ, стажа заболевания, САД и уровня глюкозы в крови. Анализ взаимосвязи степени АГ с носительством генотипов 4a/beNOS, показал преобладание АГ 2 степени и ДЭ II,III стадий у носителей 4a/a и 4a/bгенотипов. АГ 1 и 3 степени, ДЭ I и III стадий в группе носителей 4 b/b генотипа. Анализ

по аллелям выявил среди носителей 4a- аллеля преобладание АГ 2 степени и ДЭ II стадии, а в группе 4b- аллеля, АГ 1 и 3 степени, ДЭ I стадии.

Анализ результатов УЗ-доплерографии сонных артерий выявил утолщение КИМ во всех группах генотипов с некоторым превышением и увеличением соотношения скорости кровотока S/D слева и справа в группе носителей 4a/4a. Наблюдались достоверное снижение индекса периферического сопротивления RI справа и слева, повышение индекса жесткости в группе носителей 4a/4a, 4a/4b генотипов гена eNOS. ($p=0,02$; $p=0,02$). При наличии двухсторонней АСБ преобладали носители генотипа 4a/4a, 4a/4b ($p=0,01$).

Выводы. Таким образом, выявлено выраженное накопление 4b – аллеля 4a/4b – полиморфного маркера гена eNOS, как и преобладание 4b/4b генотипа у больных АГ с ХЦВЗ и здоровых в узбекской популяции. Выявлена ассоциация полиморфизма 4a/в и 4a/а гена эндотелиальной NOсинтазы с артериальной гипертензией высоких степеней, избыточной массой тела как основных факторов риска, лежащих в основе развития патологии сосудистой стенки и цереброваскулярной недостаточности.

ГИПЕРТОНΙΑ КАСАЛЛИГИДА УЧРАЙДИГАН ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛ БУЗИЛИШЛАРНИ БАҲОЛАШ ВА ДАВОЛАШ

МАХКАМОВА Н.У., ХАСАНОВА К.М.

*Республика иқтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази,
Тошкент ш. Ўзбекистон*

Кириш. Бутунжаҳон Соғлиқни Сақлаш Жамиятининг берган маълумоти (БЖССЖ) кўра, соматик касалликлар билан шифокорга мурожаат қилувчиларнинг 38–42%ини психосоматик касалликлар ташкил этади. Юрак-қон томир касалликларнинг энг асосий сабабларидан бири бу – гипертония касаллиги ва қон босимининг ошишидир. Гипертония касаллиги (ГК) билан дунёда миллиард киши хасталанган бўлиб, бу юрак хуружлари ва инсультларнинг асосий сабабидир.

Ишнинг мақсади. Гипертония касаллигида психосоматик бузилишларни коррекция қилишда психофармакотерапия ва психодинамик терапия самарадорлигини таққослаб ўрганиш.

Текширув материаллари ва усуллари. Гипертония касаллиги II, III босқич ташхиси билан даволанаётган 62 та бемор текширувдан ўтказилди. Уларнинг ўртача ёши $60 \pm 11,7$ ни ташкил қилади. Жинс бўйича нисбати 37 та аёл, 25 та эркак. Беморлар 2 гуруҳга бўлинди. 1 гуруҳда 30 та беморда гипотензив базис даво ва рационал терапия ўтказилди. 2-гуруҳдаги 32 та беморларга базис даво, хавотирга қарши пароксетин ва психодинамик терапия ўтказилди. Беморларда эмоци-

онал ҳолатни баҳолаш мақсадида HADS тести ўтказилди. Эмоционал ҳолатни мувозанатлаштириш мақсадида 1 ой давомида психодинамик терапия ва пароксетин қўлланилди.

Натижа. 1-гуруҳдаги 12 та беморла субклиник ва 7 та беморда клиник хавотир ва 8 та субклиник депрессия аниқланди. 2-гуруҳдаги беморларда 14 та субклиник хавотир ва 12 та беморда субклиник депрессия аниқланди. 1-гуруҳда ўтказилган базис даво натижасида беморлардаги эмоционал ҳолатида ўзгариш аниқланмади. 2-гуруҳдаги беморларда эса субклиник хавотир 57% га камайди, клиник депрессия 21% га камайди.

Хулоса. Охирги йиғилган маълумотларга кўра, хавотир ва психопатологик ҳолатлар тўғридан тўғри ГКга олиб келувчи хавф омили бўлмоқда. Бу психофункционал бузилишлар ГК сабабли ўлим ва ЮИК билан касалланиш сонини орттиради. Хавотирли бузилишларни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш керак, чунки бу бузилишлар соматик патология прогнозини ёмонлаштиради. Кардиология амалиёти шуни кўрсатдики, хавотир даражаси ўсган сари беморларда ЮИК билан касалланиш ва тўсатдан ўлим хавфи ошади.



ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИДА КЎРУВ АЪЗОЛАРИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРНИНГ ДИАГНОСТИК АҲАМИЯТИ

МАХМУДОВ Н.И., ТЎРАЕВА Ё.М., АХМЕДОВА Ф.Ш.

РЦЭМП Фарғона филиали; Фарғона филиали ТМА, Ўзбекистон

Масалан долзарблиги. Гипертония касаллиги қон томир касалликлари ичида кўп учраши, оғир кечиши, асоратлари ўлим билан тугаши жиҳатидан биринчи ўринда туради. Бошланғич босқичда барча томирлар системасида функционал ўзгаришлар, яъни артериолаларнинг тоник торайиши кузатилса, кейинги босқичларда артериал қон томир деворларида органик қайтмас ўзгаришлар аниқланади. Кўрув аъзоларидаги, айниқса, бош мия ойнаги – кўз тубидаги томирлар ҳолатига қараб, қон томир системасида гипертониянинг қайси босқичига хос ўзгаришлар юз бераётгани ҳақида диагностик хулосага келинса бўлади. Бу текширувлар бемор учун зарарсиз, ҳар қандай шароитда қўллаш мумкин, қўшимча маблағ талаб этмайди.

Текширув мақсади. Гипертония касаллигига чалинган беморларда кўрув аъзоларидаги ўзгаришларни таҳлил қилиш.

Материаллари ва усуллари. Кўрув аъзоларидаги ўзгаришларнинг гипертония касаллиги билан боғлиқлигини аниқлаш мақсадида, Р.Ш.Т.Ё.И.М.Ф.да 2018 йил давомида қабул диагностика бўлими кардиолог, невропатолог кабинетини ва кардиология, неврология бўлимида даволанган беморлар кўрув аъзолари текширув натижалари таҳлил қилинди. Йил давомида умумий 2840 нафар бемор офтальмолог кўригидан ўтган. Булардан 1015 нафарини кардиологик, неврологик беморлар ташкил этади. Эркаклар – 612 (60,2) аёллар – 503 (49,8). Гипертония касаллиги босқичига кўра I босқич А гипертония олди ҳолати – 118 (11,6%), I босқич В транзитор – 254 (25%), II босқич А лабил –

200 (19,7%), II босқич Б стабил – 205 (20,1). III босқич А компесатор – 210 (30,5%), III босқич склеротик – 28 (2,7%). Юрак зарарланиши доминантлиги билан – 58 (5,7%), мия зарарланиши билан – 184 (18,1%). Бир вақтнинг ўзида юрак, мия ва буйрак зарарланиши билан – 12 (1,1%) бемор кўрилган. Кўз тубидаги ўзгаришлар таҳлил қилинганда уларнинг даражасига қараб қуйидаги ҳолатлар аниқланди. Кўз туби ўзгаришсиз – 135 (13,3%), тўр парда ангиопатияси – 516 (50,8%), бундан ангиосклероз Гунн-Салус симптоми 1 даража – 72 (14%), II даража – 58 (11,4%), III даража – 29 (5,7%). Тўр парда ретинопатияси – 7 (0,6%), нейроретинопатия – 5 (0,4%). Кузатишларга кўра, баъзи ҳолатларда кечки вақтдаги муржаатларда, гипертоник криз билан глоукома ўткир хуружи параллел кечиши аниқланди. Йил давомида бундай ҳолат 7 та (0,6%) кузатилди.

Натижа. Беморларга шошилиш даво муолажалари ўтказилгач, 3–5 – кунлари қайта кўрилганда, кўз тубидаги қон қуйилишлар, ишемик ҳолатлар, кўрув нервдаги димланишлар камайганлиги, беморнинг кўришида ва умумий ҳолатида яхши томонга динамик ўзгариш бўлганлиги аниқланди. Гипертоник криз ва кўз олмасида ўткир глаукома хуружи параллел кечган беморлар офтальмолог ва кардиолог шошилиш муолажаларини олдилар, келганда кўриш фаолияти юз олдида бармоқ сезиши даражасида бўлган беморлар, 3-куни кўриш даражаси 0,3 гача, 5-куни 0,6 гача тикланди.

Хулоса. Текширув натижалари шуни кўрсатдики, кўрув аъзоларидаги ўзгаришлар гипертония касаллигининг кечишидаги босқичларга узвий боғлиқ экан.

ВКЛАД ПОВЕДЕНЧЕСКИХ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

МАХСУМОВА Д.К., САЛАХИДДИНОВ З.С., АХМАДАЛИЕВА У.К., МАКСУМОВА Д.К., КОДИРОВ Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Цель исследования. Изучение и оценка, наряду с поведенческими факторами риска (ФР), таких факторов, как характеристика семейного статуса, жилищно-бытовых условий, социального и образовательного статуса на фоне ВИЧ-инфекции.

Материал и методы. Исследование проводилось в Андижанском центре борьбы со СПИДом. Привлечение к эпидобследованию осуществля-

лось путем личного контакта в виде посещения на дому. Популяция ВИЧ-инфицированных, отказавшихся от обследования, замене не подлежали. Комплексное эпидемиологическое обследование проводилось с использованием стандартизованных и унифицированных, опросных, инструментальных и биохимических методов.

Результаты и выводы. Ниже представлены результаты нашего анализа по изучению вклада поведенческих социальных факторов риска в развитии артериальной гипертензии у ВИЧ-инфицированной популяции. Как видно из данных, на развитие артериальной гипертензии у ВИЧ-инфицированных в 30,7% случаях влияют социально-экономические факторы. Из социально-экономических ФР наибольший вклад имели следующие: плохой жилищно-бытовой статус (ПЖБС) – 28,3%, неблагополучный семейный статус (НБСС) – 32,7%, неблагополучный социальный статус (НБСЦС) – 20,2%, низкий образовательный статус (НОС) – 20,1% и хронические стрессы (ХС) – 52,4%. Наибольшая распространенность АГ имеет место в связи с ХС и НБСС ($P_1 < 0,0001$; $P_2 < 0,01$). При изучении сравнительной оценки распространенности табакокурения (ТК) в популяции

ВИЧ-инфицированных с различными неблагополучными социальными статусами отмечено, что при наличии неблагополучного эпидемиологического статуса частота выявляемости ТК увеличивается в среднем в два раза ($P < 0,01$). Наибольшая частота ТК выявляется в связи с хроническими стрессами, неблагополучным семейным статусом и плохими жилищно-бытовыми условиями. В целом, вклад социально-экономических факторов в развитие ТК составляет в среднем 40,3%.

Выводы. Таким образом, для разработки более совершенной модели формирования неблагополучных эпидемиологических условий и эффективной профилактики в отношении терапевтического континуума у ВИЧ-инфицированной популяции необходимо учитывать и изучать социально-поведенческие факторы.

О МЕСТЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

МЕХРАЛИЕВ Р.Р., ГУЛИЕВА Л.Т.

НИИ Кардиологии, г. Баку. Азербайджан

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность и безопасность применения комбинированного препарата престиллол (5 мг ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) периндоприла и 5 мг бета-адреноблокатора бисопролола фирмы «Сервье» Франция) у больных артериальной гипертензией (АГ). В 12-ти недельное исследование были включены 36 пациентов с АГ II степени, среди которых было 18 мужчин и 18 женщин со средним возрастом 55,3±3,4 года. Не рекомендовалось включение больных с симптоматической АГ, с инфарктом миокарда или нарушением мозгового кровообращения давностью менее 3 мес., с нестабильным течением стенокардии, с хронической сердечной недостаточностью, сахарным диабетом, с наличием противопоказаний или отмеченной ранее непереносимостью ингибиторов АПФ и/или бета-адреноблокаторов. Критерии включения в исследование: 1) наличие эссенциальной АГ II ст. 2) отсутствие достаточного эффекта монотерапии бета-адреноблокаторами и ингибиторами АПФ (артериальное давление (АД) выше 140/90 мм рт.ст.). Исходно и через 1 и 3 мес. терапии проводилось физикальное обследование, общий и биохимический анализ крови (сахар, липидный спектр), регистрировалась стандартная электрокардиограмма (ЭКГ) в покое в 12-ти отведениях. Параметры центральной гемодинамики и сократительная функция миокарда оценивались эхокардиографически (ЭХО КГ). АД измеряли ртутным сфигмоманометром в положении больного сидя, через 5 мин. отдыха, трижды с расчетом среднего значения, в утренние часы, через 24 ч. после приема препарата (1 табл. в

день). Эффективной считали терапию при нормализации АД (ниже 140/90 мм рт.ст.) или снижении систолического АД (САД) на 20 мм рт.ст. и более, диастолического АД (ДАД) на 10 мм рт.ст. и более. На основании жалоб больных и изменений биохимических параметров крови оценивали переносимость препарата и побочные эффекты. При анализе антигипертензивной терапии было выявлено, что через 1 мес., в целом, произошло снижение клинически измеренного САД/ДАД со 166,6±2,6/103,2 ± 2,4 до 146,2±2,2/93,7±1,8 мм рт.ст. ($p < 0,001$). От 1 до 3 мес. терапии происходило дальнейшее снижение клинического САД/ДАД со 146,2±2,2/93,7±1,8 мм рт.ст. до 124,5±2,4/82,0±2,2 мм рт.ст. ($p < 0,001$). Полный эффект (достижение целевого уровня АД) был достигнут у всех 36 пациентов. По данным ЭХО КГ к концу исследования отмечена тенденция к уменьшению конечного диастолического размера ($p > 0,005$), конечного систолического размера ($p > 0,005$), увеличение ФВ на 4,8% ($p > 0,005$), уменьшение толщины межжелудочковой перегородки ($p > 0,005$) и задней стенки ЛЖ ($p > 0,005$). Статистически значимой динамики биохимических показателей крови и изменений на ЭКГ не отмечено. Обращает на себя внимание довольно хорошая переносимость препарата: повышение физической активности, уменьшение головных болей, улучшение сна. Ни в одном случае не потребовалось отмены препарата. Таким образом, престиллол привел к быстрому адекватному снижению АД, которое сохранялось в течение длительного времени, что является важнейшей характеристикой современного антигипертензивного препарата.



ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

МИКИТЮК А.В., СКУРАТОВА Н.А., ФЕДОРОВА В.В.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель. Беларусь

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают ведущее место в структуре заболеваемости среди детей. За последние 40 лет структура ССЗ в детском и подростковом возрастах претерпела существенные изменения, увеличился удельный вес болезней неревматического происхождения. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) – метод оценки суточного ритма АД, позволяющий выявить у детей повышенные или пониженные цифры АД на фоне развития заболеваний, в том числе артериальной гипертензии. Важным является изучить состояние некоторых параметров СМАД у детей при различных типах ССЗ.

Цель. Установить особенности параметров суточного мониторирования артериального давления у детей с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материал и методы. На базе кардиологического отделения Гомельской областной детской клинической больницы обследованы 103 ребенка в возрасте от 8 до 16 лет, из них: 58 (56,3%) мальчиков и 45 (43,7%) девочек. В зависимости от профиля ССЗ дети были разделены на 5 основных групп: 1 группа – дети с малыми аномалиями развития сердца (МАРС) составили 16 человек, 2 группа – дети с врожденными пороками сердца (ВПС) составили 11, 3 группа – дети с нарушениями ритма сердца (НРС) составили 25, 4 группа – дети с вегетативной дисфункцией (ВД) составили 29, 5 группу составили дети с артериальной гипертензией АГ – 22 ребенка. Наряду с клиническим обследованием всем детям проводилось СМАД. Оценивались следующие параметры АД за сутки: значения систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД), а также суточный индекс (СИ). В зависимости от величины СИ выделяли следующие группы пациентов: с нормальным снижением АД в ночное время («диппер»), с отсутствием снижения АД в ночное время («нон-диппер»), с повышенным снижением АД в ночное время («овер-диппер») и с подъемом АД в ночное время («ночная АГ» или «найт-пикер»).

Результаты. При анализе результатов СМАД у детей 1 группы нормотензия САД зарегистрирована у 12 (75%), стабильная гипертензия САД выявлена у одного ребенка, что составило 6,25%, лабильная АГ – у 1 (6,25%) человека, лабильная гипотензия САД выявлена у 2 (12,5%) детей. По степени снижения САД в ночное время дети-«дипперы» составили 12 (75%) человек, «нон-

дипперы» – 4 (25%) лиц. По степени снижения ДАД «дипперы» составили 13 (81,25%) пациентов, дети с избыточным снижением ДАД («овер-диппер») – 3 (18,75%) ребенка. У детей 2 группы нормотензия САД зарегистрирована у 7 детей (63,6%), стабильная гипертензия САД выявлена у 2, что составило 18,2%, лабильная – у 2 (18,2%) лиц. Дети с достаточным снижением САД в период сна («диппер») составили 8 (72,7%) человек, пациенты с недостаточным снижением САД («нон-диппер») – 2 (18,2%) человека, с ночной АГ – 1 (9,1%) ребенок. По степени снижения ДАД в ночное время дети-«дипперы» составили 8 (72,7%) человек, дети-«нон-дипперы» – 3 (27,3%) ребенка. У детей 3 группы нормотензия САД зарегистрирована у 16 детей (64%), стабильная гипертензия САД выявлена у 2, что составило 8%, лабильная – у 4 (16%) детей, лабильная гипотензия САД выявлена у 3 (12%) детей. По степени снижения САД «дипперы» составили 14 (56%) человек, «нон-дипперы» – 10 (40%) детей, «найт-пикеры» – 1 (4%) ребенок. По степени снижения ДАД «дипперы» составили 18 (72%) лиц, «нон-дипперы» и «овер-дипперы» – 2 (8%) и 5 (20%) детей соответственно. У детей 4 группы нормотензия САД зарегистрирована у 16 детей (55,2%), стабильная АГ САД выявлена у 3 (10,35%) человек, лабильная АГ САД – у 5 (17,2%) лиц, лабильная гипотензия САД установлена у 3 (10,35%) детей, стабильная гипотензия САД – у 2 (6,9%) человек. Достаточное снижение САД в ночное время установлено у 20 (69%) детей, недостаточное снижение САД – у 8 (27,6%) лиц, избыточное снижение САД выявлено у 1 (3,4%) ребенка. Достаточное снижение ДАД ночью установлено в 17 (58,6%) случаях, недостаточное – у 6 (20,7%) лиц, избыточное снижение ДАД – в 6 (20,7%) случаях. У детей 5 группы по данным СМАД нормотензия САД зарегистрирована у 8 детей (36,35%), стабильная АГ САД выявлена у 6 (27,3%) детей, лабильная АГ САД – у 8 (36,35%) пациентов. В зависимости от значений СИ САД «дипперы» составили 21 (95,5%) человек, «нон-дипперы» – 1 (4,5%) ребенок. По степени снижения ДАД выявлено 12 (54,5%) детей с достаточным снижением ДАД в ночное время, 6 (27,3%) детей с недостаточным снижением ДАД и 4 (18,2%) ребенка с избыточным снижением ДАД.

Заключение. 1. По данным СМАД для детей с МАРС и детей ВПС характерна нормотензия САД с достаточным снижением САД и ДАД в период сна. 2. У детей с НРС преобладали пациенты с

нормальным САД на фоне нормального и недостаточного снижения САД, а также с достаточным снижением ДАД в ночной период. 3. У детей с ВД преобладала нормотензия САД на фоне нормального снижения систолического давления в период сна, однако у 1/3 пациентов данной группы выявлены лабильная и стабильная гипотензия САД,

у половины лиц ночью зарегистрировано недостаточное и избыточное снижение ДАД. 4. Среди детей с АГ доминировали лица с лабильной и стабильной АГ САД при нормальном снижении систолического АД, а также недостаточного и избыточного снижения диастолического АД в ночное время.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПОВ ГЕОМЕТРИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

МУРАТНАЗАРОВА Н.А., ЧАРЫЕВ Х.Э.

*Государственный медицинский университет Туркменистана;
Научно-клинический госпиталь с центром кардиологии, г. Ашхабад. Туркменистан*

Цель работы. Разработать и внедрить комплекс мероприятий по прогнозированию, ранней диагностике и лечению преэклампсии на фоне артериальной гипертензии, что улучшит исходы беременности и родов, состояние новорожденных у данного контингента женщин.

Материал и методы. Проведен клинко-статистический анализ течения беременности и родов у 356 женщин, которые были распределены по группам в соответствии с видами артериальной гипертензии: беременные с хронической артериальной гипертензией (ХАГ) – 109, с преэклампсией (ПЭ) – 48, с преэклампсией на фоне хронической артериальной гипертензии (ХАГ+ПЭ) – 92, с гестационной артериальной гипертензией (ГАГ) – 56, беременные с физиологической беременностью (ФБ) – 51, составившие контрольную группу.

Методы исследования: клинко-статистический, эхокардиографическое исследование, суточное Холтеровское ЭКГ-мониторирование, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), ультразвуковое доплерометрическое исследование маточно-плодово-плацентарного кровотока, биохимические исследования (мочевая кислота крови), морфологическое исследование плаценты.

Результаты. Нами проводился сравнительный анализ зависимости различных вариантов геометрии левого желудочка сердца (ЛЖ) в группах пациенток с гипертензивными нарушениями и их связь с осложнениями беременности. Анализ эхокардиографических показателей беременных с осложненным течением беременности в зависимости от коэффициента диспропорциональности массы миокарда левого желудочка (КД) показал

достоверно большие значения систолического и диастолического АД, ЧСС и ИМТ, сохраняющиеся на протяжении II и III триместров беременности при КД выше 128 %.

При КД выше 128 определяли тип геометрии ЛЖ. Вариант концентрической гипертрофии ЛЖ определял одинаково высокую частоту диастолической дисфункции ЛЖ при различных вариантах гипертензивных нарушений – 51,9% в среднем во II триместре и более чем каждую вторую пациентку с сочетанными гипертензивными нарушениями (62,5%) в III триместре.

Концентрическая гипертрофия ЛЖ определяла высокую частоту неблагоприятных исходов беременности (преждевременные роды, задержка развития плода) у беременных с ПЭ на фоне АГ. Задержка развития плода в присутствии концентрической гипертрофии ЛЖ определялась у 62,5% пациенток с ПЭ на фоне АГ, что в два раза больше, чем у пациенток с другими видами АГ (33,3%). Частота преждевременных родов также оказалась большей – практически в полтора раза – у пациенток с ПЭ на фоне АГ (43,8 против 33,3%) при данной геометрической модели. Проведенные исследования подтверждают влияние модели концентрической гипертрофии ЛЖ на развитие неблагоприятных исходов беременности – маловесность, ранний гестационный возраст при рождении.

Заключение. Полученные данные позволяют рассматривать концентрическую геометрию ЛЖ не только как фактор риска гестационной гипертензии, но и как предиктор тяжелых перинатальных осложнений.



ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ: ФОКУС НА ТРОЙНУЮ ФИКСИРОВАННУЮ КОМБИНАЦИЮ

ОРЛОВ Д.А., ЛАРИНА В.Н.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия

Цель исследования. Оценить динамику показателей суточного мониторирования артериального давления (СМАД), уровень приверженности, тревоги и депрессии на фоне лечения тройной фиксированной комбинацией антигипертензивных препаратов у мужчин и женщин с ожирением.

Материал и методы. Критерии включения: амбулаторные пациенты; возраст 50–65 лет, АГ – 2–3 степень, риск ССО 3–4 (высокий, очень высокий), не достижение целевого уровня АД, ИМТ – 30 и более. Всем больным проводились СМАД, оценка приверженности терапии с помощью опросников MMAS-4 и MMAS-8, уровня тревоги и депрессии – опросника HADS исходно и через 3 месяца лечения препаратом с активными веществами: амлодипин/индапамид/периндоприл – 5 мг+1,25 мг+4 мг. При не достижении целевого уровня АД доза препарата увеличивалась до 10 мг+2,5 мг+8 мг.

Результаты. В исследовании приняли участие 59 пациентов: 27 (46%) женщин и 32 (54%) мужчины в возрасте от 50 до 65 лет ($56,1 \pm 3,5$ лет и $56,5 \pm 3,2$ лет соответственно). Регулярно курили 53% мужчин и 33% женщин, дислипидемия имела у 72% мужчин и у 67% женщин, ИБС – у 44% мужчин и у 70% женщин, сахарный диабет – у 31% мужчин и у 41% женщин. На фоне лечения у мужчин среднесуточное САД снизилось с $150 \pm 4,4$ до $132 \pm 3,4$ мм рт.ст. ($p > 0,05$), ДАД – с $90 \pm 2,7$ до $82 \pm 1,5$ мм рт.ст. ($p > 0,05$), среднедневное САД – с $157 \pm 4,5$ до $136 \pm 2,9$ мм рт.ст. ($p > 0,05$), среднедневное ДАД – с 93 ± 3 до 85 ± 1 мм рт.ст. ($p < 0,05$), средненочное САД с 132 ± 6 до 123 ± 6 мм рт.ст. ($p > 0,05$), средненочное ДАД с 82 ± 3 до 75 ± 3 мм рт.ст. ($p > 0,05$), суточная вариабельность САД с $18,3 \pm 1,6$ до $11 \pm 1,2\%$ ($p < 0,05$), ДАД с $12,2 \pm 1,4$ до $9,2 \pm 0,6\%$ ($p > 0,05$), индекс времени САД с $86 \pm 5,1$ до $41 \pm 17,6\%$

($p > 0,05$), ДАД – с $72 \pm 7,4$ до $47 \pm 13,6\%$ ($p < 0,05$). У женщин среднесуточное САД снизилось с $146 \pm 1,6$ до $132 \pm 2,2$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), ДАД – с 88 ± 1 до $82 \pm 1,1$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), среднедневное САД – с $153 \pm 1,8$ до $136 \pm 2,7$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), ДАД – с 91 ± 1 до $85 \pm 1,2$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), средненочное САД с $127 \pm 0,6$ до $121 \pm 1,6$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), ДАД – с $79 \pm 1,1$ до $75 \pm 1,1$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), суточная вариабельность САД – с $17,7 \pm 0,7$ до $11,5 \pm 1,5\%$ ($p > 0,05$), ДАД – с $11,5$ до $9,5\%$ ($p > 0,05$), индекс времени САД – с $85 \pm 4,5$ до $39 \pm 8,2\%$ ($p < 0,05$), ДАД – с $72 \pm 5,9$ до $44 \pm 6,1\%$ ($p > 0,05$). Целевой уровень АД был достигнут у 27 (100%) женщин и у 28 (87%) мужчин. Уровень приверженности по данным опросника MMAS-4 у мужчин улучшился с $1,9 \pm 0,8$ до $3 \pm 0,8$ баллов ($p < 0,05$), у женщин – с $1,7 \pm 0,6$ до $3,5 \pm 0,6$ баллов ($p < 0,05$); опросника MMAS-8 – с $4,2 \pm 1,9$ до $6,4 \pm 1,2$ ($p < 0,05$) и с $3,6 \pm 1,3$ до $6,7 \pm 0,8$ баллов ($p < 0,05$), соответственно. Улучшение приверженности лечению отмечено у 15 (56%) женщин и у 10 (31%) мужчин ($p = 0,105$). Уровень тревоги у мужчин составил исходно $4,9 \pm 3,2$ баллов, через 3 месяца – $2,9 \pm 2$ баллов ($p < 0,05$), у женщин – исходно $7,4 \pm 1,3$ баллов, через 3 месяца – $3,7 \pm 1,8$ баллов ($p > 0,05$). Уровень депрессии у мужчин изменился с $5,7 \pm 2,6$ до $2,7 \pm 1,6$ баллов ($p > 0,05$), у женщин – с $7 \pm 2,1$ до $4 \pm 1,4$ баллов ($p > 0,05$).

Заключение. Тройная фиксированная комбинация антигипертензивных препаратов за счет повышения приверженности лечению способствовала снижению среднесуточного, среднедневного, средненочного АД и индекса времени САД – у женщин, среднедневного ДАД, индекса времени ДАД, суточной вариабельности САД – у мужчин. Приверженность лечению оказалась сопоставима у мужчин и женщин, но уровень тревоги снизился больше у мужчин.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ТЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

ОРТИКБОВ Ж.О., ОРТИКБОВА Ш.О., ОЛИМХОНОВА К.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить особенности лабораторно-инструментальных данных пациентов, страдающих с АГ на фоне СД.

Материал и методы исследования. Обследованные были подразделены на 2 группы, первую группу составили 40 пациентов с СД на фоне АГ, вторую группу составили 20 пациентов с АГ в воз-

расте от 40 до 80 лет, третью группу – 10 пациентов, больных СД. Всем больным были проведены клинико-лабораторные, биохимические и инструментальные исследования.

Результаты исследования. Наибольшее повышение HbA1c отмечается у больных 1 группы. Аналогичные изменения наблюдались и со стороны показателей гликемии натощак и через 2 часа после приема пищи. Выявлено достоверное увеличение постпрандиальной гликемии у больных 1 группы по сравнению со 2 группой.

Корреляционная связь в 3 группе характеризуется положительными коэффициентами корреляции уровня глюкозы с систолическим АД ($r=0,823$) и уровня глюкозы с диастолическим АД ($r=0,330$). Для 2 группы характерна положительная корреляция глюкозы как с систолическим АД ($r=0,834$), так и с диастолическим АД ($r=0,436$). В 1 группе корреляционная связь характеризуется положительным коэффициентом корреляции уровня глюкозы с систолическим АД ($r=0,808$) и с диастолическим АД ($r=0,466$). Во всех исследуемых группах больных коэффициенты корреляции уровня глюкозы с систолическим АД более значимы, чем с диастолическим АД. Число пациентов с измененным суточным профилем АД (недипперов) повышалось с увеличением длительности СД (длительность СД в подгруппе дипперов – $8,4 \pm 1,2$ лет, недипперов – $10,1 \pm 2,1$ лет, $p < 0,05$) и ухудшением показа-

телей углеводного обмена (гликемия натощак в подгруппе дипперов – $7,57 \pm 0,54$ ммоль/л, недипперов – $8,98 \pm 1,20$ ммоль/л, $p < 0,05$), с увеличением длительности АГ (длительность АГ в подгруппе дипперов – $12,8 \pm 2,1$ лет, недипперов – $15,5 \pm 2,8$ лет, $p < 0,05$) и повышением ее степени. Уровни содержания креатинина ($92,8 \pm 18,1$ мкмоль/л) и калия ($4,72 \pm 0,36$ ммоль/л) в сыворотке крови у обследованных 1 группы были достоверно повышены в зависимости от показателей 2 группы ($P < 0,05$ и $P < 0,01$ соответственно). Величина урикемии, определяемая по концентрации мочевой кислоты, уровень которой был достоверно выше у больных с АГ на фоне СД (295 ± 48 мкмоль/л; $P < 0,05$) по сравнению с данными 2 группы.

Большинство показателей ЭхоКГ (ТМЖП, ТЗСЛЖ, КДРЛЖ, КСРЛЖ, ОТС, ММЛЖ, ИММЛЖ, ФВЛЖ, ПЗРЛП, ФРЛП, КДРПЖ) у обследованных лиц соответствовали ГБ II–III стадии, ХСН I–III ФК.

Заключение. Таким образом, в ходе исследования было установлено, что лицам с АГ в сочетании с СД присущи важные особенности клинико-инструментальных и лабораторных данных, определяющих худший в прогностическом отношении профиль органических, метаболических и регуляторных изменений, позволяющих рассматривать эту категорию пациентов как требующую специфического подхода к реализации диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

ҚОН БОСИМИНИ АДЕКВАТ КОРРЕКЦИЯЛАШДА НОМЕДИКАМЕНТОЗ ТЕРАПИЯНИНГ АҲАМИЯТИ

ОЧИЛОВА Д.А., РУЗИЕВ О.А.

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро ш. Ўзбекистон

Юрак томир қон касалликлари ва у билан боғлиқ асоратлар натижасида юзага келадиган ўлим ҳолатлари дунёнинг барча мамлакатларида, жумладан, иқтисодий тараққиёти юқори бўлган давлатларда ҳам муҳим тиббий-ижтимоий муаммолигича қолмоқда. Юрак-қон томир касалликлари ичида юрак ишемик касалликлари (ЮИК) етакчи ўринни эгаллайди. ЮИК ХО орасида дислипидемия (ДЛП), ортиқча тана вазни (ОТВ), гиподинамия, тамаки чекиш, артериал гипертензия (АГ), қандли диабет (ҚД) ва ҳайвон ёғларига бой маҳсулотларни кўплаб истеъмол қилиш айниқса юқори аҳамият касб этади. Таъкидлаш жоизки, ЮИКнинг ХОни коррекция қилишда медикаментоз терапия билан бир қаторда мақсадли номедикаментоз даво чоралари муҳим ўрин тутди.

Ишнинг мақсади. Гипертензия касаллиги терапиясида номедикаментоз давонинг аҳамиятини ўрганиш.

Текширув материал ва усуллари. Тадқиқотлар гипертензия касаллиги (ГК) ташхиси билан

назоратга олинган 48 та эркакда амбулатор шaroитда олиб борилди. Беморлардаги ХО сўров (зарарли одатлар), инструментал (АГ, ОТВ), ва лаборатор (ДЛП ва ҚД) усулларда аниқланди. Беморлар 2 та гуруҳга бўлинди. 1-гуруҳдаги 24 та беморда (асосий гуруҳ) медикаментоз терапия билан бир қаторда ХОни номедикаментоз коррекция қилишга эътибор қаратилди. 2-гуруҳдаги 24 та беморда (назорат гуруҳи) фақат стандарт асосида медикаментоз даво олиб борилди. Ҳар иккала гуруҳда стандарт асосида антигипертензив, антиагрегант (тромбонет 75 мг) ва гиполлипидемик даво (аторвастатин 40 мг) ўтказилди. 1-гуруҳда қўшимча равишда ХОнинг номедикаментоз коррекцияси қўлланилди. Даво курси 3 ой давомида олиб борилди.

Натижа. Текширишларда гипертензия касаллигининг турли босқичлари билан назоратда турувчи беморлар иштирок этишди. 1-гуруҳдаги беморларнинг 11 таси (45,8%) АГ 1-даража, 8 таси АГ 2-даража (33,3%), 4 таси АГ 3-даража (16,6%)



ва 1 таси (4,2%) юқори нормал қон босимини ташкил қилди. 2-гуруҳ беморларнинг 9 таси (37,5%) АГ 1-даража, 11 таси АГ 2-даража, (45,8%), 2 таси АГ 3-даража, (8,3%) ва 2 таси (8,3%) юқори нормал қон босимини ташкил қилди. Жисмоний зўриқишга толерантликнинг ошиши асосий гуруҳда 54,2% беморларда кузатилган бўлса, 2-гуруҳда 37,5% беморларда қайд этилди. Асосий гуруҳдаги беморларнинг 70,8% да, назорат гуруҳидаги беморларнинг 58,3%ида касалликнинг симптомлари камайди. Қон босимининг меъёрий кўрсаткичлардан баландлиги текширув бошланишида асосий гуруҳда 62,5% (15 нафар), назорат гуруҳида 54,2% (13 нафар) беморларда қайд этилган эди. Юқори қон босими мавжуд беморларнинг артериал қон босими мос равишда 73,3%

ва 53,8% ҳолларда меъёрлашди. Гипергликемия қайд этилган 1-гуруҳдаги 6 та беморларнинг 4 тасида (66,7%), 2-гуруҳдаги 5 та беморнинг 2 тасида (40%) стабил нормогликемия қайд қилинди. Шунингдек, тадқиқотлар бошида турли кўринишдаги дислипидемиялар 1-гуруҳдаги 79,2% беморларда, 2-гуруҳдаги 70,8% беморларда аниқланган эди. Қондаги липидлар спектрининг меъёрий кўрсаткичларгача камайиши 1-гуруҳда 78,9% ни, 2-гуруҳда 64,2% ни ташкил қилди.

Хулоса. Гипертония касаллигини даволаш ва ХОни коррекция қилишда номедикаментоз даво усуллари катта аҳамиятга эга. Номедикаментоз даво нафақат ХОни коррекция қилишда, балки медикаментоз терапиянинг самарадорлигини оширишда муҳим ўрин тутади.

АТЕРОГЕН ДИСЛИПИДЕМИЯ МАВЖУД БЕМОЛЛАРДА ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

ОЧИЛОВА Д.А.

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро ш. Ўзбекистон

Артериал гипертония (АГ) ва у билан боғлиқ турли метаболик бузилишлар замонавий тиббиёт фани ва соғлиқни сақлаш тизими диққат марказидаги энг муҳим муаммолардан бири бўлиб ҳисобланади. БЖССТнинг маълумотларига кўра, сайёрамизнинг 20–30% аҳолисида АГ мавжуд. АГ бор кишиларда липидлар алмашинувининг бузилишлари бир неча баравар кўп учрайди. Липидлар алмашинуви бузилишлари бор беморларда артериал гипертониянинг резистентлиги юқорироқ бўлади.

Ишнинг мақсади. Дислипидемияси бор беморларда эссенциал артериал гипертониянинг кечиш хусусиятларини ўрганиш

Текширув материал ва усуллари. Тадқиқотларда ГК ташхиси қўйилган (ЖССТ, 1999) ва дислипидемия аниқланган 46–72 ёшдаги (ўртача ёши $59,8 \pm 7,71$) 56 та киши қатнашди. Назорат гуруҳи сифатида артериал гипертония ташхиси қўйилган 28 нафар шу ёшдаги қонда липидлар миқдори меъёрида бўлган беморлар олинди. Барча беморларда қондаги артериал қон босимининг суткалик мониторинги (АБСМ) ва липидлар спектри – умумий холестерин (УХ), триглицеридлар (ТГ), зичлиги паст липопротеидлар (ЗПЛП) ва зичлиги юқори липопротеидлар (ЗЮЛП) миқдори аниқланди.

Натижа. Тадқиқот гуруҳидаги беморларнинг 30 тасида (53,6%) 1-даражали АГ, 19 тасида (33,9%) 2-даражали АГ ва 7 тасида (12,5%) 3-даражали АГ аниқланди. Назорат гуруҳида 17 та (62,7%) 1-даражали АГ, 8 та (28,5%) 2-даражали АГ ва 3 та (10,7%) 3-даражали АГ қайд қилинди. Тадқиқот гуруҳида беморларнинг систолик қон босими $165,7 \pm 52,3$ мм.с.м. уст.ни, диастолик қон босими $97,6 \pm 27,4$ мм.с.м.уст.ни ташкил қилди.

Назорат гуруҳида систолик ва диастолик қон босими мос равишда $157,3 \pm 48,9$ ва $99,1 \pm 26,7$ мм.с.м.уст.ни ташкил қилди. Асосий гуруҳда қонда УХ миқдори ($7,8 \pm 2,83$ ммоль/л)ни, триглицеридлар миқдори ($2,82 \pm 1,33$ ммоль/л)ни, шунингдек, ЗПЛП миқдори ($5,4 \pm 2,13$ ммоль/л), ЗЮЛП миқдори ($0,94 \pm 0,28$ мг/дл) ни ташкил қилди. Назорат гуруҳида УХ миқдори ($4,2 \pm 1,54$ ммоль/л) ни, триглицеридлар миқдори ($1,22 \pm 0,42$ ммоль/л) ни, шунингдек, ЗПЛП миқдори ($2,49 \pm 1,03$ ммоль/л), ЗЮЛП миқдори ($1,24 \pm 0,32$ мг/дл) ни ташкил қилди. Барча беморларда АБСМ ўтказилди ва қон босимининг тунги пасайиш даражасига кўра диппер (АБ тунги пасайиш даражаси 10–20%), нон-диппер (0–10%) овер-диппер ($\geq 20\%$) ва найт-пикер ($\leq 0\%$) гуруҳларга ажратилди. Асосий гуруҳда 27 (48,2%) беморда тунги пасайиш даражаси 13,4% (диппер), 21 (37,5%) беморда тунги пасайиш даражаси 8,8% (нон-диппер), 5 (8,9%) беморда тунги пасайиш даражаси 21,7% (овер-диппер), 3 (5,3%) беморда тунги пасайиш даражаси – 5,3% (найт-пикер) эканлиги аниқланди. Назорат гуруҳида 19 (67,8%) беморда тунги пасайиш даражаси 16,4% (диппер), 6 (21,4%) беморда тунги пасайиш даражаси 7,9% (нон-диппер), 2 (7,1%) беморда тунги пасайиш даражаси 23,6% (овер-диппер), 1 (3,6%) беморда тунги пасайиш даражаси – 3,2% (найт-пикер) экани қайд этилди.

Хулоса. Дислипидемия АГ кечиши ва унинг коррекциясига салбий таъсир кўрсатади. Гипертония касаллиги ташхиси қўйилган ва дислипидемия аниқланган пациентларда артериал босимининг тунги пасайиш даражаси липидлар алмашинувининг бузилиши қайд этилмаган гипертоникларга нисбатан сезиларли камлиги аниқланди.

ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

ПАВЛОВА О.С.¹, ОГУРЦОВА С.Э.², КОРОБКО И.Ю.¹, ЛИВЕНЦЕВА М.М.¹, МРОЧЕК А.Г.¹

¹Республиканский научно-практический центр «Кардиология»;

²Институт биоорганической химии Национальной академии наук Беларуси, г. Минск. Беларусь

Цель исследования. Оценить влияние генетических факторов, связанных с развитием эссенциальной артериальной (АГ), на основе изучения полиморфизма генов I/D ангиотензинпревращающего фермента (ACE), G83A гена ренина (REN), M235T гена ангиотензиногена (AGT), A1166C гена рецепторов 1 типа (AGTR1) и C3123A гена рецепторов 2 типа (AGTR2) к ангиотензину II, C(-344) T гена альдостеронсинтазы (CYP11B2), T58C гена рецепторов брадикинина 2 типа (BKR2), E298D гена эндотелиальной синтазы оксида азота (NOS3), C677T гена метилентетрагид-рофолатредуктазы (MTHFR) по данным проспективного пятилетнего наблюдения.

Материал и методы. Проанализированы результаты повторного клинического обследования 68 участников с нормальным или оптимальным уровнем АД (<129/84 мм рт.ст.), включенных в исследование в 2011–2013 гг. Генотипирование проводилось с использованием метода полимеразной цепной реакции с анализом полиморфизма длин рестрикционных фрагментов. Средний период наблюдения был 5,13±0,06 лет. В указанной группе средний возраст составил 47,8±9,2 года (24 мужчины и 44 женщины).

Результаты. По данным клинического обследования у 17 человек (25,0%) из 68 развилась эссенциальная АГ. Пациенты с АГ отличались от нормотензивных лиц по более высоким исходным показателям индекса массы тела, окружности талии и уровню АД, гендерному признаку (чаще мужской пол) без возрастных различий. Сравнитель-

ный молекулярно-генетический анализ показал, что у пациентов с развившейся АГ в отличие от нормотензивных лиц чаще встречался генотип CC полиморфизма A1166C гена AGTR1 (23,5 и 3,9%; $\chi^2=6,1$; $p<0,05$), как и T-аллель полиморфизма C(-344) T-гена CYP11B2 (61,8 и 40,2%; $\chi^2=4,8$; $p<0,05$). Наличие мутантного CC-генотипа полиморфизма A1166C гена AGTR1 увеличивало относительный риск развития АГ в течение пяти лет в 3,2 раза (ОР=3,18; ДИ=1,51–6,69; $p<0,05$) и мутантного T-аллеля полиморфизма C(-344) T-гена CYP11B2 – в 1,9 раза (ОР=1,93; ДИ=1,05–3,53; $p<0,05$). Сочетанное носительство мутантных аллелей T (M235T) гена AGT и T (C344T) гена CYP11B2, а также мутантных аллелей T (M235T) гена AGT, T (C344T) гена CYP11B2 и C (A1166C) гена AGTR1 было ассоциировано с увеличением относительного риска развития заболевания в течение пяти лет в 3,9 раза (ОР=3,9; ДИ=1,24–12,37; $p<0,01$) и 2,5 раза (ОР=2,5; ДИ=1,13–5,61; $p<0,05$), соответственно.

Заключение. У первоначально нормотензивных лиц пятилетний риск развития эссенциальной АГ взаимосвязан с полиморфизмом A1166C гена AGTR1, C(-344)T гена CYP11B2 и M235T гена AGT. Получены би- и триаллельные комбинации мутантных аллелей изучаемых локусов генов AGT, CYP11B2 и AGTR1, ассоциированные с повышением относительного риска развития заболевания в течение пяти лет в 2,5–3,9 раза, что может свидетельствовать о кумулятивном вкладе полигенного носительства генов-кандидатов в формирование эссенциальной АГ.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА И КОМПЛАЕНС У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ПЕХОТА Н.В., д.м.н., п. Г.Ю.

МОИИ РФ ФГАОУ «ДВФУ» Школа искусств и гуманитарных наук. Россия

Введение (цели/задачи). Актуальность проблемы артериальной гипертензии (АГ) обусловлена распространенностью патологии, высокой инвалидизацией и смертностью от осложнений. В развитых странах распространенность АГ составляет от 25 до 40% среди взрослого населения, причем около 40% пациентов не знают о своем заболевании. Несмотря на доступность эффективных и безопасных антигипертензивных средств

(АГС), АГ и сопутствующие ей факторы риска у большинства пациентов контролируются недостаточно. Именно поэтому эта проблема привлекает внимание социологов. Мы считаем, что необходимо установить достоверные причины, в результате которых у пациентов формируется низкая приверженность к лечению.

Материал и методы. Анализ литературных источников по теме за последние 20 лет.



Результаты. Изучением проблемы комплаенса при лечении АГ занимаются относительно недолго, так как первый гипотензивный препарат был изобретен и введен в практику лечения пациентов в 60-х годах. А изучением причин отказа от лечения стали заниматься с конца 90-х годов. Поэтому знаний, фактов и накопленного опыта не достаточно. Пока к единогласному мнению ученые пришли только по вопросу классификации причин низкой приверженности: инертность врачей и пациента, проблемы организации помощи при хронических заболеваниях. Достоверной связи с каким-то социально-демографическим фактором провести не удалось, данные проведенных исследований разнятся. В большинстве работ показано, что женщины гораздо более привержены к лечению и контролю ГБ, чем мужчины. В то время, как в работе Давыдова, Е.Л.* связи с половой принадлежностью не выявлено совсем. Проблема требует дальнейшего, более глубокого изучения. Статистические данные о распространенности АГ и доле эффек-

тивно леченых пациентов за последние годы не меняются. Несмотря на высокую распространенность АГ и смертность, связанную с ней, частота выявления больных с АГ и достижения целевых уровней АД среди населения остается низкой. Причина этому всему – низкая приверженность пациента к лечению.

Заключение. Необходимо отметить, что низкая приверженность к терапии больных с АГ является следствием взаимодействия комплекса различных социальных и демографических причин. Важно, что наличие у пациента высокого и среднего дохода не показывает себя самостоятельным и независимым предиктором высокой приверженности к лечению. Возможно, что положительное влияние на приверженность больных к лечению оказывает его семейный статус: наличие супруга, детей. Кроме того, вероятно взаимосвязь между уровнем образованности пациента и его приверженностью к лечению.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕНАЛЬНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ПЛАЩИНСКАЯ Л.И., ГОНЧАРИК Д.Б., БАРСУКЕВИЧ В.Ч., ЧАСНОЙТЬ А.Р., РЕБЕКО Е.С., САВЧЕНКО А.А., МРОЧЕК А.Г.

РНПЦ «Кардиология», г. Ташкент. Узбекистан

Введение. Более ранние неконтролируемые исследования по эффективности ренальной денервации (РДН) у пациентов с рефрактерной артериальной гипертензией (РАГ) показали значимое снижение артериального давления (АД), однако эти результаты не были подтверждены в нескольких более поздних исследованиях.

Цель исследования. Оценка эффективности РДН в лечении пациентов с РАГ по результатам годового наблюдения.

Материал и методы. 100 пациентам с РАГ была выполнена ренальная денервация с использованием специализированного катетера первого поколения Symplicity. Перед вмешательством всем пациентам выполнялись спиральная компьютерная томография почечных артерий (ПА). РДН применялась на ПА мощностью 8–10 Вт, температурой 55 °С, 4–8 точек на каждую артерию, по 2 минуты на точку. Процедура завершалась контрольной селективной ангиографией ПА. Конечными точками в оценке стали динамика снижения офисного и среднесуточного (амбулаторного) АД через год после вмешательства. При анализе изменений показателей, оцениваемых в динамике, выполнялся сравнительный анализ зависимых переменных при помощи теста Вилкоксона (Statsoft Statistica (версия 8.0)).

Результаты. Значения офисного систолического АД (САД) и диастолического (ДАД) с исходного 185,4/109,96 мм рт.ст. снизились до 156,3/95,5 мм рт.ст. через 12 месяцев после РДН ($p < 0,001$). Через один год после РДН 25,6% пациентов достигли целевого уровня АД (ниже 140/90 мм рт.ст.) ($p = 0,0001$). Отмечалось достоверное снижение среднесуточного САД с $161,3 \pm 25,9$ мм рт.ст. исходно до $148,1 \pm 21,3$ через 12 месяцев после вмешательства, ДАД – с $94,3 \pm 16,4$ мм рт.ст. до $87,2 \pm 15,9$ мм рт.ст. соответственно ($p < 0,001$). Средние значения дневного и ночного САД и ДАД по данным суточного мониторирования АД (СМАД) на всех этапах наблюдения также достоверно снизились. По данным СМАД отмечалось достоверное снижение временного индекса САД и ДАД на всех сроках наблюдения. Индекс времени для среднесуточного САД снизился на 11% ($p = 0,0009$), для среднесуточного ДАД – на 7,5% ($p = 0,002$). По данным СМАД РДН через год после операции была эффективна у 62,2% пациентов, тогда как по офисному САД – у 85,9%. До вмешательства среднее количество антигипертензивных препаратов, принимаемых пациентами, составило $4,90 \pm 1,16$, к году после вмешательства эта цифра достоверно снизилась и составила $4,45 \pm 1,45$ ($p = 0,006$).

Заключение. Таким образом, РДН является эффективной процедурой, достоверно снижающей офисное и амбулаторное АД у пациентов с РАГ. Процедура РДН показана пациентам с РАГ в до-

полнение к АГТ. Однако главной особенностью является тщательный и обоснованный отбор пациентов с обязательным выполнением СМАД перед вмешательством.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ПУЛАТОВА Ш.Х., ЯХЁЕВА Ф.О., ТОИРОВ И.Р.

РНЦЭМП Бухарского филиала;

Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара. Узбекистан

Цель исследования. Провести исследование качества жизни больных сахарным диабетом 2 с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией при назначении таблетированных сахароснижающих препаратов или инсулинотерапии.

Материал и методы. Изучены истории болезни больных сахарным диабетом 2 типа кардиотерапевтического отделения РНЦЭМП Бухарского филиала в 2016–2018 гг. В исследование включены 50 пациентов (56 % женщин, 44 % мужчин) в возрасте от 46 до 74 лет (средний возраст – $59,6 \pm 7,4$ лет; средний возраст женщин – $60,8 \pm 7,5$ лет, мужчин – $58 \pm 7,1$). Длительность СД – у женщин – $12,5 \pm 7,6$ лет, у мужчин – $10,8 \pm 7,4$ лет. Встречаемость сопутствующих заболеваний была следующей. ИБС – 92,3 %, артериальная гипертензия – 88,4 %, цереброваскулярные заболевания – 86,9 %. Исследование проводилось в двух параллельных сопоставимых по полу и возрасту группах: 1 группа (27 больных): больные, получающие только таблетированную сахароснижающую терапию, 2 группа (23 пациента) – больные, получающие инсулинотерапию, при необходимости – в комбинации с таблетированными препаратами. Качество жизни определялось с использованием опросника «SF-36», анализировались лабораторные и инструментальные методы обследования. 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал, показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100 баллами. При оценке качественных признаков использовался критерий Фишера, оценка количественных признаков осуществлялась с помощью критерия Манна – Уитни. Достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты. Проблема качества жизни больных сахарным диабетом (СД) и сопутствующей сердечно-сосудистой патологией с применением различных видов медикаментозного вмешательства актуальна и малоизучена. У больных СД выявлено значительное снижение качества жизни (47,6 б.). В наибольшей степени отмечает-

ся снижение качества жизни по шкалам «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» (28,2 б.), «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (38,4 б.) и «общее состояние здоровья» (42,7 б.). Выявлены более низкие значения показателей у женщин по сравнению с мужчинами как в физическом компоненте здоровья (34,2 и 52,7 б. соответственно, $p = 0,01$), так и в психическом компоненте здоровья (42,3 и 57,6 б. соответственно, $p = 0,05$). При сравнении женщин разных возрастных групп (до и после 60 лет) не выявлено статистически значимых различий показателей качества жизни (37,7 и 41,9 б.). У мужчин наблюдается тенденция к снижению показателей ФКЗ и ПКЗ после 60 лет (51,8 и 56,9 б. соответственно). С увеличением продолжительности заболевания наблюдается снижение показателей ФКЗ и ПКЗ: при стаже до 10 лет у женщин ФКЗ – 37,6, ПКЗ – 43,4 б., более 10 лет – ФКЗ – 31,2, ПКЗ – 41,3 б.; у мужчин при стаже до 10 лет ФКЗ – 56,6, ПКЗ – 61,3 б., более 10 лет – ФКЗ – 48,0, ПКЗ – 53,2 б. ($p > 0,1$). При 3 степени тяжести заболевания у женщин выявлено снижение показателей ФКЗ и ПКЗ по сравнению со 2 степенью тяжести (48,6 и 29,5 баллов соответственно, $p = 0,03$). У мужчин данной закономерности не выявлено.

При лечении пероральными сахароснижающими препаратами (ПССП) КЖ – 46,6 б. (ФКЗ – 41,2, ПКЗ – 52,1 б.); инсулинотерапия – КЖ – 46,5 б. (ФКЗ – 44,9, ПКЗ – 48,2 б.); инсулинотерапия + ПССП – КЖ – 47,7 б. (ФКЗ – 41,6, ПКЗ – 53,9 баллов); зависимости между видом используемой терапии и качеством жизни пациентов не выявлено.

Выводы. У пациентов с СД 2 типа и заболеваниями сердечно-сосудистой системы выявлено значительное снижение показателей качества жизни, особенно у женщин. Качество жизни не зависит от вида терапии. Оценка качества жизни позволяет добиться улучшения результатов лечения сахарного диабета.



КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННОЙ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА

РАХИМОВА Д.А., САБИРЖАНОВА З.Т.

Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации; Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан

Цель. Изучить параметры качества жизни (КЖ) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), осложненной различной степенью ремоделирования правого желудочка (ПЖ) сердца.

Материал и методы. У 32 больных проведено скрининг-анкетирование по Сизтлскому опроснику. 30 здоровых волонтеров составили контрольную группу (КГ). В зависимости от уровня среднего легочного артериального давления и наличия структурно-функциональных изменений ПЖ все больные распределены на 2 группы: 1-я группа – 15 больных с легочной гипертензией (ЛГ) и 2-я группа – 12 больных с дилатацией ПЖ (ДПЖ).

Результаты исследования. Установлено, что параметры КЖ снижены у всех больных по сравнению с КГ. В КГ физическая деятельность (ФД) составила $5,2 \pm 0,10$ баллов. У больных 1-й группы этот показатель снижен на 45%, во 2-й группе – на 35%. Показатель эмоционального состояния (ЭС) в КГ – $7,3 \pm 0,28$ баллов. В 1-й группе он снижен – на 51,1%, а у больных 2-й группы – на 58%. Профессиональная пригодность лиц КГ – $7,10 \pm 0,33$. Показатели 1-й группы снижены на 59%, а 2-й

группы – на 54%. Удовлетворенность лечением в 1-группе снижена на 65%, во 2-й группе – на 60%. Однако выраженность изменений в указанных группах не однозначна. Так, больные 1-й группы хуже адаптированы к умеренной физической деятельности, и среди них достоверно чаще наблюдались резкое ограничение физической деятельности, затруднения при прогулке. У больных 2-й группы подобные нарушения физической адаптации наблюдались достоверно реже ($P < 0,05$). У больных с ДПЖ выявлен более выраженный эмоциональный дистресс, проявляющийся низкими баллами оценки эмоционального состояния, по сравнению с больными ЛГ. Больные с ДПЖ достоверно чаще испытывали боязнь физической активности, чем больные с ЛГ ($P < 0,03$).

Заключение. У больных хронической обструктивной болезнью легких, осложненной дилатацией ПЖ, отмечается более выраженное снижение качества жизни по эмоциональному состоянию, профессиональной пригодности и удовлетворенности лечением, что необходимо учитывать при проведении реабилитационных мероприятий.

УРОВЕНЬ ОКИСЛЕННЫХ БЕЛКОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ II СТАДИИ У ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

РАХМАНОВА О.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск. Россия

Цель. Изучить изменение уровня окисленных протеинов у пациентов среднего и пожилого возраста, страдающих гипертонической болезнью II стадии.

Материал и методы. Проведено лабораторное обследование 35 пациентов ГБ II стадии АГ 1,2 степени, среднего возраста. Средний возраст – $49,3 \pm 1$ лет. В группу пожилого возраста вошли лица в составе 42 человек, средний возраст – $64,7 \pm 0,7$ года.

В работе использованы следующие методы: белковые фракции в крови исследуемых определялись стандартизованными биохимическими методиками. Степень общего окислительного повреждения биологических молекул определяли методом ИФА сыворотки крови с помощью набора PerOx компании Immundiagnostik AG (Германия), активность супероксиддисмутазы 3 (СОД) с помо-

щью набора Human Superoxide Dismutase 3 компании Abfrontier (Корея). Уровень окислительной модификации белка оценивали с помощью набора AOPP Kit компании Immundiagnostik AG (Германия).

Статистическая обработка полученных результатов, представленных как Ме [25 и 75 процентов], выполнена методами описательной статистики при помощи компьютерных программ BIOSTAT, Statistica 6.0. О достоверности различий между исследуемыми группами судили по критерию Мана – Уитни при $p < 0,05$.

Результаты. Установлено, что степень общего окислительного повреждения биологических молекул достоверно повышалась в группе пациентов пожилого возраста – $182,5 [130; 303]$ мкмоль/л по сравнению с группой п. возраста – $102,91 [61,24; 211]$ мкмоль/л, ($P = 0,00079$).

Уровень общего белка в крови пациентов среднего возраста был достоверно ниже 65 [63; 69] ммоль/л, чем у лиц пожилого возраста, страдающих АГ, – 71 [64; 74] ммоль/л ($P=0,017$). Концентрация глобулинов достоверно выше в группе пожилого возраста 26,7 [23,1; 29,3] г/л по сравнению с лицами среднего возраста 21,6 [20,3; 24,3] г/л, ($P=0,00007$). Уровень альбуминов крови достоверно не изменялся с возрастом.

Концентрация окислительной модификации белка в группе пациентов среднего возраста значительно выше – 28,72 [18,31; 37,07] мкмоль/л по сравнению с лицами пожилой возрастной группы – 14,705 [13,25; 22,87] мкмоль/л ($P=0,00005$).

Заключение. У пациентов, страдающих ГБ II стадии, регистрируется возрастзависимый статистически значимый рост общей окислительной активности сыворотки крови, что свидетельствует об усилении окислительного стресса в группе людей пожилого возраста по сравнению с группой среднего возраста. Одновременно с этим возрастом снижается уровень окислительной модификации белковых молекул параллельно с увеличением содержания в сыворотке крови общего белка и глобулинов, что вероятно, указывает на участие в процессе окисления протеинов других белковых фракций.

СИГНАЛИНГ В РЕГУЛЯЦИИ СОСТОЯНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНО-ТКАННОГО МАТРИКСА МИОКАРДА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

САВИЧ В.В.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России г. Курск. Россия

Цель. Оценка значимости сигнальных молекул в развитии интерстициального фиброза миокарда при различных типах ремоделирования у пожилых женщин, страдающих артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы исследования. Обследованы 30 женщин ($66\pm 0,7$ года) с АГ II стадии, с длительностью заболевания – $17\pm 1,06$ года и 30 женщин пожилого возраста с нормальным АД. Миокардиальную дисфункцию диагностировали эхо- и доплерокардиографически, интенсивность фиброобразования миокарда по объемной фракции коллагена (ОФИК, %) с помощью методики Shirani J. et al. (1992). Исследована ферментативная активность галектина-3 (Г-3), трансформирующего фактора роста- $\beta 1$ (ТФР- $\beta 1$), коллагена-1 типа, и регулирующих его энзимов – матриксной металло-протеиназы-1 (ММП-1) и ее тканевого ингибитора (ТИМП-1). Статистический анализ полученных результатов, представленных как $M\pm m$, проведен в программах MS Excel (2007) и Statistica 8.0.

Результаты исследования. У гипертензивных пациенток установлены достоверные признаки трансформации левого желудочка: ТЗСЛЖ $11,9\pm 0,17$; $9,7\pm 0,16$ мм ($p<0,001$); ТМЖП – $12,7\pm 0,2$; $9,43\pm 0,1$ мм ($p<0,001$), свидетельствующие о гипертрофических процессах сердца. Следует отметить увеличение ММЛЖ – $273,7\pm 10,1$; $226,85\pm 5,9$ г ($p<0,001$) у пациентов обеих групп, позволяющее сделать вывод об инволютивных изменениях, хотя у гипертензивных лиц масса миокарда достоверно превышала таковой нормотензивных женщин. Их ОФИК – $9,04\pm 0,5\%$ превышал данный показатель в группе сравнения – $5,7\pm 0,4\%$ ($p<0,001$). Преобладающим вариантом ремоделирования у лиц группы сравнения признана нормальная геометрия ЛЖ (63,3%). Среди пациентов основной группы преоб-

ладала концентрическая гипертрофия ЛЖ – 86,6%, в 3,4% отмечалась эксцентрическая гипертрофия ЛЖ и в 10% – концентрическое ремоделирование, нормальная геометрия сердца не выявлена.

У больных АГ найдено повышение активности ТФР- $\beta 1$ ($2103,4\pm 57,6$ пг/мл; $879,7\pm 21,89$ пг/мл), галектина-3 ($5,98\pm 0,2$ нг/мл; $2,8\pm 0,06$ нг/мл) и концентрации коллагена-1 типа до $202,3\pm 13,8$ нг/мл по сравнению с показателем нормотензивных лиц – $164,1\pm 3,6$ нг/мл ($p<0,001$). В регуляции метаболизма коллагена также принимал участие представитель семейства пептидов, обладающий коллагенолитической активностью – ММП-1. Его концентрация в группе больных АГ составила $0,510\pm 0,03$ нг/мл, что в 3,5 раза превышало активность указанного энзима у нормотензивных лиц. Прогрессирование коллагенолиза сдерживалось эффектами ТИМП-1, повышение содержания которого слегка подавляло коллагенодеградацию, увеличивая его концентрацию до $155,1\pm 3,8$ нг/мл, что достоверно превосходило аналогичный показатель в группе сравнения. Индекс коллагенодеградации – соотношение ММП-1/ТИМП-1 у нормотензивных лиц в 3 раза превышал аналогичный показатель женщин с АГ – $0,003\pm 0,0001$ у.е. ($p<0,001$), свидетельствуя о преобладании коллагеносинтеза.

Содержание концентрации коллагена-1 типа в сыворотке коррелировало с показателем ОФИК ($r=0,4$, $p<0,05$), отражая его роль в формировании миокардиального фиброза.

Заключение. Установленный дисбаланс активности регуляторных сигнальных молекул, ведущий к преобладанию коллагеногенеза над коллагенодеградацией, может считаться универсальным патогенетическим механизмом фиброобразования интерстициального матрикса миокарда при АГ.



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦЕРЕБРОЛИЗИНА В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ УМЕРЕННЫХ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

САЛИМОВА Н.Р., ПИРНАЗАРОВ М.М., НИКИШИН А.Г., АБДУЛЛАЕВА С.Я., ХАСАНОВА Н.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии; Лаборатория острого инфаркта миокарда, г. Ташкент. Узбекистан

Цель. Изучить эффективность церебролизина у больных ИБС при наличии умеренных психоэмоциональных и когнитивных расстройств после операции аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Материал и методы. Обследованы 50 больных (средний возраст – $58,5 \pm 9,5$ лет), перенесших АКШ с послеоперационными психоэмоциональными и когнитивными расстройствами умеренной степени выраженности. Психодиагностические исследования и тестирование по шкале MMSE осуществлялись на 10-й и 40-й дни после АКШ при стабильном соматическом состоянии. Исходно у всех пациентов по результатам беседы-интервью (регулярно), шкалам Спилбергера – Ханина, Цунга и MMSE диагностированы умеренные тревожно-депрессивные и когнитивные расстройства (УТДР и УКР). Все больные получали базисную терапию ИБС согласно современным стандартам. Методом случайной выборки больные были разделены на 2 группы: основную группу составили 25 больных, получавших церебролизин в дозе 10 мл внутривенно, капельно, ежедневно №15, группу сравнения – 25 больных на фоне базисной терапии. Критерием хорошего терапевтического эффекта считали клиническое улучшение самочувствия, настроения, памяти и внимания по результатам самооценки пациентов и беседы-интервью, а также редукцию тревоги и депрессии по использованным шкалам на более чем 50% и достоверное улучшение когнитивных функций по шкале MMSE.

Результаты. Сравнительный анализ полученных результатов показал, что в обеих группах по

данным самооценки пациентов и беседы-интервью отмечалась некоторая спонтанная (условно) положительная динамика нервно-психического статуса в первую неделю наблюдения в прямой связи со степенью стабилизации соматического состояния и показателей гемодинамики. Однако за пределами этого срока и при исследовании на 40-е сутки после АКШ в основной группе достоверный регресс УТДР и УКР отмечен у 31 пациента, уменьшение степени их выраженности – 14 пациентов, а в целом улучшение нервно-психического статуса достигнуто у 47 (94%) пациентов ($P < 0,05$). В то же время в группе сравнения регресс УТДР выявлен у 10, уменьшение степени его выраженности – у 9 пациентов, УКР сохранялись у 33 пациентов ($P < 0,05$), т.е. в описываемой группе начали формироваться отсроченные психоэмоциональные и когнитивные расстройства более чем в 60% случаев. Они, как известно, являются прогностически неблагоприятными в отношении влияния на все показатели качества жизни и социализацию пациентов после АКШ.

Выводы. Таким образом, у больных ИБС с послеоперационными умеренными психоэмоциональными и когнитивными расстройствами церебролизин оказывал достоверно положительное влияние на динамику психологического состояния с регрессом тревоги и депрессии и уменьшением когнитивного дефицита, предупреждая тем самым формирование прогностически неблагоприятных стойких отсроченных психоэмоциональных и когнитивных расстройств после АКШ.

АНАЛИЗ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У РАБОТНИКОВ РЖД С ДИАГНОЗОМ ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

СИНЦОВА С.В.

ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет. Россия

Цель работы. Анализ суточного мониторингирования артериального давления у работников ОАО «РЖД» с диагнозом гипертоническая болезнь и прогнозирование риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

Материал и методы. Нами были изучены 114 историй болезней пациентов, находившихся на госпитализации в кардиологическом отделении НУЗ

«Отделенческая клиническая больница на станции Киров ОАО «РЖД» с диагнозом гипертоническая болезнь (ГБ) в 2018 г. Все пациенты являются работниками ОАО «РЖД». Возраст – от 22 до 66 лет. Средний возраст больных составил 46,3 г. Всем больным было проведено суточное мониторирование артериального давления в условиях естественного двигательного режима. Из них 71%

принимали препараты, стабилизирующие артериальное давление, без медикаментозной терапии – 29 %. Преобладали пациенты со второй стадией ГБ, составив 71 % и 2 степенью ГБ – 69 %.

Результаты. При анализе суточного профиля артериального давления по данным суточного мониторирования АД (СМАД) по систолическому артериальному давлению было выявлено, что у 47 % обследуемых, работающих в ОАО «РЖД», нарушен суточный профиль по систолическому артериальному давлению. По результатам СМАД: 55 % – «дипперы», 32 % – «нондипперы», 13 % – «гипердипперы», 2 % – «найтпикеры». У 89 (78 %) пациентов было выявлено повышение показателей скорости и/или величины утреннего подъема АД. Из них 28 человек (31 %) не принимают гипотензивных препаратов, а 61 человек (69 %) – находятся на поддерживающей терапии. В связи с полученными результатами мы проанализировали режим приема гипотензивных препаратов. 44 пациента (72 %) принимают лекарства только утром, 17 пациентов (28 %) – утром и вечером. Соответственно, пациенты, не получающие гипотензивную терапию (31 %), нуждаются в назначении гипотензивных препаратов; пациенты, получающие терапию, нуждаются в коррекции лечения. Мы проследили зависимость нарушения суточного профиля по СМАД от характера работы. Для этого мы разделили профессии на 2 группы: со сменным графиком (суточная работа и работа в ночное время) и дневным графиком. К первой группе относятся пациенты следующих профессий – машинист, помощник машиниста, монтер пути, дежурный, слесарь, проводник, диспетчер, нарядчик локомотивных бригад, приемосдатчик груза и багажа, электромеханик. Ко второй группе – начальник ж/д станции, зам.начальника, инженер, главный специ-

алист. В 1 группе нарушения СМАД были зарегистрированы у 55 человек (43,9 %), во 2 группе – у 4 человек (25 %). При сравнении полученных результатов по критерию Хи-квадрат Пирсона мы получили следующие результаты. Критерий $\chi^2=5,34$ ($p<0,05$). Это значит, что зависимость частоты случаев нарушения показателей СМАД от графика работы статистически значима. Анализ показал, что большинство пациентов – 98 (86 %) – относятся к первой группе. Таким образом, суточный профиль по САД нарушен у 55 (43,9 %) пациентов среди тех, кто работает в ночное время. Но среди «дипперов», работающих в ночное время, у 45 человек (82 %) по результатам СМАД было выявлено повышение показателей утренней динамики. Эти результаты говорят о том, что риск развития гипертонической болезни у людей, работающих в ночь, чрезвычайно высок.

Заключение. 1. У 89 (78 %) пациентов было выявлено повышение показателей скорости и величины утреннего подъема АД. Такие показатели требуют коррекции проводимой терапии. 2. Отклонения от нормы по результатам измерений суточного профиля по СМАД были выявлены у 47,4 % больных. Они входят в группу повышенного риска развития следующих осложнений: ишемический инсульт («гипердипперы»), геморрагический инсульт, гипертрофия левого желудочка, микроальбуминурия, лакунарный инсульт («нондипперы»), а также развитие сердечной и почечной недостаточности («найтпикеры»). 3. У 43,8 % людей, работающих в ночь, нарушен суточный профиль, а у 56,2 % в процессе измерения СМАД регистрируется «диппер», но среди них у 82 % людей все же выявлены отдельные нарушения (повышены показатели утренней динамики).

КОРРЕКЦИЯ АГРЕГАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ОСНОВНЫХ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И СТАТИНЫ

СКОРЯТИНА И.А., МЕДВЕДЕВ И.Н.

Российский государственный социальный университет. г. Москва. Россия

Введение. Наличие у больного одновременно артериальной гипертензии (АГ) и дислипидемии (Д) приводит к существенным функционально-структурным нарушениям всех его форменных элементов крови. Ввиду того, что серьезную роль в лечении больных АГ с Д играют немедикаментозное лечение и статины, вызывает большой интерес оценка их влияния на агрегацию форменных элементов крови.

Цель работы. Определить возможности сочетанного воздействия симвастатина и немеди-

каментозной терапии на агрегационные свойства форменных элементов крови у больных АГ с Д.

Материал и методы. Исследование выполнено на 55 больных АГ 1–2 степени, риск 3 с дислипидемией IIb типа, среднего возраста. Группа контроля представлена 26 здоровыми людьми аналогичного возраста. Обследование включало гематологические и статистические методы. Всем больным назначались гиполипидемическая диета, дозированные физические нагрузки и симвастатин 20 мг на ночь. Регистрация показателей проводи-



лась в исходе, через 6, 12, 18, 52 и 104 недели терапии.

Результаты. У всех больных отмечена исходно высокая агрегация эритроцитов, тромбоцитов и нейтрофилов. Уже через 6 нед. лечения достигнута быстрая нормализация способности эритроцитов к агрегации, о чем судили по понижению до уровня контроля суммарного количества эритроцитов в агрегате, количества самих агрегатов и количества свободных эритроцитов. Через 12 нед. лечения у наблюдаемых пациентов отмечена нормализация агрегации тромбоцитов (АТ) – наиболее активным индуктором был коллаген ($33,1 \pm 0,14$ с). Второе место по скорости развития АТ принадлежало АДФ. Чуть позднее возникала АТ с ристомиином и H_2O_2 , еще позднее с тромбином и адреналином. К 12 нед. наблюдения это

сопровождалось постепенным сокращением числа свободно перемещающихся в крови тромбоцитарных агрегатов на фоне уменьшения включения в них тромбоцитов, достигавших уровня показателей контроля. Применение комплексной терапии привело у пациентов через 12 нед. к быстрому ослаблению исходно высокой агрегации нейтрофилов со всеми примененными индукторами: агрегация с лектином снизилась на 58,3%, с конканавалином А – на 35,4%, с фитогемагглютином – на 37,2% и достигла уровня контроля.

Заключение. Таким образом, применение у лиц с АГ и Д симвастатина в сочетании с немедикаментозным воздействием обеспечивает нормализацию агрегации эритроцитов за 6 нед., а тромбоцитов и нейтрофилов за 12 нед. терапии.

АНТИАГРЕГАЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ СТЕНКИ СОСУДОВ НАД ФОРМЕННЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

СКОРЯТИНА И.А., МЕДВЕДЕВ И.Н.

Российский государственный социальный университет, г. Москва. Россия

Цель. Установить особенности антиагрегационного контроля сосудов над клетками крови у больных АГ с Д.

Материал и методы. Обследованы 380 больных артериальной гипертонией (АГ) 1–2 степени, риск 4 с дислипидемией (Д) IIb типа, среднего возраста ($53,4 \pm 1,9$ года). Контроль представлен 26 здоровыми людьми аналогичного возраста. Обследование включало гематологические и статистические методы.

Результаты исследования. В крови пациентов отмечено повышение уровней общих липидов и общего холестерина (ХС), превышающих значения контроля в 1,6 и 1,3 раза, соответственно, при одновременном понижении общих фосфолипидов (ОФЛ) плазмы в 2,3 раза. У пациентов отмечена выраженная активация перекисного окисления липидов (ПОЛ) плазмы – содержание в ней ацилгидроперекисной превышало контроль в 2,25 раза, тиобарбитуровая кислота-активных продуктов – в 1,45 раза, сопровождаясь подавлением АОА плазмы в 1,38 раза. У наблюдаемых пациентов отмечено достоверное увеличение ХС в мембранах форменных элементов крови, сопровождающееся уменьшением в них ОФЛ и активацией ПОЛ за счет ослабления антиоксидантной защиты всех учитываемых клеток крови. В крови взятых в исследование больных зарегистрировано достоверное усиление агрегации эритроцитов: повышен уровень их суммарного вовлечения в агрегаты (на 64,9%), увеличение количества самих агрегатов (на 46,7%) при уменьшении на 57,8% свободно

перемещающихся красных кровяных телец. У лиц АГ с Д выявлено выраженное сокращение времени развития агрегация тромбоцитов (АТ) с отдельными индукторами и их сочетаниями. Наиболее стремительно АТ возникала под действием коллагена, чуть позже с АДФ, еще позднее с ристомиином, тромбином и адреналином. Процесс АТ с сочетаниями индукторов так же был достоверно ускорен. При этом число свободно циркулирующих в крови больных тромбоцитарных агрегатов различного размера и степень вовлеченности в них тромбоцитов у лиц с АГ и Д достоверно превышали значения контроля. У всех пациентов агрегация нейтрофилов со всеми испытанными индукторами возникала раньше, чем в контроле. На фоне временной венозной окклюзии у больных суммарное количество эритроцитов в агрегатах превышало контроль на 76,9%, число этих агрегатов было увеличено на 51,4%, сопровождаясь уменьшением количества свободных эритроцитов на 67,9%. У всех пациентов отмечено понижение индекса антиагрегационной активности сосудистой стенки с отдельными агонистами и с их сочетаниями, сочетающееся с увеличением на фоне временной венозной окклюзии содержания в крови больных количества тромбоцитарных агрегатов различных размеров и излишней вовлеченности в них тромбоцитов. В пробе с временной венозной окклюзией у пациентов отмечена выраженная избыточность агрегации нейтрофилов, превышающая контроль со всеми испытанными индукторами (с лектином – на 82,2%, с конканавалином А – на

57,3%, с фитогемагглютинином – на 61,8%), обусловив депрессию индекса торможения сосудистой стенкой агрегации нейтрофилов для лектина – на 18,9%, для конканавалина А – на 19,6%, для фитогемагглютинина – на 14,4%.

Заключение. В условиях сочетания АГ с Д отмечается ослабление антиоксидантной защиты

плазмы с активацией в ней процессов ПОЛ, приводящих к альтерации сосудистой стенки. Для лиц с АГ и Д характерно выраженное ослабление дезагрегирующего контроля со стороны сосудистой стенки над усиливающейся агрегационной способностью эритроцитов, тромбоцитов и нейтрофилов.

ТРЕВОЖНОСТЬ КАК ПРЕДИКТОР ПОВЫШЕНИЯ ВЯЗКОСТИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ

СМИРНОВА М.Д., СВИРИДА О.Н., ВИЦЕНЯ М.В., ФОФАНОВА Т.В., БЛАНКОВА З.Н., АГЕЕВА Н.В., АГЕЕВ Ф.Т.

ФГБУ НМИЦ Кардиологии МЗ РФ, г. Москва. Россия

Введение (цели/задачи). Выявить факторы, влияющие на вязкость крови у больных артериальной гипертонией, получающих эффективную терапию.

Материал и методы. В исследование были включены 58 больных артериальной гипертонией (АГ) на адекватной гипотензивной терапии с достижением целевых значений АД на момент включения в исследование. Систолическое артериальное давление (САД) составляло 130,9 (126,6; 135,4), диастолическое (ДАД) – 81,4 (79,7; 83,1) мм рт.ст. В исследование вошли 24 мужчины (40,0%) и 36 женщин (60,0%). Средний возраст больных составлял 62,9±9,7 лет, ИБС была выявлена у 24 человек (40%). Доля больных с сахарным диабетом 2 типа (СД2 типа) составила 10%. Средний уровень холестерина (ХС) 5,11 (4,76; 5,46) ммоль/л, креатинина – 71,83±12,6 ммоль/л, натрия – 143,4 (143,0; 143,9) ммоль/л, глюкозы – 5,17 (4,88; 5,47) ммоль/л. 71,7% больных принимали бета-блокаторы, 46,7% – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), 31,7% – блокаторы рецепторов к ангиотензину II, 38,3% – антагонисты кальциевых каналов, 18,3% – диуретики, 71,3% – статины, 60% – ацетилсалициловую кислоту. Уровень тревоги определялся по шкале Шихана и составлял 33,7 (23,1; 39,2) баллов при норме менее 20 баллов. Вязкость крови оценивалась на вискозиметре Low-Shear 30 (Швейцария). Оценивались: η_1 – вязкость крови при высоких скоростях сдвига (128,5 с⁻¹), характеризующая текучесть крови в артериях; η_2 – вязкость крови при низких скоростях сдвига (0,95 с⁻¹), определяющая вязкость крови в микроциркуляторном и венозном русле; η_2/η_1 – отношение, характеризующее устойчивость эритроцитарных агрегатов в сдвиговом потоке; η_{pl} – вязкость плазмы.

Результаты. По результатам исследования показатели вязкости крови составили: η_1 4,7 (4,7; 5,0)

с-1, η_2 24,6 (23,5; 26,5) с-1, η_2/η_1 5,4 (4,9; 5,3), η_{pl} 1,52 (1,51; 1,55) с-1. Вязкость крови у мужчин была выше, чем у женщин по всем изучаемым параметрам, кроме вязкости плазмы: η_1 5,4 (5,1; 5,7) с-1 у мужчин vs 4,6 (4,6; 5,0) с-1 у женщин ($p < 0,001$), η_2 28,6 (26,0; 31,9) с-1 и 23,0 (21,6; 25,8) с-1 ($p = 0,004$), η_2/η_1 – 5,3 (5,1; 5,6) и 4,9 (4,7; 5,2) ($p = 0,03$) соответственно, η_{pl} достоверно не различалась: (1,56 (1,45; 1,93) с-1 vs 1,56 (1,51; 1,60), η_1 коррелировала с ростом пациентов ($r = 0,468$, $p = 0,001$), η_2 – с концентрацией креатинина ($r = 0,551$, $p = 0,001$) и натрия ($r = 0,488$, $p < 0,001$). Соотношение η_2/η_1 положительно коррелировало с концентрацией креатинина ($r = 0,383$, $p = 0,04$) и натрия ($r = 0,543$, $p = 0,0001$), а так же с уровнем тревожности ($r = 0,374$, $p = 0,01$). По данным многофакторного пошагового регрессионного анализа только уровень тревожности показал себя независимым предиктором величины η_2/η_1 в модели, включающей пол, возраст, концентрацию креатинина, натрия и уровень тревожности ($\beta = 0,501$, $p < 0,05$). У больных, принимающих ИАПФ, η_2/η_1 было выше, чем у больных, не принимающих эти препараты (5,3 (4,6; 5,2) и 5,0 (5,0; 5,5), $p = 0,04$). Однако при многофакторном анализе прием препаратов терял свое прогностическое значение (в моделях, включающих пол, возраст, рост, креатинин, натрий). Не выявлено влияния уровня ОХС, глюкозы, наличия ИБС и СД2 на вязкость крови.

Заключение. Вязкость крови у больных АГ зависела от уровня креатинина и натрия плазмы, степени тревожности пациентов. Вязкость была выше у мужчин и у больных, принимающих ИАПФ. Однако только уровень тревожности, косвенно отражающий активность симпатoadренальной системы, показал себя независимым предиктором более высокого значения η_2/η_1 .



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕПРЕРЫВНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ПОСТПРАНДИАЛЬНОЙ ГЛИКЕМИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ КОРРЕКЦИИ ВЕСА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

СОЛОВЬЕВА К.В., БАЗЫЛЕВ В.В., БАБКИНА И.А., СОЛОВЬЕВ В.В.

ФГБУ «ФЦССХ Минздрава России», г. Пенза. Россия

Введение. В развитых странах воздействие неблагоприятных внешних факторов в сочетании с неправильной структурой питания привело к увеличению числа людей, страдающих метаболическим синдромом. Поддержание нормального уровня глюкозы в крови считается ключевым для предотвращения и контроля над метаболическим синдромом. Диетическое питание является определяющим фактором уровней глюкозы в крови, и, таким образом, для достижения нормальных уровней глюкозы необходимо выбирать продукты питания, которые вызывают нормальные гликемические реакции после приема пищи.

Цель работы. Разработка методики применения непрерывного мониторинга постпрандиальной гликемии (НМППГ) для индивидуального подбора меню в клинической практике коррекции веса у пациентов с метаболическим синдромом. Для достижения цели были решены следующие задачи: разработаны алгоритмы преобразования исходной информации НМППГ и вычисления параметров вариабельности постпрандиальных гликемических реакций (ВППГР); разработаны рекомендации по информационной обработке параметров и характеристик вариабельности ППГР с целью подбора продуктов при составлении индивидуальных меню.

Материал и методы. В исследовании принял участие 21 пациент, из них 52,4% (11) женщин и 47,6% (10) мужчин, в возрасте от 17 до 57 лет (средний возраст – 38 лет). В зависимости от показателя индекса массы тела (ИМТ) все пациенты были разделены на 2 подгруппы: 1 подгруппа – пациенты с избыточным весом (ИМТ > 25 кг/м², ОТ у мужчин > 94 см, у женщин > 80 см); 2 подгруппа – пациенты с ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м²). В 1 подгруппе – 11 пациентов с ИМТ 27,8 ± 1,06 кг/м² (52,4%), во 2 подгруппе – 10 пациентов с ИМТ 33,2 ± 1,99 кг/м² (47,6%). Каждый участник был подключен к системе мониторинга глюкозы в режиме реального времени (Medtronic REAL-TimeMMT 722), измеряющей глюкозу крови в течение 7 полных дней («неделя связи») с помощью подкожных датчиков. Все пациенты получали стандартизированные блюда и продукты, содержащие в себе 20–40 г углеводов, и имеющие один доминирующий пищевой компонент, содержание углеводов в котором превышало 50% содержания углеводов в других продуктах данного приема пищи. Питание осуществлялось каждые 2 часа с 6.00 до 22.00 с непрерывным мониторингом глюкозы крови. В качестве эталона использовалась нагрузка с 50 граммами безводной глюкозы. Традиционный график непрерывного мониторинга гликемии давал наглядное общее представление о значениях и колебании

гликемии у конкретного пациента в каждой точке измерения, т.е. с интервалами 5 мин в течение суток. Для анализа и исследования параметров вариабельности ППГР использовался преобразованный график с данными, уменьшенными на величину минимального значения, зафиксированного в течение суточного мониторинга. Применяемый нами подход к составлению индивидуальных меню был основан на достижении индивидуальных целевых значений предикторов (экстремумов гликемического профиля, площади под огибающей кривой и интегралов аппроксимирующей функции) на интервалах между приемами пищи. Интервалы между парами выбранных моментов гликемического профиля аппроксимировали функциями, используемыми в моделях регуляции углеводного обмена. Для составления меню в качестве основного предиктора методом трапеций рассчитывались площадь под огибающей или интеграл аппроксимирующей функции на интервале между двумя смежными минимумами дневного профиля. На основе проведенного анализа полученной индивидуальной вариабельности ППГР и индивидуальных данных (масса тела, рост, возраст, наличие заболеваний, аллергий, медикаментозной нагрузки и т.п.) всем пациентам были составлены индивидуальные меню на неделю. Диета включала блюда, которые при анализе индивидуальных ППГР дали низкие результаты, т.е. «хорошие» блюда.

Результаты. В течение нашего исследования были получены результаты вариабельности ППГР на 189 приемов пищи, которые сильно варьировали у разных людей, причем для каждого типа пищи имелись как низкие, так и высокие реакции. Результаты нашего исследования продемонстрировали высокую межличностную изменчивость в ППГР на один и тот же продукт. Через неделю после диеты с использованием индивидуально подобранных «хороших» продуктов у всех пациентов отмечалось снижение веса. В 1 подгруппе пациентов в среднем на 2,49 кг (минимально на 1 кг; максимум – 3,4 кг); во 2 подгруппе пациентов – в среднем на 1,57 кг (минимально на 700 гр; максимум – 3 кг).

Заключение. Оценка вариабельности постпрандиальных гликемических реакций с использованием системы непрерывного мониторинга гликемии является перспективным подходом к поиску предикторов коррекции веса у пациентов с метаболическим синдромом. Вероятно, уменьшение значений параметров ППГР можно рассматривать как одну из терапевтических целей при коррекции веса у пациентов с метаболическим синдромом.

РОЛЬ ВОСПАЛЕНИЯ И АУТОФАГИИ В СОСТАВЕ МЕЗЕНХИМНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК ПОДКОЖНОЙ ЖИРОВОЙ ТКАНИ В РАЗВИТИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА ФОНЕ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ

СТАФЕЕВ Ю.С.^{1,3}, МИЧУРИНА С.С.^{1,2}, ПОДКУЙЧЕНКО Н.В.^{1,2}, СКЛЯНИК И.А.³, ПАНЕВИНА А.С.³, ШЕСТАКОВА Е.С.,³ ЯХЪЯЕВ К.А.⁴, ВОРОТНИКОВ А.В.^{1,2}, МЕНЬШИКОВ М.Ю.¹, ЯШКОВ Ю.И.⁵, ШЕСТАКОВА М.В.³, ПАРФЕНОВА Е.В.^{1,2}

¹ФГБУ НМИЦ кардиологии МЗ РФ; ²МГУ им. М.В. Ломоносова; ³Эндокринологический научный центр МЗ РФ; ⁴ЦКБ №1 ОАО РЖД; ⁵ФГБУ НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, г. Москва. Россия

Введение. Ожирение и метаболические нарушения в настоящее время представляют собой важнейшую проблему современной медицины. Ожирение по различным клеточным механизмам способно приводить к развитию латентного воспаления и инсулиновой резистентности жировой ткани с последующим развитием сахарного диабета 2 типа (СД2Т). Тем не менее, среди пациентов с ожирением встречается не так много пациентов, страдающих СД2Т.

Цель работы. Сравнить уровни воспаления и аутофагии в составе жировой ткани и мезенхимных стромальных клеток (МСК ЖТ) пациентов с ожирением и наличием/отсутствием СД2Т.

Материал и методы. В исследование были включены 2 группы пациентов с ожирением и наличием/отсутствием СД2Т (N=14). Всем пациентам проводили анализ углеводного метаболизма (уровень глюкозы натощак, уровень гликированного гемоглобина, оценка HOMA-IR индекса и М-индекса). Затем производили забор жировой ткани пациентов в ходе бариатрической операции с последующим формированием коллекции гистологических образцов и коллекции линий МСК ЖТ. Уровень воспаления и аутофагии оценивали с помощью иммунофлуоресцентного окрашивания маркера макрофагов CD68 и маркера аутофагии LC3 в срезах жировой ткани, а также с помощью

иммуноблоттинга лизатов МСК ЖТ на фосфорилированную форму воспалительной киназы JNK и маркеры аутофагии p62 и LC3. Анализ изображений выполняли с помощью программы ImageJ, статистическую обработку данных проводили в программе STATISTICA 8.0.

Результаты. При анализе гистологической картины срезов подкожной жировой ткани пациентов с ожирением и СД2Т выявлена более выраженная инфильтрация жировой ткани макрофагами по сравнению с жировой тканью пациентов с ожирением. Уровень аутофагии в составе жировой ткани пациентов с ожирением и наличием/отсутствием СД2Т был примерно одинаков. Анализ активации фосфорилирования T183/Y185 киназы JNK показал, что воспалительная киназа JNK в 2–3 раза более активна в составе МСК ЖТ пациентов с ожирением и СД2Т по сравнению с пациентами с ожирением. Уровень аутофагии, определяемый по экспрессии маркеров p62 и LC3, оказался существенно понижен у пациентов с СД2Т по сравнению с пациентами с ожирением.

Заключение. Полученные результаты указывают на важную роль резидентных прогениторных клеток жировой ткани в развитии СД2Т. По-видимому, регуляция аутофагии и воспаления является перспективным направлением для поиска новых подходов к терапии СД2Т.

ВОЗМОЖНОСТИ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

СУДЖАЕВА О.А.

Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск. Беларусь

Цель исследования. Оценить возможности достижения целевого уровня артериального давления (АД) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и коморбидной патологией с использованием фиксированной комбинации периндоприл/амлодипин/индапамид.

Материал и методы. Обследован 231 амбулаторный пациент с АГ I–III степени в возрасте от 26 до 88 лет (в среднем 60,7±10,6 лет). Длительность АГ составляла от 1 до 50 лет (в среднем 13,4±8,0 лет). При включении в исследование 131 (57%) пациент имел сопутствующие заболевания: стабильную стенокардию напряжения – 27 (12%) паци-



ентов, ИБС с нарушениями ритма – 14 (6%), простинфарктный кардиосклероз – 16 (7%) пациентов, у 2 проведена реваскуляризация миокарда; нарушения мозгового кровообращения/инфаркт мозга перенесли 10 (4%) пациентов; сахарный диабет (СД) 2 типа имел 51 (22%) пациент, СД 1 типа – 2 обследованных, у 2 пациентов имелся метаболический синдром (МС), у 7 – ожирение 3 степени. В исследовании использовалась фиксированная комбинация периндоприл/амлодипин/индапамид (Ко-Амлесса, КРКА, Словения). За целевой уровень АД принимали значение систолического артериального давления (САД) < 140 мм рт.ст. и значение диастолического артериального давления (ДАД) < 90 мм рт.ст. Статистический анализ данных выполнен в программе Statistica 7.0. Данные представлены в виде $M \pm SD$.

Результаты и обсуждение. Исходно 224 из 231 пациента уже получали антигипертензивное лечение. Число принимаемых препаратов составляло от 1 до 6 (в среднем $2,6 \pm 1,1$). Тройную комбинацию принимали 92 (40%) из 231 обследованного, 62 (27%) принимали 2 лекарственных средства, 25 (11%) пациентов получали монотерапию, еще 45 (19%) пациентов получали ≥ 4 антигипертензивных препарата. У 167 (72%) из 231 из включенных в исследование были назначены ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, у 154 (67%) – антагонисты ионов кальция, у 15 (68%) – диуретики, у 92 (40%) – другие препараты (бета-адреноблокаторы – у 91 пациента, антагонисты рецепторов ангиотензина II – у 17, моксонидин – у 25, альфа-адреноблокатор получал 1 пациент). Тем не

менее, исходно целевой уровень АД имели лишь 22 (10%) из 231 включенных в исследование. Среднее АД исходно составило: САД – $160,2 \pm 13,5$ мм рт.ст., ДАД $93,3 \pm 8,7$ – мм рт.ст. Через 4 недели значение САД в среднем по группе достоверно снизилось до $135,1 \pm 11,7$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), выявлена тенденция к уменьшению ДАД ($p > 0,05$). Целевой уровень АД достигли 183 (79%) пациента. При дифференцированном анализе установлено, что у лиц, не достигших целевого уровня АД, САД исходно составило $175,4 \pm 9,9$ мм рт.ст., т.е. было выше, чем в среднем по группе – $160,2 \pm 13,5$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). Среднее ДАД существенно не отличалось от среднего по группе ($p > 0,05$). Несмотря на отсутствие достижения целевого уровня АД, через 4 недели в данной группе более тяжелых пациентов зарегистрировано уменьшение уровня как САД, так и ДАД – до $159,2 \pm 9,8$ ($p < 0,05$) и $88,8 \pm 7,3$ мм рт.ст. ($p > 0,05$) соответственно. Относительное снижение САД составило в среднем $16,2 \pm 13,9$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), снижение ДАД – $2,8 \pm 9,4$ мм рт.ст. ($p > 0,05$). Отмены препарата из-за плохой переносимости или развития побочных эффектов не наблюдалось.

Выводы. Назначение фиксированной комбинации периндоприл/амлодипин/индапамид позволило достичь через 4 недели целевого уровня АД у 79% лиц с АГ, имевших коморбидные заболевания и не достигших целевого уровня АД на фоне предшествовавшей антигипертензивной терапии с использованием от 1 до 6 (в среднем $2,6 \pm 1,1$) лекарственных средства.

ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ И ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ТАШТЕМИРОВА И.М., ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А., КОДИРОВА Г.И., УЗБЕКОВА Н.Р.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Цель работы. Изучение функциональной активности симпатико-адреналовой системы и процессов перекисного окисления липидов у женщин фертильного возраста с метаболическим синдромом.

Материал и методы. В условиях стационара 41 обследованной больной в возрасте 25–49 лет были рандомизированы на следующие 3 группы: I (контрольная) – здоровые лица в возрасте 25–40 лет – 15 человек; II – больные артериальной гипертонией – 10 человек в возрасте 30–49 лет; III группа – больные метаболическим синдромом – 16 в возрасте 30–49 лет. Диагноз у всех обследованных пациентов выставлен на основании

данных клинического наблюдения, лабораторного анализа и функциональной диагностики. Метаболический синдром выставлен на основании рекомендаций экспертов Всероссийского общества кардиологов. Определены показатели липидного профиля перекисного окисления липидов в сыворотке крови, концентрация катехоламинов в суточной моче.

Результаты и обсуждение. Максимальный уровень общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности и малонового диальдегида (малоновый диальдегид – продукт процесса перекисного окисления липидов) отмечается в III группе, по сравнению с контрольной и

II группами. По сравнению с контролем значение общего холестерина у больных с артериальной гипертензией увеличено на 42,2%, а с метаболическим синдромом – на 51,1%. Содержание триглицеридов в III группе превысило значение контроля на 46,6%, во II группе – на 20%. Уровень липопротеидов низкой плотности во II группе превысил показатель контрольной группы на 60,7%, содержание липопротеидов низкой плотности в III группе увеличено на 85,7% по сравнению со здоровой группой. Липопротеиды высокой плотности во II и в III группах снижено по сравнению с контролем. При сравнении первой и второй группы разница уровня глюкозы крови составила 7,1%, а при I и III групп – 47,6%. При анализе данных малянового диальдегида мы отметили статистически достоверное увеличение содержания в III группе по сравнению с I на 47,6%, а разница между I и II группами составила 7,1%.

При исследовании мы отметили статистически достоверное увеличение выведения адреналина и норадреналина в суточной моче больных артериальной гипертензией и метаболическим синдромом. Выведение свободного, конъюгированного и суммарного адреналина и норадреналина у боль-

ных метаболическим синдромом было статистически достоверно выше показателя здоровых. Различие в экскреции ДОФА при метаболическом синдроме составило 39,1% ($P < 0,001$). Исследование моноаминоксидазы показало статистически достоверное снижение ее уровня во II и III группах ($P < 0,001$).

Заключение. Изучение больных метаболическим синдромом показало значительные нарушения симпатико-адреналовой системы и метаболизма биогенных аминов, которые выражаются увеличенной экскрецией с мочой свободных и конъюгированных форм адреналина и норадреналина, в связи с чем необходима ранняя коррекция для профилактики развития осложнений.

При метаболическом синдроме отмечается выраженное снижение активности ключевого фермента дезаминирования катехоламинов (моноаминоксидазы). Это приводит к длительному токсическому воздействию катехоламинов на миокард.

При метаболическом синдроме происходит значительная активация продуктов перекисного окисления липидов, которая представляет большой интерес при выявлении механизма развития метаболического синдрома.

ФАРМОКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ТЕШАЕВА М.К., БАРНОВА С.Б., СУЛТОНОВ С.С.

РНЦЭМП Бухарского филиала, г. Бухара. Узбекистан

Цель исследования. Выявить наиболее часто назначаемые схемы лечения больных артериальной гипертензией и оценить их эффективность.

Материал и методы. Были проанализированы схемы лечения 200 пациентов из отделения РНЦЭМП Бухарского филиала в отделение «Неотложная неврология» в течение 2017–2018 года.

Результаты. Сердечно-сосудистые заболевания, 2/3 из которых составляют артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца, остаются ведущими причинами смертности во всем мире. Узбекистан занимает одно из первых мест среди развитых стран мира по смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. По литературным данным за последние 5 лет в нашей республике от болезней системы кровообращения умерли 3,4 млн. человек. Показатели заболеваемости и смертности от инсульта среди лиц трудоспособного возраста в Узбекистане увеличились за последние 10 лет более чем на 30%. Стоимость лечения одного больного, перенесшего инсульт, составляет 350 тысяч в год. Эти сведения заставляют клиницистов проводить поиск рациональной фармакотерапии. Несмотря на достигнутые успехи в об-

ласти терапии сердечно-сосудистых заболеваний, на наличие и доступность лекарственных средств на фармацевтическом рынке, разрыв между рекомендациями по лечению таких больных и реальной терапией остается значительным. В исследование были включены пациенты, страдающие артериальной гипертензией II степени в сочетании с хронической ишемической болезнью сердца и/или мозга. Возраст пациентов составлял 44–84 года. Это были 98 мужчин и 102 женщины. Основная масса пациентов получала комбинированную терапию: 60% – два антигипертензивных препарата, а 40% – три и более. Основными схемами были сочетания: 1) ИАПФ (эналаприл, периндоприл) с тиазидным диуретиком – индапамидом (получали 23% пациентов); 2) β -адреноблокаторов (бисопролол, анаприлин, атенолол) с тиазидным диуретиком (19%); 3) ИАПФ с пролонгированным нитратом (3%); 4) антагонистов кальция (нифедипин R, амлодипин) с тиазидным диуретиком (9%); 5) сартаны с тиазидным диуретиком (6%). Остальные пациенты получали комбинированную множественную (три и более препаратов) фармакотерапию, а также лекарственные препараты из других лекар-



ственных групп (антиагреганты, липо- и психотропные препараты). Все выше представленные схемы лечения были адаптированы по дозам, возрасту пациентов и поддерживали (или были близки) целевой уровень артериального давления при отсутствии приступов стенокардии и хорошем общем самочувствии пациентов. Проводя фармакоэпидемиологический анализ различных схем фармакотерапии артериальной гипертензии и сравнивая полученные данные с национальными рекомендациями по лечению артериальной гипертензии 2010 г. (4-й пересмотр) можно отметить, что оптимально лучшей оказалась антигипертензивная терапия ИАПФ и диуретика (1 схема). Однако следует заметить, что пациенты, получающие комбинирован-

ную множественную терапию (40%), оставались в поиске рациональной фармакотерапии, подборе доз, сочетабельности, переносимости лекарственных средств. У этих пациентов были фоновые и сопутствующие заболевания, которые не позволяли назначить им рекомендуемые лекарственные средства, или эти препараты давали нежелательные лекарственные реакции.

Выводы. Из проведенного анализа фармакотерапии по историями болезни больных наиболее часто назначались и были результативными сочетания ИАПФ с диуретиком и β -адреноблокаторов с диуретиком, что составило 32% от всех лечившихся пациентов.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ МОКСОНИДИНА И МЕТОПРОЛОЛА ПРИ КРИЗОВОМ ТЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ТОЛКАЧЕВ И.М.

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, г. Оренбург. Россия

Введение. Сегодня отмечается неуклонное возрастание количества пациентов с сахарным диабетом, само наличие которого уже предрасполагает к артериальной гипертензии, зачастую имеющей кризовое течение, характеризующейся более частыми осложнениям в виде инсульта и инфаркта миокарда, а также поражением органов-мишеней. Одним из показателей поражения левого желудочка является увеличение массы миокарда левого желудочка, увеличивающей риск смерти в несколько десятков раз выше, чем у больных с нормальной массой миокарда. В качестве препаратов, используемых в лечении гипертонической болезни, чаще стали применяться агонисты имидазолиновых рецепторов – моксонидин, наряду с которыми сохраняется и преобладает применение бета-блокаторов, одним из которых является метопролол.

Цель исследования. Изучить сравнительное влияние моксонидина и метопролола на эхокардиографические параметры левого желудочка, степень их влияния на суточное мониторирование артериального давления. Для этого были поставлены задачи: изучение динамики толщины межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка, а также массы миокарда левого желудочка по данным эхокардиографии, а также параметров систолического и диастолического артериального давления по данным суточного мониторирования на фоне лечения моксонидином и метопрололом.

Материал и методы. Объектом нашего изучения стали 14 пациентов мужского пола с сахарным диабетом и имеющих кризовое течение артери-

альной гипертензии, получающих в качестве антигипертензивной терапии: эналаприл 40 мг, амлодипин 10 мг, индапамид 1,5 мг, инсулинотерапию по сахару крови. Пациенты первой группы в качестве антигипертензивного препарата получали моксонидин 0,4 мг в сутки, второй группы – метопролола тартрат в дозировке 50 мг в сутки. Помимо изучения динамики суточного мониторирования артериального давления были изучены вышеперечисленные эхокардиографические параметры левого желудочка.

Результаты. Как моксонидин, так и метопролол достоверно снижали толщину межжелудочковой перегородки с $1,3 \pm 0,1$ см до $1,1 \pm 0,1$ см ($p < 0,05$) и с $1,2 \pm 0,2$ см до $1,1 \pm 0,2$ см ($p < 0,05$) соответственно. Подобная направленность показателей отмечалась и при изучении динамики задней стенки левого желудочка, которая достоверно уменьшалась ($p < 0,05$) с $1,2 \pm 0,1$ см до $1,0 \pm 0,1$ см в группе моксонидина; метопролол обладал чуть меньшим влиянием на динамику МЖП, снижая ее толщину с $1,2 \pm 0,2$ см до $1,1 \pm 0,2$ см. Индекс массы левого желудочка достоверно ($p < 0,05$) уменьшался в группе моксонидина – с $34,3 \pm 3,8$ кг/м² до $32,2 \pm 3,7$ кг/м²; в группе метопролола сукцината – с $34,1 \pm 6,8$ кг/м² до $33,9 \pm 6,8$ кг/м². Динамика трендов заключалась в уменьшении изучаемого параметра в группе моксонидина – на 6,1%, а в группе метопролола – на 1,8% ($p < 0,05$). При сравнении трендов по снижению артериального давления были выявлены достоверные изменения ($p < 0,05$), заключающиеся в снижении систолического артериального давления группы «моксонидина» – на 19% (со $131,1 \pm 14,6$ мм рт.ст. до $131,1 \pm 14,6$ мм рт.ст.),

а группы метопролола – на 9% (со $157,9 \pm 31,6$ мм рт.ст. до $103,4 \pm 20,68$ мм рт.ст.). Цифры диастолического артериального давления в этих группах снижались на 17,5% (со $104,8 \pm 11,6$ мм рт.ст. до $86,5 \pm 9,6$ мм рт.ст.) и на 8% (со $103,4 \pm 20,7$ мм рт.ст. до $95,1 \pm 19,0$ мм рт.ст.) соответственно ($p < 0,05$). Следует упомянуть, что в группе моксонидина мы наблюдали и большее количество побочных эффектов, одним из которых была сухость во рту (около 30% обследуемых больных), в отличие от метопролола.

Заключение. Метопролол и моксонидин благоприятно влияют на такие эхокардиографические параметры, как масса миокарда левого желудочка, степень гипертрофии межжелудочковой перегородки, а также показатели суточного мониторинга: среднее систолическое и диастолическое артериальное давление. Моксонидин, несмотря на большее количество встречающихся побочных эффектов, более эффективен в отношении выше-названных изучаемых параметров.

ОЦЕНКА УРОВНЯ КОМПЛАЕНСА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И КОМОРБИДНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Трибрат Т.А.¹, Шуть С.В.¹, Гончарова Е.О.¹, Рудич А.И.²

¹Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава;

²«КП 3-я ГKB ПГС». Украина

Введение. Повышение эффективности лечения артериальной гипертензии (АГ) – один из ключевых вопросов современной медицины. АГ следует рассматривать как ведущий фактор риска развития кардиальной и цереброваскулярной патологии, который существенно влияет на продолжительность жизни населения Украины. Летом 2018 года Европейское общество кардиологов (ESC) и Европейское общество гипертензии (ESH) подали новые рекомендации по менеджменту артериальной гипертензии (АГ), где делается акцент на важность оценки комплаенса пациентов, потому что именно недостаточная приверженность пациентов к лечению считается основной причиной неудовлетворительного контроля артериального давления.

Цель работы. Оценка уровня комплаенса пациентов с АГ и коморбидной ишемической болезнью (ИБС).

Материал и методы. С целью выполнения исследования были обследованы 166 пациентов в возрасте от 41 до 88 лет. Больным с гипертонической болезнью сердца I–II стадии, стенокардией напряжения стабильной, функциональный класс I–III, в сочетании с недостаточностью кровообращения I–II стадии, диффузным кардиосклерозом для изучения суточного профиля АД проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и Холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ) для выявления признаков нарушения процессов реполяризации. Для определения уровня комплаенса использовали разработанный нами опросник, который включал 20 тестовых вопросов, при интерпретации оценивается сумма баллов всех вопросов: 51–60 соответствуют вы-

сокому уровню комплаенса, 41–50 – среднему уровню комплаенса, 40 и менее баллов – низкому уровню комплаенса, после чего врач, в зависимости от уровня комплаенса, выбирает оптимальные пути его улучшения, в составе базовой комплексной терапии назначает рациональную комбинацию лекарственных средств и рекомендаций. Математическая обработка данных осуществлена на персональном компьютере с использованием статической программы «Statistica» 6,0.

Результаты. Проведенное исследование показало, что осведомленность о заболевании и его осложнениях среди больных АГ с коморбидной ИБС остается недостаточной, в связи с чем многие пациенты недооценивают серьезность заболевания и соответственно не выполняют в полном объеме рекомендации врача. По данным анкетирования в начале исследования выявлены 33,6% пациентов с высоким уровнем комплаенса, 23,4% – средним, 43% – низким. Приверженность больных к лечению была тесно связана с уровнем АД как в начале исследования, так и на этапах лечения. Пациенты с высокой приверженностью имели наиболее низкий уровень САТ и ДАТ на всех этапах лечения. То есть, с одной стороны, в начале исследования более высокая приверженность была у пациентов с более низким АД, с другой стороны, высокая приверженность к лечению могла способствовать лучшему контролю АД на фоне терапии. При проведении стандартизации по возрасту, полу, этиологии АГ, длительности АГ, сердечно-сосудистым рискам и факторам, которые характеризуют образ жизни (индекс массы тела, курение, злоупотребление алкоголем, уровень образования, регулярные физические заня-



тия, злоупотребление солью, потребление свежих овощей, наличие работы), выявлено, что независимыми факторами, которые ассоциировались с низкой приверженностью, были: средний возраст, мужской пол, высокий сердечно-сосудистый риск, злоупотребление алкоголем и солью, низкая физическая активность. Назначение комплексной терапии, базирующейся на положениях доказательной медицины, предоставление письменных рекомендаций по лечению артериальной гипертензии с коморбидной ИБС, ведение дневника достоверно коррелировало с более высокой приверженностью в конце исследования: 43,6% пациентов с

высоким уровнем комплаенса, 30,4% – средним, 26% – низким.

Заключение. Таким образом, положительный эффект заключается в том, что использование проведения анкетирования для выявления уровня приверженности больных артериальной гипертензией с коморбидной ИБС к лечению, проведенные ХМ ЭКГ и СМАД способствуют выявлению признаков ишемии, вариабельности АД, оптимальному подбору гипотензивных и антиангинальных средств и позволяют снизить частоту сердечно-сосудистых осложнений, предупредить прогрессирование сочетанной патологии и улучшить прогноз заболевания.

ВЛИЯНИЕ АГОНИСТОВ ИМИДАЗОЛИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ НА СТАБИЛИЗАЦИЮ КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

УЗБЕКОВА Н.Р., УСМАНОВА Д.Н., ЮСУПОВА Н.А., КОДИРОВА Г.И., ШАМСИДДИНОВА А.С.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Цель исследования. Изучение влияния моксонидина на клинико-метаболические показатели у больных артериальной гипертензией в рамках метаболического синдрома.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 40 пациентов МС (14 мужчин и 26 женщин) в возрасте 36–59 лет (в среднем $48,22 \pm 5,1$ года), длительность АГ при МС в среднем $6,2 \pm 2,14$ года. МС диагностировали согласно критериям международной диабетической федерации (IDF, 2005). Липидный спектр изучали путем определения ОХС, ХС ЛПВП, ТГ в сыворотке крови биохимическим методом с использованием экспресс-анализатора «Reflotron Plus» («Roche», Германия). Уровни лептина (Л) и адипонектина (АН) определяли методом конкурентного варианта иммуноферментного анализа («BioVendor» Human Leptin ELISA, Чехия).

Результаты исследования показали, что применение моксонидина дало положительные результаты по ряду клинико-метаболических показателей. Так, целевого уровня АД (130/85 мм рт.ст. и меньше) удалось достичь у 85,5% больных. Через 12 недель лечения отмечено достовер-

ное снижение индекса массы тела (с $38,36 \pm 4,1$ до $35,01 \pm 3,45$ кг/м²; $p < 0,05$) и общей массы тела (с $104,81 \pm 18,99$ до $97,17 \pm 13,87$ кг; $p < 0,05$). Улучшились показатели липидного обмена: ОХС уменьшился на 20,6% ($p < 0,05$); ХС ЛПНП – на 20,2% ($p < 0,05$); ТГ – на 23,8% ($p < 0,05$); увеличился ХС ЛПВП на 23,4% ($p < 0,05$). Достоверно изменились показатели углеводного обмена – глюкоза крови уменьшилась на 22,0% ($p < 0,05$), ИРИ – на 24,6% ($p < 0,01$), гликированный гемоглобин – на 23,2% ($p < 0,05$), повысился гликемический индекс на 37,0% ($p < 0,05$). Терапия моксонидином привела к изменению показателей гормонов жировой ткани: – достоверно снизился лептин на 28,2% ($p < 0,05$) и повысился адипонектин на 21,8% ($p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, терапия моксонидином больных АГ в рамках МС привела не только к снижению АД, но и к достоверному повышению чувствительности тканей к инсулину, улучшению липидного обмена, снижению ИМТ и нормализации уровней гормонов жировой ткани. Наряду с хорошим гипотензивным эффектом моксонидин оказал благоприятное влияние на все проявления МС.

ОЦЕНКА СЕКРЕТОРНОЙ АКТИВНОСТИ ЖИРОВОЙ ТКАНИ ПРИ СНИЖЕНИИ МАССЫ ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

УЗБЕКОВА Н.Р., ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А., УСМАНОВА Д.Н., ЮСУПОВА Н.А., КИТЬЯН С.А.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Цель работы. Оценка секреторной активности жировой ткани в изменениях метаболических показателей у пациентов с МС при снижении массы тела препаратом орлистат.

Материал и методы. В исследование, длительностью 6 месяцев, включены 40 больных (20 мужчин и 20 женщин) с диагнозом МС. Возраст больных составил $51,2 \pm 3,27$ года, масса тела $103,0 \pm 2,45$ кг. МС диагностировали согласно критериям, предложенным Экспертами Национальной Образовательной Программы США по холестерину (2005).

Результаты исследования. При исследовании секреторной активности ЖТ и уровня ИРИ установили наличие гиперлептинемии у 89,8% больных, гипoadипонектинемии у 82,2% больных, нарушение цитокинового статуса с повышением ФНО-а у 69,7% больных, ИЛ-6 – у 62,2% больных, гиперинсу – у 78,5% больных МС. Отмечены четкая тенденция к увеличению уровня ФНО-а и ИЛ-6 с увеличением уровня лептина, повышение атерогенных липидов крови и ИР со снижением уровня адипонектина.

После 24 недель активного лечения орлистатом (орлип) и умеренно гипокалорийной диетой

масса тела (МТ) и ИМТ достоверно снизились у 85,5% пациентов. Снижение МТ и ИМТ оказывало положительное влияние на липидный спектр крови и углеводный обмен: снизились атерогенные фракции ЛП – ОХС на 18,9% ($p < 0,05$), ХС ЛПНП – на 15,1% ($p < 0,05$), ТГ – на 31,0% ($p < 0,01$); повысились ХС ЛПВП – на 18,3% ($p < 0,05$); улучшился углеводный обмен – ИРИ снизился на 54,5% ($p < 0,001$), индекс НОМА – на 19,9% ($p < 0,05$). Снижение МТ существенно повлияло на секреторную активность ЖТ и динамику уровней основных адипокинов – снизился лептин на 35,3% ($p < 0,01$), ФНО-а – на 32,3% ($p < 0,01$), ИЛ-6 – на 31,3% ($p < 0,01$), повысился адипонектин на 51,6% ($p < 0,001$).

Заключение. Применение орлистата оказывает положительное воздействие на основные звенья патогенеза и метаболические показатели МС, а именно на ожирение, ИР, дислипидемию, нормализует функциональную активность жировой ткани, значительно улучшает течение заболевания. Это позволяет уменьшить прием или даже в ряде случаев отменить ряд лекарственных препаратов гипогликемического, гиполипидемического действия.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

ФЕДОРОВА Е.В., ЛАРИНА В.Н.

ГБУЗ «ДКЦ №1 ДЗМ». Россия

Введение (цели/задачи). Определить клинико-функциональные особенности амбулаторных пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и гипертрофией левого желудочка.

Материал и методы. В открытое, одномоментное исследование включены 128 амбулаторных пациентов (35,9%М/64,1%Ж) в возрасте 40 лет и старше. Проводились общеклиническое обследование, ЭКГ, ЭхоКГ, суточное мониторирование артериального давления (СМАД).

Результаты. Возраст пациентов составил $58,7 \pm 9,6$ лет. ГЛЖ, по данным ЭхоКГ, имела у 69 (53,9%) пациентов. В зависимости от наличия ГЛЖ пациенты были разделены на две группы: в первую вошли 49 (53,8%) пациентов с ГЛЖ, во вторую – 42 (46,2%) пациента без ГЛЖ. Пациен-

ты с ГЛЖ были старше ($61,8 \pm 10,1$ лет), чем без ГЛЖ (возраст $56,9 \pm 9,9$ лет), $p < 0,001$ и имели более длительный анамнез АГ ($p < 0,001$). Утренний подъем АД был выявлен у 76 (59,4%) пациентов, включенных в исследование. По техническим причинам у 37 (28,9%) пациентов не удалось произвести подсчет утреннего подъема АД. Средняя величина утреннего подъема САД у пациентов с ГЛЖ составила $36,6 \pm 20,9$ мм рт.ст., без ГЛЖ – $29,3 \pm 16,9$ мм рт.ст. ($p = 0,075$). Превышение нормальных показателей величины утреннего подъема САД было выявлено у 7 (14,3%) пациентов с ГЛЖ и у 5 (11,9%) – без ГЛЖ ($p = 0,981$). При ГЛЖ средняя величина утреннего подъема ДАД составила $28,9 \pm 14,7$ мм рт.ст., без ГЛЖ – $22,6 \pm 11,2$ мм рт.ст. ($p = 0,025$). Превышение нормальных пока-



зателей величины утреннего подъема ДАД было выявлено у 14 (28,6%) пациентов с ГЛЖ, без ГЛЖ – у 8 (14,0%) пациентов, $p=0,417$. Средний показатель скорости утреннего подъема САД составил $14,8 \pm 10,3$ мм рт.ст./час у пациентов с ГЛЖ, $14,9 \pm 8,4$ мм рт.ст./час – без ГЛЖ, $p=0,965$. Превышение нормального показателя скорости утреннего подъема САД наблюдалось у 27 (55,1%) пациентов с ГЛЖ и у 25 (59,5%) – без ГЛЖ, $p=0,246$; скорость утреннего подъема ДАД у пациентов с ГЛЖ составила $11,1 \pm 5,6$ мм рт.ст./час, без ГЛЖ – $11,2 \pm 5,98$ мм рт.ст./час ($p=0,921$). Превышение нормального показателя скорости утреннего подъема ДАД наблюдалось у 35 (71,4%) пациентов с ГЛЖ и у 32 (76,2%) – без ГЛЖ, $p=0,784$. Установлена корреляционная связь ГЛЖ с возрастом ($r=0,34$, $p<0,001$), длительным анамнезом АГ ($r=0,44$, $p<0,001$), высоким сердечно-сосудистым

риском ($r=0,21$, $p=0,015$); а также средней величины утреннего подъема ДАД с величиной утреннего подъема САД ($r=0,75$, $p<0,001$); скоростью утреннего подъема ДАД ($r=0,55$, $p<0,001$) и отсутствием самоконтроля АД со стороны пациента ($r=0,23$, $p=0,042$).

Заключение. ГЛЖ имела у 53,9% амбулаторных пациентов в возрасте 40 лет и старше. Пациенты с ГЛЖ были старше, имели более длительный анамнез АГ и более высокую среднюю величину утреннего подъема ДАД по СМАД, чем пациенты без ГЛЖ. Связь средней величины утреннего подъема ДАД с величиной утреннего подъема САД, скоростью утреннего подъема ДАД и отсутствием самоконтроля АД пациентом свидетельствует о необходимости контроля этих показателей с целью профилактики поражения органов-мишеней, в частности ГЛЖ.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕДИКТОРОВ РЕЗИСТЕНТНОСТИ СРЕДИ ГИПЕРТОНИКОВ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А., АБДУЛЛАЕВА Г.Ж., ХАФИЗОВА Л.Ш., МАШКУРОВА З.М., МАШАРИПОВ Ш.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Выявить предикторы резистентности к антигипертензивным препаратам среди больных неконтролируемой артериальной гипертензией (АГ) при лечении трехкомпонентной комбинированной антигипертензивной терапии блокатором РААС, индапамидом и периндоприлом.

Материал и методы исследования. Обследованы 142 больных с неконтролируемой АГ (74 мужчины и 68 женщин), в среднем возрасте $56,07 \pm 10,1$ лет, находившихся ранее на 2-х и 3-компонентной комбинированной антигипертензивной терапии. Всем больным измеряли офисное АД, проводили антропометрию с определением окружности талии (ОТ) и индекса массы тела по формуле Кетле. Проводили суточное мониторирование артериального давления (АД), эхокардиографию с расчетом индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), определяли центральное аортальное систолическое, диастолическое и пульсовое АД (САД, ДАД, ПАД) и скорость пульсовой волны, характеризующую жесткость артерий на аппарате «SphygmoCor». Гипертрофию левого желудочка (ГЛЖ) диагностировали при ИММЛЖ >115 г/м² – для мужчин и >95 г/м² – для женщин. Результаты представлены в $M \pm SD$.

Результаты исследования. Согласно рекомендациям по лечению АГ, всем больным с неконтролируемой АГ назначили трехкомпонентную

терапию, состоящую из периндоприла (66,2% больных) или валсартана (33,8% больных), индапамида и амлодипина. Дозы препаратов титровали до максимальных ($10/160+2,5+10$ мг соответственно) для достижения целевого уровня АД ($<140/90$ мм рт.ст. ESH/ESC 2013). На фоне 3-х месячной терапии 119 больных (83,8%) достигли целевого уровня АД, 23 больных (16,2%) были резистентными к проведенной терапии и сохраняли 1–2 степень АГ. В сравнительном аспекте выявлено, что больные с резистентной АГ до лечения характеризовались достоверно высоким офисным САД, ПАД, центральным аортальным САД, ПАД, СПВ, среднесуточным, среднедневным и средненочным САД по сравнению с больными, достигшими целевого уровня АД. При этом различий по возрасту, ИМТ, ОТ не было. Больные с резистентной АГ принимали достоверно высокие дозы блокаторов РААС и амлодипина в сравнении с больными, достигшими целевого уровня АД, по дозам индапамида различий не было: периндоприл – $8,9 \pm 2,03$ мг/сут против $7,36 \pm 2,56$ мг/сут ($p=0,007$), валсартан – $154,3 \pm 15,12$ мг/сут против $125,6 \pm 41,85$ мг/сут ($p=0,001$), амлодипин – $8,9 \pm 2,1$ мг/сут против $6,71 \pm 2,54$ мг/сут ($p=0,0001$), индапамид – $2,33 \pm 0,43$ мг/сут против $2,13 \pm 0,57$ мг/сут ($p=0,11$). У больных резистентной АГ выявлена достоверно значимая ГЛЖ: $161,9 \pm 33,85$ г/м² против $138,9 \pm 37,33$ г/м² ($p=0,007$).

Заключение. У 83,8% больных с неконтролируемой АГ достигнут целевой уровень АД на фоне 3-х месячной комбинированной антигипертензивной терапии блокатором РААС, индапамидом и амлодипином. Предикторами резистентной АГ у

остальных 16,2% больных являются САД (офисное, внеофисное и центральное), ПАД (офисное и центральное), выраженность ГЛЖ и жесткости артерий по СПВ.

ОСОБЕННОСТИ КАРДИОРЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

ЧАРЫЕВ Н.Э., ЧАРЫЕВА А.К., ТОЗАНЛЫЕВ М.

*Государственный медицинский университет Туркменистана;
Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, г. Ашхабат. Туркменистан*

Несмотря на пристальное внимание к проблеме профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний во всем мире, задачи эффективного лечения артериальной гипертензии (АГ) далеки от своего решения. Согласно данным эпидемиологических исследований, распространенность АГ среди лиц старше 60 лет составляет более 50%. Однако актуальность изучения АГ предопределена не только большой распространенностью данного заболевания, но и высокой частотой развития сердечно-сосудистых осложнений, имеющих нередко фатальное значение. Остаются противоречивыми данные о характере гемодинамических изменений, кардиоремоделирования при гипертензивных состояниях, единичны исследования о возможности прогнозирования осложнений и неблагоприятных исходов на основании изучения геометрии левого желудочка.

Цель исследования. Выявление особенностей кардиальной перестройки у лиц пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией.

Материал и методы. Обследованы 126 больных, госпитализированных по поводу АГ в госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии. Возраст больных составлял 60–89 лет (средний возраст – $75,63 \pm 1,28$ лет). Длительность АГ составила в среднем $4,69 \pm 1,21$ лет, со средним уровнем систолического артериального давления (АД) $165,34 \pm 3,89$ мм рт.ст. и средним уровнем диастолического АД – $90,84 \pm 1,61$ мм рт.ст. Изучалось состояние центральной, внутрисердечной гемодинамики и структурно-функциональное состояние миокарда методом эхокардиографии на эхокардиографе «Алока – SSD-1700».

Вычисляли ударный объем (УО) левого желудочка (ЛЖ) как разность конечно-диастолического и конечно-систолического объемов (КДО и КСО), для чего определяли конечно-диастолический и конечно-систолический размеры (КДР и КСР), минутный объем крови и общее периферическое

сосудистое сопротивление и выброса (ФВ,%), в М-режиме из стандартной парастернальной позиции. О сократительной способности миокарда судили по фракции выброса.

Результаты. У пожилых больных с АГ выявлены особенности ремоделирования левого желудочка. Выявлена нормальная геометрия гипертрофированного левого желудочка у 85 больных (67,5%), эксцентрическая гипертрофия – у 22 больных (17,5%), концентрическая гипертрофия – у 10 больных (7,9%), концентрическое ремоделирование – у 9 больных (7,1%). В то же время в различных группах пожилых больных с АГ полученные результаты отличались друг от друга. Например, у больных в возрасте 60–70 лет нормальная геометрическая модель левого желудочка наблюдалась у 40 (74,0%), эксцентрическая гипертрофия – у 8 (14,8%), концентрическая гипертрофия – у 4 (7,4%) и концентрическое ремоделирование имело место у 2 (3,7%). В возрасте 71–80 лет и старше 81 года эти показатели были соответственно 40 (64,5%), 10 (16,1%), 5 (8,1%) и 7 (11,3%) и 5 (50%), 4 (40%), 1 (10%), 0% (концентрическое ремоделирование левого желудочка не имело места).

Выводы. У пожилых больных выявлены особенности ремоделирования левого желудочка. Полученные данные соответствуют представлениям, что в ответ на любую агрессию кардиальная мышца отвечает структурно-функциональными изменениями, изменением насосной функции сердца, систолической и диастолической составляющих, обозначить которые можно как ремоделирование.

Прогрессирующее нарастание массы миокарда левого желудочка определило формирование концентрической гипертрофии и концентрического ремоделирования на фоне артериальной гипертензии у пожилых больных. Это, в свою очередь, обуславливает наиболее высокий риск развития неблагоприятных исходов в данной группе больных.



ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕРКАНИДИПИНА У БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ШОАЛИМОВА З.М., ХИДИРОВА Н.Х.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан

По результатам Фремингемского исследования изолированная систолическая гипертензия (ИСГ) составляет более двух третей случаев артериальной гипертензии в пожилом возрасте. Основанием для проведения терапии у пациентов пожилого возраста с ИСГ служит факт возрастания в 2–4 раза риска развития инфаркта миокарда, гипертрофии левого желудочка, хронической почечной недостаточности, инсульта и смертности в результате сердечно-сосудистых заболеваний.

Блокаторы кальциевых каналов – препараты первого ряда при терапии ИСГ у больных пожилого возраста, эффективность и безопасность которых доказана результатами многих крупных исследований, – способны не только снижать АД, но и оказывать определенное органопротекторное действие, приводя тем самым к значительному снижению сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.

Цель исследования. Оценка эффективности блокатора кальциевых каналов 3-го поколения лерканидипина у больных с изолированной артериальной гипертензией среднего и пожилого возраста.

Материал и методы. Обследованы 37 больных с ИСГ – 21 (57,1%) мужчина и 16 (42,9%) женщин в возрасте 40–75 лет. Все больные были условно разделены на две равные по количеству пациентов клинические группы. В 1 клиническую группу вошли 16 больных с ИСГ в возрасте 40–59 лет (в среднем $50,5 \pm 1,5$ года); 2 клиническую группу составил 21 больной с ИСГ в возрасте 60–75 лет (в среднем $68,5 \pm 2,5$ года). Уровень САД у пациентов 1 клинической группы составил в среднем $158,52 \pm 5,24$ мм рт. ст., у пациентов 2 клинической группы – $160,58 \pm 5,64$ мм рт. ст.

Пациенты обеих клинических групп получали лерканидипин в дозе 10 мг/сут однократно, и при недостаточной эффективности терапии через 10 суток дозу лерканидипина увеличивали до 20 мг/сут.

Общая продолжительность исследования – 4 нед. Статистическую обработку данных осуществляли с помощью пакетов программ Microsoft Excel и Statistica с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Через 4 нед. после начала лечения в обеих группах пациентов отмечали существенное улучшение самочувствия: уменьшение головной боли и головокружений, прекратились гипертензивные кризы, увеличилась толерантность к физической нагрузке.

Средняя итоговая доза лерканидипина составила у пациентов 1 клинической группы $12,5 \pm 2,5$ мг, у пациентов 2 клинической группы – $13,5 \pm 2,6$ мг. Через 4 нед. после начала лечения целевой уровень САД (меньше 140 мм рт. ст.) достигнут соответственно у 11 (73,3%) и 15 (75%) пациентов. Существенно улучшились показатели суточного профиля АД. Улучшение параметров суточного профиля АД выражалось в снижении у больных 1 и 2 групп уровня САДсут – соответственно на 17,7 и 17,5% ($P < 0,05$), а также в снижении уровня ДАДсут – соответственно на 11 и 11,0% ($P < 0,05$). Наряду с антигипертензивным эффектом у больных 1 и 2 групп соответственно на 28,0 и 23,7% ($P < 0,05$), а также вариабельности САДн – соответственно на 31,7 и 28,6% ($P < 0,05$). Позитивным результатом монотерапии лерканидипином является выявленная способность препарата нормализовать суточный профиль АД: СИ САД у больных 1 и 2 клинических групп увеличился соответственно на 39,7 и 37,8% ($P < 0,05$).

Заключение. Таким образом, у больных с изолированной систолической гипертензией среднего и пожилого возраста антигипертензивная монотерапия лерканидипином оказывает сопоставимый антигипертензивный эффект, приводит к нормализации суточного профиля артериального давления с достижением целевого уровня систолического артериального давления соответственно у 73,3 и 75% пациентов.



ХРОНИЧЕСКАЯ ИБС И АТЕРОСКЛЕРОЗ

COMPARISON OF INFLAMMATION MARKERS IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

RADJABOVA D.I., ALYAVI A.L., TULYAGANOVA D.K., NURITDINOVA S.K.

Republican specialized center of Therapy

Aim. To conduct a comparative analysis of markers of inflammation in patients with coronary heart disease (CHD) of a stable (SA) and unstable (UA) flow.

Material and methods. A total of 78 patients aged from 36 to 75 years old were examined (mean age was $58,2 \pm 12,6$ years), 50 of them (64,1%) were men and 28 (35,8%) were women. Of these, 48 patients were diagnosed with stable angina, 30 patients with unstable angina. The diagnosis of CHD was established on the basis of clinical, instrumental, laboratory data. The determination of IL-6, TNF- α in plasma was carried out by enzyme immunoassay on a Humareader Single (Germany) solid-phase analyzer. The results were processed using Microsoft Excel 2002 and Statistica 6.0 under Windows XP.

Results. In patients with unstable angina (UA), the incidence of elevated levels of CRP, TNF- α , and leukocytes was statistically significantly higher than in the group with stable coronary artery disease, and the average levels of these markers were statistically significantly higher in patients with UA. IHD: CRP ($4,3 \pm 2,4$ and $2,9 \pm 2,3$ mg/l, $p < 0,05$, respectively), TNF- α ($10,5 \pm 2,5$ and $7,7 \pm 3,4$ pg/ml, $p < 0,05$, respectively) and leukocytes ($9,2 \pm 2,5$ and $6,9 \pm 2,3 \times 10^9/l$, $p < 0,05$, respectively). The level of interleukin-6 in

patients with NS was higher compared with patients with SS ($3,4 \pm 1,7$ and $2,9 \pm 0,5$ pg/ml, respectively), but the difference was not statistically significant ($p > 0,05$). No significant differences were found in the level of fibrinogen and ESR between patients with NS and SS. When comparing the levels of inflammatory markers in the group of patients with UA, it was found that patients with early post-infarction angina have significantly higher levels of leukocytes ($9,3 \pm 5,3$ and $7,7 \pm 2,1 \times 10^9/l$, $p < 0,05$ respectively) and (on the verge of statistical certainty) TNF- α ($11,0 \pm 2,8$ and $9,0 \pm 1,1$ pg/ml, $p < 0,05$, respectively) compared with patients with SA.

Conclusion. The obtained data may testify in favor of the fact that an inflammatory process may be observed in the vascular wall, despite the clinically stable condition of the patients, and when the course of IHD is aggravated, inflammation activates. It is noted that signs of inflammation are detected both in patients with unstable forms and in patients with a stable form of coronary artery disease, however, the severity of the inflammatory process in patients with NS (level of TNF- α , CRP and leukocytes) is higher than in patients with stable ischemic heart disease.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

АБДУЛЛАЕВ А.Х., АЛЯВИ Б.А., РАИМКУЛОВА Н.Р., УЗОКОВ Ж.К., АЗИЗОВ Ш.И., КАРИМОВА Д.К., МИНОВА Д.А.

**ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»;
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан**

Цель работы. Изучить влияние левокарнитина на течение ишемической болезни сердца (ИБС) после стентирования коронарных артерий.

Материал и методы. Под наблюдением находились пациенты с ИБС стабильной стенокардией напряжения III функционального класса, после

чрескожного коронарного вмешательства (стентирование венечных артерий). Пациенты I группы (20) на фоне базисного лечения, включавшего дезагреганты ацетилсалициловую кислоту и клопидогрел, аторвастатин или розувастатин, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента,



β -адреноблокаторы, при необходимости нитраты. Пациенты II группы (основной, 20) на фоне базисного лечения дополнительно получали левокарнитин – препарат Аз Корни, Coral Laboratories Limited, Индия в дозе 1 г/5,0 мл струйно, в течение 10 дней. Определяли показатели липидов, активности ферментов аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы, билирубин, креатинин, цитокины, учитывали количество приступов стенокардии и принимаемых таблеток нитроглицерина, регистрировали электрокардиограмму (ЭКГ), проводили велоэргометрию – ВЭМ (продолжительность физической нагрузки и мощность выполненной работы), эхокардиографию (ЭхоКГ).

Результаты. Установлена положительная клиническая эффективность терапии, включающей Аз Корни (левокарнитин), по сравнению с базисной, у пациентов со стабильной стенокардией напряжения III ФК по увеличению продолжительности выполняемой физической нагрузки при проведении нагрузочной ВЭМ-пробы. Увеличение продолжительности нагрузки у больных основной группы было достоверно дольше на 2,5 мин, по сравнению с таковой в контрольной группе. Включение в комплекс левокарнитина статистически достоверно уменьшило количество приступов стенокардии за неделю и, соответственно, число принятых за неделю таблеток нитроглицерина через 7, 14 дней и 21 день лечения, по сравнению с данными за первую неделю, что показывает более выраженный эффект терапии, включающей изученный препарат. Больные контрольной I группы также уменьшили количество потребляемых таблеток нитроглицерина к 21-му дню, по сравнению с первой

неделей. Уменьшение количества принятых таблеток нитроглицерина через 14 дней и 21 день, по сравнению с 1-й неделей было менее значимым. У них также менее значимо было уменьшение количества приступов стенокардии за изученные сроки, по сравнению с первой неделей. Результаты показали повышение эффективности базисной терапии при включении Аз Корни. У этих пациентов, получавших комплекс лечения с Аз Корни, отмечено более раннее улучшение изученных показателей липидов (общий холестерин (ХС), триглицериды, ХС-липопротеидов высокой и низкой плотности), про- и противовоспалительных цитокинов (интерлейкина (ИЛ) 1-бета, ИЛ-6 и фактора некроза опухоли-альфа, а также показателей ЭКГ и ЭхоКГ. Изученный препарат побочных явлений не вызывал, переносимость его была хорошей. Поиск способов повышения эффективности лечения ИБС, в частности, улучшения метаболических процессов в миокарде, остается актуальной проблемой. В этом отношении использование препаратов, улучшающих метаболические процессы в условиях дефицита кислорода, особенно на фоне гемодинамически значимых стенозов, улучшает течение заболевания, повышает эффективность базисной терапии и, соответственно, качество жизни данных больных. При этом метаболическая терапия хорошо сочеталась с антиагрегантной и статинотерапией.

Заключение. Аз Корни (левокарнитин) повышает эффективность базисной терапии у больных ИБС, благоприятно влияя на ишемизированный миокард, что позволяет рекомендовать его в комплексном лечении больных с этой патологией.

ОЦЕНКА КОНЦЕНТРАЦИИ ЭНДОТЕЛИНА-1 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

АБДУЛЛАЕВ Р.Ф., КУЛИЕВА А.Д., АБДУЛЛАЕВА Р.Р.¹

НИИ кардиологии им. ДЖ. Абдуллаева;

¹Азербайджанский медицинский университет, г. Баку. Азербайджан

Цель исследования. Изучение концентрации эндотелина-1 (ЭТ-1) в сыворотке крови у больных стабильной стенокардией напряжения в зависимости от функционального класса и перенесенного инфаркта миокарда в прошлом.

Материал и методы. Были обследованы 58 больных (средний возраст $57 \pm 1,9$ лет) мужского пола. Контрольную группу составили 25 здоровых лиц (средний возраст $48,2 \pm 3,5$ лет), не имевших на момент исследования признаков заболевания сердечно-сосудистой системы. В зависимости от тяжести функционального класса (ФК) стенокардии и перенесенного инфаркта миокарда все больные ИБС были разделены на 3 груп-

пы: 1 группа – больные II ФК стенокардии ($n=20$); 2 группа – больные III ФК стенокардии ($n=19$) и 3 группа – больные с перенесенным в прошлом инфарктом миокарда ($n=19$). Уровень эндотелина-1 в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа (ELISA) с помощью микропланшетного ридера INFINITE-50 с 8-ми канальным фотометром TEKAN (Швейцария) и выражали в фмоль/мл.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что уровень ЭТ-1 в 1 группе обследуемых (II ФК стенокардии) составил $0,86 \pm 0,19$ фмоль/мл, во 2 группе (III ФК стенокардии) – $1,15 \pm 0,24$ фмоль/мл, а в 3 группе больных (постинфарктный

кардиосклероз) – $1,58 \pm 0,35$ фмоль/мл. Однако, в контрольной группе (практически здоровые лица) уровень эндотелина-1 был в среднем 0,52 фмоль/мл. Этим самым получено, что концентрация ЭТ-1 в сыворотке крови во всех трех группах больных статистически достоверно превышала этот показатель, полученный у лиц контрольной группы ($p < 0,05$ и $p < 0,01$). Максимально высокий уровень ЭТ-1 установлен у больных 3 группы (постинфарктный кардиосклероз).

Закключение. Таким образом, результаты исследования показали, что по мере ухудшения клинического течения ИБС у больных стабильной стенокардией напряжения отмечается достоверный рост концентрации эндотелина-1 в крови, что свидетельствует о тесной взаимосвязи между тяжестью течения ИБС и уровнем эндотелина-1 в сыворотке крови.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ НА АКТИВНОСТЬ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ИБС С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ

АБДУЛЛАЕВА К.А., ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А., УСМАНОВА Д.Н., ЮСУПОВА Н.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

В большинстве развитых стран ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается основной причиной смерти, несмотря на прогресс в диагностике и лечении этого заболевания. Активация перекисных свободнорадикальных процессов лежит в основе прогрессирования атеросклероза. Перекисное окисление липидов (ПОЛ) является важным компонентом метаболизма тканей, который отражает не только отрицательные деструктивные процессы, но и физиологическое состояние организма. При этом процессы ПОЛ тесно связаны, и уровень их зависит от функционального состояния защитной антиоксидантной системы (АОС). Состояние равновесной системы ПОЛ-АОС может служить хорошим показателем состояния всего организма и эффективности применяемого лечения.

Цель работы. Изучить процессы ПОЛ у пожилых больных ИБС с субклиническим гипотиреозом и дать конкретные рекомендации в плане тактики лечения данной категории больных.

Материал и методы исследования. Обследованы 106 больных, лица пожилого возраста, рандомизированных на 3 группы: I – контроль; II – 45 больных с диагнозом ИБС, стабильная стенокардия ФК II–III; III – 61 больной, страдающий ИБС с лабораторно подтвержденным субклиническим гипотиреозом (СГ). Больные III группы, в зависимости от вида проводимого лечения, были разделены на три подгруппы. Подгруппа А: 20 больных, получавших традиционное лечение; подгруппа В: 20 больных, получавших антиоксиданты; подгруппа С: 21 больной, получавший антиоксиданты в сочетании с L-тироксинном.

Результаты исследования показали усиление процессов перекисного окисления липидов по уровню малонового диальдегида (МДА). Так, содержание МДА у группы больных ИБС повысилось и составило $8,42 \pm 2,4$ нмоль/мл, что на 69,9% (в 2,7 раза) выше значений группы контроля. Уровень МДА у больных ИБС с СГ повысился на 14,8% (в 1,14 раза) больше по отношению к показателям группы больных ИБС и почти в 3,1 раза больше показателей контрольной группы. В нашей работе мы четко подчеркиваем то, что идет суммирование патогенетических звеньев.

Коррекция тиреоидной недостаточности избавляет больных от гиперхолестеринемии без использования каких-либо других препаратов. С этой целью в терапию совместно с антиоксидантами мы решили включить заместительную терапию L-тироксинном, в поддерживающих дозировках 25–50 мкг/сут. Мы получили статистически достоверные положительные результаты. Так, наблюдалось выраженное снижение уровня МДА, который достиг показателей контроля и составил 3,18 нмоль/мл ($P < 0,01$).

Закключение. Таким образом, у больных ИБС с СГ в пожилом возрасте отмечается наибольшая активация процессов ПОЛ, что требует соответствующей превентивной терапии. Чтобы оценить адекватность проводимой терапии, необходим периодический контроль за уровнем ТТГ в крови. Для этого рекомендуется скрининг-обследование на субклинический гипотиреоз у пожилых лиц, особенно у женщин, и сопоставление полученных данных с показателями уровня МДА в сыворотке крови.



КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА, НАПРАВЛЕННЫХ НА РАЗЛИЧНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

АБДУЛЛАЕВА С.Я., НИКИШИН А.Г., ПИРНАЗАРОВ М.М., СРОЖИДИНОВА Н.З.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Цель. Изучить особенности коморбидной патологии у пожилых пациентов с многососудистым поражением коронарных артерий, перенесших коронарное шунтирование, стентирование коронарных артерий и получавших только оптимальную медикаментозную терапию

Материал и методы. Проведено ретроспективное обследование 102 больных, старше 65 лет, с поражением двух и более коронарных артерий по данным коронарографического исследования, находившихся на стационарном лечении в РСНПМЦК. Все больные были разделены на 3 группы: 1 группу составили больные со стентированием симптом-связанной коронарной артерии и при необходимости, других коронарных артерий (от 1 до 4-х стентов) ($n=35$); во 2 группу вошли пациенты, получавшие только оптимальную медикаментозную терапию (ОМТ) ($n=33$); 3 группа была сформирована из пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование (АКШ). Необходимо отметить, что 2 группа была сформирована в основном из тех пациентов, которые отказались от проведения АКШ.

Результаты исследования. Соотношение мужчин и женщин во всех трех группах значительно не различалось. При этом группу ЧКВ составили

старшие пациенты. Несмотря на то, что острые состояния в группе АКШ практически не встречались, пациенты, перенесшие в прошлом инфаркт миокарда (ПИКС), составили 76,5% от общего количества больных в группе, что значительно превышает процент пациентов с ПИКС в двух других группах ($p=0,01$). В группе АКШ достоверно часто встречалась анемия (17,6%, $p=0,04$). По сравнению с другими группами частота встречаемости ОЧН была значимо больше в группе ЧКВ (14,3 к 6,1% в группе ОМТ и 0% в группе АКШ, $p=0,02$). В группе ОМТ процент пациентов с ХСН II А был ниже (48,5%, $p=0,04$), но число больных, в этой группе, с ХСН II Б было больше: 6,1 к 0% в группе ЧКВ и 2,9% в группе АКШ. Значимых различий между группами не зафиксировано в отношении таких заболеваний, как: гипертоническая болезнь, ХОБЛ, сахарный диабет, дисциркуляторная энцефалопатия II ст., ХСН II Б и угрожающие нарушения ритма сердца при госпитализации (ЖЭ 3–5 класса, ФЖ), а также перенесенного ОНМК в анамнезе.

Заключение. Пожилые пациенты с многососудистым поражением коронарного русла характеризуются наличием тяжелых коморбидных состояний.

ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ДАННЫХ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА, НАПРАВЛЕННЫХ НА СТЕНТИРОВАНИЕ/ШУНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И ПОЛУЧАВШИХ ТОЛЬКО ОПТИМАЛЬНУЮ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ТЕРАПИЮ

АБДУЛЛАЕВА С.Я., НИКИШИН А.Г., ПИРНАЗАРОВ М.М., СРОЖИДИНОВА Н.З., АЛИМУХАМЕДОВА З.А., ЯКУББЕКОВ Н.Т.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Цель. Сравнить исходные данные у пожилых больных при многососудистом поражении коронарных артерий с различными стратегиями лечения.

Материал и методы. Проведено ретроспективное обследование 102 больных, старше 65 лет с поражением двух и более коронарных артерий по данным коронарографического исследования, находившихся на стационарном лечении

в РСНПМЦК. Все больные были разделены на 3 группы: 1 группу составили больные со стентированием симптом-связанной коронарной артерии и при необходимости, других коронарных артерий (от 1 до 4-х стентов) ($n=35$); во 2 группу вошли пациенты, получавшие только оптимальную медикаментозную терапию (ОМТ) ($n=33$); 3 группа была сформирована из пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование (АКШ). Необходимо отме-

тить, что 2 группа была сформирована в основном из тех пациентов, которые отказались от проведения АКШ. Изучались показатели липидного спектра, а также биохимические показатели: аланин и аспартатаминотрансферазы билирубин, мочевины, креатинин, уровень гемоглобина, гематокрита, тромбоцитов, лейкоцитов, скорость оседания эритроцитов, сахар крови натощак и через 2 ч после еды, гликированный гемоглобин, ПТИ, МНО и фибриноген. Анализированы некоторые эхокардиографические показатели, позволяющие оценить систолическую функцию сердца.

Результаты исследования. Необходимо отметить исходно низкий уровень общего холестерина в группе АКШ: $165,9 \pm 28,6$ мг/дл., $p=0,05$ к $207,9 \pm 51,1$ мг/дл., в группе ЧКВ и $194,5 \pm 35,1$ мг/дл. в группе ОМТ, за счет липопротеидов низкой плотности: $96,8 \pm 25,6$, $p=0,03$, к $136,8 \pm 38,4$ мг/дл. в группе ЧКВ и $125,7 \pm 27$ мг/дл. в группе ОМТ. В группе ОМТ наблюдался относительно высокий уровень фибриногена, остающийся тем не менее в пределах нормы ($3,4 \pm 0,7$ г/л, $p=0,03$ к $3,1 \pm 0,9$

г/л в группе ЧКВ и $3,1 \pm 0,6$ г/л в группе АКШ). При изучении данных эхокардиографии выделяется сравнительно большой конечно-диастолический размер (КДР) и соответственно, конечно-диастолический объем левого желудочка в группе АКШ, что объясняется значительным процентом пациентов, перенесших в прошлом инфаркт миокарда (76,5%). Обратно, сравнительно меньший конечно-систолический размер (КСР), сочетающийся с сохранным КДР, в группе ОМТ указывает на сохранную систолическую функцию сердца у пациентов, выбравших медикаментозную терапию. Несмотря на сравнительно больший размер правого желудочка в группе АКШ, во всех трех группах размеры ПЖ остаются в пределах нормы так же, как и относительно сохранная фракция выброса, достоверно не различающаяся между группами.

Заключение. Больные, подвергшиеся АКШ, характеризуются более выраженным ремоделированием левого желудочка и лучшим липидным спектром, что вероятно обусловлено длительной статинотерапией.

КЛИНИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, КОТОРЫМ БЫЛО ПРОВЕДЕНО СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

АДИЛОВА И.Г., ТУЛАБОВЕВА Г.М., САГАТОВА Х.М., КАМОЛОВ Б.Б.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Изучение особенности клинического статуса у пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС) и сопутствующей артериальной гипертонией (АГ) в возрастном аспекте.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 109 историй болезней пациентов ИБС за 2015 год, находившихся на лечении в кардиологическом отделении РСЦХ им. акад В.В. Вахидова, которым было проведено стентирование коронарных артерий. Пациенты были обследованы в условиях стационара в соответствии с обязательными диагностическими стандартами, рекомендованными АСС/АНА (2008) и ВНОК (2008). Диагноз ИБС ставился на основании оценки жалоб, анамнеза, данных общеклинического и инструментального обследования: электрокардиографии, эхокардиографии, проводился ретроспективный анализ индивидуальных амбулаторных карт больного. Функциональный класс стабильной стенокардии напряжения определяли согласно классификации Канадской ассоциации кардиологов (Samraeu L., 1976). Артериальная гипертония верифицирована в соответствии с критериями ВНОК (2008). Наличие АГ, уровни артериального давления, стадии гипертензивной болезни оценивали по класси-

фикации ВОЗ/МОАГ (1999) и по Российским национальным клиническим рекомендациям (2009).

Результаты исследования. Из 109 пациентов ИБС возраст 51 (47%) пациента был до 60 лет и 58 (53,2%) – старше 60 лет. В группе пациентов до 60 лет в 92% ($n=47$) случаев регистрировали ИБС в сочетании АГ и только в 8% ($n=4$) случаев ИБС без АГ. У пациентов старше 60 лет наблюдается почти аналогичная картина: 51 (88%) против 7 (12%) пациентов. У пациентов до 60 лет по частоте встречаемости АГ 1 степени занимает первое место ($n=23$, 45%) далее АГ 2 и 3 степени ($n=12$, 23,5%; $n=12$, 23,5%). Старше 60 лет прослеживается почти одинаковая частота встречаемости АГ 1 и 2 степени ($n=19$, 37%; $n=18$, 35%), а встречаемость АГ 3 степени составила 27,4% ($n=14$). Пациенты, включенные в исследование, носят разнонаправленный характер по наличию клинических вариантов ИБС в анамнезе. В общей группе ($n=109$) постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) регистрировали у 39 (36%), стенокардию напряжения ФК 3 – у 78 (39%), прогрессирующую стенокардию у 7 (6,4%), Острый инфаркт миокарда (ОИМ) – у 19 (17,4%). В группе больных до и старше 60 лет также наблюдается высокий процент встре-



чаемости стенокардии напряжения ФКЗ ($n=33$, 65%; $n=45$ 77,6%). Старше 60 лет у 25 (43%) пациентов в анамнезе имело место ПИКС, ОИМ – у 6 (10,3%), прогрессирующая стенокардия – у 5 (8,6%) пациентов. До 60 лет частота встречаемости ОИМ ($n=13$, 25,4%) и ПИКС ($n=14$, 27,4%) носит почти одинаковый характер, тогда как прогрессирующий

вариант стенокардии характеризуется малым процентом встречаемости (4%, $n=2$).

Выводы. Частота встречаемости ИБС с АГ у пациентов до и старше 60 лет носит однонаправленный характер. У пациентов до 60 лет больше прослеживается АГ I степени, у пациентов старше 60 лет наблюдается рост пациентов с АГ II и III степени.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ГЕТЕРОЗИГОТНОЙ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ

АЛИЕВА Р.Б., ХОШИМОВ Ш.У., АХМЕДОВА Ш.С., ШЕК А.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии
МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Изучить структурно-функциональные особенности атеросклероза сонных артерий у больных Гетерозиготной семейной гиперхолестеринемией с учетом уровня PCSK-9 и генетического полиморфизма E670G гена PCSK-9.

Материал и методы. В исследование были включены 57 больных с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС) и Гетерозиготной семейной гиперхолестеринемией (ГеСГ, I группа). Группу сравнения составили 144 пациента с ХИБС без ГеСГ, разделенные на подгруппу А ($n=63$) – пациенты, не принимавшие статины, и В – принимавшие их на амбулаторном этапе ($n=81$), группу контроля составили 17 здоровых лиц. Уровень пропротеиновой конвертазы субтилизин-кексинового типа 9 (PCSK9) определяли методом иммуноферментного анализа с использованием реактивов «Human Proprotein Convertase 9/PCSK9 ELISA Kit» (MULTI SCIENCE, China). Генотипирование полиморфизма E670G (rs505151) PCSK9 проводили с использованием ПЦР-метода.

Результаты. Сравнение результатов дуплексного сканирования сонных артерий у больных

ГеСГ показало, что толщина комплекса интима-медиа сонных артерий слева ($1,14 \pm 0,18$, $P < 0,01$) и справа ($1,15 \pm 0,16$, $P < 0,01$) была выше, чем в группе сравнения – $1,05 \pm 0,17$ и $1,04 \pm 0,18$ соответственно. В результате проведенных исследований выявлена положительная корреляционная связь между частотой развития ИМ в анамнезе у больных Гетерозиготной семейной гиперхолестеринемией и толщиной КИМ сонных артерий ($r=0,38$, $P < 0,05$). Последняя также коррелировала с повышением концентрации PCSK-9 ($r=0,31$, $P < 0,05$) в крови и носительством аллеля G полиморфизма E670G ($r=0,39$, $P < 0,05$) гена PCSK-9.

Заключение. У больных Гетерозиготной семейной гиперхолестеринемией установлена прямая корреляционная связь между инфарктом миокарда в анамнезе, толщиной комплекса интима-медиа сонных артерий, повышением концентрации PCSK-9 в крови и носительством аллеля G полиморфизма E670G гена PCSK-9, что позволяет использовать их в качестве прогностических маркеров риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ 2043 С/А ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА РЕЦЕПТОРА ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ

АЛИЕВА Р.Б., ШЕК А.Б., ХОШИМОВ Ш.У., НИЗАМОВ У.И., АБДУЛЛАЕВА Г.Ж., АХМЕДОВА Ш.С.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Оценить влияние 2043 С/А полиморфизма гена рецептора липопротеидов низкой плотности на показатели липидного обмена у больных семейной гиперхолестеринемией узбекской популяции.

Материал и методы исследования. Основную группу (I группа СГХС) составили 50 больных с СГХС (возраст – $49,1 \pm 10,4$ лет, обоего пола, 42% мужчин). Группу сравнения (II группа) составили 145 больных с исключенным диагнозом СГХС

(неСГХС) (возраст – $61,1 \pm 10,0$ лет, 50,3% мужчин). Диагноз СГХС устанавливали на основании следующих критериев: уровень ОХС более 8,5 ммоль/л, наличие сухожильных ксантом у обследуемого или родственников первой степени родства. Критерием исключения являлось повышение уровня триглицеридов в сыворотке крови $\geq 4,5$ ммоль/л. Выполняли анализ лабораторных показателей (липидный спектр, глюкоза, гликированный гемоглобин и т.д.) и инструментальные (электрокардиография, эхокардиография, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий). Генетическое обследование 2043 С/А полиморфизма гена рецептора липопротеидов низкой плотности выполнено у 195 пациентов.

Результаты. При сравнительном анализе распределения частот генотипов оказалось, что в группе больных СГХС генотип А/А 2043 С/А полиморфизма гена рЛПНП встречается чаще – 5 (10%), чем в группе не СГХС – 8 (5,5%), од-

нако различия носили недостоверный характер ($P > 0,05$). В распределении частот других генотипов и аллелей полиморфного маркера 2043 С/А полиморфизма гена рЛПНП в группах больных СГХС и неСГХС лиц узбекской национальности не было выявлено значительных различий. При анализе показателей липидов в группе больных с СГХС носители А-аллеля имели несколько высокий уровень ОХС, ТГ и ХС ЛПНП ($367,4 \pm 102,1$, $336,8 \pm 447,5$ и $230,9 \pm 56,5$) относительно больных с неА-носителями ($347,7 \pm 164,5$, $302,3 \pm 297,8$ и $221,9 \pm 88,3$), однако различие носило недостоверный характер.

Заключение. Необходимо дальнейшее изучение других полиморфных вариантов гена рецептора липопротеидов низкой плотности, Аполипопротеина В и PCSK9 для выяснения их взаимного влияния на развитие семейной гиперхолестеринемии в узбекской популяции.

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ С СОДЕРЖАНИЕМ ЦИТОКИНОВ И ФАКТОРА РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ В КРОВИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

АЛЯВИ А.Л., ТУЛЯГАНОВА Д.К., САБИРЖАНОВА З.Т., РАДЖАБОВА Д.И., ЮНУСОВА Л.И.

РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент. Узбекистан

Введение (цели/задачи). Провести анализ взаимосвязи показателей структурно-функционального состояния левого желудочка (ЛЖ) по данным эхокардиографии (ЭхоКГ) с уровнем экспрессии цитокинов у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. В исследование были включены пациенты с ИБС, осложненной ХСН II–III ФК по NYHA, в возрасте от 45 до 65 лет. Пациенты были разделены на 2 группы. В 1 группу вошли 15 пациентов с ФК II, во 2 группу – также 15 пациентов с ФК III. Разделение пациентов на ФК проводилось по классификации Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (NYHA). Также проводили биохимический анализ крови маркеров системного воспаления (ИЛ-1 β , ИЛ-6, VEGF) методом ИФА. Определение ИЛ-1 β , ИЛ-6, VEGF, ФНО- α в плазме крови проводилось методом иммуноферментного анализа на твердофазном анализаторе «Humareader Single» (Германия). Эхокардиографическое исследование проводилось на аппарате ACCUVIX V20 (Корея), в М- и В-режимах в стандартных эхокардиографических позициях согласно рекоменда-

циям Американского эхокардиографического общества (ASE) (Schiller N.B. et al., 1989).

Результаты. Анализ взаимосвязи показателей структурно-функционального состояния ЛЖ по данным ЭхоКГ с уровнем экспрессии цитокинов выявил достоверную отрицательную корреляционную связь ФВ ЛЖ с концентрацией ФНО- α ($r = -0,51$), ИЛ-1 β ($r = -0,52$) и ИЛ-6 ($r = -0,61$) ($p < 0,01$). Анализ взаимосвязи показателей структурно-функционального состояния ЛЖ по данным ЭхоКГ с уровнем ростовых факторов показал достоверную отрицательную корреляционную связь КДР и КСР с концентрацией VEGF и положительную связь с ФВ ЛЖ ($r = 0,59$, $p < 0,0001$).

Заключение. Показано, что уровни экспрессии ростовых факторов достаточно тесно коррелировали с КДР ЛЖ, с ФВ ЛЖ, КСР, отражающими диастолическую и систолическую дисфункции сердца. Полученные нами данные позволяют отнести ФНО- α , ИЛ-1 β , ИЛ-6 и VEGF к важным биомаркерам как развития, так и прогрессирования ХСН у больных ИБС.



О КОМПЛЕКСНОМ ПОДХОДЕ К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

**АЛЯВИ Б.А., АБДУЛЛАЕВ А.Х., РАИМКУЛОВА Н.Р., ИСХАКОВ Ш.А., ТАГАЕВА Д.Р.,
УЗОКОВ Ж.К., АЗИЗОВ Ш.И., КАРИМОВА Д.К., ИМИНОВА Д.А.**

**ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
терапии и медицинской реабилитации»; Ташкентский педиатрический медицинский
институт, г. Ташкент, Узбекистан**

Цель работы. Оценить эффективность сочетания медикаментозных и немедикаментозных методов лечения больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. В исследование включили больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения III ФК (40), подвергшихся стентированию. Пациенты получали двойную антиагрегантную терапию (аспирин+клопидогрел), β -адреноблокаторы, статины – аторвастатин по 20–40 мг/сут или розувастатин по 10–20 мг/сут, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, растительный препарат Миокардин («APOLLO PHARM MED», Узбекистан) по 2 таблетке 2–3 раза в день за 5–10 минут до еды, в течение 20 дней и занимались лечебной физической культурой по соответствующей программе, е/д. Часть больных (20) дополнительно занималась на аппарате FCXT fluid recumbent cycle) кардиотренировкой (дозировка: 1–3 день – уровень 1, частота 30 об/мин, скорость 8 км/ч; 4–6 день – уровень 3, частота 35 об/мин, скорость 9 км/ч; 7–9 день – уровень 5, частота 40 об/мин, скорость 10 км/ч.). До лечения и через 3 месяца изучали показатели электро- и эхокардиографии, изучали липиды общий холестерин (ОХС), ХС липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), ХС ЛП высокой плотности (ХСЛПВП), триглицериды (ТГ), С-реактивный белок (СРБ), агрегацию тромбоцитов.

Результаты. Проблема недостаточной приверженности пациентов к медикаментозной терапии остается актуальной. По данным исследований, до половины пациентов, так или иначе, нарушают назначения врача. Наиболее уязвимым периодом после стентирования является один месяц, в связи со специфичной динамикой тромбоцитарного ответа. Стабилизация показателя агрегации тромбоцитов с 5 мкмоль/л АДФ у пациентов со стабильной ИБС происходит, на наш взгляд, позже, поэтому этот период является важным для профи-

лактики осложнений. Травма эндотелия во время стентирования приводит к активизации факторов свертывания. Активация и последующая агрегация тромбоцитов играют ключевую роль в развитии ишемических событий после проведения чрескожного коронарного вмешательства. Комплексное лечение с включением вышеуказанных занятий на FCXT fluid recumbent cycle и ЛФК приводило к усилению эффекта медикаментозной терапии и повышению качества жизни больных. Это способствовало более объективной оценке состояния пациентов, включенных во II группу наблюдения. Включение немедикаментозных методов позволило повысить эффективность лечения. Выявлена связь между структурно-функциональным состоянием миокарда и магистральных артерий с уровнем ОХС, ХСЛПНП, ТГ, СРБ. Полученные положительные результаты объясняются, прежде всего, стабилизацией кровотока через коронарные артерии после процедуры стентирования, предотвращением формирования тромбоза за счет гипополидемических и антиагрегантных и плейотропных эффектов статинов и антиагрегантов. К этим эффектам относят противовоспалительный, антитромботический и нормализующий функциональное состояние эндотелия фитопрепарат Миокардин, в состав которого входят экстракты каперсы, зеленого чая, боярышника, мелиссы и мяты перечной и косточек красного винограда, и обладающий спазмолитическим, сосудорасширяющим, легким успокоительным действием, вероятно, усиливает эффект базисной терапии. Побочных явлений от Миокардина не отмечено.

Заключение. Комплексный подход к лечению и реабилитации больных ИБС, подвергшихся стентированию, с включением немедикаментозных методов и фитопрепарата Миокардин повышает безопасность лечения и повышает эффективность реабилитации этой категории пациентов.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

**АЛЯВИ Б.А., АБДУЛЛАЕВ А.Х., КАРИМОВ М.М., РАИМКУЛОВА Н.Р., УЗОКОВ Ж.К.,
АЗИЗОВ Ш.И., КАРИМОВА Д.К., ИМИНОВА Д.А.**

**ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр терапии и медицинской реабилитации»;
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан**

Цель работы. Изучить некоторые показатели функционального состояния печени, липидного обмена и агрегометрии у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Наблюдали 32 больных ИБС (средний возраст – $54,8 \pm 5,7$ лет), которым после коронароангиографии проведено плановое интервенционное вмешательство (стентирование венечных артерий DES-стентами). Все пациенты получали на фоне стандартной базисной терапии (антиагреганты – аспирин и клопидогрел, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, β -адреноблокаторы и ингибиторы гидроксиметилглутарил-коэнзим А редуктазы – статины (аторвастатин или розувастатин). Учитывая гепатотоксичность статинов, пациентам назначали отечественный растительный гепатопротектор Гепофреш («APOLLO PHARM MED», Узбекистан) по 2 таблетке 3 раза в день, за 5–10 мин. до еды, в течение 30 дней в 1-й и 4-й месяцы наблюдения. До процедуры, через 3 и 6 месяцев определяли содержание билирубина, холестерина (ХС), ХС липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), ХСЛП высокой плотности (ХСЛПВП), триглицеридов (ТГ), активности трансаминаз, щелочной фосфатазы, проводили ультразвуковое исследование печени, агрегометрию.

Результаты. Наиболее высокая доля лиц с гиперхолестеринемией и триглицеридемией выявлена в возрастной группе 50–60 лет. Выявлена прямая корреляционная зависимость снижения ХСЛП очень низкой плотности с повышением уровня ХСЛПНП ($r=0,685$). Следует отметить, что наиболее выраженные изменения наблюдались у больных ИБС в сочетании с метаболическим синдромом (МС). При этом имеется тенденция развития дислипидемии на более поздних стадиях МС. Ги-

перхолестеринемия является практически постоянным и ранним признаком ИБС и МС в то время, как дислипидемия обнаружена у 55% пациентов. У большинства больных выявлены значительные изменения показателей липидов, характерные для атерогенной дислипидемии (АДЛ). У 7 больных с АДЛ обнаружены изменения в показателях, характеризующих функциональное состояние печени, напоминающие неалкогольную жировую болезнь печени. Установлен выраженный эффект использованных статинов в нормализации изученных показателей липидов (ХС, ХСЛПНП, ХСЛПВП, ТГ). Оба статина и антиагреганты переносились хорошо, случаев отмены не было. Показатели агрегации тромбоцитов улучшились к концу первого месяца (время агрегации, наличие дезагрегации). У одного пациента наблюдались диспепсические явления и метеоризм, которые исчезли после коррекции дозы статина. Гепофреш, в состав которого входят девясил высокий, ревень тангутский, аир болотный, бессмертник, горец змеиный, цикорий, солодка голая, кукурузные рыльца, тысячелистник обыкновенный, обладает противовоспалительным, спазмолитическим, желчегонным свойствами, оказал благоприятное влияние на состояние и функции печени. При этом он, на наш взгляд, может также усиливать эффект стандартного лечения.

Заключение. Учет индивидуальных отличий пациентов и особенностей стандартного лечения, включение в лечебный комплекс растительного гепатопротектора Гепофреш позволили минимизировать и предупредить вероятность развития побочных эффектов статинов и антиагрегантов, а также различных изменений со стороны гепатобилиарной системы больных ИБС после интервенционного вмешательства.

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА
У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА****БАТРАК Г.А.****ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России,
г. Иваново. Россия**

Цель работы. Выявить особенности клинического течения сахарного диабета (СД) 2 типа у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. На базе эндокринологического отделения ОБУЗ ГКБ №4 г. Иваново обследовали 30 пациентов с СД 2 типа и ИБС, из них 26 женщин (86,6%) и 4 мужчины (13,4%), средний возраст – $69 \pm 2,3$ г., длительность СД – $13 \pm 4,5$ лет. Проводили клиническое обследование, изучали гликемический профиль, уровень холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), креатинина, калия, АЛТ, АСТ. Анализировали значения микроальбуминурии, протеинурии, глюкозурии, оценивали скорость клубочковой фильтрации (СКФ), структурно-функциональное состояние сердца по данным ЭКГ и ЭхоКГ. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Microsoft Excel Windows 7. Количественные признаки представлены в виде $M \pm \sigma$, где M – среднестатистическое значение, σ – стандартное отклонение. Различия при $p \leq 0,05$ считались статистически значимыми.

Результаты. У больных СД 2 типа с ИБС в 100% отмечалась артериальная гипертония (АГ), у большинства (63%) АГ 2 степени, средние значения АД $155/85-160/90$ мм рт.ст. При СД 2 типа и ИБС: ожирение – 73%, ИМТ – $32,5 \pm 2,1$ кг/м², дислипидемия 2 Б типа – 70%, курение – 3%. Абсолютное большинство пациентов (93%) не имели физической нагрузки, у половины (56%) наследственность по СД 2 типа и АГ. При СД 2 типа в сочетании с ИБС в анамнезе: острый инфаркт миокарда (42%), постоянная форма фибрилляции предсердий (33%), стенокардия напряжения 2–3 ФК (25%), а также хроническая ишемия миокарда (93%), гипертрофия левого желудочка (95%), диастолическая дисфункция левого желудочка (80%), (60%) хроническая сердечная недостаточность (ХСН). У абсолютного большинства микрососудистые осложнения: диабетическая полинейропатия (100%), диабетическая ретинопатия,

препролиферативная стадия (80%). Макрососудистые осложнения: атеросклероз артерий нижних конечностей (90%). Сопутствующая патология: хронический пиелонефрит (36%), хронический гастрит (20%). Средний уровень гликемии натощак при поступлении – $11,1 \pm 2,3$ ммоль/л, при выписке – $9,0 \pm 1,7$ ммоль/л ($p \leq 0,05$). Уровень постпрандиальной гликемии исходно – $13,4 \pm 1,5$ ммоль/л, при выписке – $11,2 \pm 1,2$ ммоль/л ($p \leq 0,05$). Уровень ХС – $4,5 \pm 0,8$ ммоль/л, ТГ – $2,3 \pm 0,5$ ммоль/л, креатинин – $92,3 \pm 10,6$ ммоль/л. СКФ – $80,1 \pm 12,1$ мл/мин. Медикаментозная терапия при СД 2 типа в сочетании с ИБС: у 50% пероральные сахароснижающие препараты (метформин – 89%, препараты сульфонил мочевины – 45%, ингибиторы ДПП-4 – 31%), у 65% – инсулинотерапия, у 96% применялась комбинация сахароснижающих препаратов и инсулина. Для лечения АГ в 100% случаев иАПФ или сартаны (62 и 38%, соответственно), селективные бета-адреноблокаторы (87%), терапия статинами (80%), антиагреганты (100%), частота назначения антиоксидантов и ноотропных препаратов составила 22 и 36% соответственно.

Заключение. Сочетание СД 2 типа и ИБС характерно в большинстве случаев для женщин в возрасте старше 60 лет с ожирением 1 степени и комбинированной дислипидемией. Абсолютное большинство больных СД 2 типа в сочетании с ИБС имеют множественные тяжелые микро- и макрососудистые осложнения на фоне отсутствия компенсации диабета.

ИБС при СД 2 типа также имеет более тяжелое течение: более трети больных перенесли инфаркт миокарда, имеют нарушения ритма, у большинства хроническая ишемия миокарда и ХСН. Сочетание двух социально значимых хронических неинфекционных заболеваний (СД 2 типа и ИБС) у женщин пожилого возраста предполагает тщательное наблюдение эндокринолога и терапевта амбулаторно-поликлинического звена.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АЛЕНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ И РОЗУВАСТАТИНОМ ПО ВЛИЯНИЮ НА КАЛЬЦИНОЗ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И АОРТЫ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА С ОСТЕОПЕНИЕЙ

БЛАНКОВА З.Н., САМСОНОВА Н.С., ФЕДОТЕНКОВ И.С., ШАРИЯ М.А., ТЕРНОВОЙ С.К., РЯБЦЕВА О.Ю., МАСЕНКО В.П., АГЕЕВ Ф.Т.

ФГБУ «НМИЦ кардиологии» МЗ РФ, г. Москва. Россия

Введение. Данные об эффективности ингибиторов костной резорбции бисфосфонатов на сосудистую кальцификацию противоречивы.

Цель исследования. Оценить влияние комбинированной терапии алендроновой кислотой и розувастатином на прогрессирование кальциноза коронарных артерий (КА) и грудного отдела аорты (ГА) у пациентов высокого риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО) со сниженной минеральной плотностью костной ткани (МПКТ).

Материал и методы. 48 пациентов высокого риска ССО с остеопенией (возраст 64 (56; 72) года) с высоким риском ССО и остеопенией (Т-критерий от -1 до -2,5 SD по результатам денситометрии, DEXA), без ишемической болезни сердца, с гемодинамически незначимым атеросклерозом брахиоцефальных артерий, преимущественно с гипертонической болезнью (n=42 (88%)) и достигнутым целевым уровнем артериального давления (АД) рандомизированы в 2 группы: А (n=26) – комбинированная терапия розувастатином (средняя доза 19 ± 7 мг) и алендронатом (70 мг 1 раз в нед) и Б (n=22) – терапия розувастатином (средняя доза 14 ± 7 мг). Исходно и через 12 мес. определены уровни холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП), маркеров костной резорбции: С-концевого телопептида коллагена I типа (СITP),

N-концевого пропептида проколлагена I типа (PINP), остеокальцина; DEXA поясничного отдела позвоночника; мультиспиральная компьютерная томография КА и ГА (кальциевый индекс).

Результаты. Пациенты были сопоставимы по возрасту, полу, уровню АД. Средняя доза розувастатина, исходные и финальные значения уровня ХС-ЛПНП в группах сравнения не отличались. У всех больных были достигнуты целевые значения ХС-ЛПНП менее 2,5 ммоль/л. Спустя 12 мес. терапии наблюдались статистически значимые межгрупповые отличия по динамике МПКТ, $p < 0,05$ (0,02 (0,0; 0,03) г/см², и -0,01, (-0,2; 0,22) г/см² для групп А и Б соответственно) и снижению сывороточной концентрации маркеров костного обмена: CITP, $p < 0,05$ (-0,07 (-0,26; 0,03) г/мл, и 0,02 (-0,11; 0,24) для групп А и Б соответственно), PINP, $p < 0,05$ (-9 (-18; 1) г/мл, $p < 0,05$ и 1 (-8; 20) для групп А и Б соответственно), остеокальцина -2 (-5; -31) нг/мл и 3 (2; -23) нг/мл для групп А и Б, соответственно). Не выявлено статистически значимой разницы по динамике кальциевого индекса КА и ГА в группах сравнения.

Заключение. Эффективная по влиянию на МПКТ комбинированная терапия алендроновой кислотой и розувастатином у пациентов высокого риска ССО с остеопенией не сопровождалась снижением прогрессирования кальциноза КА и ГА.

15-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНОГО МЕТОДА УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ГАБРУСЕНКО С.А., МАЛАХОВ В.В., КУХАРЧУК В.В.

ФГБУ НМИЦ кардиологии МЗ РФ, г. Москва. Россия

Введение. Наружная контрпульсация (НКП) – современный лечебный метод неинвазивной реваскуляризации миокарда, позволяющий добиваться повышения перфузионного давления в коронарных артериях во время диастолы и снижения сопротивления сердечному выбросу во время систолы, определяемый как метод неинвазивной реваскуляризации миокарда. Основной областью применения НКП является ишемическая болезнь

сердца с рефрактерной к медикаментозному лечению стенокардии, а также сердечная недостаточность различного происхождения.

Цель работы. Оценка влияния программной НКП на клинико-функциональный статус, «качество жизни» больных с сердечной недостаточностью ишемической природы, стабильной стенокардией II–IV Ф.К., рефрактерной к медикаментозной терапии.



Материал и методы. 60 больным ИБС (10 женщин и 50 мужчин, ср. возраст – 64,8 лет) проведен лечебный курс УНKP, включавший 35 часовых процедур 5–6 раз в неделю в течение 6–7 недель. Использовался кардиотерапевтический комплекс EECР® Therapy System Model TS3 (Vasomedical Inc., USA). У всех пациентов, несмотря на проводимую лекарственную терапию, сохранялась стабильная стенокардия II–IV Ф.К., положительный нагрузочный тест на велоэргометре (ВЭМ). По данным коронароангиографии у 49 больных выявлено трехсосудистое, у 11 – двухсосудистое поражение коронарного русла. 58% пациентов ранее перенесли инфаркт миокарда, у 50% – проведена операция аортокоронарного шунтирования, у 33% – баллонная ангиопластика со стентированием. У всех пациентов отмечались явления СН: II Ф.К. (NYHA) – у 38, III–IV Ф.К. – у 22. У 25% больных фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) не превышала 35%. До и после курса НКП больным проводились общеклиническое обследование с оценкой «качество жизни» с использованием Миннесотского опросника, ВЭМ-проба с сцинтиграфией миокарда, суточное ЭКГ-мониторирование.

Результаты. Процедуры хорошо переносились больными, в ходе и после проведения лечения не было отмечено каких-либо побочных и нежелательных эффектов. Все больные отметили субъективное улучшение самочувствия при достоверном ($p < 0,001$) улучшении «качества жизни». Не менее, чем вдвое уменьшилось количество

приступов стенокардии и потребность в нитратах. Достоверно ($p < 0,001$) повысилась толерантность к физической нагрузке. Эти эффекты были сопоставимы у больных с сохраненной и сниженной (ФВ $< 35\%$) сократительной функцией ЛЖ. У большинства пациентов отмечено улучшение перфузии миокарда (уменьшение глубины и распространенности дефектов перфузии). Наблюдалась умеренно выраженная тенденция к увеличению фракции выброса ЛЖ, преимущественно у больных с исходно значительно нарушенной сократительной функцией миокарда ($p < 0,01$). По данным суточного ЭКГ-мониторирования отмечено достоверное ($p < 0,001$) уменьшение средней частоты сердечных сокращений. Кроме того, в результате курсового лечения НКП отмечена достоверная тенденция к уменьшению содержания в плазме мозгового (ср. 887,0 до 523,5 фмоль/л, $p < 0,01$) и предсердного (ср. с 4017,6 до 3188,6 фмоль/л, $p < 0,03$) натрийуретических пептидов, как известно, являющихся биохимическими маркерами миокардиальной дисфункции и предикторами неблагоприятного прогноза у больных ИБС и СН.

Заключение. Собственный опыт применения НКП свидетельствует о высокой ее эффективности и безопасности в комплексном лечении больных с СН ишемического генеза, стабильной стенокардией, рефрактерной к лекарственной терапии при невозможности использования, в том числе повторного, методов реваскуляризации миокарда.

ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ ШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

ГОРШУНОВА Н.К., ГРИГОРЬЯН М.Ф.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Курск, Россия

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) относится к часто встречающимся заболеваниям сердечно-сосудистого континуума. Это один из тяжелых видов кардиоваскулярной патологии, резко снижающих качество жизни пациентов.

Среди многочисленных факторов его ухудшающих, большое значение принадлежит стрессам, тяжелым эмоциональным переживаниям, способным вызывать различные соматические нарушения, снижать жизнеспособность, нарушая общее благополучие больного.

Цель исследования. Определение выраженности стресса у больных пожилого возраста с ишемической болезнью сердца и его влияние на качество жизни.

Материал и методы исследования. Обследованы 47 слушателей Университета Сеньоров пожилого возраста (средний возраст – $66,3 \pm 1,4$ года), с диагнозом ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия напряжения II ФК, оформив-

ших информированное согласие. Стресс определяли с помощью теста стрессоустойчивости по 10-ти балльной шкале (Щербатых Ю.В., 2006г.), по которой базовая стрессоустойчивость (БСУ) в пределах от 70 до 100 баллов считается удовлетворительной. Рассчитывался показатель динамической чувствительности (ДЧ) к стрессам. Оценку качества жизни респондентов проводили с помощью международного опросника – SF-36 по 8 шкалам: физического (ФФ), ролевого физического (РФФ), ролевого эмоционального (РЭФ) и социального (СФ) функционирования, психологического (ПЗ) и общего здоровья (ОЗ), жизнеспособности (Ж). Результаты исследования обработаны с помощью параметрических методов, о достоверности различий между группами судили по t-критерию Стьюдента с поправкой Бонферрони, они признавались значимыми при $p < 0,05$. Для определения зависимости качества жизни использован корреляционный анализ по Пирсону.

Результаты и их обсуждение. У 52,8% (122±7,9 баллов) респондентов определено высокая стрессочувствительность и достоверные отличия качества жизни по шкалам физического функционирования ($p<0,05$), ролевого эмоционального функционирования ($p<0,05$), социальной функции ($p<0,05$) и общего здоровья ($p<0,05$).

Средние показатели шкал удовлетворенности КЖ найдены у 73,2% (67,8±2,4 баллов) лиц с динамической чувствительностью и достоверным отличием качества жизни по шкалам физического функционирования ($p<0,05$), ролевого эмоционального функционирования ($p<0,05$), психического здоровья ($p<0,05$) и жизнеспособности ($p<0,05$).

Показатели пожилых больных с повышенной чувствительностью к стрессу прямо коррелировали с показателями общего здоровья ($r=0,61$; $p<0,05$) и жизнеспособностью ($r=0,54$; $p<0,05$), обратная связь средней силы установлена с ролевым эмоциональным функционированием ($r=-0,51$; $p<0,05$). Также установлена средней силы обратная связь динамической чувствительности с физическим функционированием ($r=-0,34$), психическим здоровьем ($r=-0,42$; $p<0,05$) и жизнеспособностью ($r=-0,43$; $p<0,05$).

Заключение. Таким образом, у пожилых больных с ишемической болезнью сердца установлены высокая стрессочувствительность и снижение качества жизни. Образовательные программы способствуют высокому уровню снижения стресса.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК И ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ

ДЕДОВ Д.В.¹, КОВАЛЬЧУК А.Н.¹, ЭЛЬГАРДТ И.А.², МАСЛОВ А.Н.¹

¹ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России;

²ГБУЗ Тверской области «Областной клинический кардиологический диспансер», г. Тверь. Россия

Введение. Хроническая ишемическая болезнь сердца (ИБС) и артериальная гипертензия (АГ) до сих пор остаются самыми распространенными сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) в большинстве стран мира. Известно, что ожирение (Ож) признается одной из наиболее важных медико-социальных проблем. По данным многоцентрового наблюдательного исследования ЭССЕ-РФ с участием 25224 человек в возрасте 25–64 лет распространенность Ож в популяции составила 29,7%. Отмечено, что частота избыточной массы тела (МТ) и Ож в мире выросла почти на 30–50%. Кроме этого, Ож рассматривается как важнейший фактор риска ССЗ и сахарного диабета 2-го типа. Наряду с этим, повышенная МТ и Ож определяют развитие до 17–23% случаев ИБС и АГ. В конечном итоге Ож приводит к увеличению риска сердечно-сосудистой смертности в 4 раза. На основании вышеизложенного можно заключить, что вопрос анализа клинических данных больных ИБС, АГ и сопутствующим Ож до конца не изучен и нуждается в более детальном освещении.

Цель работы. Изучить взаимосвязь клинических характеристик и показателей ремоделирования миокарда у больных ИБС и АГ с сопутствующим Ож.

Материал и методы. Всего были обследованы 140 мужчин и женщин (средний возраст – 61,5±6,9 лет) с ранее верифицированными хронической ИБС и АГ. Исследование было одобрено Этическим комитетом Тверского государственного медицинского университета и проведено на базе Тверского областного клинического

кардиологического диспансера. Выполнено: изучение жалоб и анамнеза, определение роста в метрах (м) и МТ в килограммах (кг), измерение систолического (С) и диастолического (Д) артериального давления (АД), стандартная электрокардиография, эхокардиография (ЭхоКГ), доплер-ЭхоКГ. Индекс массы тела (ИМТ) был рассчитан по формуле: $ИМТ = МТ / \text{рост}^2$ в $кг/м^2$. На основании значений ИМТ из вышеуказанных пациентов были сформированы 3 группы: 1 – обследованные с ИБС и АГ, имевшие нормальную МТ; 2 – больные ИБС и АГ с избыточной МТ; 3 – мужчины и женщины с ИБС, АГ и сопутствующим Ож (ИМТ: 19,0 – 24,9 $кг/м^2$; 25,0 – 29,9 $кг/м^2$ и более 30,0 $кг/м^2$ соответственно). При проведении ЭхоКГ анализировались: конечный диастолический размер и объем левого желудочка (КДР и КДО ЛЖ); размер левого предсердия (ЛП); масса миокарда (ММ) ЛЖ в граммах (г); толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП); толщина задней стенки (ТЗС) ЛЖ. Площадь поверхности тела (ППТ) пациентов в $м^2$ рассчитывалась по формуле Дюбуа. Индекс (И) ММЛЖ получали по формуле: $ИММЛЖ = ММЛЖ / ППТ$ в $г/м^2$. Для сравнения непрерывных параметров в изучаемых группах использовался Н-критерий Краскелла – Уоллиса. Исследование связи между показателями проведено при помощи коэффициента ранговой корреляции по Спирмену (r_s). При значении r_s менее или равным 0,3 связь признавали слабой, а при r_s более 0,4 – умеренной силы. Уровень значимости всех статистических тестов был принят на уровне p меньше 0,05.



Результаты. Анализ непрерывных данных в трех группах с помощью Н-критерия Краскелла – Уоллиса выявил, что САД у пациентов 2 и 3 групп оказалось выше, чем в 1 (на 6,8 и 9,2% соответственно; $H=9,6 - 11,7$; оба $p=0,003$). Помимо этого, у больных 3 группы ИММЛЖ был выше, чем в 1 (на 7,1%; $H=9,5$; $p=0,009$). В дальнейшем, в 3 группе был выполнен корреляционный анализ по Спирмену. В результате нашли прямую связь между размером ЛП и ММЛЖ ($rs=0,71$; $p=0,001$), ТЗСЛЖ ($rs=0,56$; $p=0,001$), КДО ЛЖ ($rs=0,35$;

$p=0,009$), ТМЖП ($rs=0,68$; $p=0,005$), а также ИММЛЖ и КДО ЛЖ ($rs=0,52$; $p=0,046$).

Заключение. Можно полагать, что повышение ИМТ у больных ИБС и АГ ассоциировалось с увеличением САД. У пациентов с Ож ИММЛЖ был выше, чем у обследованных с нормальным ИМТ. У больных с Ож размер ЛП и КДО ЛЖ оказался больше, чем у обследованных с нормальной МТ. Таким образом, выявлена взаимосвязь между Ож и развитием ремоделирования ЛЖ.

ВЛИЯНИЕ СТАТИНОВ НА ФАКТОРЫ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ЖИЛЯЕВА Ю.А., МИХИН В.П., ВАСИЛЬЕВА Д.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск. Россия

В настоящее время одними из основных антиатерогенных препаратов являются статины, обладающие гипохолестеринемическими свойствами. Однако, наряду с этим, они обладают и рядом плеiotропных эффектов, в частности противовоспалительным.

Цель работы. Определить влияние дженерических препаратов аторвастатина – Торвакарда (Zentiva a.s., Чехия) и симвастатина – Симвакарда (Zentiva a.s., Чехия) в составе комплексной терапии на уровень и С-реактивный белок (СРБ) у пациентов хронической ИБС с гиперхолестеринемией.

Материал и методы. В исследование включены две группы пациентов (I группа – 32 человека, II группа – 20 человек), страдающих ИБС, стабильной стенокардией напряжения II–III ФК. ХСН I–IIA стадии, в сочетании с гиперхолестеринемией в возрасте от 53 до 65 ($58,2 \pm 6,5$) лет, из которых 32 пациента имели артериальную гипертензию легкой и средней степени. Критериями рандомизации служили уровень ХС (от 6,5 ммоль/л до 8,0 ммоль/л) и возраст.

Все пациенты получали стандартную терапию, включающую кардиоселективный β -блокатор (бисопролол 2,5–5 мг/сут); ингибитор АПФ (периндоприл – 10 мг/сут.); блокаторы кальциевых каналов (амлодипин – 2,5–5 мг/сут); антиагреганты (кардиомагнил – 75 мг/сут), при необходимости лечение дополнялось пролонгированными нитратами (изосорбид-мононитрат 20–40 мг/сут).

В течение 12 недель пациенты первой группы получали гиполипидемическую терапию аторвастатином в виде препарата Торвакард – 20 мг/сут. Пациенты второй группы получали симвастатин – Симвакард – 20 мг/сут.

Уровень СРБ определяли количественно иммунотурбидиметрическим методом с использованием многоточечной калибровки, набором

(«Analiticon», Германия), интервал линейности набора – 1,0–20,0 мг/л.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась статистическими программами «StatSoft Statistica 6,0» и Microsoft Excel 2003 с расчетом средних значений и ошибки средней величины ($M \pm m$); парного t-критерия Стьюдента; χ^2 (достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$).

Результаты. С-реактивный белок (СРБ) служит интегральным параметром, отражающим воспалительный процесс в организме и прежде всего в сосудистом русле.

Уже через 4 недели приема Торвакарда в дозе 20 мг/сут уровень СРБ уменьшился на 17,2%, а к концу 12 недели терапии – на 44,5% от исходных значений. В группе пациентов, принимающих Симвакард – 20 мг/сут, этот показатель снизился на 16,4% и на 25,0% через 4 недели и 12 недель, соответственно.

По мнению исследователей, этот плеiotропный эффект аторвастатина вносит существенный вклад в улучшение прогноза у тяжелых больных с ИБС. В исследовании «ФАРВАТЕР» было получено достоверное снижение уровня СРБ у больных, принимавших аторвастатин в дозах 10 и 20 мг/сут. на 15–20%. Вполне вероятно, что влияние аторвастатина на величину СРБ зависит от клинического состояния пациента (ОКС или стабильная ИБС), а также от используемой дозировки этого статина.

Заключение. Таким образом, за 12 недель терапии дженерическими статинами были доказаны плеiotропные свойства статинов, в частности противовоспалительный эффект. Применение препаратов группы аторвастатина и симвастатина сопровождалось выраженным противовоспалительным эффектом, проявляющимся значительным снижением уровня С-реактивного белка у пациентов, страдающих ИБС.

АНТИОКСИДАНТНЫЙ ЭФФЕКТ ТОРВАКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ЖИЛЯЕВА Ю.А.

ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет, г. Курск. Россия

В основе развития ишемической болезни сердца (ИБС) лежит атеросклеротическое поражение коронарных сосудов. Процессы свободнорадикального окисления (СРО) играют особую роль в развитии и прогрессировании атеросклероза, обуславливающие перекисную модификацию липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), в результате чего на порядок возрастает их атерогенность. Статины, по-прежнему, остаются одними из основных антиатерогенных препаратов, обладающих гиполипидемическими свойствами. Доказано, что наряду с этим они обладают и рядом плеiotропных эффектов, в частности антиоксидантным эффектом.

Цель работы. Определить влияние дженерического препарата аторвастатина – Торвакарда (Zentiva a.s., Чехия) в составе комплексной терапии на уровень продуктов перекисного окисления липидов у пациентов хронической ИБС с гиперхолестеринемией.

Материал и методы. В исследование включены две группы пациентов (I группа – 20 человека, с исходным уровнем ХС: от 5,2 ммоль/л до 6,5 ммоль/л; II группа – 32 человека, уровень ХС – от 6,5 ммоль/л до 8,0 ммоль/л), страдающих ИБС, стабильной стенокардией напряжения II–III ФК. ХСН I–IIA стадии, в сочетании с гиперхолестеринемией в возрасте от 53 до 65 ($58,2 \pm 6,5$) лет, из которых 34 пациента имели артериальную гипертензию легкой и средней степени. Критериями рандомизации служили уровень ХС и возраст.

Все пациенты получали стандартную терапию, включающую кардиоселективный β -блокатор (бисопролол – 2,5–5 мг/сут); ингибитор АПФ (периндоприл – 10 мг/сут.); блокаторы кальциевых каналов (амлодипин – 2,5–5 мг/сут); антиагреганты (кардиомагнил – 75 мг/сут), при необходимости лечение дополнялось пролонгированными нитратами (изосорбид-мононитрат – 20–40 мг/сут). В те-

чение 12 недель пациенты первой группы получали гиполипидемическую терапию аторвастатином в виде препарата Торвакард – 10 мг/сут, пациенты второй группы принимали Торвакард по 20 мг/сут.

Уровень продуктов деградации липопероксидов в крови: малоновый диальдегид (МДА, мкмоль/л) определяли спектрофотометрически после экстракции при длине волны 532 нм набором «ТБК-Агат».

Статистическая обработка результатов исследования проводилась статистическими программами «StatSoft Statistica 6,0» и Microsoft Excel 2003 с расчетом средних значений и ошибки средней величины ($M \pm m$); парного t -критерия Стьюдента; χ^2 (достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$).

Результаты. Исходные значения продуктов перекисного окисления липидов МДА были повышены, что свидетельствует о высоком риске сердечно-сосудистых заболеваний и прогрессировании атеросклероза. При оценке концентраций продуктов деградации пероксидов МДА выявлено достоверное снижение этого показателя уже к концу первого месяца лечения. Уже через 4 недели приема Торвакарда в суточной дозе 10 мг/сут у пациентов первой группы с уровнем ХС ниже 6,5 ммоль/л выявлено снижение уровня МДА на 11,6%, а к 12 неделе терапии это значение уменьшилось до 16,8%. Во второй группе, где пациенты принимали Торвакард (20 мг/сут), МДА уменьшился на 13,6% к концу первого мес. лечения и на 16% к концу 3 мес. терапии.

Заключение. Таким образом, за 12 недель терапии дженерическим аторвастатином были доказаны плеiotропные свойства препарата, в частности, его антиоксидантный эффект. 12-ти недельная терапия Торвакардом сопровождалась уменьшением продуктов перекисного окисления липидов без дозозависимого эффекта.

ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРИНФЛЯЦИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ВЛИЯЮТ НА ХАРАКТЕР ОТДАЛЕННЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ

ЗАФИРАКИ В.К., КОСМАЧЕВА Е.Д.

ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар. Россия

Введение (цели/задачи). Определить частоту и характер неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в отдаленном периоде после выполнения чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) со стентированием у больных с сочетанием ишеми-

ческой болезни сердца (ИБС) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в зависимости от наличия легочной гиперинфляции (ЛГИ) и принадлежности к фенотипу ХОБЛ с частыми обострениями.



Материал и методы. В проспективное исследование вошли 254 больных с острыми и хроническими формами ИБС, страдающими ХОБЛ в качестве сопутствующего заболевания. Всем больным было выполнено ЧКВ со стентированием. Диагноз ХОБЛ устанавливали на основании критериев GOLD 2011, с учетом результатов спирографии с бронхолитической пробой. Выборка была разделена на группы в зависимости от принадлежности к фенотипу ХОБЛ с частыми обострениями и от наличия ЛГИ. Для выявления ЛГИ выполняли бодиплетизмографию с измерением статических легочных объемов. ЛГИ констатировали при значении функциональной остаточной емкости легких (ФОЕ), превышающей 120% от должных величин. В соответствии с критериями обострения по GOLD (2011) определяли число обострений ХОБЛ за год, предшествующий текущей госпитализации. Наблюдение за пациентами включало не менее 2 визитов: через один год и в конце исследования (максимально 36 месяцев). Регистрировали следующие клинические исходы: сердечно-сосудистая смерть, инфаркт миокарда (ИМ), инсульт, повторная реваскуляризация миокарда (РМ), а также частоту комбинированной конечной точки в виде любого из этих событий. Частоту сердечно-сосудистых событий сравнивали с помощью критерия хи-квадрат. Рассчитывали относительные риски (ОР) и 95%-ные доверительные интервалы (ДИ).

Результаты. Медиана длительности наблюдения составила 21 мес. 106 больных ХОБЛ вошли в группу с ЛГИ, 148 – в группу без ЛГИ. Частота комбинированной конечной точки была в 1,65 раза выше у больных ХОБЛ с ЛГИ по сравнению с больными без ЛГИ (95% ДИ 1,17–2,33). Не обнаружено влияния ЛГИ на частоту повторной РМ, однако частота сердечно-сосудистой смерти и ИМ оказалась значительно выше в группе с ЛГИ (ОР для сердечно-сосудистой смерти 3,14, 95% ДИ 1,00–9,93; ОР для ИМ 2,59, 95% ДИ 1,07–6,28). 54 больных ХОБЛ вошли в группу с частыми обострениями ХОБЛ, 200 – в группу без них. Частота наступления комбинированной конечной точки в 2,13 раза выше при наличии частых обострений ХОБЛ (95% ДИ 1,54–2,94). Частота повторных РМ у больных с частыми обострениями ХОБЛ – 38,9% и 16,5% – в группе без частых обострений (ОР=2,36; 95% ДИ 1,49–3,72). Однако по частоте сердечно-сосудистой смерти, ИМ и инсульта статистически значимых различий между группами не выявлено.

Заключение. У больных с сочетанием ИБС и ХОБЛ ЛГИ увеличивает риск больших сердечно-сосудистых событий в 1,65 раз – в основном, за счет увеличения частоты сердечно-сосудистой смерти и ИМ. Частые обострения ХОБЛ увеличивают частоту больших сердечно-сосудистых событий в 2,13 раза, преимущественно за счет повторной РМ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТА С 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ И АНКЕТИРОВАНИЯ ПО ШКАЛЕ WIQ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ И ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ИБС И АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

КАРЛОВА Н.А., ЗОЛОЗОВА Е.А., ЧИГИНЕВА В.В., КАРЛОВ А.А.

ФГБОУ ДПО РМАНПО РФ, г. Москва. Россия

Введение. Проведение эффективной антиангинальной и гипотензивной терапии у больных с гипертонической болезнью и ИБС, как правило, приводит к увеличению физической активности пациентов. При наличии у этих больных атеросклеротического поражения артерий нижних конечностей (АНК), это может провоцировать появление перемежающейся хромоты или ее эквивалентов. В связи с этим у данной группы пациентов оправдано проведение тестов, контролирующего состояние артериального кровообращения в нижних конечностях. Альтернативой использования тредмил-теста является проведение теста с 6-минутной ходьбой. Субъективную оценку состояния пациентов можно получить, используя шкалу WIQ (модифицированный опросник нарушения ходьбы).

Цель работы. Изучение влияния антиангинальной и гипотензивной терапии на клинические

проявления признаков атеросклеротического поражения АНК используя эти простые методы.

Материал и методы. В исследование были включены 56 больных с гипертонической болезнью I–II степени, сочетающейся с ИБС, проявляющейся стенокардией II–III функциональных классов: 35 мужчин и 21 женщина, средний возраст составил 68 лет. При УЗИ артерий нижних конечностей у 33 больных выявлялись стенозы более 60%, у 15–30–59%, у 8 – менее 30%. До начала терапии всем пациентам проводилось СМАД, СМЭКГ, анкетирование по шкале WIQ, тест с 6-минутной ходьбой. Через 6 месяцев все исследования повторялись. В качестве медикаментозной терапии использовались бисопролол, амлодипин, лизиноприл в индивидуально подобранных дозах. Кроме того, больным назначались статины и аспирин.

Результаты. На фоне подобранной терапии у всех больных удалось добиться достаточного гипотензивного эффекта: по данным СМАД среднее артериальное давление за сутки составило 122/75 мм рт.ст. Большинство больных отметили уменьшение количества приступов стенокардии. Эти данные соответствовали результатам, полученным при СМЭКГ: уменьшилось количество эпизодов ишемической депрессии сегмента ST, общая длительность эпизодов ишемической депрессии сегмента ST и суммарный индекс ишемической нагрузки за 24 часа. При анализе данных опросника WIQ отмечалось улучшение всех показателей. Объективная оценка, проводимая при помощи теста с 6-минутной ходьбой, показала увеличение проходимого расстояния в среднем с 255

м до 301 м ($p < 0,01$). Данные субъективной оценки больными своего состояния (WIQ) и данные, полученные при тесте с 6-минутной ходьбой, находились в соответствии.

Заключение. Таким образом, тест с 6-минутной ходьбой и анкетирование WIQ у пациентов с гипертонической болезнью, ИБС и атеросклеротическим поражением АНК показали, что возможно эффективное проведение гипотензивной и антиангинальной терапии без значимого ухудшения кровотока в артериях нижних конечностей, что дает возможность безопасного увеличения физических нагрузок. Доступность методов позволяет рекомендовать их использование в процессе динамического наблюдения за этой группой больных высокого риска осложнений.

СВЯЗЬ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ С ФАКТОРАМИ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫРАЖЕННЫМ КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

КАШТАНОВА Е.В., ПОЛОНСКАЯ Я.В., СТРЮКОВА Е.В., СТАХНЁВА Е.М., РАГИНО Ю.И.

Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины – филиал Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Федеральный исследовательский центр; Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук», г. Новосибирск. Россия

Важную роль в процессе развития коронарного атеросклероза играют нарушения в системе гемостаза, при этом в процесс вовлекаются все компоненты свертывающей системы. Это способствует формированию гиперкоагуляционного состояния, что может способствовать развитию тромботических осложнений. Исследования показывают, что повышение уровней провоспалительных цитокинов может приводить к нарушению сосудистотромбоцитарного гемостаза, повышению процессов свертывания крови и ингибированию фибринолиза.

Цель исследования. Изучение взаимосвязи показателей системы гемостаза и маркеров воспаления у пациентов с выраженным коронарным атеросклерозом.

Материал и методы. В исследование были включены 86 мужчин в возрасте $58,9 \pm 5,1$ лет, с коронароангиографически верифицированным атеросклерозом и стабильной стенокардией напряжения II–III функционального класса (без острого коронарного синдрома). Всеми пациентами заполнялась форма Информированного согласия на участие в исследовании. Были исследованы следующие показатели: ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-1-РА, эндотелин-1, фибриноген, факторы II, XII, антитромбин III, степень агрегации, время

агрегации, скорость агрегации, количество тромбоцитов плазмы, растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК), активированное частичное (парциальное) тромбопластиновое время (АПТВ), протромбиновый тест и тромбиновое время (ТВ).

Результаты. Выявлено повышение уровней маркеров воспаления ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО-альфа у пациентов с атеросклерозом. Исследования показателей свертывания крови у больных с выраженным коронарным атеросклерозом показало наличие изменений, характерных для активации системы гемостаза с развитием гиперкоагуляции. Выявлена сильная обратная связь уровня ИЛ-6 с количеством тромбоцитов и АПТВ ($r = -0,743$ и $r = -0,806$ соответственно, $p < 0,01$), уровня ИЛ-1-РА с ТВ ($r = -0,817$, $p < 0,01$). Также выявлены обратная связь средней силы уровня ИЛ-1-РА с фактором XII и прямая связь с уровнем эндотелина-1. Уровень ИЛ-8 напрямую связан с РФМК ($r = 0,722$, $p < 0,05$).

Выводы. Полученные результаты позволяют говорить о том, что цитокины оказывают влияние на течение гемостатических реакций у пациентов с выраженным коронарным атеросклерозом, однако роль про- и противовоспалительных цитокинов в регуляции гемостаза исследована недостаточно и нуждается в дальнейшем изучении.

**CHLAMYDIA PNEUMONIA БИЛАН ИНДУЦИРЛАНГАН ЮИК БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА АНТИОКСИДАНТ ТИЗИМ, ЛИПИД СПЕКТРИНИ АНИҚЛАШ**

**КИРГИЗОВА Х.А., ТАШТЕМИРОВА И.М., ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А., ЎЗБЕКОВА Н.Р.,
БАХОБОВ Б.М., ИСАКОВ А.**

Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон ш. Ўзбекистон

Кириш. Атеросклероз ЮИК ривожланишида тож томирлар артериясини зарарловчи асосий патологик жараёндир. Асосий омиллар орасида липидлар алмашинувининг бузилиши атеросклерозни прогрессияланишига олиб келувчи омил ҳисобланади.

Chlamydia pneumoniae (ChP) – эпителий хужайраларида яшаб кўпаявчи грам-манфий хужайра ичи микроорганизм ҳисобланади. Организмга инфекция ҳаво-томчи йўли билан тушади. ChP ўпка макрофагларида кўпаяди, узоқ давом этган инфекция микробнинг қон оқими ичига ўтишига имкон бериши мумкин. ChP ташқи қобиғида липополисахарид сақлайди, у антитела билан боғланиб иммун комплекс ҳосил қилади. ЛПС ва иммун комплекс эндотелийни шикастлаши мумкин. Атеросклеротик бляшқаларда ChP антителаси аниқланиши бляшқанинг иккинчи ўринга тушишига асос бўлади. ChP кейинчалик гиперкоагуляцияга мойилликнинг жадаллашишини бузади.

Ишнинг мақсади. *Chlamydia pneumoniae* билан индуцирланган ЮИК билан оғриган беморларда липидлар спектри ва иммунологик кўрсаткичларни аниқлаш.

Натижалар. Жами 20 та беморлар текширувга олинди, 2 гуруҳга бўлиб олинди. I гуруҳ – назорат гуруҳ (10 та) соғломлар, II гуруҳ – *chlamydia pneumoniae* билан индуцирланган ЮИК бўлган беморлар (10 та). Беморларнинг ёши 29–69 ёшгача бўлиб ёш улғайиб борган сари касалликни учраш частотаси ҳам ўсиб борган.

Текширишларимиз мобайнида қуйидагича натижалар олинди. II гуруҳда УХС – $5,9 \pm 0,1$ ммоль/л, назорат гуруҳга нисбатан 34,4% га ошган. ТГлар миқдори II гуруҳда I гуруҳга қараганда 12% га ортган. ЮЗЛП II гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан 18,7% га пасайган. ПЗЛПлар $3,1 \pm 0,07$ ммоль/лгача сезиларли бу I гуруҳга нисбатан 45,8%га ошганлиги аниқланди. АИ кўрсаткичи $3,05 \pm 0,06$ бирлик, бу I гуруҳга нисбатан 38%га юқори бўлди ($P < 0,05$). Тадқиқотларимиз кўрсатдики, иммун тизим яллиғланиш ва унга қарши цитокинлар дисбаланси орқали реактрланади. Шундай қилиб *Chlamydia pneumoniae* билан зарарланган ЮИК билан оғриган беморларда 65% га ($p < 0,001$) ортди. Яллиғланишга қарши ИЛ-10 пасаймади, аксинча ЮИК беморларда 36,2% га назорат гуруҳига нисбатан ўртача ортди. Кўриниши бўйича, ИЛ-10 дисбаланси организмнинг сурункали яллиғланиш жараёнига турли иммунологик жавоб билан боғланган.

Хулоса. Шундай қилиб, *Chlamydia pneumoniae* билан индуцирланган ЮИК билан оғриган беморларда липидлар спектрининг сезиларли ўзгаришлари аниқланди. Қон зардобда умумий холестерин ва ПЗЛПнинг ортиши ва ЮЗЛПнинг камайиши билан намоён бўлди. *Chlamydia pneumoniae* билан зарарланган аниқланган беморларда цитокинлар фаоллигини текшириш муҳим. Бу текширишлар ЮИКни, унинг асоратларининг олдини олиш ва даволашда аҳамиятга эга.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С УРОВНЕМ ЛП(А) И ПОЛИМОРФИЗМОМ АПОБЕЛКА(А) У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

**КЛЕСАРЕВА Е.А.¹, АФАНАСЬЕВА О.И.¹, РАЗОВА О.А.¹, ЕЖОВ М.В.², ТМОЯН Н.А.²,
АФАНАСЬЕВА М.И.¹, ПОКРОВСКИЙ С.Н.¹**

¹*Институт экспериментальной кардиологии ФГБУ «НМИЦК» МЗ РФ;*

²*Институт клинической кардиологии ФГБУ «НМИЦК» МЗ РФ. Россия*

Введение. Артериальная гипертензия является одним из наиболее распространенных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Связь между артериальной гипертензией, воспалением и эндотелиальной дисфункцией активно обсуждается. Липопротеид(а) представляет собой сложный надмолекулярный комплекс, в котором апоВ100 ЛНП-подобной частицы соединен дисульфидной связью с молекулой крайне полиморфного АпоБелка(а).

Повышенная концентрация Лп(а), наличие определенных фенотипов АпоБелка (а) являются независимым, генетически обусловленным фактором риска ССЗ. Исследования связи Лп (а) с артериальной гипертензией практически отсутствуют.

Цель. Изучить взаимосвязь артериальной гипертензии с уровнем Лп (а) и полиморфизмом АпоБелка (а) у пациентов с атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материал и методы. В исследование были включены пациенты в возрасте от 21 до 91 года (средний возраст – 59 ± 12), проходившие обследование в НИИЦ кардиологии, без тяжелого поражения почек (СКФ < 30 мл/мин/1,73м²) и давшие согласие на участие в исследовании. Всем пациентам были измерены показатели липидного спектра, концентрация Лп(а) и С-реактивного белка. После предварительного скрининга были отобраны пациенты с концентрацией Лп (а) свыше 10 мг/дл для последующего определения фенотипа Апо (а). Фенотипирование Апо (а) проводили методом электрофореза в полиакриламидном геле с последующим иммуноблоттингом с использованием моноспецифических поликлональных антител барана против Лп (а) человека. Изоформы Апо (а) делили относительно молекулярной массы на низкомолекулярные (НМ) – менее 580 кДа и высокомолекулярные (ВМ) – 580 кДа и более.

Результаты. В зависимости от фенотипа Апо (а) (695 пациентов) больные были разделены на две группы: имеющие ВМ изоформы Апо (а) (группа 1, $n=397$) и хотя бы одну НМ изоформу Апо (а) (группа 2, $n=298$). Группы не различались по возрасту, полу, статусу курения, индексу массы тела (ИМТ), а также основным показателям липидного спектра. В группе 2 больные чаще переносили инфаркт миокарда, реже встречался сахарный

диабет 2 типа. Концентрация Лп(а) в группе 1 была достоверно ниже (медиана [25; 75 %] – 20 [18,2; 22,49 мг/дл], чем в группе 2–55,5 [50,0; 62,0] мг/дл. Уровень С-реактивного белка был выше в группе 1–7,3 [5,9; 13,2 мг/л], чем в группе 2–6,6 [4,6; 8,9 мг/л]. По результатам однофакторного корреляционного анализа концентрация Лп(а) была слабо связана с артериальной гипертензией как в общей группе ($r=0,13$), так и в группе пациентов с ВМ Апо (а) ($r=0,17$), соответственно для всех $p < 0,01$. Наличие НМ изоформ Апо (а) ассоциировалось с диагностированной у пациента артериальной гипертензией с отношением шансов 1,6 (95% доверительный интервал (ДИ) 1,2–2,3; $p < 0,005$). Повышенная концентрация Лп (а) ≥ 30 мг/дл у пациентов с ВМ фенотипом Апо (а) была связана с АГ с ОШ 1,9 (95% ДИ 1,2–2,9; $p < 0,01$). Относительно группы пациентов с ВМ фенотипом и концентрацией Лп (а) менее 30 мг/дл, наличие у больных НМ фенотипа Апо (а) и концентрации Лп(а) как более, так и менее 30 мг/дл, ассоциировалось с двукратным увеличением частоты АГ – ОШ 2,2 (1,4–2,9) и 1,9 (1,1–3,4), соответственно, $p < 0,05$ для всех.

Заключение. Повышенная концентрация Лп (а) и низкомолекулярный фенотип Апо(белка) (а) связаны с наличием артериальной гипертензии у пациентов с атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями.

ВЛИЯНИЕ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА НА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

КОДИРОВ Ш.С.¹, ДАМИНОВА Л.Т.²

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии;

²Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент. Узбекистан

Введение. Патогенетические звенья при синтропии хеликобактериоза и ишемической болезни сердца (ИБС) отмечаются однородностью выделяемого окислительного стресса за счет активации фагоцитов и активного участия лейкоцитов в формировании процессов воспаления при адгезии на слизистой оболочке желудка. Возникновении перекрестной иммунизации у 90% пациентов данной синтропии обусловлено наличием антител против *VacA* и *CagA* и депрессивного звена иммунитета, а также экспрессии на ней антигенов. В свою очередь, направленная против микроорганизмов персистирующая антигенная агрессия при НР-инфекции желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) образует значительное количество циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), как ответная иммунная реакция.

В свою очередь, предохраняющим механизмом от действия реактивного кислорода служит выработка супероксиддисмутазы (СОД) самой НР, препятствующей контакту с лейкоцитами, а также каталазу, тормозящую процесс фагоцитоз. Данный механизм лежит в основе существующего мнения,

что иммунперсистирующая НР-инфекция с подерживающим иммунокомплексным воспалением лежит в основе усугубляющегося течения ИБС.

Цель исследования. Изучение течения ИБС на основе эндоскопических изменений слизистой оболочки желудка и состояния кислородозависимого метаболизма нейтрофилов.

Материал и методы. Обследование слизистой оболочки желудка методом эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС) на аппарате PENTAX 5000 и FUJINON 2500 (Япония) осуществлено у 148 больных (возраст $63,3 \pm 14,2$ лет) с ИБС (острый инфаркт миокарда – 2,7%, прогрессирующая напряженная стенокардия – 79,74%, напряженная стенокардия, функциональный класс III–IV – 17,56%). Методы иммуно-ферментного анализа (ИФА), исследование наличия НР в крови.

Результаты и обсуждение. Анамнестически установлено, что ИБС у 71% больных протекало на фоне артериальной гипертензии (АГ) и хронического гастрита, в 34% случаях больные перенесли инфаркт миокарда (ИМ), сахарный диабет (СД) установлен у 15,54%.



Анализ эндоскопического исследования больных с обострением ИБС определил недостаточность кардиального жома (17%), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (8%) (скользящая и аксиальная), рефлюкс-эзофагит (по Savarry-Miilleru) 1–3 степени (34%). Язвенные процессы устанавливались в антральном отделе (53,4%), в пилорическом отделе (8,1%), кардиальном отделе (10,1%), повышенное слизообразование (93%) и усиление микроциркуляции (петехии) – 85%. Атрофические изменения устанавливались в 91%, больше в антральных отделах, а во всех других отделах до 5–8%.

Согласно полученным лабораторным исследованиям (ИФА) у больных (19,6%) достоверно чаще имела место сильная степень обсеменения НР (в 8,2%), 6,5% – средняя степень, в 4,9% – слабая. Следовательно, при ИБС в большинстве случаев антральный гастрит преобладает с нарушением микроциркуляции.

Изучение кислородзависимого метаболизма нейтрофилов в зависимости от наличия и степени обсеменения НР слизистой оболочки антрального отдела желудка выявило связь увеличения степени обсеменения НР слизистой оболочки антрального отдела желудка с повышенным слизообразованием, эрозивно-язвенным поражением, атрофическими изменениями слизистой оболочки.

Инфекция НР способствует индукции генерализованного воспаления с активацией фагоцитов и клеток эндотелия. Следствием данного процесса является синтез противовоспалительных медиаторов, уровень которых достоверно повышается при обострении ИБС и свидетельствует о системном воспалении.

Выводы. Изменения слизистой желудка в виде эрозивно-язвенных поражений характеризуются количественным локальным содержанием НР-инфекции.

СТРУКТУРА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА

КОДИРОВ Ш.С.¹, ДАМИНОВА Л.Т.²

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии;

²Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент. Узбекистан

Современные исследования синтропии *Helicobacter pylori* (НР) и ишемической болезни сердца (ИБС) не привели еще к окончательному выводу о наличии определенной связи между ними. Разночтения в одних сериях работ выявляют двух-, трехкратное увеличение риска ИБС при НР-инфекции, в других – отсутствует увлечение риска течения ИБС при НР-инфицировании. Однако, в большинстве исследований независимым фактором риска ИБС все же констатировано влияние НР-инфекции, даже у некурящих и не страдающих сахарным диабетом (СД) пациентов.

В структуре специальных исследований показан акцент высокой частоты НР-инфекции у больных ИБС в сравнении с пациентами, не имеющими патологии коронарных артерий. Однако наличие НР-инфекции у пациентов ИБС не служит предиктором тяжелого течения патологии коронарных артерий, что свою очередь не влияет на показатель летальности при ИБС. Серия целенаправленных исследований выявляет ассоциированность НР-инфекции при ИБС, ссылаясь на возможно высокое распространение более вирулентных штаммов НР. Проблема распространенности вирулентных цитотоксических штаммов НР (CagA) у пациентов с острой и хронической стадиями ИБС различаются незначительно. В сравнении с общей популяцией пациенты с ИБС имеют более высокую распространенность НР-инфекции.

Цель работы. Установить структуру гастроэнтерологических осложнений у пациентов при синтропии ИБС и хеликобактериозе.

Материал и методы. Обследованы 148 больных с ИБС (острый инфаркт миокарда – 2,7%, прогрессирующая напряженная стенокардия – 79,74%, напряженная стенокардия, функциональный класс III–IV – 17,56%), средний возраст которых составил 32–56 лет. Обследование слизистой оболочки желудка и ДПК проводили методом эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС) на аппарате PENTAX 5000 и FUJINON 2500 (Япония). Исследование наличия НР-инфекции устанавливалось в крови на основании иммунно-ферментного анализа (ИФА-аппарат).

Результаты и обсуждение. Анамнестически установлено, что ИБС протекало с нарушением ритма сердца у 16,21%, ИБС без инфаркта миокарда в анамнезе – у 25,67%, ИБС с постинфарктным кардиосклерозом – у 41,89%, острый инфаркт миокарда (ОИМ) – у 5,4%, порок сердца – у 5,6%, гипертоническая болезнь (ГБ) – у 64,86% пациентов.

Целенаправленный анализ эндоскопического исследования больных с ИБС установил наличие эрозивно-язвенного процесса желудка и ДПК (94,6%), среди которых у мужчин – в 46,48%, у женщин – в 34,10%. Отмечено, что атрофические изменения в антральных отделах (91%) желудка больше, чем во всех других отделах (до 5–8%).

Согласно классификации по Форресту, осложненные формы язв желудка и ДПК выявлены различной степени тяжести. Проведенные исследования установили, что осложнение язв желуд-

ка и ДПК по Форрест-1а определилось у одного больного (2,17%), по Форресту-2в – 13 (28,26%), по Форресту-2с – 21 (45,65). Единичные (39,19%) и множественные язвы (59,46%) желудка и ДПК выявлены из общего количества эрозивно-язвенных образований у пациентов.

Рассматривая полученные лабораторные исследования (ИФА) у больных (37,1%) с эрозивно-язвами желудка и ДПК достоверно чаще имела место сильная степень обсеменения НР (в 17,56%), 12,16% – средняя степень, в 7,4% – слабая. Следовательно, при ИБС в большинстве случаев гастриты и дуодениты сопровождаются преобладанием нарушений микроциркуляции с последующим присоединением НР.

Анализ полученных данных свидетельствует о преимущественном поражении желудка и ДПК

эрозивно-язвенными процессами у лиц в возрасте 32–45 лет, с преобладающими факторами риска (вредные привычки, несистематическое лечение, нарушение диеты, адинамия, стрессовые состояния). В связи с тем, что слизистая оболочка желудка и ДПК менее защищена, присоединение НР-инфекции является следствием нарушений микроциркуляторного русла.

Выводы. В структуре эрозивно-язвенных процессов желудка и ДПК определяются высокая частота и выраженность клинической картины. Гастроэнтерологические осложнения и наличие НР-инфекции обусловлено выраженностью образа жизни, стрессовыми факторами и, несомненно, нарушениями локальной микроциркуляции. Определенный возрастной акцент установлен у лиц трудоспособного возраста.

ЛИПИДСНИЖАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ АТЕРОСКЛЕРОЗА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

КУДРЯШОВ Е.А.¹, ГРЕБЕННИКОВА С.Р.¹, МАХНО О.О.¹, КУЗЬМЕНКО Ю.В.¹, ДЖАНТЕМИРОВА Л.Р.¹, СКИБИЦКИЙ В.В.¹, КУДРЯШОВА Ю.А.²

¹ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет»;

²ФГБОУ ВО КГУФКСТ, г. Краснодар. Россия

Введение. Гиполипидемическая терапия является важным компонентом современного лечения больных с клиническими проявлениями атеросклероза.

Цель исследования. Оценить особенности липидснижающей терапии у больных с клиническими проявлениями атеросклероза (ИБС) и/или сахарным диабетом и/или перенесенным острым нарушением мозгового кровообращения/транзиторной ишемической атакой (ОНМК/ТИА) на амбулаторном этапе.

Материал и методы. Обследованы 90 пациентов обоего пола (37 мужчин и 53 женщины, средний возраст – 67,1±5,4 лет), находившихся на лечении в кардиологическом отделении №2 КГК БСМП с диагнозами: ИБС и/или сахарный диабет и/или перенесенный ОНМК/ТИА. Анализировались демографические, социальные, лабораторные показатели липидного спектра, оценивались продолжительность терапии, применяемые препараты и приверженность к лечению статинами (тест Мориски – Грина).

Результаты. Среди обследованных больных 45,6% (n=41) не принимали статины, 54,4% (n=49) принимали. Группы пациентов, принимавших и не принимавших статины, не различались по возрасту. В группе принимавших статины преобладали женщины – 75,5% (n=37), а в группе не принимавших статины – мужчины – 61% (n=25). Среди принимавших статины 49% (24 пациента) имели высшее образование, в то время как сре-

ди не принимавших липидснижающую терапию пациентов имели высшее образование только 19,5% (n=8). В группе липидснижающей терапии средний уровень липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) составил 2,51±0,2 ммоль/л, что не достигает целевого уровня у пациентов высокого/очень высокого риска, а в группе не принимавших статины уровень ЛПНП был значительно выше – 5,2±0,7 ммоль/л. Среди статинов чаще использовался розувастатин – 44,9%, затем аторвастатин – 42,9%, симвастатин – 10,2% и другие препараты – 2%. Подавляющему числу больных, получавших статины, препараты были впервые назначены в стационаре – у 73,5% больных, в поликлинике – лишь у 24,5%, самостоятельно – 2% больных. По тесту Мориски–Грина 67,3% больных в группе, получавших статины, были привержены к лечению (4 балла по шкале).

Заключение. 1. Почти половина больных (45,6%) с клиническими проявлениями атеросклероза, нуждающихся в липидснижающей терапии, не получали ее. 2. Среди больных, принимавших статины, преобладали женщины (75,5%) и пациенты с высшим образованием (49%), липидснижающая терапия чаще всего назначалась им в стационарах (75,3%). 3. Приверженность к приему препаратов выявлена только у 2/3 больных. 4. Несмотря на прием препаратов, средний уровень липидов не достиг целевого уровня, но был в 2 раза ниже, чем в группе не принимавших статины.



ФЕНОМЕН АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ИШЕМИИ МИОКАРДА

КУРБАНОВ А.Ч.^{1,2}, КАРИМОВА Ф.А.¹, ОДИНАЕВ Ш.Ф.²¹ТГМУ; ²ГКБ-2, г. Душанбе. Таджикистан

Введение (цели/задачи). Изучить состояние свертывающей и антисвертывающей системы крови у пациентов с ИБС на фоне аспиринорезистентности.

Материал и методы. Обследованы 20 пациентов с резистентностью к аспирину (рАСК) и 20 пациентов, чувствительных к аспирину (чАСК). У всех обследованных изучались показатели сосудисто-тромбоцитарного гемостаза: число тромбоцитов, а также определялась активность фактора Виллебранда (ФВ) в плазме крови. Исследовались следующие показатели плазменного гемостаза: содержание фибриногена, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), тромбиновое время (ТВ), уровень антитромбина III (АТ-III). Обследование пациентов и лабораторные исследования проведены на базе международной клиники «Сино». Статистическая обработка цифрового материала, полученного в результате исследований, проведена на компьютере с использованием программы «Stat plus».

Результаты. При исследовании состояния сосудисто-тромбоцитарного гемостаза обнаружено, что у рАСК пациентов в первые сут. ОКС в периферической крови снижено содержание. Так, число тромбоцитов у резистентных к АСК составило $143,0 \pm 4,5$, что статистически значимо меньше по сравнению с контрольными показателями и группой пациентов с АСКч, соответственно $205,0 \pm 2,5$ и $208,0 \pm 4,0$ тыс/мкл. Нарушение целостности эндотелия неизбежно сопровождается повышением активности фактора Виллебранда и составило соответственно $136 \pm 1,5$ и $159 \pm 3,5$ %. Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), т.е. показатель, позволяющий оценить

внутренний путь свертывания крови у резистентных к АСК пациентов, укорачивается, составляя $35,7 \pm 3,6$ сек. ТВ- время характеризует конечный этап свертывания крови. Так, контрольные показатели ТВ составили $17,1 \pm 1,1$ сек. не имея достоверных различий с показателями АСКч – пациентов. Антикоагулянтная система представлена показателями естественных антикоагулянтов в крови, в частности Антитромбин III (АТ-III). Так, по данным результатов исследования у АСКр пациентов имеется снижение уровня антитромбина и составляет в среднем $77,5 \pm 3,5$ % при контроле $78,7 \pm 4,5$ %. Необходимо отметить, что при нормальных показателях вязкости плазмы у пациентов (соответственно АСКч и АСКр – $1,05 \pm 0,05$ и $1,01 \pm 0,02$ сп) отмечается незначительная тенденция увеличения вязкости крови у АСКр пациентов и составляет в среднем $3,76 \pm 0,02$ СП (КОНТРОЛЬ – $3,55 \pm 0,04$).

Заключение. Особенностью сосудисто-тромбоцитарного гемостаза у рАСК пациентов является увеличение агрегации тромбоцитов, причем у рАСК пациентов риск тромбообразования повышается в 0,5 раза. У пациентов с острым коронарным синдромом имеется повышенный уровень фактора Виллебранда, что может свидетельствовать о повреждении эндотелия сосудов. Можно предполагать о возможной зависимости площади повреждения и его уровнем. Состояние свертывающей системы крови характеризуется сниженным ТВ и АЧТВ, сохраняя повышенный риск тромбообразования. Исключение составляют пациенты с чАСК, имеющие повышенное количество АТ-III, что отражает увеличение антикоагуляционной активности крови.

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ОКИСЛИТЕЛЬНО-МОДИФИЦИРОВАННЫХ ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ ПРИ ЛИПИДСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

ЛАНКИН В.З., ТИХАЗЕ А.К., КАМИННАЯ В.И., КОНОВАЛОВА Г.Г., ПАНФЕРОВА А.А.

ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России, г. Москва. Россия

Цель работы. Сравнить влияние липидснижающей терапии различными классами лекарственных препаратов (ингибиторами ГМГ-КоА-редуктазы (статины) или ингибитором PCSK9) на уровень окислительно-модифицированных липопротеидов низкой плотности (ЛНП) плазмы крови и активность эритроцитарной Se-

содержащей глутатионпероксидазы (GSH-Px) у больных ИБС.

Материал и методы. В исследование были включены больные ИБС (10 мужчин в группе), которые длительно получали липидснижающие препараты. В течение 6 месяцев: группа 1 – правастатин 40 мг/сут; группа 2 – церивастатин 0,4 мг/сут. В

течение 1 года: группа 3 – ингибитор PCSK9 эво-
локумаб 420 мг/мес. Во всех группах наблюдения
рутинными методами определяли уровень окисли-
тельно-модифицированных ЛНП (ок-ЛНП), липоги-
дропероксидов в ЛНП (LOOH-ЛНП). В группах 1 и
2 применяли модифицированный метод с исполь-
зованием реагента Fe-ксиленолоранж. В группе 3
содержание ок-ЛНП определяли при помощи им-
мунохимического метода (тест-наборы Mercodia,
Швеция). Активность GSH-Px у всех исследуемых
пациентов определяли при помощи модифициро-
ванного метода в сопряженной глутатионредук-
тазной системе с использованием гидропероксида
трет-бутила в качестве субстрата.

Результаты. Показано, что при снижении уров-
ня холестерина ЛНП (ХС-ЛНП) в группах 1 и 2 зна-

чительно увеличивалось содержание LOOH-ЛНП
(в группе 1 – умеренное повышение; в группе 2
– повышение в 6–7 раз через 3–6 мес. терапии).
При этом с 3-го мес. липидснижающей терапии
в группе 2 отмечено резкое падение активности
GSH-Px. В группе 3 на фоне снижения concentra-
ции ХС-ЛНП выявлено существенное снижение
уровня ок-ЛНП при отсутствии изменений активнос-
ти GSH-Px.

Заключение. Статины не только эффективно
снижают уровень ХС-ЛНП, но и индуцируют окис-
лительную модификацию ЛНП, снижают актив-
ность GSH-Px. При терапии ингибитором PCSK9
отмечается падение уровня ХС-ЛНП, содержания
ок-ЛНП без изменения активности GSH-Px.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ТЕТРАКАРД В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ II–III ФК У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

ЛИТВИНОВА Т.И., ПЕТЕЛЬСКИЙ Ю.В., АНАЦКО С.В.

УЗ «Гродненская областная клиническая больница», г. Гродно. Беларусь

Введение. В последние десятилетия науч-
ный поиск клиницистов, ученых направлен на
создание и внедрение в медицинскую практику
кардиопротекторов – препаратов, которые успеш-
но устраняют нарушение клеточного метаболиз-
ма. Тетракард – метаболическое лекарственное
средство в комбинации с ингибиторами агрега-
ции тромбоцитов, действие которого обусловлено
свойствами входящих в его состав L-аргинина 500
мг, L-лизина 260 мг, таурина 200 мг и ацетилсали-
циловой кислоты 40 мг.

Цель исследования. Изучение эффективно-
сти и переносимости препарата Тетракард в со-
ставе комплексной терапии стабильной стенокар-
дии II–III ФК у пациентов без перенесенного ин-
фаркта миокарда.

Материал и методы. В исследование были
включены 43 пациента со стабильной стенокарди-
ей II–III ФК, без инфаркта миокарда в анамнезе. В
их числе мужчин было 25, женщин – 18, средний
возраст составил $59,4 \pm 4,2$ года. Все пациенты
были распределены в две группы: в первую (основ-
ную) группу вошли 22 пациента, которым к базис-
ной терапии был добавлен Тетракард в суммарной
суточной дозе 2000 мг; вторую (контрольную) груп-
пу составил 21 человек, которые получали анало-
гичную терапию без Тетракарда. Между группами
не было достоверных различий по возрасту, полу,
анамнезу заболевания, функциональному классу.
На ЭКГ у большинства пациентов (21 человек) обе-
их групп преобладала депрессия сегмента ST до

2 мм, что составило 48,8%, блокада левой ножки
пучка Гиса – у 18,2%, признаки гипертрофии левого
желудочка – у 17,4%, лишь у 11,7% – наджелудоч-
ковые и желудочковые экстрасистолы. Всем паци-
ентам проводились: общий осмотр, лабораторно-
инструментальные исследования: общий анализ
крови и мочи, биохимический анализ крови: общий
белок, глюкоза, АЛТ, АСТ, холестерин, креатинин,
С-реактивный белок, электрокардиография (ЭКГ),
Холтеровское мониторирование ЭКГ. Длительность
наблюдения составила 2 недели.

Результаты. Анализ полученных результатов
показал, что в обеих группах наблюдалась поло-
жительная динамика течения стабильной стено-
кардии, но у пациентов первой группы было от-
мечено более быстрое регрессирование болевого
синдрома и повышение толерантности к физиче-
ской нагрузке. По данным суточного монитори-
рования ЭКГ до начала лечения и после 2 недель
проведенной терапии Тетракардом в основной
группе было зарегистрировано достоверное сни-
жение частоты желудочковых и наджелудочковых
экстрасистол, как проявление уменьшения элек-
трической нестабильности миокарда и продол-
жительности ангинозной боли ($p < 0,05$). Анализ
динамики лабораторных данных не выявил отри-
цательного влияния препарата на показатели об-
щего и биохимического анализа крови и мочи.

Заключение. Таким образом, назначение Те-
тракарда в составе комплексной терапии паци-
ентам со стабильной стенокардией II–III ФК без



перенесенного инфаркта миокарда позволяет добиться стойкого антиангинального эффекта. Препарат положительно влияет не только на общее состояние, но и на лабораторно-инструменталь-

ные показатели. В результате исследования были подтверждены хорошая клиническая эффективность и переносимость препарата Тетракард у данной категории пациентов.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ИБС С ПОМОЩЬЮ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ

МАЛЬ Г.С.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет», г. Курск. Россия

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются основной причиной смерти в мире: они ежегодно уносят 17,5 миллиона человеческих жизней (31 % всех случаев смертей в мире), и если не принять меры, то это число к 2030 году будет составлять 23 миллиона человек.

Цель исследования. Разработать персонализированный подход к лечению ИБС с помощью фармакогенетических маркеров.

Материал и методы. Под наблюдением находились 100 мужчин с ИБС и первичными атерогенными ГЛП (изолированной и сочетанной), относящихся к группе очень высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) в возрасте от 45 до 65 лет. Лабораторно-инструментальное исследование проводилось до начала фармакологического вмешательства, через 4, 8, 24 и 48 недель терапии и включало: исследование антропометрических данных, сбор анамнестических данных с использованием анкеты по изучению сердечно-сосудистых заболеваний, разработанной на кафедре биологии, медицинской генетики и экологии ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава РФ (I точка исследования); определение липидного спектра крови (ХС, ХС ЛВП, ХС ЛНП, ТГ, холестерина, не связанного с липопротеидами высокой плотности (ХС не ЛВП), атерогенного индекса (АИ) (I–IV точки исследования); общелабораторные методы обследования; определение уровня печеночных трансаминаз АЛТ, АСТ, креатинина, КФК (I – IV точки исследования); регистрация электрокардиограммы (I–IV точки исследования); проведение суточного мониторирования ЭКГ, велоэргометрии с целью определения толерантности к физической нагрузке и ФК ИБС (I точка исследования); проведение УЗИ брахицефальных сосудов с целью определения толщины КИМ сонных артерий (I и V точки исследования); фармакогенетическое тестирование – определение носительства аллельных вариантов генов LPL, ACE, CETP, NOS3 (IV точка исследования).

Результаты. Была проведена оценка влияния генотипов CETP на эффективность лечения больных розувастатином и комбинированной

терапией. Выявлено, что гомозиготы +279AA по данному полиморфизму имели изначально менее выраженные нарушения показателей липидного обмена, а именно общего ОХС, ХС ЛНП, ХС, не связанного с ЛВП и АИ, а также больший базальный уровень ХС ЛВП, участвующего в обратном транспорте ХС, и обладающего атеропротективными свойствами. Динамика изменений показателя ХС ЛВП терапии розувастатином также отличалась у пациентов с генотипом +279AA в сравнении с другими генотипами CETP. Так, на фоне гиполипидемической терапии розувастатином у гомозигот +279AA отмечалось преобладание уровня ХС ЛВП (+27,3%) сравнительно с носителями других генотипов (+16,7%) к 48 неделе. Полученные нами данные о меньшей эффективности терапии розувастатином у носителей +279G согласуются с исследованием, проведенным Regielietal. Не было обнаружено влияния генотипов CETPTaq1B на комбинированную гиполипидемическую терапию. Связи генотипов LPL с эффективностью гиполипидемической терапии розувастатином у больных ИБС демонстрируют большую предрасположенность гомозигот +495GG к нарушению липидного обмена за счет высоких базальных уровней атерогенных фракций: ОХС, ХС ЛНП, ХС не ЛВП и АИ, способствующих развитию и прогрессированию атеросклероза. Нами определено влияние полиморфизма гена NOS3 синтазы (NOS3) на эффективность моно- и бикомпонентной гиполипидемической терапии. На основании полученных данных полиморфные варианты NOS3 не оказывали влияния на базальные уровни ЛП у пациентов с ИБС и атерогенными ГЛП, за исключением содержания ТГ, и на эффективность комбинированной терапии, включающей ингибитор синтеза и абсорбции ОХС. Однако, носительство генотипа –786CC приводило к резистентности монотерапии розувастатином в качестве гиполипидемического средства, что проявилось меньшим снижением атерогенных показателей липид-транспортной системы.

Заключение. Таким образом, носительство генотипа +279AA по полиморфизму CETPTaq1B ассоциируется с большой эффективностью розувастатина, в то время как носительство гено-

типов +495GG и -786CC по полиморфизмам LPLHindIII и NOS3-786T>C соответственно могут определять резистентность к проводимой терапии.

ДВЕ СТОРОНЫ ОДНОЙ МЕДАЛИ: АЦЕТИЛЯТОРНЫЙ / ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ СТАТУС И ЛИПИДЫ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

МАТВЕЕВА С.А.¹, МАТВЕЕВ В.А.²

¹Объединенная сеть клиник;

²4 городская клиническая больница, г. Рязань. Россия

Цель работы. Определение корреляционных взаимосвязей между показателями энергетического / ацетиляторного статуса / АС: степень ацетилирования в крови / СТАЦК, суммарная ацетилирующая способность организма / САЦСПО и липидов крови: общий холестерин / ХС, триглицериды / ТГ, ХС липопротеинов / ЛП низкой плотности / НП, ХС ЛП высокой плотности / ВП, ХС ЛП очень низкой плотности / ОНП, коэффициент атерогенности / КА, коэффициент триглицеридный / КТ у пациентов / мужчин с ИБС, стабильной стенокардией напряжения / ССН, неалкогольной жировой болезнью печени / НЖБП и сахарным диабетом / СД 2 типа.

Материал и методы. Обследованы 82 пациента / мужчины (средний возраст – 50,51±0,93 г.) с ИБС, ССН I–IV функционального класса / ФК, НАЖБП и СД 2 типа. Комплексная программа обследования включала сбор анамнеза, осмотр, общеклинические, биохимические анализы и инструментальные методы. С помощью многофакторного корреляционного анализа (критерии Стьюдента – Фишера) определяли корреляции между показателями АС: СТАЦК, САЦСПО и липидов крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ у пациентов с ИБС, ССН, НАЖБП и СД 2 типа. Проводили оценку взаимосвязей показателей АС/СТАЦК, САЦСПО и липидов крови / общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ с применением корреляционного анализа (изучение критериев Стьюдента – Фишера): I – между вариантами АС/СТАЦК, САЦСПО и липидов крови / общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ; II – между значениями ≤10 перцентиля АС/СТАЦК, САЦСПО и ≤10 перцентиля липидов крови / общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ; III

– между показателями >90 перцентиля АС/СТАЦК, САЦСПО и >90 перцентиля липидов крови / общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ; IV – между параметрами ≤10 перцентиля АС/СТАЦК, САЦСПО и >90 перцентиля липидов крови / общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ; V – между значениями >90 перцентиля АС/СТАЦК, САЦСПО и ≤10 перцентиля липидов крови / общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ.

Результаты. Выявлена положительная взаимосвязь ($p < 0,001$) между показателями вариантов: ≤10 перцентиля и >90 перцентиля АС: СТАЦК, САЦСПО и показателями вариантов: ≤10 перцентиля и >90 перцентиля липидов крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ у пациентов с ИБС, ССН, НАЖБП и СД 2 типа. Отрицательная / реципрокная достоверная корреляция ($p < 0,001$) обнаружена между показателями ≤10 перцентиля АС: СТАЦК, САЦСПО и >90 перцентиля липидов крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ, между значениями >90 перцентиля АС: СТАЦК, САЦСПО и ≤10 перцентиля липидов крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ также определяется достоверная отрицательная / реципрокная ($p < 0,001$) связь.

Заключение. У пациентов с ИБС, ССН I–IV ФК, НАЖБП и СД 2 типа показатели энергетического / ацетиляторного статуса: СТАЦК, САЦСПО и липидов крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ достоверно ($p < 0,001$) взаимосвязаны прямо / положительно и обратно / отрицательно как следствие энергетического/метаболического разнообразия.



**ЗАКОНОМЕРНОСТИ В РЕГУЛЯЦИИ БИОТРАНСФОРМАЦИИ:
АЦЕТИЛЯТОРНЫЙ / ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ СТАТУС И ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ
У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ**

МАТВЕЕВА С.А.

Объединенная сеть клиник, г. Рязань. Россия

Введение (цели/задачи). Определение закономерностей (по данным многофакторного корреляционного анализа) между показателями ацетиляторного статуса / АС: степень ацетилирования в крови / СТАЦК, суммарная ацетилирующая способность организма / САЦСПО и липидного спектра крови: общий холестерин / ХС, триглицериды / ТГ, ХС липопротеинов / ЛП низкой плотности / НП, ХС ЛП высокой плотности / ВП, ХС ЛП очень низкой плотности / ОНП у пациентов с ишемической болезнью сердца / ИБС, стабильной стенокардией напряжения / ССН, артериальной гипертензией / АГ и неалкогольной жировой болезнью печени / НАЖБП.

Материал и методы. Проведено обследование 102 пациентов / мужчин (средний возраст – $47,83 \pm 0,79$ г.), с ИБС, ССН, I–IV функционального класса / ФК, АГ и НАЖБП. Программа обследования включала сбор анамнеза, осмотр, общеклинические, биохимические анализы и инструментальные методы. Фенотипирование NAT2 проводили с использованием классического «полиморфного» субстрата – сульфадимезина. Применяли корреляционный анализ с изучением критериев Стьюдента – Фишера. Проводили анализ корреляций между показателями АС: СТАЦК, САЦСПО / NAT2 и липидного спектра сыворотки крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП в следующем порядке: I – между вариантами АС / СТАЦК, САЦСПО и липидов крови / общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП; II – между показателями ≤ 10 перцентиля АС / СТАЦК, САЦСПО и ≤ 10 перцентиля липидов крови / общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП; III – между показателями > 90 перцентиля АС / СТАЦК, САЦСПО и > 90 перцентиля липидов крови / общий ХС, ТГ, ХС

ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП; IV – между показателями ≤ 10 перцентиля АС / СТАЦК, САЦСПО и > 90 перцентиля липидов крови / общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП; V – между показателями > 90 перцентиля АС / СТАЦК, САЦСПО и ≤ 10 перцентиля липидов крови / общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП.

Результаты. Проведенный корреляционный анализ позволил выявить, что у пациентов с ИБС, АГ и НАЖБП между показателями вариантов: ≤ 10 перцентиля и > 90 перцентиля АС: СТАЦК, САЦСПО и показателями вариантов: ≤ 10 перцентиля и > 90 перцентиля липидного спектра крови / общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП выявляется достоверная ($p < 0,001$) положительная / прямая связь. Отрицательная / обратная достоверная ($p < 0,001$) корреляция отмечается между показателями ≤ 10 перцентиля АС: СТАЦК, САЦСПО и > 90 перцентиля липидного спектра крови / общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП; между показателями > 90 перцентиля АС: СТАЦК, САЦСПО и ≤ 10 перцентиля липидного спектра крови / общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП определяется достоверная ($p < 0,001$) отрицательная / реципрокная взаимосвязь.

Заключение. Выявлено, что пациенты с ИБС, АГ и НАЖБП по фенотипу ацетилирования / NAT2 подразделяются на медленные / быстрые / промежуточные ацетиляторов. Гетерогенные взаимосвязи определяются между показателями АС: СТАЦК, САЦСПО и липидного спектра сыворотки крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП у пациентов с ИБС, АГ и НАЖБП. Итак, биотрансформация липидов закономерно регулируется ацетилтрансферазой / NAT2.

**ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО /
АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСА И ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ
С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

МАТВЕЕВА С.А.

Объединенная сеть клиник, г. Рязань. Россия

Цель работы. Определение взаимодействий между показателями энергетического / ацетиляторного статуса / АС: степень ацетилирования в

крови / СТАЦК, суммарная ацетилирующая способность организма / САЦСПО и липидного спектра крови: общий холестерин / ХС, триглицериды /

ТГ, ХС липопротеинов /ЛП низкой плотности / НП, ХС ЛП высокой плотности / ВП, ХС ЛП очень низкой плотности / ОНП, коэффициент атерогенности / КА, коэффициент триглицеридный / КТ у пациентов с ишемической болезнью сердца / ИБС стенокардией напряжения / СН.

Материал и методы. Обследованы 97 пациентов / мужчин и женщин в возрасте $53,56 \pm 0,05$ г. с ИБС, СН I–III функционального класса / ФК. Комплексное обследование включало сбор анамнеза, осмотр, общеклинические, биохимические анализы и инструментальные методы исследования, позволившие диагностировать ИБС, СН. Проводили оценку взаимодействий показателей АС / СТАЦК, САЦСПО и липидного спектра сыворотки крови / общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ с применением корреляционного анализа с изучением критериев Стьюдента – Фишера: I – между вариантами АС / СТАЦК, САЦСПО и липидного спектра крови / общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ; II – между значениями ≤ 10 перцентиля АС / СТАЦК, САЦСПО и ≤ 10 перцентиля липидного спектра крови / общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ; III – между показателями > 90 перцентиля АС / СТАЦК, САЦСПО и > 90 перцентиля липидного спектра крови / общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ; IV – между параметрами ≤ 10 перцентиля АС / СТАЦК, САЦСПО и > 90 перцентиля липидного спектра крови / общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС

ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ; V – между значениями > 90 перцентиля АС / СТАЦК, САЦСПО и ≤ 10 перцентиля липидного спектра крови / общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ.

Результаты. Проведение многофакторного корреляционного анализа показывает, что у пациентов с ИБС СН между параметрами вариантов: ≤ 10 перцентиля и > 90 перцентиля АС: СТАЦК, САЦСПО и показателями вариантов: ≤ 10 перцентиля и > 90 перцентиля липидного спектра крови / общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ определяется достоверная сильная положительная / прямая связь ($p < 0,001$). Отрицательная / обратная значимая корреляция ($p < 0,001$) выявляется между показателями ≤ 10 перцентиля АС: СТАЦК, САЦСПО и > 90 перцентиля липидного спектра крови / общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ между значениями > 90 перцентиля АС: СТАЦК, САЦСПО и ≤ 10 перцентиля липидного спектра крови определяется достоверная отрицательная / реципрокная ($p < 0,001$) связь.

Заключение. Показано, что по фенотипу ацетилирования / NAT2 пациенты с ИБС, СН подразделяются на медленные / быстрые / промежуточные ацетиляторы. У пациентов с ИБС, СН I–III ФК установлена гетерогенность взаимодействий показателей энергетического / ацетиляторного статуса: СТАЦК, САЦСПО и липидного спектра сыворотки крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ.

ОЦЕНКА ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

НИЗАМОВ У.И., ШЕК А.Б., АХМЕДОВА Ш.С.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан

Матричные металлопротеиназы (ММП) играют ключевую роль в физиологическом ремоделировании тканей, и ММП-3 особенно важна для ремоделирования артериальной стенки, так как она потенциально способствует развитию структурных изменений в стенке сосуда за счет деградации белков экстрацеллюлярного матрикса, особенно у больных с коронарным атеросклерозом.

Цель исследования. Изучение полиморфизма ММП-3 5А- и 6А-аллелей у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и их влияние на жесткость артериальной стенки.

Материал и методы исследования. Исследование проведено на базе лаборатории ишемической болезни сердца ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии» за период 2015–2018 гг. среди 100 пациентов (51 мужчина и 49 женщин) в возрас-

те от 55 лет и старше, с хронической ишемической болезнью сердца. Параметры центральной гемодинамики (ГД) и жесткости сосудистой стенки оценивались при помощи автоматизированной системы аппарата SphygmoCor (AtCor MEDICAL Pty Ltd, Австралия). Выделение ДНК производили из цельной крови с помощью набора «Diatom™ DNA Prep 200: Isogene RUS» согласно стандартному протоколу фирмы производителя.

Результаты исследования. При оценке параметров центральной ГД у пациентов отмечались повышенные значения цСАД, цПД, Аlх и АА. Однако, различия носили достоверный характер по таким показателям, как цСАД ($p = 0,007$), цПД ($p = 0,042$) между носителями и неносителями 5А-аллели соответственно. Значения СПВ и Аlх соответствовали повышенным вне зависимости от типа носительства генотипа ММП-3. Достоверная



разница отмечалась по СПВ как в общей когорте ($p=0,0015$), так и при сравнении этого показателя у носителей и неносителей 5А-аллели мужского ($p=0,0017$) и женского полов ($p=0,0013$).

Заключение. В ходе нашего исследования полученные данные свидетельствуют о том, что вариации гена ММП являются сильными потенциальными генетическими факторами ИБС и повы-

шенной жесткости аортальной стенки, выраженность которой максимальна при генотипе 6А/6А ММП-3 (неносителей 5А-аллели). Для дальнейшего тестирования этой гипотезы необходимы дополнительные генетические эпидемиологические исследования с большим числом выборки пациентов.

РОЛЬ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ И ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОКАРДИЕЙ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА. КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ

ПАНАХОВА Н.А., БАХШАЛИЕВ А. Б.О.

Азербайджанский медицинский университет; Азербайджанский медицинский университет; Кафедра клинической фармакологии, г. Баку. Азербайджан

Введение (цели/задачи). Изучение роли иммуновоспалительных показателей и значения изменений в гемореологии у пациентов со стенокардией после инфаркта миокарда, а также установление корреляционных связей между воспалительными маркерами и гемореологическими показателями.

Материал и методы. В исследование включены всего 47 пациентов с постинфарктной стенокардией (средний возраст пациентов – $59,9 \pm 1,1$) и 25 условно здоровых людей в качестве контрольной группы (средний возраст – $56,5 \pm 1,3$). В течение 3–6 месяцев после инфаркта миокарда (подострая стадия) в сыворотке крови пациентов со стенокардией вновь были определены коагулограмма (фибриноген, протромбиновое время, INR), С-реактивный белок (СРБ), фибриноген, а также из провоспалительных цитокинов фактор некроза опухолей (ФНО- α), интерлейкины (ИЛ), ИЛ-6, ИЛ-8.

Результаты. У пациентов с постинфарктной стенокардией средний показатель концентрации СРБ, фибриногена и цитокинов был достоверно выше по сравнению с условно здоровыми людьми из контрольной группы. СРБ у пациентов с постинфарктной стенокардией и условно здоровых людей из контрольной группы составил $14,2 \pm 0,6$ (внутригрупповая вариация 6 – 36) мг/л и $6,7 \pm 0,5$ (внутригрупповая вариация 5–10) мг/л соответственно; $p < 0,01$. Из цитокинов ИЛ-6 у па-

циентов с постинфарктной стенокардией и в контрольной группе был соответственно $11,3 \pm 1,8$ и $1,5 \pm 0,3$ ($p < 0,001$); а ФНО-альфа соответственно $13,3 \pm 2,2$ и $1,6 \pm 0,3$; $p < 0,001$, ИЛ-8 у пациентов с постинфарктной стенокардией и в контрольной группе составил $5,9 \pm 0,69$ и $1,1 \pm 0,2$ соответственно ($p < 0,001$), фибриноген $4,56 \pm 0,13$ и $3,53 \pm 0,06$; $p < 0,001$. При коррелятивном анализе у пациентов с постинфарктной стенокардией ($n=47$) установлена ожидаемая тесная взаимосвязь между ФНО-альфа и степенью клинической тяжести болезни в виде $r=0,357$; $p < 0,05$, между ФНО-альфа и ИЛ-6 в виде $r=0,912$; $p < 0,01$, между ФНО-альфа и ИЛ-8 в виде $r=0,884$, $p < 0,01$, между ИЛ-8 и СРБ в виде $r=0,466$; $p < 0,01$, между ФНО-альфа и фибриногеном в виде $r=0,566$; $p < 0,01$, между ИЛ-6 и фибриногеном в виде $r=0,605$; $p < 0,01$.

Заключение. Полученные результаты показали, что отягощенное течение ИМ ассоциируется со значительным повышением уровня ИЛ-6, ФНО-альфа и медиаторов острой фазы, и содержание ФНО-альфа увеличивалось быстрее, чем тропонин-Т и показатели других ферментов. Можно считать, что одновременное определение ФНО-альфа, ИЛ-6, медиаторов острой фазы и гемореологических показателей и СРБ (фибриноген и т.д.) позволит получить полное представление о рецидиве инфаркта миокарда, тяжести течения болезни и ее прогнозе.

УРОВНИ МАРКЕРОВ КАЛЬЦИФИКАЦИИ В АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ОЧАГАХ И КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С ВЕРИФИЦИРОВАННЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

**ПОЛОНСКАЯ Я.В.¹, КАШТАНОВА Е.В.¹, СТАХНЕВА Е.М.¹, КУРГУЗОВ А.В.²,
МУРАШОВ И.С.², РАГИНО Ю.И.¹**

**¹Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины – филиал
Федерального государственного бюджетного научного учреждения**

«Федеральный исследовательский центр; Институт цитологии и генетики

Сибирского отделения Российской академии наук»;

**²Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский
исследовательский центр им. академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Новосибирск. Россия**

Цель. Изучить некоторые из маркеров кальцификации в сосудистой стенке и крови у мужчин с коронарным атеросклерозом, оценить влияние этих маркеров на нестабильность атеросклеротического очага и выявить особенности их распределения в нестабильных бляшках разных типов.

Материал и методы. В исследование включили 52 мужчины в возрасте 62–73 лет, поступивших в ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» на операцию коронарного шунтирования. В ходе операции у мужчин была проведена эндартерэктомия из коронарной(-ых) артерии(-й). Каждый материал эндартерэктомии был симметрично разделен на несколько фрагментов для проведения гистологических и биохимических исследований. Из 164 образцов были определены: 19 фрагментов неизменной ткани интимы, 83 стабильных и 62 нестабильных бляшек. Был определен тип нестабильных бляшек: 1) липидный; 2) воспалительно-эрозивный; 3) дистрофически-некротический. В зависимости от наличия кальцификации выделено 2 группы: 1) без кальцификатов – 75 образцов, 2) с кальцификатами – 89. В образцах определяли: уровень кальция, кальцитонина и остеокальцина, в крови – кальция и кальцитонина. Статистическую обработку результатов проводили в SPSS (13,0).

Результаты. По результатам гистологических исследований было кальцифицировано 53% стабильных бляшек и 77% нестабильных. Среди нестабильных бляшек дистрофически-некротического типа было кальцифицировано 87%, среди бляшек липидного – 63% и воспалительного – 51%.

Биохимические исследования показали повышение уровней кальция и остеокальцина в стабильных бляшках по сравнению с неизменной тканью. Среди нестабильных бляшек особенно высокий уровень кальцитонина и остеокальцина был выявлен в бляшках дистрофически-некротического типа, в 2 раза выше по сравнению со стабильными бляшками и в 3 и 5 раз выше, соответственно, по сравнению с неизменной тканью. По уровню кальцитонина и остеокальцина бляшки воспалительно-эрозивного типа не отличались от неизменной ткани, содержание этих маркеров было в 2 раза ниже по сравнению со стабильными бляшками. В бляшках липидного типа уровень кальцитонина не отличался от неизменной ткани, а уровень остеокальцина был выше в 3,6 раза по сравнению с неизменной и в 1,4 раза по сравнению со стабильными бляшками. Если рассматривать бляшки с кальцификацией и без, то более высокие уровни исследуемых показателей были в бляшках с кальцификацией, но если уровень кальцитонина был выше всего в 1,15 раза, тот остеокальцина в 2,6 раза. В крови уровень кальция и кальцитонина был выше у мужчин с нестабильными бляшками по сравнению с мужчинами, у которых были выявлены только стабильные бляшки. Также выявлена связь между уровнями кальция и кальцитонина в сосудистой стенке и крови.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют, что кальций, кальцитонин и, особенно, остеокальцин могут являться маркерами нестабильности бляшки, вызванной повышенной кальцификацией.



ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ КАРДИОСЕЛЕКТИВНОГО В-АДРЕНОБЛОКАТОРА НЕБИВОЛОЛА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ПУЛАТОВА Ш.Х., КАЮМОВА Г.К., КАМИЛОВА Ш.Р.

РНЦЭМП Бухарского филиала, г. Бухара. Узбекистан

Актуальность. Бета-адреноблокаторы (БАБ) рекомендуются большинству больных с различными формами ишемической болезни сердца (ИБС), однако их применение зачастую ограничивается различными факторами, в частности неблагоприятным метаболическим профилем.

Цель. Оценить эффективность и безопасность кардиоселективного БАБ Небиволола (Н) у больных ИБС, стабильной стенокардией напряжения и метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы. У 20 больных (м – 11, ж – 9) ИБС, стабильной стенокардией напряжения в сочетании с МС в возрасте от 39 до 62 лет (ср. возраст – 49,65±7,66 лет) оценивали влияние 12-недельной терапии Небиволола в среднесуточной дозе 5,2±2,0 мг на показатели суточного мониторирования АД и ЭКГ по Холтеру с анализом среднесуточных, среднедневных и средненочных показателей систолического АД (САД), диастолического АД (ДАД), ЧСС, наджелудочковых экстрасистол (НЖЭС), желудочковых экстрасистол

(ЖЭС) и динамики сегмента ST. Безопасность оценивали по влиянию на биохимические показатели.

Результаты. На фоне терапии Небивололом отмечено снижение ЧССсут. с 77,09±9,36 до 69,32±8,28 уд/мин; ЧССдн. – с 82,41±10,01 до 76,64±9,15 уд/мин; ЧССночн. – с 67,86±7,78 до 63,82±7,73 уд/мин ($p<0,05$ во всех случаях), НЖЭС – с 13,00 (4,00; 21,50) до 10,00 (3,00; 19,00), ($p=0,05$) без достоверной динамики ЖЭС. Также отмечено уменьшение выраженности депрессии сегмента ST с 1,7 (1,4; 1,9) до 1,4 (0,0; 1,6) мм ($p<0,05$) и суммарной продолжительности эпизодов депрессии сегмента ST с 11,0 (3,60; 31,5) до 3,0 (0,0; 14,5) мин за сутки ($p<0,05$). Динамика САД составила 4% ($p<0,05$), ДАД –6% ($p<0,05$). Негативного влияния Н на показатели углеводного и липидного обменов не выявлено.

Выводы. Небиволол в среднесуточной дозе 5,2 ±2,0 мг у больных ИБС и МС приводит к урежению ЧСС, уменьшению количества НЖЭС, снижению уровня АД при отсутствии негативного влияния на метаболический профиль.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ТОЛЩИНОЙ ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРА И СТРУКТУРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИБС

РАЖАБОВА Р.Ш., ШУКУРДЖАНОВА С.М., ОМАРОВ Х.Б.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – одно из самых распространенных заболеваний и одна из основных причин смертности, а также временной и стойкой утраты трудоспособности населения в развитых странах мира [1]. Актуальной проблемой современной кардиологии являются поиск и изучение ранних маркеров сердечно-сосудистого риска (ССР) для своевременного выявления и профилактики осложнений. Наибольший интерес вызывает то, что толщина эпикардиального жира (ЭЖ) может выступать в качестве нового маркера сердечно-сосудистых заболеваний [2].

Цель работы. Проведение корреляционного анализа между показателями ТЭЖ и антропометрическими данными, показателями липидного спектра, ЭхоКС.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 87 пациентов, в возрас-

те от 40 до 60 лет (средний возраст 56,1±6,3 лет). Всем больным измеряли ТЭЖ методом ЭхоКС. Основным критерием деления больных на группы явилась толщина эпикардиального жира (ТЭЖ). В зависимости от ТЭЖ все больные были распределены на 2 группы: 1 группа – больные с ТЭЖ<5 мм ($n=14$) ИБС. Стенокардия напряжения; 2 группа с ТЭЖ>10 мм ИБС. Стенокардия напряжения. В 1 группе средний возраст больных составил 51,1±3,4 лет, во 2 группе – 56,3±4,8 лет соответственно. В 1 группе длительность анамнеза ИБС у больных составляла 2,3±0,9 лет, во 2 группе – 4,5±1,4 лет соответственно. 8 (57,1%) больных 1 группы, 44 (84,6%) больных 2 группы имели артериальную гипертонию. Избыточная масса тела отмечалась у 6 (42,9%) больных 1 группы, у 21 (40,4%) больного 2 группы. Ожирение наблюдалось у 2 (14,2%) больных 1 группы, 24 (46,2%)

больных 2 группы. В 1 группе 71,4% больных имели II ФК Стенокардии напряжения, III ФК отмечался у 28,6% пациентов. Во 2 группе по функциональному классу стенокардии отмечалось у 11,5 и 88,5% больных соответственно.

Всем пациентам выполнялись антропометрические измерения, клинические и лабораторные исследования, ЭКГ, Эхокардиографическое исследование с доплерографией.

Результаты. ИМТ больных 1 группы составил $25,9 \pm 2,3$ кг/м², у пациентов 2 группы – $30,8 \pm 3,1$ кг/м², соответственно. Средние показатели ОТ больных 1 группы составляли $99,8 \pm 2,29$ см и пациентов 2 группы – $112,4 \pm 4,5$ см. При анализе результатов липидного спектра выявлено, что у всех больных наблюдалась дислипидемия. Достоверная разница между группами отмечалась только по уровням ОХС, ТГ, ХС ЛПНП ($p < 0,001$). Средний показатель ТЭЖ у больных 1 группы составил $4,8 \pm 0,08$ мм, а у больных 2 группы – $12,2 \pm 0,13$ мм. ($p < 0,001$). По показателям, КСР, КДО, КСО ФВ, ЛП, Ао отмечалась недостоверная разница в обследуемых группах ($p > 0,05$). По результатам нашего

исследования при распределении больных по толщине эпикардального жира и наличия у больных сахарного диабета II типа отмечалась высокодоверная разница по показателям массы миокарда ЛЖ ($199,2 \pm 8,7$; $278,5 \pm 10,2$ г соответственно), ТМЖП см ($1,07 \pm 0,02$; $1,31 \pm 0,02$ см соответственно), ТЗСЛЖ ($1,12 \pm 0,01$; $1,25 \pm 0,01$ см соответственно), ИММЛЖ ($102,8 \pm 4,4$; $143,7 \pm 6,1$ соответственно) ($p < 0,001$).

У больных с ИБС. Стенокардией напряжения ФК II–III с ТЭЖ < 5 мм отмечалась прямая средняя корреляционная связь между толщиной эпикардального жира и ММЛЖ и его составляющими показателями (ИММЛЖ, ТМЖП, ТЗСЛЖ), а также ХС ЛПНП. У этой же категории больных, но с повышенной ТЭЖ (ТЭЖ > 10 мм), отмечалась прямая сильная корреляционная связь между ТЭЖ и ОХС, ТЭЖ и ИМТ, ММЛЖ, ИММЛЖ.

Заключение. У обследованных больных отмечалась сильная прямая корреляционная связь между показателями ТЭЖ и ОХС, ММЛЖ, ОТ – у больных с ИБС. Стенокардией напряжения.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА

САИПОВА Д.С., ОРТИКБОЕВА Ш.О.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан

Актуальность. Почки являются частью микроциркуляторной системы организма, влияют на формирование ССЗ, особенно в сочетании с СД, сердечной недостаточностью и почечными заболеваниями. По мере нарастания выраженности ХБП происходит прогрессирование гипертрофии левого желудочка сердца, развитие систолической и/или диастолической дисфункции, «ускорение» атеросклероза, кальцификация сосудистого русла. Во Фремингемском исследовании гипертрофия миокарда левого желудочка у больных с нарушением функции почек встречается в 3–4 раза чаще, чем у больных ИБС с сохранной функцией почек. Ранняя диагностика ишемической болезни почек предопределяет успех лечения таких пациентов, позволяя не только уменьшить число случаев терминальной стадии ХБП, но и снизить количество осложненных форм ИБС (Мухин Н.А., 2009).

Цель исследования. Изучить динамику показателей функции почек у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от наличия сахарного диабета 2 типа (СД2).

Материал и методы. В исследование были включены 55 больных с ИБС, из них 25 больных с СД2 и 30 без СД2. Определяли показатели угле-

водного и липидного обмена, почечного кровотока и параметры функции почек.

Результаты исследования. Группы пациентов значительно не различались по возрасту, полу и показателям АД. В 1-й группе СД2 по сравнению со 2-й группой без СД отмечалась более высокая ЧСС: $74 \pm 3,22$ уд/мин против $69 \pm 4,17$ уд/мин ($p < 0,01$). У 45 (81,8%) больных диагностирована стабильная стенокардия напряжения функциональный класс (ФК) III, у 10 (18,2%) больных ФК IV. Среди 25 обследованных больных с ИБС с СД2 18 (72%) с выявленной диабетической нефропатией отмечался высокий показатель АД и ФК стабильной стенокардии напряжения. Группы пациентов достоверно различались по содержанию глюкозы в венозной плазме натощак и HbA1c, который в группе больных СД2 составил 7,3% (6,9–8,0), а в группе без СД2 типа – 4,9% (4,7–6,1) ($p < 0,001$). Группы не различались по концентрации ОХС, ХС ЛПНП и ХС ЛПВП в сыворотке крови, триглицеридов (ТАГ), и медиана индекса массы тела (ИМТ) была достоверно выше в группе больных СД2.

Группы пациентов не различались по показателям фильтрационной функции почек: концентрации креатинина и цистатина С в сыворотке крови, клиренсу креатинина и величине СКФ, рас-



считанной по цистатину С (СКФц). В обеих группах отмечалась отрицательная корреляционная взаимосвязь клиренса креатинина с возрастом пациентов ($rs=-0,65$; $p<0,001$ и $rs=-0,56$; $p<0,001$ соответственно). Кроме того, в группе больных СД2 прослеживалась отрицательная взаимосвязь клиренса креатинина с продолжительностью заболевания СД 2: $rs=-0,27$; $p<0,05$. Величина МАУ в группе больных СД2 была в 5 раз выше, чем у больных без СД2. Величина МАУ в группе больных СД2 была в 5 раз выше, чем у больных без СД.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют об общности и взаимосвязи патогенетических механизмов, лежащих в основе развития дисфункции почек, у больных ИБС с сопутствующим СД2. Наличие одновременно факторов риска, таких как высокая АГ, возраст, мужской пол, длительность ИБС, дислипидемия, повышение глюкозы в венозной крови, повышает риска развития нарушения кровотока и гемодинамики в почках.

ЗАВИСИМОСТЬ СМЕРТНОСТИ ОТ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ТЕПЛЫЙ И ХОЛОДНЫЙ ПЕРИОДЫ ГОДА

СЕЙСЕМБЕКОВ Т.З.¹, МАМЕДОВ М.Н.², ДОЛГИХ С.А.³, АБАЕВ Н.Н.³, ОНГАРБАЕВА Ж.Е.¹

¹АО «Медицинский университет Астана»; ²Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины, г. Москва. Россия;

³РГП «Казгидромет»; г. Астана. Казахстан

Цель. Выявить взаимосвязь смертности больных ишемической болезнью сердца (ИБС) различного пола и возраста с температурой воздуха в теплый и холодный периоды года.

Материал и методы. Анализ заболеваемости и смертности от ИБС взрослого (18 лет и старше) населения Республики Казахстан (РК) и г.Астана за 2009–2015 гг. по данным МЗ РК; а также показателей ежедневной смертности в г. Астане от ИБС (МКБ-10: I20–I25) по данным Комитета статистики МНЭ РК за эти же годы во взаимосвязи с температурой воздуха: средней (Тср.), средней максимальной (Тмакс.) и минимальной (Тмин.) тех же суток. Показатели сгруппированы по теплым (апрель – октябрь) и холодным (ноябрь – март) месяцам года, анализированы в зависимости от пола и возраста: молодой (18–44 лет), средний (45–59), пожилой (60–74) и старческий (75 лет и старше).

Результаты. За 2009–2015 гг. наблюдается рост впервые диагностированной ИБС у взрослого населения РК с 457,3 до 470,7, в том числе городского – с 453,8 до 483,6 на 100 тыс. населения. Заболеваемость ИБС в Астане за эти годы также возросла, но показатели заметно ниже (с 228,5 до 238,9). При этом смертность от ИБС за анализируемые годы снизилась по РК с 157,0 до 71,7, среди городского населения – с 186,8 до 85,9, в г. Астана – с 124,5 до 60,5 на 100 тыс. населения. За анализируемые 7 лет число случаев ежедневной смертности в г. Астане составило 4242, в том числе в холодный период (ХП) года – 1858 (муж. – 1032, жен. – 826), в теплый период (ТП) – 2384 (муж. – 1333, жен. – 1050). В молодом возрасте отмечено 235 случаев смерти от ИБС, из них в ХП – 108 (муж. – 88, жен. – 20) в ТП – 127 (муж. – 104, жен. – 23); в среднем возрасте – 880, ХП 400 (муж.

– 339, жен. – 61), ТП 480 (муж. – 407, жен. – 73); в пожилом – 1378, ХП 583 (муж. – 352, жен. – 231) и старческом – 1748, ХП 767 (муж. – 253, жен. – 514), ТП – 981 (муж. – 346, жен. – 635). Температура воздуха в Астане за 2009–2015 гг. колебалась в диапазоне: низкая – 40,6°C (декабрь 2012) и высокая – 38,2°C (август 2014), среднегодовая возросла с 3,73°C (2009) до 4,62°C (2015). При этом число случаев смерти от ИБС уменьшилось с 842 (2009) до 519 (2015), в том числе в ХП – с 358 до 244, в ТП – с 484 до 275. Такая положительная динамика смертности наблюдалась как среди мужчин, так и у женщин по всем возрастным группам.

Анализ взаимосвязи показателей ежедневной смертности от ИБС с температурой воздуха по двум периодам года показал их зависимость от пола и возраста пациентов. Так, в целом между показателями смертности от ИБС в оба периода года и температурой воздуха (Тср., Тмакс., Тмин.) отмечена слабая коррелятивная связь, тогда как среди умерших лиц молодого возраста в ТП года эта связь уже средней силы ($r=0,418$; $0,430$; $0,404$). Причем, у мужчин 18–44 лет отмечена прямая связь со всеми показателями температуры: Тср., Тмакс., Тмин. как в ХП ($r=0,544$; $0,608$; $0,494$, так и в ТП года ($r=0,581$; $0,634$; $0,656$ соответственно). У женщин молодого возраста корреляции, указанных показателей в ХП была обратной, средней силы ($r=-0,311$; $-0,294$; $-0,349$) и слабой в ТП года. Значимые взаимосвязи показателей смертности и всех температур имели место среди лиц в возрасте 44–59 лет, более выраженные в ТП года и достоверные у мужчин в оба периода года. У больных 75 лет и старше анализируемая взаимосвязь средней силы выявлена в ТП с Тср. ($r=-0,393$), Тмин. ($r=-0,492$) у мужчин и Тмин. ($r=-0,381$) у женщин.

Заключение. Выявлена определенная взаимосвязь ежедневных показателей смертности больных ИБС со средней, максимальной и минимальной температурой суток с более выраженной

зависимостью в теплый период года во всех возрастных группах, причем у мужчин молодого и среднего возраста эта зависимость достоверна в оба периода года.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СОЧЕТАННОГО РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ

СОЛОВЕЙ С.П., КАРПОВА И.С., СУДЖАЕВА О.А., РУДЕНКО Э.В.

**Республиканский научно-практический центр «Кардиология»;
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск. Беларусь**

Цель исследования. Выделение общих метаболических факторов, участвующих в патогенезе ИБС и остеопороза (ОП) у женщин в период менопаузы (МП).

Материал и методы. Обследованы 96 женщин среднего возраста 56,4 (54,0; 60,0) года, находящихся в МП, из них 28 чел. – с отсутствием ИБС и патологии минеральной плотности костной ткани (МПКТ) (1 группа), 48 чел. – с верифицированным диагнозом постменопаузального ОП (2 группа) и 20 чел. – с сочетанием ОП и ИБС (3 группа). Вторичная потеря костной плотности, хирургическая МП, использование гормональной терапии являлись критериями исключения из исследования. Проведено биохимическое обследование с определением показателей липидного спектра крови, высокочувствительного С-реактивного белка (вЧСРБ), щелочной фосфатазы (ЩФ), витамина 25 (ОН)Д. Данные представлены в виде медианы интерквартильного размаха. В анализе зависимости от количественных данных использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r_s). Достоверность различий считалась при $p < 0,05$.

Результаты. Средний возраст обследуемых трех групп не отличался, однако возраст наступления МП имел различия, соответственно разной оказалась и длительность МП: у женщин с ОП (2 и 3 группы) – 7 лет (5; 10), в 1 группе – 3 года (2; 5) ($p < 0,05$). Это подтверждает, с одной стороны, роль более ранней МП в манифестации ОП, с другой стороны, нельзя исключить значимость этого фактора риска и в развитии ИБС у данного контингента лиц. Женщины с патологией МПКТ в среднем имели достоверно меньший вес: 71 (64; 76) и 65 (58; 75) кг в группах 2 и 3 соотв. в сравнении с 78 (71; 97) кг – в 1 группе ($p = 0,001$). У абсолютного большинства обследованных (87%) отмечалась дислипидемия: содержание ХЛ ЛПНП превышало 1,8 – 3 ммоль/л, причем в группах 2 и 3 его средняя величина (3,19 (2,89; 4,14) и 3,49 (2,84; 4,75) ммоль/л соотв.) оказалась меньше ($p < 0,05$), чем у лиц с отсутствием ИБС и ОП (4,14 (3,54; 5,08) ммоль/л), что сопровождалось измене-

ниями средней концентрации связанного с ЛПНП атерогенного белка ApoB (1,17 (1,03; 1,42) ммоль/л, 1,01 (0,91; 1,15) ммоль/л и 1,08 (0,90; 1,34) ммоль/л в 1,2,3 группах соотв.) и коэффициента атерогенности (3,25 (3,00; 4,00), 2,90 (2,30; 3,40) и 3,00 (1,90; 3,50) в 1,2,3 группах соотв.), также значимо ($p < 0,05$) отличающихся в 2 и 3 группах от показателей в группе 1. Достоверно меньше во 2 и 3 группах оказался и уровень триглицеридов (1,12 (0,90; 1,46) и 1,13 (0,80; 1,48) ммоль/л соотв.) в сравнении с 1 группой (1,28 (1,13; 1,86)). Уровень ХЛ ЛПВП в целом по группам обнаруживался в норме и даже близким к верхней границе (1,37 (1,27; 1,67) ммоль/л, 1,37 (1,24; 1,75) ммоль/л и 1,64 (1,31; 1,89) ммоль/л соотв.). При помощи сравнительного корреляционного анализа установлено, что у женщин в МП происходит формирование андроида типа ожирения (увеличение объема талии), сопровождаемое в первую очередь повышением уровня триглицеридов ($r_s = 0,43$, $p < 0,001$). Обнаружена положительная взаимосвязь величины вЧСРБ, свидетельствующего об активации атеросклеротического процесса, с величиной объема талии ($r_s = 0,43$, $p < 0,001$), что подтверждает проатерогенный характер андроида ожирения. В то же время снижение массы тела было отрицательно связано ($r_s = -0,42$, $p = 0,0002$) с возрастанием уровня протекторного ХС ЛПВП. Отмечалась отрицательная корреляционная зависимость между концентрацией связанного с ХС ЛПВП белка apoA1 и показателем костного метаболизма ЩФ ($r_s = -0,48$, $p < 0,001$), что может указывать на взаимосвязь костно-минерального и липидного обменов. Отмечалась также умеренная отрицательная связь уровня витамина Д и коэффициента атерогенности ($r_s = -0,38$, $p = 0,01$).

Заключение. Установление роли связующих факторов сочетанного развития ИБС и ОП у женщин в период МП позволит в дальнейшем определить общие мероприятия первичной профилактики данных заболеваний на этапе менопаузальной гормональной перестройки.



ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ И ШАПЕРОННАЯ АКТИВНОСТЬ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

СТРАХОВА Н.В., КОТОВА Ю.А., ЗУЙКОВА А.А., КРАСНОРУЦКАЯ О.Н.

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж. Россия

Введение. Множество факторов оказывают влияние на течение стабильной ИБС. Кроме основных факторов, в последние годы все большее значение уделяется окислительному стрессу, эндотелиальной дисфункции, а также иммунному компоненту в формировании ишемической болезни сердца. В связи с этим становится актуальным изучение роли эндотелиальной дисфункции, окислительного стресса, а также их изменения в зависимости от функционального класса стабильной ИБС. В ряде исследований показано, что повышение уровня гомоцистеина является фактором развития и прогрессирования атеросклероза. Однако, данные об изменении указанного показателя в зависимости от функционального класса в литературе не встречаются. Кроме основных факторов, в последние годы все большее значение уделяется окислительному стрессу, эндотелиальной дисфункции, а также иммунному компоненту в формировании ишемической болезни сердца. В связи с этим становится актуальным изучение роли шаперонной активности у пациентов со стабильной ИБС, а также их изменения в зависимости от функционального класса.

Цель исследования. Изучить изменения концентрации гомоцистеина и уровня шаперонной активности в сыворотке крови в зависимости от функционального класса стабильной ИБС.

Материал и методы. Обследованы 93 больных стабильной стенокардией в возрасте от 50 до 89 лет, средний возраст составил $68,4 \pm 10,3$ лет на базе кардиологического отделения № 2 БУЗ ВО ВГКБСМП № 1. Все пациенты были ранжированы в 3 группы. Группирующим признаком стал функциональный класс стабильной стенокардии: Группа 1–15 больных со стенокардией ФК 1; Группа 2–21 пациент с ФК 2; Группа 3–57 больных ФК 3. Группы были сравнимы по полу, возрасту и длительности течения стабильной стенокардии. Всем пациентам в стационаре проводился полный спектр стандартного обследования. Наличие стабильной ИБС подтверждалось проведением коронароангиографии. Для определения уровня гомоцистеина использовали тест-систему для количественного определения общего L-гомоцистеина

в человеческой сыворотке или плазме (фирма производитель «Axis-Shield», фирма поставщик – «БиоХимМак», Россия). Шаперонную активность определяли с помощью добавления к сыворотке дитиотриетолола и инсулина с определением оптической плотности раствора. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета программ SPSS Statistics 20.0.

Результаты. Средние значения концентрации гомоцистеина в исследуемых группах составили: в Группе 1 – $10,54 \pm 1,41$ мкмоль/л; в Группе 2 – $10,80 \pm 0,98$ мкмоль/л; в Группе 3 – $11,89 \pm 1,96$ мкмоль/л. Эти различия не достигли уровня статистической значимости ($p=0,362$ по критерию Краскела – Уоллеса). При попарном сравнении различия также оказались недостоверны ($p=0,889$, $p=0,422$, $p=0,243$ по критерию Манна–Уитни). Корреляционный анализ Спирмена не выявил значимых корреляций между функциональным классом и уровнем гомоцистеина ($r=0,177$, $p=0,156$). При сравнении уровня шаперонной активности сыворотки крови не было выявлено различий среди больных разных функциональных классов. При стенокардии ФК 1 значение шаперонной активности составило $63,89 \pm 7,61\%$. У больных стабильной стенокардией ФК 2 среднее значение уровня шаперонной активности – $61,63 \pm 8,71\%$, а ФК 3 – $61,55 \pm 2,49\%$. Имеется тенденция к снижению уровня шаперонной активности с возрастанием класса стабильной стенокардии, однако изменения не имеют статистической значимости ($p=0,867$ по критерию Краскела – Уоллеса). При попарном сравнении групп различия также недостоверны: $p=0,889$, $p=0,618$, $p=0,883$ по критерию Манна – Уитни. При корреляционном анализе Спирмена также не выявлено взаимосвязи ($r=-0,049$, $p=0,694$).

Заключение. У пациентов со стабильной ИБС не выявлено различий в концентрации гомоцистеина и уровне шаперонной активности сыворотки крови в зависимости от функционального класса. Тяжесть течения стабильной ИБС не оказывает влияния на гипергомоцистеинемию: можно предположить, что влияют другие факторы, в частности, нестабильность атеросклеротической бляшки.

УРОВЕНЬ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

СТРАХОВА Н.В., КОТОВА Ю.А., ЗУЙКОВА А.А., КРАСНОРУЦКАЯ О.Н.

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж. Россия

Введение. Поиск новых маркеров прогрессирования стабильной стенокардии является актуальной задачей медицинских исследований. В связи с этим важным представляется изучение маркеров окислительного стресса в данной группе пациентов и их изменения в зависимости от функционального класса стабильной стенокардии.

Цель исследования. Изучить изменения показателей окислительного стресса у пациентов в зависимости от функционального класса стабильной стенокардии.

Материал и методы. Обследованы 93 больных стабильной стенокардией в возрасте от 50 до 89 лет, средний возраст составил $68,4 \pm 10,3$ лет, на базе кардиологического отделения № 2 БУЗ ВО ВГКБСМП № 1. Все пациенты были ранжированы в 3 группы. Группирующим признаком стал функциональный класс стабильной стенокардии: Группа 1 – 15 больных со стенокардией ФК 1; Группа 2 – 21 пациент с ФК 2; Группа 3 – 57 больных ФК 3. Группы были сравнимы по полу, возрасту и длительности течения стабильной стенокардии. Определение окислительного стресса по окислительной модификации белков в сыворотке крови проводили по методике Дубининой (реакция взаимодействия окисленных аминокислотных остатков белков с 2,4-динитрофенилгидразином (2,4-ДНФГ) с образованием производных 2,4-динитрофенилгидразонов). Оптическую плотность 2,4-динитрофенилгидразонов регистрировали на приборе спектрофотометр СФ-36 на длине волн: 356 нм, 370 нм, 430 нм и 530 нм. При длине волны 356 нм и 370 нм определялось содержание альдегидо- и кетонпроизводных динитрофенилгидразонов нейтрального характера (АДФГн и КДФГн), при длине волны 430 нм 530 нм – альдегидо- и кетонпроизводных основного характера (АДФГо и КДФГо). Активность супероксиддисмутазы (СОД) определяли спектрофотометрическим методом. Статистическая обработка результатов исследования

проводилась с помощью пакета программ SPSS Statistics 20.0.

Результаты. При сравнении уровней показателей окислительной модификации белков в исследуемых группах не было выявлено значимых различий. Средние значения АДФГн составили $27,2 \pm 0,6$ усл. ед/мг – в Группе 1; $27,2 \pm 1,4$ усл. ед/мг – в Группе 2 и $26,4 \pm 0,4$ усл. ед/мг – в Группе 3 ($p=0,745$ по критерию Краскела – Уоллеса). Средние значения КДФГн составили $24,5 \pm 1,8$ усл. ед/мг в Группе 1; $24,4 \pm 1,6$ усл. ед/мг – в Группе 2 и $22,9 \pm 0,5$ усл. ед/мг – в Группе 3 ($p=0,503$). Средние значения АДФГо составили $10,9 \pm 0,6$ усл. ед/мг – в Группе 1; $12,8 \pm 1,1$ усл. ед/мг – в Группе 2 и $11,7 \pm 0,3$ усл. ед/мг в Группе 3 ($p=0,9$). Была выявлена тенденция к увеличению КДФГо с ростом функционального класса стабильной стенокардии: в Группе 1 КДФГо оказался $6,8 \pm 2,9$ усл. ед/мг; в Группе 2 – $7,4 \pm 0,9$ усл. ед/мг; в Группе 3 – $9,1 \pm 0,2$ усл. ед/мг ($p=0,123$). Попарное сравнение средних значений изучаемых показателей в группах больных, разделенных по ФК стенокардии, также не выявила статистически значимых различий за исключением разницы КДФГо при сравнении больных ФК 1 и 3 стенокардии ($p=0,048$ по критерию Манна – Уитни). Корреляционный анализ Спирмена не установил значимой взаимосвязи между показателями окислительной модификации белков и функциональным классом стенокардии: КДФГо ($r=0,253$, $p=0,041$), АДФГо ($r=0,009$, $p=0,941$), КДФГн ($r=-0,145$, $p=0,244$), АДФГн ($r=-0,095$, $p=0,45$). СОД в Группе 1 составила $39,5 \pm 0,7\%$; в Группе 2 – $39,1 \pm 0,2\%$; в Группе 3 – $40,5 \pm 0,6\%$, что не имело статистически значимых различий ($p=0,876$).

Заключение. Показатели окислительного стресса сыворотки крови не имели значимых отличий у больных с различным клиническим течением стабильной стенокардии, за исключением КДФГо, имевшим тенденцию к повышению с увеличением функционального класса заболевания.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРОМБОЦИТОВ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ТАДЖИХОДЖАЕВА Ю.Х., САДЫКОВА Г.А., НУРУТДИНОВА С.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент. Узбекистан

При воспалительных заболеваниях дыхательных путей страдает и сердечная мышца. В развитии сердечно-сосудистых и ряда других заболева-

ний ключевую роль играют тромбоциты, являющиеся участником как процесса тромбообразования, так и развития воспаления.



Цель работы. Изучение агрегационной функции тромбоцитов и качественной характеристики тромбоцитов у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Обследованы 29 больных ХОБЛ 1–2 ст. активности в сочетании с ИБС. Стенокардия напряжения I–II ФК. Здоровую группу составили 10 лиц. Тромбоцитограмма проведена по методу Наджимитдинова С.Т. (2002). Агрегацию тромбоцитов определяли по изменению светопускания при помощи анализатора агрегации «AP 2110» («SOLAR», Беларусь).

Результаты. Установлено, что у больных ХОБЛ-2 ст. активности в сочетании с ИБС. Стенокардия напряжения II- ФК в исходном состоянии максимальная степень АДФ-индуцированной агрегации достоверно превышает аналогичный параметр у больных ХОБЛ-1 ст. активности в сочетании с ИБС. Стенокардией напряжения I- ФК и у здоровых лиц соответственно ($p < 0,05$ и $p < 0,001$). У обследованных больных установлено появление тромбоцитов с шиповидными отростками, а также появление парных (25%) и более слипшихся тромбоцитов (45%), указывающее на адгезию (в норме тромбоциты в 80–85% бывают одиночными, от 10 до 15% – парными). Увеличение средних слипшихся тромбоцитов больше нормы и появление больших агрегатов (в виде виноградных гроз-

дьев) указывает на угрозу тромбообразования. Полученные результаты в вышеизложенном порядке сопоставлялись с жалобами, клиническими проявлениями, биохимическими исследованиями. Установлено, что в возникновении первичного тромбоцитарного тромба главную роль играет функциональная характеристика тромбоцита, их адгезивность и агрегационная способность, которая зависит от многих внутренних факторов. Агрегация и агломерация тромбоцитов сопровождается секреторной их деятельностью по мерокриновому типу.

Таким образом, предложенная методика тромбоцитограммы экономически эффективна (применяется без дорогостоящей аппаратуры агрегометрических и биохимических исследований).

Выводы. Функционально-морфологическая характеристика тромбоцитов периферической крови служит одним из ранних и доступных методов, указывающих на прогноз назревающего тромбоцитарного внутрисосудистого тромба. У больных ХОБЛ II ст. активности в сочетании с ИБС I–II ФК выявлены морфологические изменения тромбоцитов и особенности, заключающиеся в повышении АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов, что свидетельствует о повышении собственно агрегационной активности тромбоцитов у данной категории больных.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПОСТОЯННЫМ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ У ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНЫМ АПНОЭ СНА И ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ТАРАСИК Е.С., БУЛГАК А.Г., ЗАТОЛОКА Н.В.

Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск. Беларусь

Цель работы. Оценить влияние терапии постоянным положительным давлением (СИПАП-терапии) на уровень мелатонина у пациентов с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС) и хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС).

Материал и методы. В исследовании приняли участие 120 пациентов с ХИБС. Из них мужчин было 80 (67%), женщин – 40 (33%). Средний возраст – $56,7 \pm 8,5$ лет, минимальный – 40 лет, максимальный – 68 лет. Все пациенты были разделены на группы. Первая группа составила 60 пациентов (пациенты с ХИБС и СОАС, затем, в зависимости от приверженности к СИПАП-терапии, группа была разделена на 2 подгруппы (1 подгруппа СОАС с СИПАП-терапией и 2 подгруппа с СОАС без СИПАП – терапии). Вторую группу составили 30 пациентов (ХИБС и первичным храпом). Третью группу (контрольная) составили 30 пациентов с ХИБС (без СОАС и первичного храпа). Клинико-инструментальные исследования про-

водились при включении пациентов в исследование, через 6 и 12 месяцев наблюдения. По половому и возрастному составу группы были сопоставимы. Для диагностики СОАС проводился кардиореспираторный мониторинг аппаратом Somnocheck – 2 (Weinmann, Германия). При исследовании регистрировались: мониторинг назофарингеального потока, электрокардиограмма, частота сердечных сокращений, пульсоксиметрия, плетизмография, положение тела, торакоабдоминальные движения, запись звукового феномена храпа. Затем рассчитывался индекс апноэ/гипопноэ (ИАГ). Забор венозной крови для исследований осуществлялся в вакуумные пробирки системы «вакутайнер» (Becton Dickinson, США). Показатели уровня мелатонина в крови определяли иммуноферментным методом на анализаторе Sunrise (Tecan, Австрия) с использованием реагентов компании Demeditec Diagnostics GmbH, Germany.

Результаты. При оценке первичных данных гормонального статуса уровень мелатонина был достоверно снижен в первой группе ($5,5 \pm 4,15$ пг/мл) по сравнению с группой с храпом ($15,4 \pm 2,47$ пг/мл) и контрольной группой ($14,4 \pm 2,71$ пг/мл). Исходно уровень мелатонина в подгруппах первой группы достоверно не различался. В 1 подгруппе уровень мелатонина составил $5,7$ [$5,0-6,6$] пг/мл, во 2 подгруппе $5,9$ [$5,1-6,1$] пг/мл ($p > 0,05$). При повторном исследовании через 6 месяцев в 1 подгруппе уровень мелатонина достоверно повысился на фоне СИПАП-терапии и составил $9,3$ [$8,0-11,7$] пг/мл, во 2 подгруппе уровень мелатонина значимо не изменился и составил $5,8$ [$5,2-6,3$] пг/мл. Таким образом, через 6 месяцев уровень мелатонина достоверно различался в 1 и 2 подгруппах ($p < 0,05$). При исследовании гормонального статуса через 12 месяцев в 1 подгруппе уровень мелатонина достоверно повысился на фоне СИПАП-терапии и составил $13,3$ [$9,8-16,8$] пг/мл,

во 2 подгруппе уровень мелатонина достоверно снизился и составил $5,6$ [$5,1-6,9$] пг/мл. Таким образом через 12 месяцев уровень мелатонина был достоверно выше в 1 подгруппе по сравнению со 2 подгруппой ($p < 0,05$).

Заключение. У пациентов с синдромом обструктивного апноэ сна и хронической ишемической болезнью сердца снижен уровень мелатонина в крови по сравнению с группой пациентов с храпом и контрольной группой ($p < 0,05$).

На фоне СИПАП-терапии у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца и синдромом обструктивного апноэ сна в течение 6–12 месяцев выявлено повышение уровня мелатонина ($p < 0,05$).

При отказе от СИПАП-терапии у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца и синдромом обструктивного апноэ сна выявлено снижение уровня мелатонина через 12 месяцев наблюдения ($p < 0,05$).

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

ТАШКЕНБАЕВА Э.Н., ХАСАНЖАНОВА Ф.О., ХАЙДАРОВА Д.Д., АБДУЛЛАЕВ К.З.

Самаркандский государственный медицинский институт;
Самаркандский филиал РНЦЭМП, г. Самарканд. Узбекистан

Цель работы. Определить основные неблагоприятные факторы риска, влияющие на развитие дилатации левого желудочка (ЛЖ) у больных с прогрессирующей стенокардией напряжения.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 193 больных, находившихся на лечении в отделении кардиореанимации СФ РНЦЭМП с диагнозом ИБС Прогрессирующей стенокардией напряжения и имевших дилатацию ЛЖ по данным эхокардиографии (ЭхоКГ), в возрасте от 44 до 73 лет. Средний возраст больных составил $54,6 \pm 9,9$ лет. Диагноз верифицировался на основе клинических, электрокардиографических, эхокардиографических данных.

Результаты исследования. Все больные поступали в отделение с сжимающими болями в области сердца, нехваткой воздуха, выраженной одышкой. У 33,1 (17,2%) больных отмечался постинфарктный кардиосклероз (ПИКС), у 137 (71,5%) артериальная гипертензия (АГ). Из сопутствующих заболеваний у 64 (33,3%) больных отмечалась хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). У 18 (9,3%) больных отмечалась инфекция мочеполового тракта, у 29 (15,1%) больных – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, сахарный диабет 2 типа – у 24 (12,9%) и ХСН III функциональный класс (ФК) по New York Heart Association была у 77 (39,7%) и IV ФК – у 12 (6,4%) соответственно. ПИКС с QS комплексами по данным электрокардиографии

(ЭКГ) отмечался – у 64 (33,3%) больных, из них – у 15 (16,1%) обширный. Локализация перенесенного ОИМ на передней стенке была у 20 (21,5%) больных, задней – у 17 (18,3%), аритмии – у 32 (34,4%) больных в виде фибрилляции предсердий – у 31 (13,9%), блокады левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ) – у 18 (9,6%) и частой желудочковой экстрасистолы – у 21 (10,7%). Если сложить частоту локализации QS комплексов и БЛНПГ, то инфаркт миокарда передней стенки был у 60 (31,1%) больных. По данным ЭхоКГ конечно-диастолический размер (КДР) ЛЖ равнялся от 6 до 8,4 см (в среднем $7,2 \pm 1,1$ см), фракция выброса (ФВ) – от 20 до 46% (в среднем $39,5 \pm 4,9\%$), наличие тромбов в ЛЖ было у 3 (3,2%) больных. У всех пациентов наблюдалась митральная регургитация. Значения КДР от 6 до 7 см – у 26 (27,9%) больных, от 7 до 8,4 см – у 17 (18,2%). Больные с КДР > 7 см были более старшего возраста и имели повторные ОИМ в анамнезе, почти у всех передней локализации.

Заключение. Таким образом, данное исследование указывает на то, что такие факторы, как возраст, АГ, перенесенный передней локализации ОИМ, ХОБЛ имеют определенное значение в развитии дилатации ЛЖ. Дилатация больших размеров отмечается чаще при трансмуральном обширном переднем инфаркте миокарда и сопровождается, помимо митральной регургитации, тромбообразованием, а также высоким функциональным классом ХСН.



ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА НА ЦИТОКИНОВЫЙ ДИСБАЛАНС У БОЛЬНЫХ ИБС

ТАШКЕНБАЕВА Э.Н., НАСЫРОВА З.А., РАХИМОВ С.К., НАСЫРОВА Д.А.

Самаркандский государственный медицинский институт;
Самаркандский филиал республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи, г. Самарканд. Узбекистан

Цель работы. Изучить влияние тревожно-депрессивного синдрома на уровень цитокинов при нестабильной стенокардии.

Материал и методы. Нами были обследованы 124 больных (72 мужчины и 52 женщины) на базе Самаркандского филиала РНЦЭМП в отделениях экстренной терапии и кардиореанимации в возрасте от 35 до 75 лет (средний возраст – $62,57 \pm 0,75$ года), страдающих нестабильными формами ИБС. Все больные тестировались с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Взятие крови производилось натощак, между 9 и 10 часами утра. Содержание цитокинов определялось методом мультиплексного анализа белков на приборе BioPlex (фирма BioRad, США), с использованием соответствующих коммерческих тест-систем для определения IL-1 β , IL-6 и TNF α (фирма BioRad, США). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью статистического пакета SPSS 14.0. Данные представлены в виде среднего значения величины со среднеквадратичной ошибкой среднего. Достоверность различий оценивалась с помощью теста Манна – Уитни.

Результаты. На основании данных психопатологического обследования все пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 75 больных ИБС с клинически значимыми тревожно-депрессивными нарушениями, вторую группу – 49 больных ИБС без аффективных расстройств. В свою очередь, больные из основной обследуемой группы были разделены на три подгруппы в зависимости от вида аффективного расстройства: изолированного депрессивного, изолированного тревожного или коморбидного варианта подобных нарушений настроения – тревожной депрессии. При

сопоставлении основной обследуемой группы с группой сравнения по основным демографическим и клиническим характеристикам было выявлено несколько достоверных статистических различий. Так, среди больных ИБС в сочетании с тревожно-депрессивными нарушениями было больше женщин, чем среди пациентов с ИБС. Анализ содержания провоспалительных цитокинов в сыворотке крови показал, что у больных ИБС в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами уровни IL-6 и TNF α были выше, чем в контрольной группе сравнения ИБС без нарушений настроения, и эти различия были статистически достоверными ($p < 0,05$). Различие по уровню IL-1 было статистически недостоверным. Также были проанализированы уровни цитокинов в группе больных ИБС, страдающих изолированными депрессивными, изолированными тревожными расстройствами и тревожной депрессией, в сравнении с группой контроля. В группе больных ИБС в сочетании с тревогой был достоверно выше уровень IL-6. В группе больных ИБС в сочетании с депрессией были достоверно выше уровни IL-6 и TNF α . В группе больных ИБС в сочетании с тревожной депрессией достоверно выше был уровень TNF α .

Заключение. Таким образом, при сравнении маркеров воспаления – цитокинов у больных ИБС в зависимости от наличия или отсутствия аффективных нарушений тревожно-депрессивного спектра были получены результаты, ассоциирующиеся с повышением IL-6 и TNF α у лиц с коморбидной патологией. Возможно, в этом причина высокой летальности больных ИБС с расстройствами настроения, хотя необходимы дальнейшие исследования.

СОДЕРЖАНИЕ ЛЕПТИНА И ЕГО РОЛЬ В РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ИБС СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

ТОПОЛЯНСКАЯ С.В., ВАКУЛЕНКО О.Н.², ЕЛИСЕЕВА Т.А.², ДВОРЕЦКИЙ Л.И.¹

¹Первый Московский государственный медицинский университет;

²Госпиталь для ветеранов войн №3, г. Москва. Россия

Цель исследования. Определить концентрацию лептина и оценить взаимосвязь этого адипокина с ожирением и рядом других патологических состояний у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) старческого возраста.

Материал и методы. В исследовании принимали участие больные старше 75 лет, находящиеся на стационарном лечении с диагнозом «Ишемическая болезнь сердца». К настоящему моменту в исследование включены 90 больных; большин-

ство из них (65,5%) составили женщины. Возраст пациентов варьировал от 75 до 98 лет, составляя в среднем 88,3 (+4,3) года. Концентрация лептина в сыворотке крови определялась в лаборатории «ДиаЛаб» методом иммуноферментного анализа. Референсные значения лептина для женщин данной возрастной группы составили 2,6–11,1 нг/мл, для мужчин – 2,0–5,6 нг/мл. Содержание жировой ткани в организме было оценено методом двух-энергетической рентгеновской абсорбциометрии.

Результаты. Средний уровень лептина в изучаемой группе больных составил 17,2 нг/мл, варьируя от 0,49 нг/мл до значений, существенно превышающих 100 нг/мл. Гиперлептинемия обнаружена у 60% больных. У женщин средняя концентрация лептина была в 2,3 раза выше, чем у мужчин; повышенный уровень лептина обнаружен у 67,7% женщин и у 45% мужчин ($p=0,03$). Снижение концентрации лептина зарегистрировано у 14,4% пациентов; все из них (за исключением одного больного) имели клинически значимую хроническую сердечную недостаточность (IIБ–III ст.). Отмечена выраженная позитивная корреляция между индексом массы тела и концентрацией лептина ($r=0,4$, $p<0,0001$). Зарегистрирована достоверная позитивная корреляция между уровнем лептина в сыворотке крови и содержанием жировой ткани ($p=0,0001$ – для общего содержания жировой ткани в организме, $p=0,002$ – для абдоминального жира, $p=0,004$ – для жировой ткани верхних конечностей, $p=0,003$ – для жировой ткани нижних конечностей). Уровень лептина позитивно коррелировал с концентрацией общего холестерина и триглицеридов в сыворотке крови ($p=0,0002$). У больных сахарным диабетом были более высо-

кие значения лептина (21,01 нг/мл по сравнению с 16,26 нг/мл в группе пациентов без диабета, $p=0,06$); наблюдалась достоверная позитивная корреляция между уровнями лептина и глюкозы в сыворотке крови ($p=0,004$). У больных с повышенной концентрацией лептина чаще выявлялась фибрилляция предсердий ($p=0,05$). В изученной группе больных отмечена отрицательная корреляция между уровнем лептина и такого провоспалительного цитокина, как фактор некроза опухоли- α ($p=0,03$). У больных с низким содержанием лептина выявлены более низкие показатели минеральной плотности костной ткани (особенно – в проксимальном отделе бедренной кости) по сравнению с пациентами, имеющими нормальную или повышенную концентрацию лептина ($p=0,004$). При этом обнаружена достоверная отрицательная корреляция между содержанием лептина и концентрацией продуктов деградации коллагена 1 типа – b-Cross Laps ($r=-0,3$; $p=0,04$).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о существенном повышении содержания лептина в сыворотке крови у больных старческого возраста, страдающих ИБС. Более высокие уровни лептина ассоциируются с различными метаболическими нарушениями (ожирением, дислипидемией и сахарным диабетом), а также с фибрилляцией предсердий. Низкое содержание лептина характерно для пациентов с хронической сердечной недостаточностью и связано с более низкими показателями минеральной плотности костной ткани. Необходимы дальнейшие исследования по изучению роли лептина при ряде патологических состояний у больных старческого возраста.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ИБС С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ

УСМАНОВА Д.Н., УЗБЕКОВА Н.Р., ЯКУБЖАНОВ М.Ж., АБДУЛЛАЕВ А.Г.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

В большинстве развитых стран ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается основной причиной смерти, несмотря на прогресс в диагностике и лечении этого заболевания. Активация перекисных свободнорадикальных процессов лежит в основе прогрессирования атеросклероза. Перекисное окисление липидов (ПОЛ) является важным компонентом метаболизма тканей, который отражает не только отрицательные деструктивные процессы, но и физиологическое состояние организма. При этом процессы ПОЛ тесно связаны, и уровень их зависит от функционального состояния защитной антиоксидантной системы (АОС). Состояние равновесной системы ПОЛ-АОС может слу-

жить хорошим показателем состояния всего организма и эффективности применяемого лечения.

Цель работы. Изучение процессов ПОЛ у женщин фертильного возраста, страдающих ИБС с субклиническим гипотиреозом, и дать конкретные рекомендации в плане тактики лечения данной категории больных.

Материал исследования. Обследованы 106 больных, женщин фертильного возраста, рандомизированных на 3 группы: I – контроль; II – 45 больных с диагнозом ИБС, стабильная стенокардия ФК II–II; III – 61 больной, страдающий ИБС с лабораторно подтвержденным субклиническим гипотиреозом (СГ). Больные III группы в зависимо-



сти от вида проводимого лечения были разделены на три подгруппы: подгруппа А: 20 больных, получавших традиционное лечение; подгруппа В: 20 больных, получавших антиоксиданты; подгруппа С: 21 больной, получавший антиоксиданты в сочетании с L-тироксинам.

Результаты исследования. Усиление процессов перекисного окисления липидов по уровню малонового диальдегида (МДА). Так, содержание МДА у группы больных ИБС повысилось и составило $8,42 \pm 2,4$ нмоль/мл, что на 69,9% (в 2,7 раза) выше значений группы контроля. Уровень МДА у больных ИБС с СГ повысился на 14,8% (в 1,14 раза) больше по отношению к показателям группы больных ИБС и почти в 3,1 раза больше показателей контрольной группы. В нашей работе мы четко подчеркиваем то, что идет суммирование патогенетических звеньев.

Коррекция тиреоидной недостаточности избавляет больных от гиперхолестеринемии без

использования каких-либо других препаратов. С этой целью в терапию совместно с антиоксидантами мы решили включить заместительную терапию L-тироксинам, в поддерживающих дозировках 25–50 мкг/сут. Мы получили статистически достоверные положительные результаты. Так, наблюдалось выраженное снижение уровня МДА, который достиг показателей контроля и составил 3,18 нмоль/мл ($P < 0,01$).

Заключение. Таким образом, у женщин фертильного возраста, страдающих ИБС с СГ, отмечается наибольшая активация процессов ПОЛ, что требует соответствующей превентивной терапии. Чтобы оценить адекватность проводимой терапии, необходим периодический контроль за уровнем ТТГ в крови. Для этого рекомендуется скрининг-обследование на субклинический гипотиреоз, особенно у женщин фертильного возраста и сопоставление полученных данных с показателями уровня МДА в сыворотке крови.

ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ИБС С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ В РЕЗУЛЬТАТЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ

УСМАНОВА Д.Н., ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А., УЗБЕКОВА Н.Р., ДУСМУРАТОВА Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Проблема ишемической болезни сердца (ИБС) приобрела в последние годы важное медицинское и социальное значение. Для понимания патогенеза ИБС у пожилых необходимо изучение систем регуляции кровообращения, в частности симпатико-адреналовой системы (САС). Более информативным и адекватным является одновременное определение экскреции предшественника синтеза катехоламинов (КА) – диоксифиламина (ДОФА) и его спектра: дофамина (ДА), норадреналина (НА) и адреналина (А). В метаболизме биогенных аминов ключевое значение имеет реакция их окислительного дезаминирования, катализируемая моноаминоксидазой (МАО). Вопрос о взаимоотношении КА с другими гормонами при ИБС в современной кардиологии остается недостаточно изученным.

Цель работы. Изучение активности САС по уровню суточной экскреции КА и активности МАО у пожилых больных ИБС в сочетании с субклиническим гипотиреозом (СГ).

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования 45 больных ИБС и 61 больного ИБС с СГ. У больных ИБС отметили статистически достоверное уменьшение экскреции адреналина (А) на 47,9%, что ниже значений контрольной группы в 1,9 раза ($P < 0,001$). У больных ИБС с СГ также отмечено достоверное

уменьшение суточной экскреции А на 57,7%, что в 2,36 раза ниже значений группы контроля и на 16,5% (в 1,2 раза) ниже по отношению к больным ИБС ($P < 0,001$). Содержание норадреналина (НА) у больных ИБС – на 51,5%, что в 1,6 раза ниже значений группы контроля ($P < 0,001$). У больных ИБС с СГ также отмечено достоверное уменьшение суточной экскреции НА на 58,8%, что в 2,4 раза ниже значений группы контроля ($P < 0,001$) и на 14,7% (в 1,5 раза) ниже показателей больных ИБС ($P < 0,01$). Содержание дофамина (ДА) у больных ИБС снижено на 71,0%, что в 3,36 раза ниже значений группы контроля ($P < 0,001$). У больных ИБС с СГ также отмечено уменьшение суточной экскреции ДА на 71,98%, что в 3,57 раза ниже значений группы контроля ($P < 0,001$). Уровень ДОФА был умеренно снижен у больных ИБС на 18,7%, что в 1,23 раза ниже показателей контрольной группы ($P < 0,01$). У больных ИБС с СГ уровень ДОФА ниже уровня контроля на 29,0% (в 1,41 раза); а по отношению к показателям больных ИБС на 12,6% ниже (в 1,14 раза) ($P < 0,01$). Отмечалось максимальное снижение активности МАО у больных ИБС в сочетании с СГ.

Результаты. Данные исследования говорят о том, что идет суммирование патогенетических звеньев. С этой целью в терапию, совместно с

антиоксидантами, была включена заместительная терапия L-тироксина в поддерживающих дозах 25–50 мкг/сут. Мы получили статистически достоверные положительные результаты. Так, показатели суточной экскреции КА с мочой статистически достоверно повысились и достигли уровня контроля. Отмечается повышение: А – на 48,1 %, НА – на

51,2 %, ДА – на 70,5 %, ДОФА – на 17,6 %. Активность МАО также сравнялась с показателями контроля и составила 0,07 ед/экст.

Заключение. Таким образом, выявленное значительное угнетение функциональной активности САС можно предотвратить выбором патогенетически правильной комбинированной терапии.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ КОМОРБИДНОЙ ТЕРАПИИ: ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

ХАЙМЕНОВА Г.С., ЖДАН В.Н.

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава. Украина

Введение. В комплексном лечении больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) все чаще уделяют внимание плейотропному эффекту статинов.

Цель исследования. Определение эффективности применения розувастатина в комплексном лечении ХОБЛ в сочетании с ИБС.

Материал и методы. На базе пульмонологического отделения КП «Полтавская областная клиническая больница им. Н.В. Склифосовского Полтавского областного совета» были обследованы 30 больных ХОБЛ в группе с сопутствующей ИБС (стабильная стенокардия напряжения ФК II), в возрасте от 51 до 67 лет (средний возраст составил $57,03 \pm 3,51$ лет). Больные были разделены на две репрезентативные группы. Пациенты основной группы ($n=15$) получали протокольную терапию ХОБЛ и ИБС с дополнительным приемом розувастатина 10 мг на ночь. Контрольная группа ($n=15$) получала только базовую протокольную терапию. Обследование больных проводилось в начале исследования и через 12 дней после лечения, включало в себя оценку респираторных симптомов заболевания, степень выраженности одышки (шкала Medical Research Council Dyspnoea Scale). Толерантность к физической нагрузке изучали с помощью теста с 6-ти минутной ходьбой. Определяли уровень холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП). Определяли функцию внешнего дыхания. Среднюю частоту обострений

в течение последнего года оценивали за счет ретроспективного изучения анамнеза.

Результаты. После проведенного лечения у больных обеих групп отмечалось улучшение клинического состояния за счет уменьшения интенсивности выраженности респираторных симптомов заболевания: кашель, количество мокроты, выраженность одышки, а также повышение толерантности к физической нагрузке и улучшение лабораторно-инструментальных показателей. Однако у пациентов основной группы имело место более достоверно значимое уменьшение интенсивности кашля и количества мокроты, чем у пациентов контрольной группы. Следует отметить, что у больных основной группы после лечения имело место достоверное уменьшение бронхообструкции за счет повышения объема форсированного выдоха за первую секунду и индекса Тифно ($p < 0,05$). Также имело место достоверное снижение уровня в сыворотке крови общего холестерина, триглицеридов, ЛПНП, а также повышение ЛПВП ($p < 0,05$). Ретроспективное изучение анамнеза показало, что частота обострений в течение последнего года наблюдалась от 1 до 2 раз в год ($1,6 \pm 0,48$).

Заключение. Включение розувастатина в схему лечения позволяет уменьшить и стабилизировать основные клинические проявления, улучшить лабораторно-инструментальные показатели данной коморбидности заболеваний, повысить качество жизни.



КОНЦЕНТРАЦИЯ ГОМОЦИСТЕИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

ХОДЖАКУЛИЕВ Б.Г., КУЛЫЕВА Э.С., АННАЕВ Б.Х.

Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии;
Государственный медицинский университет Туркменистана, г. Ашхабад. Туркменистан

Особый интерес представляет изучение роли гомоцистеина (ГЦ) как потенциального корректируемого маркера кардиоваскулярных осложнений у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и персистирующей фибрилляцией предсердий (ПФП) с сопутствующим сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Цель исследования. Изучить концентрацию гомоцистеина у больных ишемической болезнью сердца и персистирующей фибрилляцией предсердий с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы. Обследованы 36 больных ИБС и ПФП с СД 2 типа (средний возраст – $52,4 \pm 1,8$ лет). Больные были разделены на 3 группы: первую группу составил 21 больной ИБС и ПФП с сопутствующим СД 2 типа, вторую – 15 больных ИБС без СД и третью 10 практически здоровых лиц. Определение гомоцистеина осуществляли с помощью Agilent Chem Station A10,01 (НР, США).

Результаты. Уровень ГЦ сыворотки крови у больных 1 группы составил в среднем $12,9 \pm 3,2$ мкмоль/л и значительно превышал значение данного показателя у пациентов группы сравнения ($p < 0,05$) и контрольной группы ($p < 0,001$). Следует отметить, что уровень ГЦ выше 10 мкмоль/л у боль-

ных 1 группы был выявлен у 12 (57,1%), у 9 (42,9%) больных этот показатель соответствовал референтным значениям. У пациентов группы сравнения средняя концентрация ГЦ сыворотки крови составила $9,5 \pm 1,6$ мкмоль/л, повышенный уровень ГЦ отмечен у 5 (33,3%) больных, у 10 (66,7%) данный показатель находился в референтном диапазоне. В группе здоровых лиц гипергомоцистеин диагностирован только у одного человека, средний диапазон концентрации ГЦ не превышал $6,6 \pm 1,1$ мкмоль/л, что значительно ниже ($p < 0,05$), чем в 1 и 2 группах. В зависимости от пола пациентов в группах сравнения 1 и 2 не выявлено статистически значимых различий концентрации ГЦ и распространенности гипергомоцистеина. В основных группах отмечена тенденция к более высоким концентрациям ГЦ и распространенности у женщин ($13,5 \pm 2,1$ мкмоль/л), чем у мужчин, однако достоверных различий средних концентраций ГЦ в зависимости от гендерного признака не получено.

Заключение. Таким образом, концентрация гомоцистеина у больных ишемической болезнью сердца и персистирующей фибрилляцией предсердий с сахарным диабетом 2 типа достоверно выше, чем в группах сравнения, и не зависит от пола.

МЕТАБОЛИК СИНДРОМ ВА СТАБИЛ СТЕНОКАРДИЯ ФС II АНИҚЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЛИПИДЛАРНИНГ ПЕРОКСИД ОКСИДЛАНИШ ЖАРАЁНИ ВА ЛИПИДЛАР АЛМАШИНУВИ БУЗИЛИШНИ БАҲОЛАШ

ХЎЖАМБЕРДИЕВ М.А., ТАШТЕМИРОВА И.М. ЎЗБЕКОВА Н.Р., ҚОДИРОВА Г.И., АХМАДЖАНОВА Д.

Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон ш. Ўзбекистон

Кирриш. Охирги йилларда пайдо бўлган бу янги термин «метаболик синдром» атеросклероз ривожланишига олиб келувчи асосий омилларни умумлаштиради. Маълумки, липидларнинг пероксид оксидланиши ҳужайралар мембранасининг бузилишига олиб келади. Ушбу патологияни ташхислаш ва даволаш масалалари ҳозирги даврга қадар муҳим муаммолардан бўлиб келмоқда. Текширишлардан маълумки, дислипидемия метаболик синдромнинг асосий мезонларидан бири ҳисобланиб, у атеросклероз ва қандли диабет хасталиклари хавфининг ортишига олиб келади.

Ишнинг мақсади. Метаболик синдром кузатилган беморларда липидларнинг пероксид оксидланиш жараёни бузилишини баҳолаш.

Текшириш материаллари ва натижалари. Беморларнинг ёши 29–59 ёшгача бўлиб, беморларга МС ташхиси МС кўрсаткичларига асосланиб қўйилган. Беморларни текшириш давомида асосан 3 гуруҳга бўлиб олинди. I гуруҳ – назорат гуруҳи (15 та) соғлом, II гуруҳ – семириш кузатилмаган АГ билан хасталанганлар (16 та), III гуруҳ – МС Стабил стенокардия ФС II кузатилган беморлар (28 та). Қон зардобдаги ЛПО маҳсулотларидан

малоноводиальдегид (МДА) Б.В. Гаврилов ва ҳаммуаллифлари томонидан тавсия этилган усул билан аниқланди.

Текширув натижаларимизда МС кузатилган беморларда липидларнинг ўзгаришларини кўриб чиқганимизда УХС – 60%; ТГ – 58,3%; ПЗЛП – 79,1%; ЮЗЛП – 15,9%; атероген-индекс 82% назорат гуруҳига нисбатан ўзгарганлиги аниқланди. ЛПО кўрсаткичларидан иккиламчи маҳсулоти ҳисобланган МДА назорат гуруҳига нисбатан II гуруҳда 66%; ($P < 0,01$); III гуруҳда 93,5% гача ошганлиги аниқланди ($P < 0,001$).

Хулоса. Шундай қилиб, МС Стабил стенокардия ФС II кузатилган беморларда ЛПО кўрсаткичларидан иккиламчи маҳсулоти ҳисобланган МДА интенсификацияси ортган. ЛПО маҳсулотлари тўқималар учун захарли бўлиб, уларнинг цитоплазма мембранасига таъсири иккиламчи ўзгаришларга олиб келади ва патологик жараёнларнинг ривожланишида муҳим звено бўлади. Биз ўтказган текширув метаболик синдром кузатилган беморларда артериал гипертония ва қандли диабет касалликларининг эрта ривожланиш хавфи ва олдини олиш, даволашга ёрдам беради, деб ўйлаймиз.

ПОКАЗАТЕЛИ АКТИВНОСТИ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ИБС С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ

ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А., УСМАНОВА Д.Н., УЗБЕКОВА Н.Р., ЯКУБЖАНОВ М.Ж., АБДУЛЛАЕВ А.Г.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

В последние годы проблема ишемической болезни сердца (ИБС) приобрела важное медицинское и социальное значение. Для понимания патогенеза ИБС у пожилых необходимо изучение систем регуляции кровообращения, в частности симпатико-адреналовой системы (САС). Более информативным и адекватным является одновременное определение экскреции предшественника синтеза катехоламинов (КА) – диоксифиламина (ДОФА) и его спектра: дофамина (ДА), норадреналина (НА) и адреналина (А). В метаболизме биогенных аминов ключевое значение имеет реакция их окислительного дезаминирования, катализируемая моноаминоксидазой (МАО). Вопрос о взаимоотношении КА с другими гормонами при ИБС в современной кардиологии остается недостаточно изученным.

Цель работы. Изучение активности САС по уровню суточной экскреции КА и активности МАО у женщин фертильного возраста, страдающих ИБС в сочетании с субклиническим гипотиреозом (СГ).

Материал исследования. Обследованы 45 больных ИБС и 61 больной ИБС с СГ.

Результаты исследования. У больных ИБС отметили статистически достоверное уменьшение экскреции адреналина (А) на 47,9%, что ниже значений контрольной группы в 1,9 раза ($P < 0,001$). У больных ИБС с СГ также отмечено достоверное уменьшение суточной экскреции А на 57,7%, что в 2,36 раза ниже значений группы контроля и на 16,5% (в 1,2 раза) ниже по отношению к больным ИБС ($P < 0,001$). Содержание норадреналина (НА) у больных ИБС на 51,5%, что в 1,6 раза ниже значений группы контроля ($P < 0,001$). У больных ИБС с СГ также отмечено достоверное уменьшение суточной экскреции НА на 58,8%, что в 2,4

раза ниже значений группы контроля ($P < 0,001$) и на 14,7% (в 1,5 раза) ниже показателей больных ИБС ($P < 0,01$). Содержание дофамина (ДА) у больных ИБС снижено на 71,0%, что в 3,36 раза ниже значений группы контроля ($P < 0,001$). У больных ИБС с СГ также отмечено уменьшение суточной экскреции ДА на 71,98%, что в 3,57 раза ниже значений группы контроля ($P < 0,001$). Уровень ДОФА был умеренно снижен у больных ИБС на 18,7%, что в 1,23 раза ниже показателей контрольной группы ($P < 0,01$). У больных ИБС с СГ уровень ДОФА ниже уровня контроля на 29,0% (в 1,41 раза), а по отношению к показателям больных ИБС на 12,6% ниже (в 1,14 раза) ($P < 0,01$). Отмечалось максимальное снижение активности МАО у больных ИБС в сочетании с СГ. Данные исследования говорят о том, что идет суммирование патогенетических звеньев. С этой целью в терапию, совместно с антиоксидантами, была включена заместительная терапия L-тироксинном в поддерживающих дозах 25–50 мкг/сут. Мы получили статистически достоверные положительные результаты. Так, показатели суточной экскреции КА с мочой статистически достоверно повысились и достигли уровня контроля. Отмечается повышение: А – на 48,1%, НА – на 51,2%, ДА – на 70,5%, ДОФА – на 17,6%. Активность МАО также сравнялась с показателями контроля и составила 0,07 ед/экст.

Заключение. Таким образом, выявленное значительное угнетение функциональной активности САС можно предотвратить выбором патогенетически правильной комбинированной терапии.

ПРЕДИКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

ЧЕКАЛИНА Н.И., КАЗАКОВ Ю.М., БУРМАК Ю.Г., ПЕТРОВ Е.Е., МАМОНТОВА Т.В.,
БОРЯК В.П., МАНУША Ю.И.

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава. Украина

Цель работы. Определение взаимосвязей между показателями системного воспаления, липидного спектра крови и структурно-функционального состояния сердца у больных стабильной ишемической болезнью сердца и поиск предикторов ее прогрессирования.

Материал и методы. В одномоментном открытом клиническом исследовании приняли участие 115 больных с диагнозом ИБС: стенокардия напряжения стабильная, II ФК, СН 0-I (62 мужчины и 53 женщины в возрасте 54±6,2 лет). Больным были проведены лабораторные и инструментальные исследования. Определяли уровни общего холестерина (ХС), ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ) осадочным методом, содержание фибриногена (ФГ) в крови весовым методом, уровни цитокинов (ЦК) в крови (интерлейкина 1β (IL-1β), фактора некроза опухоли (TNFα), интерлейкина 10 (IL-10)) иммуноферментным методом, содержание в крови циркулирующих эндотелиальных микрочастиц (ЦЭМ) CD32+CD40+ путем цитофлуориметрии, экспрессию гена mRNA ингибитора каппа В α (IκBα) ядерного фактора транскрипции каппа В (NF-κB) в мононуклеарах периферической крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (Real-time PCR). Эхокардиографию и суточное Холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ проводили по стандартной методике. Был проведен корреляционно-регрессионный анализ.

Результаты. Выявлены умеренной силы прямые корреляционные связи между уровнем IL-1β и показателями липидного спектра крови, уровнем TNFα и содержанием ХС ЛПНП. Содержание ФГ положительно коррелировало с показателями липидного спектра крови, а также с уровнями TNFα, IL-1β и IL-10. Между содержанием IL-1β и ЦЭМ CD32+ CD40+, характеризующих воспалительную активацию и дисфункцию эндотелия, также определялась прямая корреляционная связь умеренной силы. Уровень экспрессии mRNA IκB положительно коррелировал с уровнями ЦК, содержанием общего ХС и ХС ЛПНП, связи характеризовались умеренной силой. Исследование соотношения показателей центральной гемоди-

намики и маркеров ХСЗ выявило обратные корреляционные связи между фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) и TNFα ($r=-0,340$, $p<0,05$), ФВ ЛЖ и ФГ ($r=-0,369$, $p<0,01$), прямые корреляционные связи между временем изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRT) и ЦЭМ CD32+CD40+ ($r=0,281$, $p<0,05$), временем замедления раннего трансмитрального потока (DT) и ЦЭМ CD32+CD40+ ($r=0,383$, $p<0,01$), а также обратные – между соотношением фаз трансмитрального потока (Е/А) и IL-1β ($r=0,333$, $p<0,05$). Анализ взаимосвязей показателей ХМ ЭКГ и маркеров воспаления обнаружил прямую корреляционную связь умеренной силы между суммарной суточной ишемией миокарда (ΣtSTdepr) и TNFα и ФГ, такие же связи выявлены и относительно количества эпизодов депрессии сегмента ST. Для определения независимых предикторов сердечно-сосудистого риска проведен регрессионный анализ. Значения TNFα и ФГ оказались прогностическими маркерами, которые влияют на ФВ ЛЖ, что доказывает роль хронического системного воспаления (ХСВ) в развитии систолической дисфункции ЛЖ: $ФВ\ ЛЖ = 60,74 - 0,33 \cdot TNF\alpha - 1,32 \cdot ФГ$. Для показателей трансмитрального потока уравнения линейной регрессии имели следующий вид: $Е/А = 0,96 - 0,02 \cdot IL-1\beta$; $DT = 199,17 + 3,72 \cdot ЦЭМ\ CD32 + CD40 +$; $IVRT = 87,44 + 1,04 \cdot ЦЭМ\ CD32 + CD40 +$. Указанные регрессионные модели доказывают связь маркеров ХСВ и воспалительной активации эндотелия с развитием и прогрессированием диастолической дисфункции ЛЖ. Прогнозирование ишемии миокарда оказалось возможным по маркерам ХСВ – TNFα и ФГ: $\Sigma tSTdepr = 23,01 + 1,13 \cdot TNF\alpha - 4,58 \cdot ФГ$.

Заключение. Таким образом, нами определена центральная роль ХСВ в патогенезе ИБС, взаимосвязь ХСВ с дислипидемией, эндотелиальной дисфункцией и коагуляционным потенциалом крови. По результатам корреляционно-регрессионного анализа выявлено, что ХСВ негативно влияет на систолическую функцию ЛЖ и на составляющие, характеризующие диастолическую функцию ЛЖ (IVRT, DT, Е/А), играет значимую роль в развитии ишемических изменений и электрической нестабильности миокарда.

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ АМИОДАРОН-ИНДУЦИРОВАННОГО ТИРЕОТОКСИКОЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ЧЕРНАВСКИЙ С.В.¹, ПОТЕХИН Н.П.¹, ФУРСОВ А.Н.¹, КАЧАРАЕВА М.М.²

¹ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко» Минобороны России;

²МБУ ФГБУ ГНЦ имени А.И. Бурназяна ФМБА России, г. Москва, Россия

Введение. Амiodарон-индуцированный тиреотоксикоз (АИТ) является одной из наиболее распространенных форм тиреопатий, развивающихся у больных ишемической болезнью сердца (ИБС). АИТ существенно увеличивает риск развития кардиоваскулярных осложнений, ухудшает прогноз и отягощает течение ИБС.

Цель исследования. Определение предикторов развития АИТ у больных с коронарной болезнью. Задачи исследования: оценка данных анамнеза, лабораторных и инструментальных методов обследования на риск развития АИТ у больных ИБС.

Материал и методы. Нами были проанализированы 350 историй болезни больных ИБС, получавших амiodарон в течение 36 и более месяцев. Диагноз тиреопатии устанавливался на основании анамнеза, характерной клинической картины, данных лабораторных исследований (показатели основного обмена, титр антител к рецепторам тиреотропного гормона, тиреопероксидазе и тиреоглобулину) и ультразвукового исследования щитовидной железы (ЩЖ).

Результаты. АИТ был выявлен у 31 пациента (8,8%). Наиболее часто АИТ развивался у мужчин – 24 больных (77,4%), у пациентов старше 60 лет (61,5%), а также принимавших амiodарон более 2 лет (78,6%). При оценке клинических форм ИБС было выявлено, что АИТ чаще встречался у больных с исходной стабильной стенокардией напряжения II–III функционального класса (63,2%) и проявлениями хронической сердечной недостаточности II–III функционального класса по NYHA (78,1%). Сонографические же исследования показали, что АИТ чаще развивался у лиц с измененной ЩЖ (1 тип АИТ) – 28 больных (90,3%). В то же время суточная доза препарата, а также способ введения амiodарона больным ИБС существенно не влияли на риск развития у них АИТ.

Заключение. Таким образом, развитию АИТ у больных ИБС способствуют наряду с длительностью приема препарата проявления хронической сердечной недостаточности у лиц пожилого возраста. Выявленные предикторы позволяют оптимизировать проводимые лечебно-профилактические мероприятия у больных ишемической болезнью сердца.

СВЯЗЬ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА ЛИПОПРОТЕИНА (А) С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ЧУРИЛИН М.И., КОНОНОВ С.И., АЗАРОВА Ю.Э., КЛЕСОВА Е.Ю., БЫКАНОВА М.А.,
ЛУНЕВА Ю.В., ПОВЕТКИН С.В., МАЛЬ Г.С., СОЛОДИЛОВА М.А., ПОЛОНИКОВ А.В.

Государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Цель исследования. Изучение влияния двух однонуклеотидных полиморфизмов (SNP) rs55730499 и rs10455872 гена *LPA* на показатели липидного обмена у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Исследование было выполнено на выборке неродственных пациентов с ИБС славянского происхождения общей численностью 990 человек. Все пациенты были уроженцами Центральной России (преимущественно Курской области). Геномную ДНК выделяли из цельной крови пациентов стандартным двухэтапным методом фенольно-хлороформной экстракции. Оценка липидных показателей плазмы крови включала определение содержания (в ммоль/л) в сыворотке общего холестерина (ОХС), триглицери-

дов (ТГ) на автоматическом анализаторе «Vitalab Flexor E» (Нидерланды), уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) на автоматическом биохимическом анализаторе «Cobas с 311» (Германия). Уровень ХС ЛНП рассчитывался по формуле Фридвальда. Генотипирование SNPs rs55730499 и rs10455872 гена *LPA* проводилось с использованием технологии iPLEX на генетическом анализаторе MassARRAY 4 (Agena Bioscience, США) в НИИ генетической молекулярной эпидемиологии Курского государственного медицинского университета. Влияния полиморфных вариантов гена *LPA* на липидные показатели оценивались одновременно двумя статистическими подходами: непараметрический метод Краскела – Уоллеса на нетрансформированные липидные

показатели с помощью STATISTICA 10.0 и метода линейного регрессионного анализа на нормализованные липидные показатели с учетом пола, возраста и индекса массы тела пациентов с использованием статистического пакета SNPStats (Solé et al, 2006). Учитывая тот факт, что все показатели липидного обмена показали статистически значимое отклонение от нормального распределения, каждый из них был выражен в медианы (Me) и интерквартильного размаха (Q1/Q3).

Результаты. Частоты генотипов SNP rs55730499 находились в равновесии Харди – Вайнберга, тогда как для SNP rs10455872 установлено статистически значимое ($P=0.03$) отклонение частот генотипов от равновесия Харди – Вайнберга. Непараметрический дисперсионный анализ по Краскелу–Уоллесу позволил установить ассоциации SNP rs55730499 со всеми четырьмя показателями липидного обмена – ОХС ($P=0.03$), ХС ЛНП ($P=0.01$), ХС ЛВП ($P=0.02$) и ТГ ($P=0.04$). В частности, уровни Me (Q1/Q3) ОХС у носителей генотипов rs55730499 были следующими: C/C=5,80 (4,86/6,29), C/T=5,43 (4,59/6,17) и T/T=6,00 (5,80/7,69). Уровни ХС ЛНП были следующими: C/C=2,18 (1,50/3,63), C/T=3,30 (1,80/4,00) и

T/T=4,27 (4,03/5,80). Уровни ХС ЛВП были следующими: C/C=1,30 (1,07/1,62), C/T=1,20 (1,00/1,44) и T/T=0,95 (0,93/1,19). Уровни ТГ были следующими: C/C=2,43 (1,62/3,73), C/T=1,88 (1,34/3,04) и T/T=1,63 (1,59/6,59). Линейный регрессионный анализ нормализованных липидных показателей с учетом пола, возраста и индекса массы тела пациентов позволил выявить влияние SNP rs55730499 на уровни ОХС ($P=0.04$) и ХС ЛНП ($P=0.0007$), тогда как ассоциации SNP с уровнем ХС ЛВП ($P=0.42$) и ТГ ($P=0.06$) не достигли принятия в настоящем исследовании статистической значимости. Статистически значимых ассоциаций полиморфного варианта rs10455872 ни с одним из исследованных липидных показателей у больных ИБС не установлено ($P>0.05$).

Заключение. Таким образом, аллель T rs55730499 гена LPA связан с риском развития ишемической болезни сердца не только вследствие повышения уровня липопротеин (а) в плазме крови как независимого фактора риска атеросклероза, но и в результате проатерогенных сдвигов липидного обмена, особенно повышения уровня общего холестерина и холестерина липопротеидов низкой плотности.

ВЛИЯНИЕ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА НА ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ШОДИЕВ Ж.Д., АЛЯВИ А.Л., ТУЛЯГАНОВА Д.К., РАДЖАБОВА Д.И.,
НУРИТДИНОВА С.К., ЮНУСОВА Л.И.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент. Узбекистан*

Введение (цели/задачи). Изучить риск развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от уровня С-реактивного белка (СРБ).

Материал и методы. Всего обследованы 78 больных в возрасте от 36 до 75 лет (средний возраст составил $58,2 \pm 12,6$ лет), из них 50 (64,1%) мужчин и 28 (35,8%) женщин, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении центра. В группе больных с нестабильной стенокардией были: 50% – больные с прогрессирующей стенокардией напряжения; 20% – больные с впервые возникшей стенокардией напряжения и 30% – ранней постинфарктной стенокардией напряжения. Определение ИЛ-6, ФНО- α в плазме крови проводилось методом иммуноферментного анализа на твердофазном анализаторе «Humareader Single» (Германия). Концентрацию СРБ в сыворотке крови определяли высокочувствительным методом на анализаторе «Humareader Single» (Германия).

Результаты. Риск развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий за время наблюдения у больных с уровнем С-реактивного белка >3 мг/л был в 4,36 раза выше по сравнению с больными, имеющими уровень С-реактивного белка <3 мг/л, больные с уровнем общего холестерина $>5,2$ ммоль/л имели риск развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в 3,5 раза выше по сравнению с больными, имеющими уровень общего холестерина $<5,2$ ммоль/л, а наличие сахарного диабета 2 типа у больных со стабильной ИБС увеличивало сердечно-сосудистый риск в 3,3 раза по сравнению с больными, не страдающими сахарным диабетом 2 типа. В результате многофакторного регрессионного анализа (с учетом влияния таких факторов, как уровень ХС и наличие СД 2 типа) самым сильным и независимым прогностическим фактором неблагоприятных сердечно-сосудистых событий остался С-реактивный белок. Больные с уровнем С-реактивного белка $> 3,0$ мг/л в отдаленном периоде имели риск развития неблагоприятных сердечно-сосудистых ис-

ходов в 3,5 раза выше, чем больные с уровнем С-реактивного белка < 3 мг/л. При анализе данных было отмечено, что неблагоприятные сердечно-сосудистые события наступают достоверно чаще ($p=0,03$) и раньше ($p=0,005$) у больных с уровнем СРБ >3 мг/л. В группе больных с неблагоприятными сердечно-сосудистыми событиями, которые произошли за время наблюдения, уровень СРБ >3 мг/л имели 77 % пациентов (10 больных из 13), в то время как в группе больных, у которых на протяжении срока наблюдения не были зарегистрированы сердечно-сосудистые события, уровень СРБ >3 мг/л отмечался у 23 % пациентов (8 больных из

35). При сравнении кривых выживаемости без неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у больных с уровнем С-реактивного белка >3 мг/л и <3 мг/л у больных стабильной ИБС отмечено, что уровень С-реактивного белка достоверно влияет на время наступления событий.

Заключение. В группе больных стабильной ИБС однофакторный регрессионный анализ выявил достоверную связь с неблагоприятным сердечно-сосудистым прогнозом для уровня С-реактивного белка, который является одним из самых сильных прогностических факторов.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ЭРГЕШОВ М.Б.

Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, г. Ашхабад. Туркменистан

Среди всех причин смертности населения РФ смертность от ССЗ составляет 56 %, в т.ч. от ИБС – 48 % (Оганов Р.Г., 2004). Высокие показатели смертности от ССЗ во многом связаны с недостаточным уровнем вторичной профилактики. В ряде крупных исследований показана недостаточная эффективность вторичной профилактики в отношении коррекции факторов риска у больных ИБС. Больные стенокардией недостаточно осведомлены о способах купирования приступов стенокардии и необходимости срочного обращения за медицинской помощью при затянувшемся приступе. По данным литературы, мероприятия по вторичной профилактике ИБС являются экономически обоснованными. Изучение экономических эффектов профилактических обучающих программ на амбулаторном этапе ведения больных ИБС представляется актуальной задачей.

Цель исследования. Организация, проведение и оценка медицинской и социальной эффективности Школы здоровья для больных ИБС в условиях первичного звена здравоохранения.

Материал и методы. Отбор больных проводили на базе городской поликлиники. В исследование были включены больные со стенокардией, выписавшиеся из стационара. Средний возраст пациентов составил $59,9 \pm 0,42$ лет и колебался от 47 до 65 лет. Мужчины составили 59 %, женщины – 41 %. Анамнез заболевания. При изучении анамнеза длительность заболевания больных колебалась от 1 до 25 лет, в среднем составила $6,1 \pm 0,49$ года.

Инфаркт миокарда перенесли 50 % больных. Операции реваскуляризации были проведены у 27 человек (аортокоронарное шунтирование – 11 человек, транслюминальная баллонная ангиопластика – 16 человек). АГ имела место у 85 % па-

циентов, длительность АГ колебалась от 1 до 31 года, в среднем была $7,31 \pm 0,73$ года. Сахарный диабет диагностировали у 23 больных (23 %).

Результаты. Выявлено, что на момент включения в исследование только 56 % больных стенокардией принимали НГ короткого действия. Треть пациентов (30,0 и 32,0 % в основной и в группе сравнения соответственно) не знали, что при стенокардии необходимо использовать НГ.

Исходный уровень информированности пациентов относительно факторов риска прогрессирования их заболевания, способах купирования приступа стенокардии, возможностях профилактики острого коронарного события, способах коррекции факторов риска в обеих группах в целом составил $35,09 \pm 1,33$ балла. На момент включения в исследование низкий уровень информированности (0–19 баллов) выявлен у 5,0 % больных, средний (20–39 баллов) у 59,0 %, высокий (40–57 баллов) – у 36,0 % пациентов.

В основной группе в течение 12 месяцев исходно было 59 вызовов СП, а в группе сравнения – 60. На протяжении одного года наблюдения после обучения пациентов в основной группе отмечалось существенное сокращение частоты вызовов СП с 86 до 33 случая. В контрольной группе количество вызовов СП за изучаемый период также снизилось, но менее значимо – с 62 до 51 случая.

Заключение. После обучения больные более строго соблюдают рекомендации врача, длительно продолжают назначенную терапию, более внимательно следят за целевыми уровнями АД, общего холестерина. Рационализируется применение лекарственных препаратов. В результате улучшается контроль заболевания и основных факторов риска, стабилизируется клинический статус больных.

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АПОЛИПОПРОТЕИНА Е У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И СМЕШАННОЙ ДИСЛИПИДЕМИЕЙ****ЭШПУЛАТОВ А.С., НОРБАЕВА З.А., КУЧКАРОВ У.А., АБДУЛЛАЕВА Д.Х.****Андижанский филиал республиканского специализированного научно-практического центра кардиологии, г. Андижан. Узбекистан**

Цель исследования. Изучение распределения полиморфизма гена аполипопротеина Е (АПО Е) в зависимости от характера дислипидемии у больных с нестабильной стенокардией (НС) узбекской национальности.

Материал и методы. Обследован 141 больной, с НС IIB класс (Braunwald E. et al., 1989). Группу сравнения составили 50 здоровых лиц узбекской национальности без клинических и инструментально-диагностических признаков ишемической болезни сердца (по данным теста с физической нагрузкой), сопоставимых с больными по полу и возрасту, не имеющих отягощенного семейного анамнеза ИБС. Спектр липидов крови: общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицериды (ТГ), коэффициент атерогенности (КА) определяли на автоанализаторе «Daytona» (RANDOX, Ирландия). Генотипирование $\epsilon 2/\epsilon 3/\epsilon 4$ полиморфизма гена АПО Е проводили методом ПЦР в лаборатории функциональной геномики человека Института генетики и экспериментальной биологии растений АН РУз с использованием термоциклера PCR Systems 2700 («Applied Biosystems», США) и в лаборатории АГ и МГИ РСЦК на термоциклере GeneAmp PCR Systems 9700 («Applied Biosystems», США). Для гена АПОЕ использовалась следующая последовательность праймеров: [Hixson J. и Wenham P.R., 1991, 1990]: Upstream primer=5'TCCAAGGAGCTGC

AGGCGGCGCA3' Downstream primer=5'ACAGAATTGCCCCGGCCTGGTACACTGCCA3'.

Результаты. При сравнительном анализе распределения частот генотипов в группе больных НС генотип $\epsilon 3/\epsilon 4$ полиморфизма гена Апо Е встречался больше у 78 (55,3%) обследованных, чем в группе здоровых лиц – 5 (10%), различие носило достоверный характер ($\chi^2=29,035$, $P<0,000$). Генотип $\epsilon 3/\epsilon 3$ в группе больных НС обнаружен у 50 (35,5%) обследованных и у 39 (78%) ($\chi^2=25,159$, $P<0,000$) в группе здоровых. При этом следует отметить, что генотип $\epsilon 4/\epsilon 4$ среди больных обнаружен у 2 (1,4%) обследованных, а у здоровых в нашем исследовании лиц с генотипом $\epsilon 4/\epsilon 4$ отсутствовали. А также в среде больных генотип $\epsilon 2/\epsilon 3$ – у 2 (1,4%), в группе здоровых встречался у 5 (10%) ($\chi^2=5,460$, $P<0,05$), показатели носили достоверный характер. Распределение «повреждающей» $\epsilon 4$ аллелей $\epsilon 2/\epsilon 3/\epsilon 4$ полиморфизма гена Апо Е в группе больных 89 (31,6%), у здоровых лиц наблюдалось у 6 (6%), ($\chi^2=24,463$, $P<0,000$). При этом среди больных НС аллели $\epsilon 3$ $\epsilon 2/\epsilon 3/\epsilon 4$ полиморфизма гена АпоЕ оказалось 180 (63,8%), а среди здоровых – 88 (88%) ($\chi^2=19,460$, $P<0,000$).

Выводы. У больных НС частота встречаемости генотипа $\epsilon 3/\epsilon 4$ $\epsilon 2/\epsilon 3/\epsilon 4$, а также носительство «повреждающего» $\epsilon 4$ аллеля полиморфизма гена АпоЕ оказались выше, чем среди здоровых этнических узбеков

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И МАРКЕРОВ АТЕРОСКЛЕРОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ $\epsilon 2/\epsilon 3/\epsilon 4$ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АПОЛИПОПРОТЕИНА Е**ЭШПУЛАТОВ А.С., МИРЗАЖАНОВА О.У., НИЯЗОВ З.М., МИРЗОЛИМОВА М.А.****Андижанский филиал республиканского специализированного научно-практического центра кардиологии, г. Андижан. Узбекистан**

Цель исследования. Оценка влияния $\epsilon 2/\epsilon 3/\epsilon 4$ полиморфизма гена аполипопротеина Е на уровень показателей липидного обмена и маркеров атеросклероза у пациентов с нестабильной стенокардией.

Материал и методы. Для наблюдения включен 141 больной. Разделили на 2 группы: носителей с «повреждающей» $\epsilon 4$ аллели ($n=87$) и не

носителей $\epsilon 4$ аллеля ($n=54$). Спектр липидов крови: общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицериды (ТГ), коэффициент атерогенности (КА), биохимические показатели (АлАТ, АсАТ), биомаркеры липидного обмена аполипопротеин Е (Апо Е), аполипопротеин А-I (АпоА-I), аполи-

попротеин В (АпоВ), соотношение АпоВ/АпоА-I, биомаркеры воспаления (высокочувствительный С-реактивный белок (вЧСРБ), фибриноген, СОЭ, лейкоциты) определяли на автоанализаторе «Daytona» (RANDOX, Ирландия). Генотипирование $\epsilon 2/\epsilon 3/\epsilon 4$ полиморфизма гена аполипопротеина Е проводили методом ПЦР в лаборатории функциональной геномики человека Института генетики и экспериментальной биологии растений АН РУз с использованием термоциклера PCR Systems 2700 («Applied Biosystems», США) и в лаборатории АГ и МГИ РСЦК на термоциклере Gene Amp PCR Systems 9700 («Applied Biosystems», США).

Результаты. При сравнительном изучении показателей липидного спектра у носителей $\epsilon 4$ -аллеля уровни ОХС ($230,4 \pm 46,4$), ТГ ($244,5 \pm 95,8$), ХС ЛПНП ($145,5 \pm 42,7$) и ХС ЛПОНП ($48,9 \pm 19,2$). В группы не $\epsilon 4$ -носителей составили ОХС ($221,0 \pm 46,2$), ТГ ($227,0 \pm 90,4$), ХС ЛПНП ($139,4 \pm 41,6$) и ХС ЛПОНП ($45,4 \pm 18,1$) показателей не достоверного характера. При сравнительном анализе показателей уровня биомаркеров липидного обмена: уровень АпоВ оказался несколько

выше у больных $\epsilon 4$ -носителей ($113,9 \pm 26,8$ $p < 0,05$), в сравнении с группой больных не $\epsilon 4$ -носителей ($100,3 \pm 20,9$) соответственно, что обусловило достоверно более высокое значение соотношения АпоВ/АпоА-I – $0,9 \pm 0,27$ ($P < 0,05$) во II группе относительно I группы ($0,7 \pm 0,20$). При анализе показателей биомаркеров воспаления в группе $\epsilon 4$ -носителей вЧС-РБ ($7,9 \pm 5,9$ $p < 0,05$) в сравнении с группой больных не $\epsilon 4$ -носителей ($5,8 \pm 4,9$) соответственно.

Выводы. У больных нестабильной стенокардией носительство « $\epsilon 4$ » аллеля $\epsilon 2/\epsilon 3/\epsilon 4$ полиморфизма гена аполипопротеина Е сопровождалось достоверно более высоким уровнем соотношения Апо-В/АпоА-I ($P < 0,05$) и более низким значением ХС ЛПВП ($P < 0,05$) по сравнению не-S2 носителей. Также отмечается связь между наличием $\epsilon 4$ -носителей с повышенной концентрацией вЧС-РБ. Таким образом, носительство « $\epsilon 4$ » аллеля $\epsilon 2/\epsilon 3/\epsilon 4$ полиморфизма гена аполипопротеина Е способствует развитию атеросклероза и повышает риск прогрессирования ИБС у лиц узбекской национальности.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ АКТИВНОСТИ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

ЯКУБЖАНОВ М.Ж., УСМАНОВА Д.Н., УЗБЕКОВА Н.Р., ЮДАШЕВА Г.Т.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Различные исследования показали, что у большого числа пациентов (до 49%), которым по клиническим показаниям выполнялась коронарная ангиография, не выявлено значимых стенозов эпикардиальных сосудов. До 60% из этих больных могут иметь микроваскулярную стенокардию (МВС). В последнее время несколько исследований подтвердили, что микрососудистая дисфункция связана с плохим прогнозом и более высокими показателями неблагоприятных сердечно-сосудистых событий как у пациентов с гемодинамически значимым, так и незначимым поражением коронарных артерий.

Цель работы. Комплексное изучение активности симпатолитической активности у больных микроваскулярной стенокардией.

Материал и методы исследования. Материалом исследования явились 50 пациентов с диагнозом МС, в возрасте 35–75 лет; мужчин – 29, женщин – 41 человек; 30 здоровых лиц. Для оценки состояния активности симпатико-адреналовой системы (САС) у всех обследованных было проведено определение уровня суточной экскреции с мочой свободных и конъюгированных фракций катехоламинов (КА) триоксииндоловым флуориметрическим методом в модификации Э.Ш. Матлиной:

адреналина (А), норадреналина (НА), дофамина (ДА), ДОФА. В сыворотке крови было проведено определение активности моноаминоксидазы (МАО) методом А.И. Балаклеевского.

Результаты исследования. Проанализированные результаты обследования, так у больных МВС отметили статистически достоверное повышение экскреции адреналина (А) на 46,7%, что выше значений контрольной группы в 1,8 раза ($P < 0,001$). Содержание норадреналина (НА) у больных МВС – на 49,5%, что в 1,6 раза выше значений группы контроля ($P < 0,001$). Содержание дофамина (ДА) у больных МВС повышено на 61,0%, что в 2,36 раза выше значений группы контроля ($P < 0,001$). Уровень ДОФА был умеренно повышен у больных МВС на 19,7%, что в 1,33 раза выше показателей контрольной группы ($P < 0,01$). Показатели коэффициентов соотношений КА свидетельствуют о резко выраженных отклонениях от нормы процессов образования сульфоконъюгатов КА. Исследования активности МАО в первые сутки пребывания в стационаре выявили умеренное снижение ее активности у больных МВС, у здоровых этот показатель составил $0,07 \pm 0,001$ ед/экст. Показатели активности МАО у больных МВС составили $0,03 \pm 0,002$ ед/экст.



Заключение. Таким образом, полученные нами данные говорят о важной патогенетической роли САС в становлении и развитии ИБС МВС. Наши исследования показали, что чем больше выраженность ишемии и острота процесса, тем больше нарушаются звенья САС. Эти изменения носят максимально выраженный характер при МВС, т.е. происходит максимальное перенапряжение САС

звена гомеостаза организма. Как известно, в условиях перенапряжения САС ключевой фермент окисления биогенных аминов – МАО может претерпевать существенную трансформацию, вследствие чего понижается его активность к моноаминам. Эти данные были подтверждены и нашими исследованиями.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ИБС С «ПОГРАНИЧНЫМИ» СТЕНОЗАМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

ЯХОНТОВ Д.А., ОСТАНИНА Ю.О., ЕРЕМИНА И.С.

*ФГБОУ Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России,
г. Новосибирск. Россия*

Введение (цели/задачи). Поскольку обструкция коронарных артерий не является единственным элементом многофакторного патогенетического звена ИБС, представляет интерес оценка особенностей течения заболевания у лиц с «пограничными» (50–70%) стенозами коронарных артерий, для которых не существует однозначных рекомендаций по медикаментозному, либо инвазивному вмешательству.

Цель. Оценить клинические проявления у больных стабильной стенокардией с пограничными стенозами коронарных артерий и сопоставить их с наличием в анамнезе инфаркта миокарда.

Материал и методы. Обследованы 80 больных стабильной стенокардией (мужчины до 60 лет) со стенозом коронарных артерий 50–70%, либо стенозом ствола ЛКА 30–50%, не страдающих сахарным диабетом, 33 из которых перенесли инфаркт миокарда (ИМ) давностью более года.

Результаты. Большая часть пациентов (68,4%) имела стенокардию 2 ФК, стенокардия 1 ФК чаще встречалась у больных без ИМ в анамнезе. Длительность ИБС составила $3,2 \pm 0,7$ лет у лиц без ИМ и $7,3 \pm 1,6$ лет с его наличием. Более половины больных имели избыточную массу тела, либо ожирение, чаще – без ИМ в прошлом. АГ в анамнезе давностью 6–7,5 лет имела у 94% обследованных, причем, у лиц с ИМ она манифестировала раньше, а длительность антигипертензивной терапии составила 1–1,5 года. Курили 61% больных, перенесших ИМ, и 53% больных без ИМ в анамнезе. Отягощенную наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям имели 33 и 49%

больных соответственно. Средние значения ХС ЛПНП составили $3,1 \pm 0,2$, целевые значения данного показателя имели 15–11% больных, а целевые значения общего холестерина определялись у 42%, перенесших ИМ, и у 11% больных без ИМ ($p < 0,05$). Преддиабет диагностирован у 15%, перенесших ИМ, и у 11% без него. У больных без ИМ в анамнезе чаще диагностирован I ФК ХСН, а у перенесших ИМ – II ФК ($p < 0,05$). Не обнаружено достоверных различий в частоте поражения ствола ЛКА (3–4%), передней нисходящей артерии (42–64%) и правой коронарной артерии (39–43%). Также не было достоверных различий между пациентами, перенесшими и не перенесшими ИМ по частоте 1-сосудистого (39–21%), 2-сосудистого (18–25%) и многососудистого (42–49%) поражения коронарных артерий. Примерно с одинаково высокой частотой (90–89%) имелись признаки мультифокального атеросклероза. Толщина КИМ сонных артерий была увеличена и составила $1,1 \pm 0,3$ – $1,2 \pm 0,04$ мм. Среди сопутствующих заболеваний у больных ИБС с пограничными стенозами коронарных артерий преобладали язвенная болезнь 12-пк, ХОБЛ и мочекаменная болезнь.

Заключение. Независимо от перенесенного в прошлом ИМ, больные ИБС с пограничными стенозами коронарных артерий отличаются высокой распространенностью кардиоваскулярных факторов риска, длительным периодом отсутствия лечения АГ, низкой частотой достижения целевых значений ХС ЛПНП. Пациентам, перенесшим ИМ, свойственны более высокие функциональные классы ХСН.

ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА И НЕОТЛОЖНАЯ КАРДИОЛОГИЯ

HEART RATE VARIABILITY AND LEFT VENTRICLE VOLUMETRIC INDICES IN PATIENTS AFTER THE ACUTE Q-WAVE MYOCARDIAL INFARCTION

ZAKIROV N., KEVORKOVA Y., MULLABAEVA G., KEVORKOV A.

Republican specialized center of cardiology, Tashkent. Uzbekistan

Purpose. To estimate interrelations between heart rate variability (HRV) and left ventricle volumetric indices in patients after the acute Q-wave myocardial infarction (Q-AMI).

Materials and methods. 213 male patients in the average age of $52,0 \pm 9,1$ y.o. survived after the primary Q-AMI were included into the study. All patients underwent Holter ECG monitoring (HMECG) with the estimation of HRV and transthoracic echocardiography. HMECG in all cases were performed in normal conditions, on standard therapy without any specific restrictions on 10–14 day of the Q-AMI. Standard therapy included antiplatelet agents, beta-blockers, ACE inhibitors or ARB, statins in individually matched doses, nitrates (if necessary) and amiodarone (if necessary). Interpretation of HRV parameters was made in accordance with the recommendations of the ESC working group and the NASPE (1996) with estimation of SDNN, SDANN, RMSSD and pNN50. As a decrease in the total HRV, a reduction of $SDNN \leq 100$ ms was assumed. Statistical analysis was performed using nonparametric Spearman R correlation test. Differences were considered significant for $p < 0,05$.

Results. Analysis of the features of the baseline level of HRV and its correlation with left ventricle volumetric indices was carried out. It was revealed negative correlation between level of SDNN and LVEDD ($R = -0,197$; $p = 0,005$); LVESD ($R = -0,244$; $p = 0,001$); LVEDV ($R = -0,172$; $p = 0,014$); LVESV ($R = -0,280$; $p = 0,001$); level of SDANN and LVEDD ($R = -0,236$; $p = 0,001$); LVESD ($R = -0,251$; $p = 0,001$); LVEDV ($R = -0,211$; $p = 0,003$); LVESV ($R = -0,299$; $p = 0,001$); level of RMSSD and LVESD ($R = -0,251$; $p = 0,001$); and level of pNN50 and LVEDD ($R = -0,167$; $p = 0,018$); LVESD ($R = -0,239$; $p = 0,001$); LVESV ($R = -0,207$; $p = 0,003$). All four analyzed HRV parameters also show the positive correlation with LVEF: SDNN ($R = 0,287$; $p = 0,001$); SDANN ($R = 0,283$; $p = 0,001$); RMSSD ($R = 0,161$; $p = 0,022$) and pNN50 ($R = 0,229$; $p = 0,001$).

Conclusions. Obtained results show the unity of pathologic processes of myocardial remodeling in patients after Q-AMI and presence of interrelation between the increases in the size of left ventricle and decreasing of its contractility and parameters of heart rate variability.

HRV parameters and LV volumetric indices

Parameter	Mean $\pm$ St.Dev.	Parameter	Mean $\pm$ St.Dev.
LVEDD, cm	$5,73 \pm 0,70$	SDNN, ms	$101,41 \pm 35,83$
LVESD, cm	$3,92 \pm 0,82$	SDANN, ms	$87,99 \pm 31,69$
LVEDV, ml	$156,06 \pm 51,73$	RMSSD, ms	$27,19 \pm 21,17$
LVESV, ml	$82,15 \pm 40,84$	pNN50, %	$6,11 \pm 9,85$
LVEF, %	$48,67 \pm 11,54$		



INTERRELATION BETWEEN LEFT VENTRICLE MASS AND VOLUMETRIC INDICES AND HEART RATE VARIABILITY IN PATIENTS AFTER THE ACUTE Q-WAVE MYOCARDIAL INFARCTION

ZAKIROV NU., KEVORKOVA YG., MULLABAEVA GU., KEVORKOV A.

Republican specialized center of cardiology, Tashkent. Uzbekistan

Purpose. To estimate interrelations between heart rate variability (HRV) and left ventricle mass and volumetric indices in patients after the acute Q-wave myocardial infarction (Q-AMI).

Materials and methods. 213 male patients in the average age of $52,0 \pm 9,1$ y.o. survived after the primary Q-AMI were included into the study. The diagnosis of Q-AMI was established in accordance with the ESC criteria (2012). All patients underwent Holter ECG monitoring (HMECG) with the estimation of HRV and transthoracic echocardiography. HMECG in all cases were performed in normal conditions, on standard therapy without any specific restrictions on 10–14 day of the Q-AMI. Standard therapy included antiplatelet agents, beta-blockers, ACE inhibitors or ARB, statins in individually matched doses, nitrates (if necessary) and amiodarone (if necessary). Interpretation of HRV parameters was made in accordance with the recommendations of the ESC working group and the NASPE (1996) with estimation of SDNN, SDANN, RMSSD and pNN50. As a decrease in the total HRV, a reduction of $SDNN \leq 100$ ms was assumed. Statistical analysis was performed using Office Excel 2007 (Microsoft Corp., USA) and STATISTICA version 10,0 (Stat Soft, Inc., USA). Nonparametric Spearman R correlation test was performed. Differences were considered significant for $p < 0,05$.

Results. Analysis of the features of the baseline level of HRV and its correlation with left ventricle mass was carried out. It was revealed negative correlation between level of LVMM and SDNN ($R = -0,229$; $p = 0,001$); SDANN ($R = -0,259$; $p = 0,001$); pNN50 ($R = -0,163$; $p = 0,021$); level of indexed LVMM and SDNN ($R = -0,262$; $p = 0,001$); SDANN ($R = -0,298$; $p = 0,001$); pNN50 ($R = -0,173$; $p = 0,015$). It was also revealed negative correlation between level of SDNN and LVEDD ($R = -0,197$; $p = 0,005$); LVESD ($R = -0,244$; $p = 0,001$); LVEDV ($R = -0,172$; $p = 0,014$); LVESV ($R = -0,280$; $p = 0,001$); level of SDANN and LVEDD ($R = -0,236$; $p = 0,001$); LVESD ($R = -0,251$; $p = 0,001$); LVEDV ($R = -0,211$; $p = 0,003$); LVESV ($R = -0,299$; $p = 0,001$); level of RMSSD and LVESD ($R = -0,251$; $p = 0,001$); and level of pNN50 and LVEDD ($R = -0,167$; $p = 0,018$); LVESD ($R = -0,239$; $p = 0,001$); LVESV ($R = -0,207$; $p = 0,003$). All four analyzed HRV parameters also show the positive correlation with LVEF: SDNN ($R = 0,287$; $p = 0,001$); SDANN ($R = 0,283$; $p = 0,001$); RMSSD ($R = 0,161$; $p = 0,022$) and pNN50 ($R = 0,229$; $p = 0,001$).

Conclusions. Obtained results show the unity of pathologic processes of myocardial remodeling in patients after Q-AMI and presence of interrelation between the increase in both mass and size of left ventricle with decreasing of its contractility and decrease of parameters of heart rate variability.

ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

АБДУРАХМАНОВ М.М., АХМЕДОВ Л., ТОИРОВ И.Р.

Бухарский медицинский институт; Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Бухара. Узбекистан

Цель. Изучить влияние терапии триметазидином и розувостатином на клинические проявления заболевания и на уровни дисфункции эндотелия и системного воспаления при ОКС.

Материал и методы. В исследование были включены 58 пациентов с верифицированным диагнозом ОКС, среди которых было 33 мужчины и 25 женщин, в возрасте от 32 до 74 лет. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от проводимого лечения: I – с включением триметазидина (Предизин) в дозе 35 мг 2 раза в сутки и розувостатина (Мертенил) 20 мг 1 раз в сутки

(основная группа) и II – без включения этих препаратов (контрольная группа). Инструментальное исследование включало в себя электрокардиографию, эхокардиографию. У всех пациентов также определяли уровень эндотелина 1 и фактора Виллебранда в крови. Всем больным ОКС проводили исследование уровня цитокинов ФНО, ИЛ-1, ИЛ-6 в крови.

Результаты. В основной группе через 3 месяца длительность ангинозных приступов сократилась на 42%, частота приступов стенокардии в неделю снизилась на 58%, потребность в нитратах в не-

делю и интенсивность болей – на 66 и 36% соответственно. В контрольной группе, не получавшей предизин и мертенил, наблюдалась значительно меньшая динамика клинических показателей: снижение частоты приступов на 21%, потребности в нитратах – на 20%, а продолжительность приступов и их интенсивность – всего на 6%. Динамика фактора Виллебранда и эндотелина в основной группе до лечения и после курса терапии с включением предизина и мертенила оказалась более выраженной, чем в группе контроля. Показатели конечного уровня эндотелина 1 и фактора Виллебранда после лечения с включением предизина и мертенила оказались ниже, чем в контрольной группе на 28 и 35% соответственно, при этом статистически значимым различие оказалось только по уровню фактора Виллебранда ($p < 0,05$). При анализе цитокинового статуса у больных с ОКС, при ОИМ наиболее значимо нарастал уровень ИЛ-1, ИЛ-6, в меньшей степени – уровень ФНО- α . В основной группе уровень ФНО- α снизился на 42,8%, ИЛ-1 – на 54,8%, ИЛ-6 – на 30,7% от исходного уровня. В группе контроля эти показатели снизились на 36,8, 45,4, 22,6% соответственно. У больных ОИМ с подъемом сегмента ST через 3 недели терапии предизином и мертенилом уро-

вень ФНО- α снизился на 76,4%, ИЛ-1 – на 84,4%, ИЛ-6 – на 70,7%, в группах контроля – на 72,1, 81,7, 64% соответственно. Следует отметить, что динамика уровня цитокинов в обеих группах оказалась достоверной, но у пациентов, получавших предизин и мертенил, имело место более существенное снижение ИЛ-1 к моменту выписки: этот показатель оказался достоверно ниже в основной группе по сравнению с группой контроля ($**p < 0,05$). У всех пациентов ОИМ с подъемом сегмента ST отмечена положительная динамика в снижении уровня исследованных цитокинов на фоне проводимой терапии. У больных ОИМ без подъема сегмента ST при терапии с включением предизина и мертенила уровень ФНО- α снизился на 65%, ИЛ-1 – на 76,2%, ИЛ-6 – на 59,6%, в группах контроля наблюдалась такая же динамика: на 62,5, 72,1, 58,9% соответственно.

Заключение. Сочетание клинического антиангинального эффекта предизина и мертенила с обнаруженным нами положительным влиянием на функцию эндотелия и механизмы системного воспаления свидетельствует о целесообразности применения этих препаратов в комплексном лечении с целью улучшения результатов лечения ОКС.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА

АЛЛАБЕРДИЕВА Б.А., ЧАРЫЕВ Х.Э., ЯГШЫСАХЕДОВ Ш.Я., ГУЛДУРДЫЕВ К.Б.

Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, г. Ашхабад. Туркменистан

На сегодняшний день нет сомнений в том, что ранняя реперфузия миокарда при ОИМ (в течение первых 3–6 часов от начала заболевания) способствует ограничению зоны повреждения сердечной мышцы и тем самым снижению госпитальной летальности, а полноценное восстановление кровотока в инфаркт-ответственной артерии (ИОА) улучшает отдаленный прогноз заболевания (Ryan T.J. et al., 1997).

Внедрение в клиническую практику эндоваскулярных методов лечения можно считать следующим эффективным шагом в борьбе с ОИМ (Hartzler G.O. et al., 1983). Ангиопластика ИОА после эффективного тромболизиса снижает риск появления возвратной ишемии и повторного инфаркта миокарда в несколько раз по сравнению с консервативной терапией (Widimsky P. et al., 2003; Andersen H.R. et al., 2003; Scheller B. et al., 2003). В этом отношении процедуру системного тромболизиса на догоспитальном этапе следует рассматривать как первый этап на пути к полному восстановлению кровотока в ИОА, тогда как следующим этапом необходимо проводить ангиопластику ИОА.

Цель исследования. Определить значение эндоваскулярного лечения больных острым инфарктом миокарда после эффективной тромболитической терапии.

Материал и методы. В исследование были включены данные 43 пациентов с острым Q-образующим ИМ и эффективной тромболитической терапией, которым в период с 2017 по 2018 г. в разные сроки стационарного лечения выполнено стентирование инфаркт-ответственной артерии (ИОА).

Медикаментозная терапия на догоспитальном и госпитальном этапах в изученных группах больных достоверно не различалась и соответствовала стандартам лечения ОИМ.

Всем пациентам после успешной догоспитальной ТЛТ в разные сроки стационарного лечения ОИМ проведены диагностические вентрикулография (ВГ) и коронарография (КАГ), по результатам которых были выполнены лечебные эндоваскулярные процедуры на ИОА.

Результаты. В результате проведенных эндоваскулярных вмешательств (процедура стентирования ИОА выполнялась в 100% случаев) 43



пациентам было имплантировано 58 голометаллических стентов. В I группе 21 пациенту был имплантирован 31 стент, во II группе 22 пациентам – 27 стентов. При этом в обеих группах в большинстве случаев использовали BxSonic (Cordis, Johnson & Johnson): в 57,6% случаях – в I группе и в 63,6% – во II ($p > 0,05$). По полноте реваскуляризации миокарда изученные группы больных достоверно не различались.

По состоянию ИОА на момент проведения эндоваскулярных процедур различия между изученными группами больных были существенными.

Следует особо отметить, что достоверные различия в пользу II группы были получены по индексу тромбоза высоких градаций (индекс тромбоза 3 и 4 по классификации TTG), т.е. по частоте выявления массивного тромба в просвете ИОА, по состоянию антеградного крово-

тока (TIMI) и степени миокардиальной перфузии (MBG).

Так же можно предположить, что во II группе состояние ИОА было более благоприятным для выполнения ЭВП, чем в I. В частности, у больных с отсроченными ЭВП достоверно чаще (чем с экстренными) отсутствовали признаки внутрисосудистого тромба и дистальной эмболизации.

Заключение. Таким образом, в I группе наименьший процент клинических осложнений имели те пациенты, у кого был достигнут оптимальный ангиографический результат ЭВП; а во II – пациенты с лечебными эндоваскулярными вмешательствами на ИОА, выполненными в сроки от 12 до 24 часов заболевания. При сравнении вышеуказанных подгрупп больных с благоприятными условиями для проведения ЭВП достоверных различий между ними по клиническому течению заболевания получено не было.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ КОПЕПТИНА НА РИСК ЛЕТАЛЬНОСТИ И РАЗВИТИЕ ПОВТОРНЫХ ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

АРАБИДЗЕ Г.Г., ЖУКОВА А.В.

ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России», г. Москва, Россия

Цель исследования. Оценка влияния показателей уровня копептина – С-концевой части провазопрессина на краткосрочный прогноз у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) без подъема сегмента ST в сочетании с определением уровня тропонина Т.

Материал и методы. Нами проанализированы значения показателей уровня копептина у 128 пациентов, госпитализированных с подозрением на ОКС без подъема ST в первые 3 часа от манифестации болевого синдрома в груди, рандомизированных в ходе госпитализации на 3 основные группы в зависимости от исхода ОКС. Распределение по полу в группах было примерно одинаковое, женщины составили 42,3% в I группе, 51,7% – во II группе и 33,3% – в III, однако статистически значимых различий между женщинами и мужчинами в группах не обнаружено ($p > 0,05$). В I группу с верифицированным диагнозом острого инфаркта миокарда (ОИМ) без подъема сегмента ST включены 52 человека, средний возраст в группе $71,8 \pm 6,9$ (30 мужчин, средний возраст $60,9 \pm 11,4$, 22 женщины, средний возраст $71,8 \pm 6,9$). Пациенты, вошедшие в состав II группы, имели окончательный диагноз: нестабильная стенокардия (НС). Средний возраст группы составил $64,8 \pm 10,7$ (30 мужчин – $61,4 \pm 10,5$, 20 женщин – $70,7 \pm 8,9$). В III группу (группу сравнения) включены пациенты

с неподтвержденным коронарным событием в количестве 18 человек, средний возраст $58,9 \pm 4,2$ (12 мужчин – $59,5 \pm 4,9$, 6 женщин – $57,7 \pm 16,9$). В рамках исследования всем пациентам были определены уровни тропонина Т и копептина при поступлении, с повторным диагностическим тестированием на тропонин Т через 12 часов. Период наблюдения за участниками исследования на протяжении всего этапа госпитализации в среднем составил $7,5 \pm 3,5$ дней. За время наблюдения оценивалось достижение конечных точек (развитие повторных острых сердечно-сосудистых осложнений, смерть, острая сердечная недостаточность, экстренное повторное коронарное вмешательство); определена роль копептина в диагностике некроза миокарда и корреляция его уровня с развитием сердечно-сосудистых осложнений и госпитальной летальности.

Результаты. В многофакторном анализе (логистическая регрессия) копептин в первые 3 часа от манифестации болевого синдрома, ОШ 5,27 [2,42; 8,99] выступал более сильным независимым предиктором достижения первичных конечных точек в течение периода госпитализации после ИМ по сравнению с тропонином Т в тот же временной промежуток – ОШ 1,02 [0,99; 1,04]. Прогностическая положительная ценность тропонина Т как предиктора госпитальной летальности и

повторного ИМ значительно повышалась через 12 часов, – ОШ 4,93, с чувствительностью 24 % (95 % ДИ 14,3–37,4), специфичностью 100 % (95 % ДИ 95–100), положительным прогностическим значением 100 % (95 % ДИ 75,8–100) и точностью 69,4 % (95 % ДИ 59–78,1). В обследованной выборке пациентов с ОКС без подъема сегмента ST повышение уровня копептина при поступлении $>2,95$ нг/мл, по данным ROC-анализа, было ассоциировано с достоверным увеличением риска смерти и развития повторных острых сердечно-сосудистых событий – отношение рисков (ОР) 96,86 [13,60; 689,68 $p<0,00001$], с положительным прогностическим значением 100,00 % (95 % ДИ 75,75–100,00 %) за период наблюдения в среднем $7,5\pm3,5$ дней.

Закключение. Копептин может быть использован в качестве нового прогностического маркера риска развития повторных острых сердечно-сосудистых осложнений и смерти у пациентов с ОИМ без подъема ST (ОИМбпST), независимо от установленных традиционных факторов риска. Стратегия комбинированного определения копептина и тропонина Т является более информативной в прогнозировании рисков и исходов, чем тактика изолированного исследования каждого маркера по отдельности и может быть полезна для стратификации риска и прогнозирования госпитальной летальности у пациентов с ОИМбпST.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ КЛОПИДОГРЕЛЯ И ТИКАГРЕЛОРА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

АХМЕДОВ Л.А., ПУЛАТОВА Ш.Х.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Бухара. Узбекистан

Цель работы. Сравнить частоту развития кровотечений у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) в зависимости от применения клопидогреля и тикагрелора.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 28 пациентов; из них 14 (50 %) в период госпитализации принимали клопидогрель (зилт), 14 (50 %) – тикагрелор (зугрел). Средний возраст пациентов в группе клопидогреля составил $54,2\pm10,1$, в группе тикагрелора – $57,0\pm8,8$ ($p=0,28$). Обе группы не различались по половому составу, виду ОКС, наличию перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) и чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) в анамнезе. В день поступления все больные получали 300 мг или 600 мг клопидогреля при ЧКВ. На следующий день пациенты после ЧКВ переводились на прием тикагрелора в дозе 90 мг 2 раза в сутки. Пациенты с не инвазивной тактикой ведения продолжали принимать клопидогрель – 75 мг в сутки. Сопутствующая терапия в группах не различалась. Наличие кровотечений оценивалось в среднем через 30 ± 5 дней методом телефонного контакта (период после выписки из стационара).

Результаты. В настоящем исследовании исходный уровень гемоглобина в группе клопидогреля и тикагрелора не различался: $121\pm10,1$ и $128\pm9,4$ г/л соответственно, $p=0,97$. При сравнении уровня креатинина в группе клопидогреля и тикагрелора как фактора, влияющего на возникновение кровотечений при приеме антиромбоцитарных препаратов, достоверных различий не выявлено. Так, средний уровень креатинина при госпитализации пациентов в группе клопидогреля составил $109,7\pm19,9$ ммоль/л, а в группе тикагрелора – $79,2\pm15,8$ ммоль/л, $p=0,56$. Как в группе клопидогреля, так и в группе тикагрелора были зарегистрированы только «малые» кровотечения (десневые, носовые, повышенная синяковость), которые не потребовали обращения за медицинской помощью. Частота «малых» кровотечений в группе клопидогреля составила 4 (28,6 %) случая, в группе тикагрелора – 6 (42,8 %) случаев, $p=0,43$.

Закключение. Частота развития кровотечений у больных с острым коронарным синдромом на фоне приема клопидогреля и тикагрелора в течение первого месяца наблюдения не отличается.



ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С НОРМАЛЬНЫМ И НАРУШЕННЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ (Регистр острого коронарного синдрома г. Ферганы)

БАЙКУЗИЕВ У.К., МАХМУДОВ Н.И.

Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Фергана. Узбекистан

Цель работы. На основании данных регистра острого коронарного синдрома (ОКС) от ноября 2018 г. изучить объем проведенной тромболитической терапии (ТЛТ) у больных с нормальным и нарушенным углеводным обменом (УО), госпитализированных в блок интенсивной терапии г. Ферганы.

Материал и методы исследования. Анализировались данные 574 карт больных, включенных в 2017 году в регистр ОКС г. Ферганы. Все больные госпитализированы с ОКС в блок интенсивной терапии г. Ферганы. Изучаемые параметры включали ОКС, ТЛТ, нормальный и нарушенный УО, возраст, пол (мужчины (М), женщины (Ж)). Диагноз нарушенного УО ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 года.

Результаты. Из 574 проведен анализ 515 карт пациентов, госпитализированных в блок интенсивной терапии г. Ферганы с ОКС. 59 карт исключены из исследования ввиду не полного объема информации изложенного в протоколе обследования. Из 574 больных 117 имели указание на наличие в анамнезе сахарного диабета 2 типа (СД2). При поступлении в стационар с ОКС гипергликемия, на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г., выявлена у 102 пациентов. 70 пациентам (М – 51; Ж – 19) выполнена ТЛТ. Гипергликемия выявлена у 14 из 70

больных, из которых СД2 в анамнезе присутствовал у 4-х. Из 117 больных, имеющих в анамнезе СД2, ТЛТ выполнена 4 пациентам: 55–64 года – 2 (Ж), 75–89 лет – 2 (Ж), из них на догоспитальном этапе ТЛТ не проведена. В группе с нормальным УО ТЛТ проведена у 56 больных: 35–44 года – 5; 45–54 года – 19; 55–64 года – 21; 65–74 года – 5; 75–89 года – 6. Тромболитическая терапия не выполнена у 32 пациентов, из них по причинам поздней госпитализации – 13 человек; при наличии противопоказаний – 10 человек; другие причины – 9 человек. Проводя анализ 13 больных с поздней госпитализацией выяснилось, что 10 (М – 7, Ж – 3) человек не имели СД2 в анамнезе, а у 3 человек в анамнезе был СД2 (М – 3, Ж – 1).

Выводы. Таким образом, на основании данных регистра ОКС г. Ферганы тромболитическая терапия выполнена только 70 (68,6%) из 102 больных. У 32 (31,4%) больных были противопоказания, поздняя госпитализация или другие причины. Из 13 больных, которым ТЛТ не выполнена по причине поздней госпитализации, наличие СД2 в анамнезе отмечено у 3 (23%) человек. Утверждение, что больные СД2 с острым инфарктом миокарда имеют позднюю госпитализацию на сегодняшний день сомнительно, о чем свидетельствуют полученные данные.

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

БАЙКУЗИЕВ У.К., ТУЙЧИЕВ А.Х.

Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Фергана. Узбекистан

Цель работы. Провести анализ тромболитической терапии у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМ) пожилого и старческого возраста по сравнению с более молодыми пациентами.

Материал и методы. Проведен анализ историй болезней пациентов с ОИМ и с тромболитической терапией, поступивших в отделение терапевтической реанимации в 2017 году. Анализировались основные клинико-анамнестические показатели. Результаты обработаны при

помощи статистического отчета и истории заболевания.

Результаты. В 2018 году в отделение терапевтической реанимации поступили 309 пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, которым проводилась тромболитическая терапия. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – больные 70 лет и старше (n=80), 2-я группа – больные до 70 лет (n=110). Пациенты с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST старшей возрастной группы (70 лет и стар-

ше) по всем основным клинико-анамнестическим показателям закономерно оказались более тяжелыми, чем более молодые пациенты. Время от начала ангинозного приступа до поступления в стационар между группами не различалось и составило 55 (2–12 часов и более) и 15 (2–12 часов и более) минут. Частота проведения тромболитической терапии (ТЛТ) была выше в 1 группе: 55 пациентов – 17,8% против 15 пациентов – 4,8%. Частота реперфузии коронарной артерии на 90-й минуте от начала ТЛТ (снижение сегмента ST на $\geq 50\%$ в информативных отведениях) между груп-

пами не различалась и составила 51,3 и 54,8% случаев.

Госпитальная летальность была в 1 группе – 1,8%, во 2 группе не наблюдалась.

Выводы. Пациенты до 70 лет и старше поступают в стационар с одинаковой задержкой времени от начала заболевания. В реальной клинической практике пациенты старшей возрастной группы (≥ 70 лет) в качестве первичного метода реперфузии чаще получают тромболитическую терапию.

АКТИВНОСТЬ ПРОЦЕССОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ, ИММУНОРЕАКТИВНОСТИ И ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

ВОРОБЬЕВ А.С.¹, КОВАЛЕНКО Л.В.¹, УРВАНЦЕВА И.А.², АСТРАХАНЦЕВА И.Д.², СИМОНЯН Т.А.¹, РУДЕНКО М.И.¹

¹БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»;

²БУ ХМАО-Югры «ОКД «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», г. Сургут. Россия

В соответствии с данными крупных эпидемиологических и клинических исследований, наличие у пациентов сахарного диабета 2 типа (СД) осложняет течение и прогноз ишемической болезни сердца в постинфарктном периоде. Повышенные уровни высокочувствительного С-реактивного протеина (вч-СРП) ассоциируются с увеличением сердечно-сосудистого риска в общей популяции и среди больных острым инфарктом миокарда (ИМ).

Цель исследования. Комплексная оценка сыровоточных уровней биомаркеров воспалительных процессов и их взаимосвязь с ультразвуковыми показателями ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) сердца у пациентов с инфарктом миокарда с /без СД 2 типа, перенесших первичное чрескожное коронарное вмешательство (пЧКВ).

Материал и методы. В проспективное клиническое исследование последовательно включены 64 пациента с острым ИМ с подъемом сегмента ST на электрокардиограмме: 34 мужчины и 30 женщин ($53,2 \pm 6,5$ лет), 31 пациент с наличием СД 2 типа и 35 без такового. ИМ передней локализации установлен в 48,2% случаев, задней – в 51,8%; Класс I Killip имел место у 72,3% II – у 27,7%. Дополнительно обследованы 33 здоровых лица. Сыровоточные уровни биомаркеров системного воспаления – вч-СРП и фибриногена (ФГ), биомаркера иммунореактивности – растворимого рецептора CD40 (ppCD40), биомаркера оксидативного стресса – миелопероксидазы (МПО) серийно оценивались на иммуноферментном анализаторе у пациентов с острым ИМ при поступлении в приемное отделение клиники до проведения пЧКВ (этап 1), через 1 сутки после пЧКВ (этап 2), через 7–10 дней после пЧКВ при выписке из стационара

(этап 3) и через 40–45 дней после пЧКВ при амбулаторном наблюдении (этап 4). Эхокардиография также серийно выполнялась на каждом из этапов (1–4).

Результаты. Средние значения исследуемых биомаркеров (вч-СРП, ФГ, ppCD40 и МПО) оказались значительно выше у пациентов с ИМ, чем у здоровых лиц. У больных ИМ с СД 2 типа уровни всех биомаркеров были достоверно выше, чем у пациентов без такового на всех четырех этапах ($p < 0,05$). На этапе 4 у пациентов с ИМ и СД 2 типа выявлены более низкие величины Е/А трансмитрального кровотока ЛЖ (0,98 против 0,76, $p < 0,05$) и более высокие значения индекса нарушения локальной сократимости (ИНЛС) ЛЖ (1,19 против 1,06, $p < 0,05$) в сравнении с лицами с ИМ без СД 2 типа. Также нами установлена обратная корреляционная связь средней силы между динамическими изменениями (от этапа 1 к этапу 4) уровней вч-СРП и значений ИНЛС ЛЖ ($r = 0,4$, $p < 0,05$) и обратная корреляционная связь средней силы концентрации ppCD40 и величин соотношения Е/А трансмитрального кровотока ЛЖ ($r = 0,5$, $p < 0,05$).

Заключение. Сыровоточная активность вч-СРП, ФГ, ppCD40 и МПО стойко повышена у больных острым ИМ с подъемом сегмента ST на протяжении 1–2 месяцев наблюдения. Уровни вч-СРП, ppCD40 и МПО существенно выше у пациентов с ИМ и СД 2 типа, чем у лиц с ИМ без диабета. Концентрации вч-СРП и ppCD40 достоверно коррелируют с индексами локальной сократимости и диастолической дисфункции ЛЖ и могут использоваться в клинической оценке риска структурно-функциональных нарушений миокарда у постинфарктных пациентов, имеющих СД 2 типа.

**ПОЛИПРЕНОЛСОДЕРЖАЩИЙ ПРЕПАРАТ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ «POLINCOR»****ВЫШЛОВ Е.В.¹, ЦОЙ Е.И.¹, ТРУСОВ В.Б.², СУЛТАНОВ В.С.³, РЯБОВ В.В.¹**¹*НИИ кардиологии, Томский НИМЦ РАН; ²Prenolca Limited, Biotechnology Company, Australia;*³*ООО «Солагифт», г. Томск. Россия*

Введение. В последние годы изучаются лекарственные вещества на основе полипренолов, которые представляют собой изопреноидные липиды природного происхождения и являются предшественниками долихоллов – соединений, участвующих в долихолфосфатном цикле. В результате этого цикла происходит гликолизирование белков с образованием гликопротеидов, представленных в организме различными структурами. В патогенезе многих заболеваний важную роль играют дисбаланс и дефицит гликопротеидов, что чаще обусловлено нарушением процессов гликозилирования белков в долихилфосфатном цикле вследствие нехватки активного долихилфосфата. Введенные в организм полипренолы преобразуются в долихилфосфат, который может быть использован для заместительной терапии. В качестве лекарственного препарата в России зарегистрирован только один представитель из этой группы – «Ропрен», который представляет собой полипренолы, выделенные из хвои ели и растворенные в подсолнечном масле. Согласно инструкции он оказывает гепатопротекторное и гиполипидемическое действие и показан при жировой дистрофии печени различной этиологии, гепатитах, циррозе печени и токсических поражениях печени (алкогольные, наркотические, лекарственные). Кроме этого, обнаружен положительный эффект «Ропрена» при алкогольных психозах и болезни Альцгеймера. Также описана противовоспалительная активность фосфорилированных полипренолов в эксперименте и клинике.

Цель работы. Изучение эффектов полипренолсодержащего препарата «Ропрен» у пациентов с острым коронарным синдромом при двух месячном курсе терапии.

Материал и методы. Проведено рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование. Обследованы 68 больных с острым коронарным синдромом, поступившие в первые сутки от начала заболевания, которые получали стандартную терапию (в том числе аторвастатин – 40 мг) и рандомизированные методом конвертов на 2 группы: 1 группа (n=34) получала

препарат «Ропрен» по 8 капель во время еды 3 раза в день (144 мг/день) в течение 3-х недель, затем по 3 капли 3 раза в день (90 мг/день) в течение 5-ти недель; 2 группа (n=34) – плацебо с тем же режимом дозирования. Анализировались следующие показатели: АЛТ, АСТ, общий холестерин, липопротеины высокой, низкой плотности, интерлейкины-1 и -6, С-реактивный белок, показатели уровня депрессии по шкале CES-D, показатели тревоги по клинической шкале самооценки Шихана и по шкале Тейлора, показатели уровня когнитивных функций по шкале MoCA. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета Statistica v.10,0 с применением непараметрических методов анализа. Результаты представлены в виде Me (Qниж – Qверх).

Результаты. Количество пациентов, которым потребовалось уменьшить дозу или отменить статин по причине трехкратного повышения АСТ/АЛТ, в основной группе оказалось меньше, чем в контрольной: 3 против 9 (p<0,05). Различий по показателям липидного спектра между группами не обнаружено. Обнаружено снижение интерлейкина-6 в основной группе через 2 месяца терапии: 4,36 (2,61; 8,95) против 5,5 (3,3; 8,4) (p<0,05). Различий по интерлейкину-1 и С-реактивному белку не обнаружено. Через 2 месяца терапии обнаружено уменьшение уровня депрессии по шкале самооценки CES-D: 8 (6,5; 9,5) против 14,5 (10; 20) (p<0,05), тревоги по шкале Шихана: 5,5 (5; 14) против 12 (7; 24) (p<0,05) и шкале Тейлора: 2,5 (1,5; 7,5) против 6,5 (4; 13) (p<0,05) и улучшение когнитивных функций по шкале MoCA: 26,5 (25; 28) против 25 (22; 26) (p<0,05).

Заключение. При остром коронарном синдроме у полипренолсодержащего препарата Ропрен: подтверждена гепатопротекторная и противовоспалительная активность, обнаружен анксиолитический, тимолептический и ноотропный эффекты; гиполипидемическая активность не обнаружена. (Регистрация на ClinicalTrials.gov № NCT03122340: «POLINCOR» (Polyprenols in Acute Coronary Syndrome)).

МИКРОВАСКУЛЯРНАЯ ОБСТРУКЦИЯ И ГЕМОРРАГИЧЕСКОЕ ПРОПИТЫВАНИЕ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

ВЫШЛОВ Е.В., АЛЕКСЕЕВА Я.В., УСОВ В.Ю., МОЧУЛА О.В., РЯБОВ В.В.

НИИ кардиологии Томского НИМЦ РАН, г. Томск. Россия

Цель. Оценить частоту развития феномена микроваскулярной обструкции (МВО), геморрагического пропитывания миокарда (ГПМ) и их влияние на фракцию выброса ЛЖ при первичном инфаркте миокарда с подъемом ST (ИМпST) и разных стратегиях коронарной реперфузии.

Материал и методы. В исследование последовательно были включены 47 пациентов с первичным ИМпST, поступившие в первые 12 часов от начала заболевания. Критерии исключения: нестабильная гемодинамика, хроническая болезнь почек 4–5 стадии (СКФ < 30 мл/мин), острые психические расстройства, тяжелая сопутствующая патология и противопоказания к выполнению МРТ миокарда. В зависимости от метода реперфузии пациенты были разделены на 2 группы: больным 1 группы (n=30) проводилась фармакоинвазивная реперфузия; тромболитическая всем больным выполнялась на догоспитальном этапе. Вторую группу составили пациенты с первичным ЧКВ (n=17). Время окклюзии коронарной артерии между группами не различалось: 210 мин. (162–270) при фармакоинвазивной стратегии и 220 мин. (147–370) – при первичном ЧКВ. На вторые сутки заболевания па-

циентам обеих групп выполнялось МРТ сердца с контрастированием гадолиний-содержащими препаратами. В T2-режиме оценивалось наличие феномена ГПМ. Для выявления МВО выполняли отсроченное контрастирование в режиме инверсия-восстановление с определением зон с гипоинтенсивным МР-сигналом.

Результаты. Частота развития ГПМ между группами не различалась: 40 % против 64,7 % в 1 и 2 группах соответственно. В группе первичного ЧКВ чаще встречалась МВО: 70,5 против 40 % (p=0,05) и сочетание ГПМ и МВО: 47 против 20 % (p=0,03). Фракция выброса ЛЖ была ниже у пациентов с сочетанием ГПМ и МВО по сравнению с пациентами без такого сочетания: 55 % (34–66) против 62,5 % (53–72) (p=0,01).

Заключение. Проведение тромболитической в рамках фармакоинвазивной реперфузии миокарда не повышает частоту геморрагического пропитывания миокарда по сравнению с первичным ЧКВ. При первичном ЧКВ чаще развиваются микроваскулярная обструкция и сочетание микроваскулярной обструкции с геморрагическим пропитыванием миокарда. При таком сочетании в наибольшей степени снижается ФВ ЛЖ.

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

ГАРАДЖАЕВ Я.Б., ЧАРЫЕВ Х.Э., АЛЛАБЕРДЫЕВА Б.А.

Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, г. Ашхабад. Туркменистан

Ишемия миокарда, электрическая нестабильность и дисфункция левого желудочка составляют так называемый треугольник риска внезапной смерти больных ИБС. Помимо указанных известны другие факторы риска внезапной смерти, в частности, нарушение вегетативной регуляции сердца с преобладанием симпатической активности. Важнейшим маркером этого состояния служит снижение вариабельности синусового ритма, а также увеличение продолжительности и дисперсии интервала Q-T. Снижение вариабельности ритма и удлинение интервала Q-T считаются дополнительными показателями электрической нестабильности миокарда.

Цель исследования. Изучить изменения показателей вариабельности ритма сердца у больных

инфарктом миокарда после тромболитической терапии и определить факторы прогноза внезапной коронарной смерти.

Материал и методы. В исследование включены 86 больных с острым ИМ без признаков сердечной недостаточности в возрасте 40–62 лет (в среднем $57,05 \pm 6,2$ года), госпитализированных в первые 12 ч от начала заболевания в инфарктное отделение госпиталя с НКЦ кардиологии. Из них мужчин – 56 %, женщин – 44 %. Всем больным была проведена тромболитическая терапия в первые 3–5 часов от начала заболевания.

Результаты. В нашем исследовании был проведен анализ умерших в течение 2 лет больных. В качестве конечных точек были выбраны случаи внезапной смерти. За время наблюдения за-



регистрировано 17 смертельных исходов, из них 14 (82%) внезапно, 2 (12%) от рецидивов ИМ и 1 (6%) больной умер от сердечной недостаточности.

Анализируя кривые выживаемости, было выяснено, что максимальный риск внезапной смерти сохраняется в течение первых 11 месяцев после ИМ. Это были пациенты старшей возрастной группы с более тяжелым течением ИМ.

При анализе данных Холтеровского мониторинга ЭКГ выявлено, что у больных, умерших от внезапной коронарной смерти, отмечается тенденция к учащению частоты сердечных сокращений по сравнению с больными ИМ. Сегмент ST, отражающий степень ишемии миокарда у умерших, в 3 раза выше, чем при ИМ. Также необходимо отметить, что показатель ВРС SDNN резко снижен у больных, умерших от ИМ, по сравнению с выжившими ($47,92 \pm 3,55$ и $97,21 \pm 3,78$ соответственно), что является неблагоприятным прогностическим признаком ВКС.

У больных, умерших от ИМ, наблюдалось достоверное увеличение как диастолического, так и

систолического объема левого желудочка по сравнению с выжившими больными ИМ ($p < 0,05$). Также отмечалось снижение фракции выброса по сравнению с выжившими ($39,94 \pm 11,90\%$ и $49,87 \pm 1,09\%$ соответственно). Что касается ММЛЖ, она значительно увеличена в группе умерших ($174,17 \pm 4,33$ и $216,98 \pm 54,41$ соответственно, $p < 0,05$).

Заключение. Таким образом наше исследование продемонстрировало уменьшение ВСР при нарастании тяжести проявлений заболевания. Так, в остром и подостром периодах инфаркта миокарда значения показателей, характеризующих ВСР в целом (SDNN, SDANN), были ниже при большем объеме некроза в миокарде, наличии зубца Q большей степени, при дисфункции левого желудочка (общая фракция выброса левого желудочка), наличии выраженных желудочковых аритмий и сохраняющейся ишемии миокарда.

Следовательно, ВСР является независимым и во многих случаях более сильным, чем другие, фактором, характеризующим тяжесть и прогноз заболевания, предиктором неблагоприятных исходов инфаркта миокарда.

ТРИГЕРНЫЕ ФАКТОРЫ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

ДАДАБАЕВА Н.А., ХАЛМУХАМЕДОВ Б.Т., МАХМУДОВА М.С.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан

Актуальность. Острая левожелудочковая недостаточность – синдром, возникающий внезапно, характеризуется накоплением жидкости в интерстиции и легочных альвеолах с последующим нарушением газообмена и развитием гипоксии, цианоза, удушья. Острая левожелудочковая недостаточность – грозное осложнение сердечно-сосудистых заболеваний, которое приводит к летальному исходу.

Цель исследования. Определить решающие факторы, которые способствуют развитию острой левожелудочковой недостаточности (ОЛЖН) у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ).

Материал и методы. Исследование проводилось в 1-ой клинике Ташкентской медицинской академии у 25 больных ОИМ, осложненным ОЛЖН, в возрасте 46–93 лет, в основном старше 60 лет (19 больных, 76%). Мужчин было 19, женщин 6. Гипертоническая болезнь в анамнезе у всех больных, ПИКС – у 12 (48%), сахарный диабет, у 5 (20%).

Результаты. Больные поступали в тяжелом состоянии с жалобами на загрудинную боль, сопровождающуюся одышкой, в положении ортопное с акроцианозом и холодным потом. Частота дыханий до 40 в мин., влажные хрипы в легких. Тоны

сердца приглушены или глухие, у 11 (44%) ритм галопа, акцент II тона над легочной артерией. Пульс до 120 уд.мин., фибрилляция предсердий – у 5 (20%). 21 (84%) больной поступил с артериальной гипертензией, АД превышало 180/100 мм рт.ст. у 15 (60%). У 4 (16%) больных АД было ниже 100/70 мм рт.ст., ОИМ с зубцом Q – у 8 (32%) больных, без зубца Q – у 14 (56%) и у 19 (76%) обширный, затрагивая несколько стенок левого желудочка. ОЛЖН сочеталась с кардиогенным шоком у 9 (36%) больных. Были проведены мероприятия: лазикс, морфин, внутривенно нитраты, пеногасители, оксигенотерапия, гепарин, глюкокортикостероиды и другая симптоматическая терапия. Несмотря на проведенную неотложную терапию, у 4 (16%) больных наступил летальный исход.

Выводы. Факторами высокого риска развития острой левожелудочковой недостаточности у больных острым инфарктом миокарда являются: обширность поражения миокарда, гипертоническая болезнь, артериальная гипертензия, а также постинфарктный кардиосклероз, мужской пол и возраст старше 60 лет. Течение заболевания тяжелое, требует неотложных мероприятий и может закончиться летальным исходом.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

ЖАББАРОВ А.А., МАКСУДОВА М.Х., ДУЙСЕНБАЕВА А.И.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан

Цель. Выявить эффективность тромболитической терапии (ТЛТ) у больных пожилого возраста с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКССПСТ) на догоспитальном этапе по клинической картине, электрокардиографическим изменениям и по уровню летальности.

Материал и методы. Проведено ретроспективное обследование 53 пациентов, средний возраст которых составил $65 \pm 3,4$ лет, доставленных бригадами скорой медицинской помощи (СМП) в РНЦЭМП с диагнозом ОКССПСТ за последние полгода. Критерии включения пациентов в исследование: ангинозные боли или дискомфорт в грудной клетке; стойкий (не менее 20 минут) подъем сегмента ST либо новая блокада левой ножки пучка Гиса на электрокардиограмме (ЭКГ). Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – 15 чел. (28,3%), получившие на догоспитальном этапе ТЛТ препаратом стрептокиназа, дозированным в зависимости от массы тела; 2 группа – 38 чел. (71,6%), не получавшие ТЛТ.

Результаты. Клиническая эффективность процедуры ТЛТ в первой группе по сравнению со второй группой выражалась в уменьшении болевого синдрома в области сердца в виде снижения

боли по шкале ВАШ до 0–2 баллов через 15 минут у четверти пациентов (26,6%), через 30 минут – у 11 чел. (73,3%), через 45 минут практически у всех пациентов – 14 чел. (93,3%), а также в достоверном улучшении таких клинических показателей, как ЧСС в виде урежения до $72,1 \pm 3,7$ удара в минуту; АД систолическое, которое снизилось до $128,3 \pm 7,2$ мм рт. ст.; сатурация, возросшая до $97,1 \pm 5,1\%$, и вегетативные проявления, которые прекратились после проведенной реперфузии. ЭКГ-эффективность проведенного лечения подтвердилась тем, что через 30 минут у половины пациентов – 7 чел. (46,6%), а через 60 минут – у 10 чел. (66,7%) произошло снижение сегмента ST на 50% и более. Во второй группе больных клинические и электрокардиографические изменения сохранялись вплоть до госпитализации в реанимационное отделение. Летальность на догоспитальном этапе составила 2 чел. (5,2%) от всего числа больных второй группы.

Заключение. Метод применения ТЛТ на догоспитальном этапе при ОКССПСТ является эффективным, снижающим риск развития летального исхода.

ПРОСТАЦИКЛИН-ТРОМБОКСАНОВАЯ СИСТЕМА И ТРОМБОЦИТАРНО-СОСУДИСТЫЙ ГЕМОСТАЗ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

КАТТАХАНОВА Р.Ю.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии, г. Фергана. Узбекистан

Как известно, в основе ишемической болезни сердца (ИБС) лежит повышенная склонность к тромбообразованию и сосудистым спазмам. Эти процессы находятся под регуляторным влиянием многих систем, в том числе простациклин-тромбоксановой (ПТС). Простациклин оказывает мощное антиагрегационное и коронарорасширяющее действие. Тромбоксан, напротив, является стимулятором агрегации тромбоцитов и вазоконстриктором. От количественного соотношения этих гормонов зависят реологические свойства крови и кровотока в коронарных сосудах.

Цель исследований. Изучение состояния ПТС и функций тромбоцитов у больных с острым коронарным синдромом.

Материал и методы. Обследованы 85 больных с острым коронарным синдромом в возрасте 38–65 лет. По тяжести течения больные были подразделены на II, III, IV функциональные классы (ФК). Концентрации простациклина и тромбоксана определяли по их стабильным метаболитам в крови (6-кето-ПГФ_{1α} и ТХВ2) радиоиммунологическим методом. Тромбоцитарный гемостаз был изучен по агрегационным свойствам тромбоцитов и реакции освобождения тромбоцитов по β-тромбоглобулину, определяемому радиоиммунологическим методом.

Результаты. У всех обследованных больных с острым коронарным синдромом определены выраженные нарушения функционального состояния



ПТС. Плазменный уровень тромбксана превышал в 3 раза содержание его у здоровых лиц, в то время как уровень простациклина был повышен в 2 раза. Вероятно, у больных ИБС при высоком уровне тромбксана компенсаторно усиливается синтез простациклина, являющегося физиологическим антагонистом тромбксана. Но в силу сниженной способности атеросклеротических сосудов синтезировать простациклин, это повышение недостаточно для компенсации возросшего уровня тромбксана. В итоге соотношение между простациклином и тромбксаном сдвигается в сторону преобладания тромбксана.

У больных с острым коронарным синдромом были выявлены также нарушения функции тромбоцитов, выражающиеся в повышении их агрегации и реакции освобождения.

Заключение. Таким образом, нами выявлено у больных с острым коронарным синдромом нарушение простациклин-тромбксанового равновесия, которое, возможно, является решающим фактором, ответственным как за реологические свойства крови, так и за состояние коронарного кровотока и тонуса коронарных артерий, и способствует не только возникновению, но и углублению процесса ишемии миокарда.

ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ МИОКАРДА И ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

КЕНЖАЕВ С.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Оценить взаимосвязь между жизнеспособностью миокарда и показателями диастолической функции левого желудочка при остром ИМ с подъемом сегмента ST.

Материал и методы. В исследование включили 302 больных с ОИМнST. Всем больным была проведена реперфузия миокарда. Для идентификации жизнеспособного миокарда стресс-ЭхоКГ с добутамином (СЭД) проводилась после стабилизации состояния на 3–8 сутки заболевания. Эхокардиография с изучением показателей диастолической и систолической функций миокарда ЛЖ проводилась исходно и при введении добутинамина.

Результаты. Обнаружена прямая средняя корреляционная взаимосвязь между показателями

IVRT и количеством оглушенных сегментов при СЭД ($r = -0,33$; $p < 0,05$). При проведении корреляционного анализа выявлена связь между показателями трансмитрального кровотока и регионарной систолической функцией ЛЖ (выявлена обратная средняя взаимосвязь между E/A и ИНРС при СЭД ($r = -0,66$; $p < 0,05$)).

Заключение. Таким образом, при ОИМнST изменения показателей диастолической функции ЛЖ при проведении стресс-доплер-эхокардиографии с добутамином связаны с наличием жизнеспособности миокарда. Эффективное применение методов реперфузии приводит к развитию обратимой диастолической дисфункции в области ишемического повреждения миокарда.

ДИНАМИКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕЗУЛЬТАТОВ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

КЕНЖАЕВ С.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Оценить динамики структурно-функциональных показателей ЛЖ зависимости от результатов стресс-эхокардиографии с добутамином после перенесенного ИМ.

Материал и методы. В исследование были включены 302 больных с ОИМнST в возрасте от 21 года до 70 лет (средний возраст – $56 \pm 4,3$ года). ТЛТ стрептокиназой была проведена у 198 (65%). Первичная ЧКВ выполнена у 104 (35%) больных с ОИМнST. После стабилизации

состояния больных на 3–7 сутки проводилась стресс-эхокардиография добутамином (СЭД). Двухмерная эхокардиография проводилась исходно, при введении добутинамина и через 3 мес. Через 3 месяца после перенесенного ИМ из исследования выбыли 6 человек (3 – по причине смерти, 3 – вследствие других причин). Для изучения показателей ремоделирования ЛЖ 296 больным проводилась эхокардиография через 3 месяца.

Результаты. В госпитальном периоде по результатам СЭД больные были разделены на 3 категории: 1 категория больных ($n=180$) ИМ с полным восстановлением сократимости в ответ на введение добутамина; 2 категория больных ($n=86$) ИМ с частичным восстановлением сократимости; 3 категория больных ($n=30$) с отсутствием восстановления сократимости при СЭД. 1 категория больных характеризовалась в большей степени выявлением зон оглушенного миокарда при СЭД с минимальным выявлением зон некроза миокарда. У больных 1 категории развивалось адаптивное ремоделирование. 2 категория больных ($n=62$) характеризовалась наличием миокардиального стэннинга и некроза миокарда почти в равной степени. В этой группе при введении МДД также от-

мечалось уменьшение ИНРС с 1,65 до 1,44, хотя достоверность и выраженность динамики этого показателя была меньше, чем у пациентов 1 категории. У 36 больных этой категории развился дезадаптивный, а у 26 – адаптивный тип ремоделирования ЛЖ. Больные 3 категории ($n=30$) являлись основными кандидатами для развития дезадаптивного ремоделирования ЛЖ.

Заключение. Таким образом, при ОИМ восстановления сократимости миокарда во время СЭД является предиктором развития адаптивного ремоделирования ЛЖ в постинфарктном периоде. Отсутствие миокардиального стэннинга создает условия для дезадаптивного ремоделирования и прогрессирования сердечной недостаточности.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ С Q-ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

КИЛИЧЕВ А.А.

Бухарский областной кардиологический диспансер, г. Бухара. Узбекистан

Цель. Оценить частоту встречаемости желудочковой аритмии у больных Q-волновым инфарктом миокарда (ИМ).

Материал и методы. Обследованы 87 больных мужского пола с первичным Q-волновым ИМ. Диагноз ОИМ устанавливался на основании критериев, рекомендованных ВОЗ, включающих характерные клинические, лабораторные и инструментальные методы. Эхокардиографическое и доплерографическое исследования проводились на аппарате «Sonoline Versa Pro» по стандартной методике с использованием рекомендаций Американского эхокардиографического общества. Длительная регистрация ЭКГ осуществлялась в условиях свободного режима пациента с помощью компьютерной системы «Cardio Sens+». Для характеристики желудочковых экстрасистол (ЖЭ) использовались градационная классификация B. Lown и M. Wolf (1971) и прогностическая классификация J. Bigger (1982). Согласно классификации J. Bigger, после перенесенного ИМ к потенциально опасным ЖА относили ЖЭ >10 в час, парные ЖЭ и групповые ЖЭ. Математическая обработка данных проведена с помощью программного пакета STATISTICA-6.0.

Результаты. По данным суточного мониторинга ЭКГ на 10–14 сутки у больных с Q-ИМ ЖЭ регистрировалась в 76 (88%) случаях. Из них, согласно классификации J. Bigger, ПОЖА выявлены у 37 (49%) больных. В зависимости от частоты и характера ЖЭ по результатам ХМЭКГ больные были разделены на 2 группы: первую составили 50 больных либо с отсутствием, либо с редкой до 10 в час ЖЭ, вторую – 37 с наличием ПОЖА. При анализе данных доплерэхокардиографии нами выявлены следующие варианты диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ): по I типу – у 43,7%, по II типу – у 31%, по III типу – у 25,3% пациентов. При этом в I группе больных с отсутствием или редкой ЖЭ распространенность ДДЛЖ составила 69,3, 26,0 и 4,7%, соответственно I, II и III типам ДДЛЖ. Тогда как в группе пациентов с ПОЖА частота выявляемости ДДЛЖ составила 43,5, 29,6 и 26,9%, соответственно I, II и III типам ДДЛЖ.

Заключение. У больных острым Q-ИМ выявлена взаимосвязь между потенциально опасными нарушениями ритма сердца и выраженностью диастолической дисфункции левого желудочка.



ТРОМБОФИЛИИ КАК ПРИЧИНА НЕАТЕРОТРОМБОГЕННЫХ ИНФАРКТОВ МИОКАРДА

КИСЕЛЕВА М.А., БОЛГОВА М.Ю.

*ГБУЗ Астраханской области Александрo-Мариинская клиническая больница,
г. Астрахань. Россия*

Введение. Основной причиной развития инфаркта миокарда (далее – ИМ) является атеросклеротическое поражение коронарных артерий (далее – КА), ассоциированное с различными типами дислипидемии. Все имеющиеся на сегодняшний день клинические рекомендации как европейские, так и национальные, регламентирующие тактику обследования и лечения острых коронарных событий, подразумевают именно атеротромбогенный характер поражения коронарного русла. Однако, в реальной клинической практике в структуре ИМ от 5 до 25% (по данным различных авторов) занимают ИМ, при которых по результатам ангиографии поражения коронарного русла не выявлено, либо выявляются тромбозы КА без атеросклеротического поражения сосудов. К причинам таких состояний относятся спазмы и спонтанные диссекции КА, аномалии их строения, наличие мышечных мостиков, синдром Такоцубо; микроваскулярный спазм; вирусные миокардиты; эмболии в коронарное русло и тромбофилии. На сегодняшний день реальное количество неатеротромбогенных ИМ и их структурное распределение до конца не изучены, а профилактика повторных острых ишемических событий в данной группе заболеваний не регламентирована ни одним нормативным документом. В разрозненных медицинских источниках рекомендации по лечению таких пациентов носят либо описательный характер, либо отражают личную точку зрения группы авторов. Таким образом, неатеротромбогенные ИМ требуют дальнейшего изучения как с позиций выявления их причины, тактики обследования и лечения, так и с позиций профилактики повторных острых ишемических событий, ассоциированных с выявленной патологией, и, в первую очередь, тромбофилий, составляющих до 25% в их структуре.

Цель. Изучить структуру неатеротромбогенных ИМ у больных, пролеченных в отделении экстренной кардиологии ГБУЗ АО АМОКБ за период 2015–2017 годы.

Задачи. Выявить основные причины ИМ, ассоциированные с первичной тромбофилией у больных, пролеченных в отделении экстренной кардиологии ГБУЗ АО АМОКБ с 2015 по 2017 год.

Материал и методы. Курация и ретроспективный анализ историй болезни пациентов, пролеченных в ГБУЗ АО АМОКБ с 2015 по 2017 г., с неатеро-

тромбогенными ИМ, подтвержденными данными коронароангиографии. Проведено исследование у пациентов данной группы уровня антитромбина III, протеина С, протеина S, гомоцистеина и лейденской мутации для исключения первичной тромбофилии.

Результаты. С 2015 по 2017 г. в отделении экстренной кардиологии ГБУЗ АО АМОКБ всего было пролечено 1326 пациентов с установленным ИМ. В 1270 случаях (95,8%) ИМ выполнена коронароангиография. Среди них, по данным ангиографии и проведенным дополнительным методам обследования (ЭхоКС, липидограмма, коагулограмма, определение маркеров первичной тромбофилии) в 152 случаях (12%) атеросклероз, как причина ИМ, был исключен. В группе неатеротромбогенных ИМ первичные тромбофилии составили 26 случаев (17%), составляя к общей выборке инфарктов с выполненными ангиографическими исследованиями 2%. Из них частота встречаемости тромбофилий, ассоциированных с различными видами анализируемых факторов, составила: дефицит протеина С – 9 (34,6%) дефицит протеина S – 6 (23%); гомозиготная мутация фактора V Leiden – 7 (26,9%); мутация в гене протромбина – 4 (15,4%); гипергомоцистеинемия – 8 (30,7%). В группе ИМ, обусловленных доказанной первичной тромбофилией, средний возраст составил $33,8 \pm$ лет. По гендерному признаку распределение составило: 16 мужчин (62%) и 10 женщин (38%). У 18 пациентов (69%) в анамнезе имелись тромбозы других локализаций (как артериальные, так и венозные). У 12 (46%) пациентов удалось проследить наследственную предрасположенность к данному заболеванию.

Заключение. При диагностировании неатеротромбогенных ИМ целесообразно проведение стандартных лабораторных тестов для исключения у пациента первичной тромбофилии, с учетом относительно высокой встречаемости ее в популяции. Своевременная диагностика данной патологии окажет влияние на выбор рациональной терапии и вторичной профилактики тромботических осложнений (длительный прием антикоагулянтной терапии, препаратов фолиевой кислоты и др.), способствуя оказанию благоприятного влияния как на краткосрочный, так и на долгосрочный прогноз этих пациентов.

РОЛЬ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ В РАЗВИТИИ ПОСТИНФАРКТНОГО РАЗРЫВА МИОКАРДА

КОВАЛЬЧУК Е.Ю., ПОВЗУН А.С.

ГБУ СПб НИИ СП имени И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург. Россия

Введение. В число основных факторов, формирующих прогноз исхода инфаркта миокарда, прежде всего, входят распространенность стенозирующего атеросклероза коронарных артерий, степень тромботической окклюзии их просвета, локализация и обширность некроза миокарда, однако крайне важна выраженность коморбидной патологии как сердечно-сосудистой, так и других органов и систем. Влияние коморбидной патологии на клинические проявления, диагностику, прогноз и лечение многих заболеваний многогранно и индивидуально.

Цель работы. Оценить влияние коморбидной патологии на развитие постинфарктного разрыва миокарда.

Задачи. 1. Провести клинико-эпидемиологическое исследование постинфарктных разрывов миокарда и выявить наиболее часто встречающуюся коморбидную патологию. 2. Оценить роль данной патологии, как одного из предикторов, у пациентов с первой Q-инфарктом миокарда передней локализации. 3. Оценить истинную частоту коморбидной патологии по результатам патолого-анатомического исследования.

Материал и методы. Исследование проведено на базе ГБУ СПб НИИ СП. На первом этапе исследования был проведен ретроспективный анализ 81 случая смерти от постинфарктного разрыва миокарда (из 3209 инфарктов миокарда). На втором этапе были сформированы 2 группы: основная группа (52 пациента с разрывом) и группа сравнения (50 больных с осложненным Q-инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST из числа выживших).

Результаты. У пациентов с постинфарктным разрывом миокарда статистически значимо больше встречаются хроническая сердечная недостаточность (53,1 против 25,9%) и облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (24,7 против 7,1%) ($p < 0,005$). Кроме того, у пациентов с разрывом миокарда статистически чаще присутствовала хроническая неинфекционная патология,

в том числе сахарный диабет (39,5 против 22,1%), хроническая болезнь почек (71,6 против 22,4%), хроническая обструктивная болезнь легких (11,1 против 8,4%), ожирение (23,5 против 11,0%) ($p < 0,005$). Артериальная гипертензия присутствовала в анамнезе одинаково часто. Патолого-анатомическое исследование продемонстрировало истинную частоту встречаемости той или иной патологии. Всего у 8 из 81 (9,9%) больного было по 3 коморбидных неинфекционных хронических заболевания. По 4 сопутствующих заболевания было у 19 (23,4%); по 5 – у 25 (30,8%); по 6 – у 19 (23,5%); по 7 – у 5 (6,2%); по 8 – у 2 (2,5%), по 9 – у 2 (2,5%) и у 1 пациента (1,2%) – 10 сопутствующих заболеваний.

Заключение. В исследовании продемонстрирована значимая роль ряда коморбидной патологии, которая статистически чаще встречалась в группе пациентов с развившимся осложнением инфаркта миокарда в виде разрыва миокарда, чем в контрольной группе осложненного инфаркта миокарда. Патолого-анатомическое исследование, выполненное у 81 пациента с постинфарктным разрывом сердца, показало, что наиболее часто коморбидными заболеваниями являются: артериальная гипертензия (98,8%), хроническая болезнь почек (53,1%), хроническая обструктивная болезнь легких (51,6%), сахарный диабет (45,7%), хроническая сердечная недостаточность (44,4%) и ожирение (29,6%). При этом у пациентов с постинфарктным разрывом миокарда минимальное количество коморбидных состояний составило 3, а превалировало 5–6, которые, безусловно, внесли большой вклад в развитие постинфарктного разрыва миокарда. В связи с чем комбинация вышеперечисленных заболеваний может служить значимым фактором развития постинфарктного разрыва миокарда, что в совокупности с другими предикторами дает возможность выделить группу пациентов с потенциально высоким риском развития данного осложнения.



НАРУШЕНИЯ ПРОЦЕССОВ ПЕРОКСИДАЦИИ И ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

КОДИРОВА Г.И., ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А., ТАШТЕМИРОВА И.М., ВАХАБОВ Б.М.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Инфаркт миокарда остается одной из ведущих причин смерти и инвалидизации лиц трудоспособного возраста. Успехи в лечении инфаркта миокарда связаны с разработкой современных принципов реабилитации. В настоящее время главным направлением в профилактике и лечении хронических патологических процессов является иммуно-реабилитация.

Цель работы. Изучение взаимосвязи нарушений иммунного статуса и процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) у больных инфарктом миокарда (ИМ).

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 28 больных в возрасте от 30 до 65 лет, страдающих ИБС. Инфаркт миокарда, острая стадия. 28 больных были рандомизированы на 2 группы с учетом поставленного диагноза. У 10-ти больных была диагностирована ИБС.QMI; у – 18 больных ИБС.NQMI. Контрольную группу составили 10 относительно здоровых лиц в возрасте 20–45 лет.

Для определения в плазме крови иммуноглобулинов использовали метод радиальной иммуно-диффузии в геле в модификации Манчини.

Результаты исследования. Уровни интерлейкина-6 у больных ИБС.QMI показатель составил $115,4 \pm 5,3$ Пкг/мл, а у ИБС. NQMI – $92,4 \pm 4,0$ Пкг/мл. В контрольной группе показатель ИЛ-6 составил $26,6 \pm 1,2$ Пкг/мл.

Показатели ПОЛ во всех исследуемых группах достоверно отличались от таковых в контроль-

ной группе. В контрольной группе уровень малонового диальдегида (МДА) – вторичного продукта ПОЛ, колебался в пределах 2,1–4,4 нмоль/мл, в среднем $3,6 \pm 0,5$ нмоль/мл. В группе больных ИБС. NQMI отмечается статистически достоверное повышение уровня МДА на 72,2% по отношению к контрольной группе ($p < 0,001$). В группе ИБС.QMI отмечается повышение уровня МДА на 116,6% по отношению к показателям контроля ($p < 0,001$). Биологические эффекты интерлейкина-6 – участие в развитии воспалительных и иммунных реакций, а также в регуляции межсистемных взаимодействий. Обеспечивает взаимоотношения между вегетативной и иммунной системами. Исследования показали, что увеличение содержания в крови ИЛ-6 у больных ИБС.QMI коррелировало с тяжестью клинических проявлений.

Заключение. Участие медиаторов иммунного воспаления в схеме заболевания расширяет «базу терапевтического вмешательства» и открывает новые перспективы для повышения эффективности лечения. Уже сейчас серьезно обсуждаются пути воздействия на цитокиновое звено. И не исключено, что вскоре антицитокиновые препараты станут таким же обычным средством лечения больных ИМ. В ходе исследования выявлено значительное изменение процессов ПОЛ при ИМ, что говорит о важной роли этих показателей в патогенезе ИБС и атеросклероза.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА CYP2C19*2 И АССОЦИАЦИЯ С ФАКТОРАМИ РИСКА, АНАМНЕСТИЧЕСКИМИ ДАННЫМИ, КЛИНИЧЕСКИМИ СОБЫТИЯМИ И ИСХОДАМИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

КУРУПАНОВА А.С., ЛАРЕВА Н.В.

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита. Россия

Введение. Двойная антитромбоцитарная терапия является стандартом медицинской помощи пациентам, подвергающимся чрескожному коронарному вмешательству (ЧКВ) или пациентам с острым коронарным синдромом. Однако, несмотря на ее применение, почти у 10% пациентов случаются неблагоприятные кардиоваскулярные события. Наличие таких событий может объясняться фармакогенетикой метаболизма клопидогреля. Наличие аллельного варианта CYP2C19*2 ведет к снижению трансформации клопидогреля у здо-

ровых людей и у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Цель исследования. Определить частоты полиморфизмов гена CYP2C19*2 у мужчин и женщин с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКССПST), ассоциацию генотипов с факторами риска, анамнестическими данными, клиническими событиями и исходами.

Материал и методы. В исследование включены 75 мужчин и 75 женщин с диагнозом ОКССПST, поступивших в Региональный сосудистый центр

Краевой клинической больницы г. Читы. Средний возраст мужчин составил 58 [49; 63], женщин 64 [58; 68], $p < 0,0001$. Всем пациентам было проведено молекулярно-генетическое исследование для определения SNP в гене CYP2C19*2 (G681A). Анализ генетического полиморфизма проводили методом полимеразной цепной реакции «SNP-экспресс» в режиме реального времени. В работе использованы стандартные наборы праймеров НПФ «Литех» – «SNP-экспресс-РВ». Обследование и лечение больных проводилось в соответствии со стандартами и клиническими протоколами, всем пациентам проводилась коронароангиография (КАГ) с последующей реваскуляризацией при необходимости. Через один год оценивали прогноз с учетом следующих комбинированных конечных точек (ККТ). Первичная ККТ включала случаи фатальных сердечно-сосудистых событий (фатальный ИМ в стационаре, фатальный повторный ИМ). Вторичная ККТ охватывала проведение пациентам реваскуляризации по показаниям (коронарное шунтирование, ЧКВ), госпитализации по поводу ухудшения течения ИБС. Для сравнения двух независимых выборок применяли хи-квадрат и критерий Фишера при ожидаемом явлении менее 5. Статистическая обработка проведена с помощью программы «STATISTICA 10,0».

Результаты. В ходе исследования полиморфизм G681A был установлен у 1 мужчины (1,3%) и у 4 женщин (5,3%). Генотип GA был выявлен у 14 мужчин (18,7%) и у 9 женщин (12%), аллельный вариант GG – у 60 (80%) мужчин и 62 (82,7%) женщин. Разницы генотипов в изучаемом гене между мужчинами и женщинами не установлено. При сравнении расчетных частот генотипов с полученными в исследовании статистически значимых различий не выявлено в обеих группах, что говорит о соответствии закону Харди – Вайнберга. Анализировалась связь аллеля A и таких факторов риска, как наследственность, артериальная

гипертензия, достижение целевого АД при приеме гипотензивной терапии, сахарный диабет, такие анамнестические данные, как перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения, перенесенный инфаркт миокарда (ИМ), перенесенное ЧКВ, связь с симптомзависимой артерией по КАГ в настоящую госпитализацию. В группе женщин была выявлена ассоциация аллеля A с достижением целевого АД ($n=12$, $p=0,002$), ИМ в анамнезе ($n=5$, $p=0,038$), с ранее проводимым ЧКВ ($n=3$, $p < 0,001$), с симптомзависимыми артериями: правой коронарной ($n=2$, $p=0,002$), огибающей ветвью ($n=6$, $p=0,0003$). В группе мужчин с этими же факторами риска не было обнаружено связи с данным аллелем. Также проводился анализ связи аллеля A гена CYP2C19*2 и клинических событий (отек легких, кардиогенный шок, пароксизм фибрилляции предсердий, желудочковые нарушения ритма, полная AV-блокада, тромбоз стента), конечных точек. В группе мужчин была выявлена ассоциация изучаемого аллеля с тромбозом стента ($n=2$, $p=0,009$). В группе женщин была найдена связь со вторичной конечной точкой ($n=1$, $p=0,04$). Также наблюдается тенденция связи с первичной конечной точкой ($n=1$, 2,7%, $p=0,08$).

Заключение. Таким образом определена распространенность полиморфизма G681A среди пациентов с ОКССПСТ у жителей Забайкальского края, найдена его ассоциация у женщин с достижением целевого АД, с перенесенным ИМ в анамнезе, ранее проводимым ЧКВ, с поражением правой коронарной артерии, огибающей ветви как симптомзависимой. Также наблюдалась ассоциация с тромбозами стента во время госпитализации у мужчин, с первичной конечной точкой у женщин, тенденция взаимосвязи со вторичной конечной точкой у женщин. На основании полученных данных можно говорить о том, что отмечается разное влияние данного полиморфизма у мужчин и женщин.

БЛОКАДА ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА И НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

МАДАЛИЕВ А.У., БАЙКУЗИЕВ У.К., МАХМУДОВ Н.И.

*Ферганский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи;
Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии, г. Фергана. Узбекистан*

Цель исследования. Оценка неблагоприятных исходов (смерть и случаи инфаркта миокарда (ИМ)) у больных с нестабильной стенокардией (НС) в сочетании с блокадой левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ).

Материал и методы. Объект исследования – тестовая группа из 56 пациентов с НС и БЛНПГ и контрольная группа – 310 пациентов с НС без

БЛНПГ. Место подбора – кардиологическое отделение ФРНЦЭМП.

Динамический тип исследования в течение 5 дней пребывания в стационаре. Критерии включения в тестовую группу: пациенты с НС и БЛНПГ. Критерии исключения: синдром WPW, гиперкалиемии, желудочковый и узловой ритм сердца, искусственный водитель ритма, по-



роки сердца, операции по реваскуляризации миокарда. НС диагностировали согласно рекомендациям обществ ACCF/AHA (2012). Диагноз НС устанавливали через 12 часов после начала болевого синдрома, при отсутствии признаков ИМ. Критерии БЛНПГ – рекомендации American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee (2009). Неблагоприятный исход оценивали, как случаи смерти и инфаркта миокарда за период настоящей госпитализации.

Результаты. В тестовой группе пациентов умерли 5 пациентов (9,8%), что в 3,7 раза чаще, чем в контрольной группе – 8 (2,6%). Средний срок

жизни пациентов тестовой группы составил 4,7 суток, время дожития (время жизни в стационаре – 75% пациентов) составило 10. Средний срок жизни пациентов в контрольной группе был 5,2 суток, а время дожития 5. ИМ в тестовой группе зарегистрирован у 7 пациентов, что 2,6 раза чаще, чем в контрольной – 17 пациентов.

Заключение. При БЛНПГ у пациентов с НС смертность в 3,7 раза выше и риск развития ИМ в 2,6 раза больше, чем при НС без БЛНПГ. При НС и БЛНПГ средний срок жизни в стационаре и время дожития меньше на одни сутки, чем при НС без БЛНПГ.

ОЦЕНКА РИСКА СМЕРТИ ПО ШКАЛЕ GRACE СРЕДИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ ST ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА

МАДАЛИЕВ А.У., БАЙКУЗИЕВ У.К., МАХМУДОВ Н.И.

*Ферганский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи;
Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии, г. Фергана. Узбекистан*

Регистр острого коронарного синдрома (ОКС) – это проспективное эпидемиологическое исследование. Регистр ОКС позволяет оценивать качество медицинской помощи больным с ОКС и судить о результатах и исходах его лечения. Также Регистр дает возможность оценить риск смерти у больных с ОКС по шкале GRACE. Стратификация риска в шкале GRACE основана на клинических характеристиках (возраст, частота сердечных сокращений, систолическое артериальное давление, степень сердечной недостаточности по классификации Killip, наличие остановки сердца на момент поступления пациента), оценке изменений на ЭКГ и биохимических маркеров (кардиоспецифические ферменты, уровень креатинина сыворотки). Подсчет баллов по шкале GRACE возможно выполнить либо вручную либо при помощи автоматического калькулятора.

Риск, оцениваемый по шкале GRACE, принято интерпретировать как:

1. Низкий риск – смертность менее 1% (при расчете при помощи автоматического калькулятора), количество баллов (при выполнении расчетов вручную) – менее 109.

2. Средний риск – смертность от 1 до 3% (при расчете при помощи автоматического калькулятора); количество баллов (при выполнении расчетов вручную) – от 109 до 140.

3. Высокий риск – смертность более 3% (при расчете при помощи автоматического калькулятора); количество баллов (при выполнении расчетов вручную) – более 140.

Цель. Оценить риск госпитальной и 6-ти месячной смерти среди больных с ОКСпST по данным ФФРНЦЭМП.

Материал и методы. Оценивались данные регистра ФФРНЦЭМП за два периода 2016–2017 гг. и 2017–2018 гг. Количество больных с ОКСпST, у которых достаточно данных для расчета риска госпитальной смерти по шкале GRACE, в 2016 г. составило 190 чел., в 2017 г. – 251, т.е. 86,2 и 85,9% от всех больных с ОКСпST соответственно. Число больных с ОКСпST, у которых было достаточно данных для оценки риска 6-ти месячной смерти по GRACE, в 2016–2017 гг. составило 194 чел. (86,6%), в 2017–2018 гг. – 254 чел. (86,9%).

Результаты. В 2017–2018 гг. среди больных с ОКСпST доля больных с низким риском госпитальной смерти по шкале GRACE составила 38,3%, со средним риском – 41,5%, с высоким – 20,2%. В 2016–2017 гг. удельный вес больных с ОКСпST с низким риском госпитальной смерти составил 40,7%, со средним риском – 40,2%, а с высоким – 19,1%. Доля больных с ОКСпST с низким риском 6-ти месячной смерти по шкале GRACE в 2009–2010 гг. составила 71,7%, со средним риском – 17,0%, с высоким – 11,3%. В 2011–2012 гг. удельный вес больных с ОКСпST с низким риском 6-ти месячной смерти по шкале GRACE был равен 72,8%, со средним – 20,5%, а с высоким – 6,7%.

Выводы. За анализируемые периоды времени среди больных с ОКСпST практически не менялся удельный вес пациентов с низким, средним и высоким риском госпитальной смерти по GRACE, который составил 38,3/40,7, 41,5/40,2 и 20,2/19,1%, соответственно. При оценке риска 6-ти месячной смерти по шкале GRACE среди больных с ОКСпST преобладали пациенты с низким риском (71,7/72,8%), доля больных со средним риском несколько возросла (с 17,0 до 20,5%), с высоким – уменьшилась вдвое (с 11,3 до 6,7%).

НАБЛЮДЕНИЕ ИДЕНТИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ СЛУЧАЕВ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ОПРЕДЕЛЕННЫЙ ПРОМЕЖУТОК

МАДАЛИЕВ А.У., БАЙКУЗИЕВ У.К., МАХМУДОВ Н.И.

**Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи;
Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии, г. Фергана. Узбекистан**

Актуальность. По факту, что человечество за свою эволюцию перетерпело большие изменения в организме человека параллельно изменениям земного шара, природы, экологии, биосферы. Организм человека и его физиологическое состояние, протекающие заболевания имеют сезонность, в том числе биоритмы и суточные ритмы. Сезонные метеорологические и суточные изменения значительно влияют на увеличение уровня показателей сыворотки крови, зачастую отмечаются колебания показателей общего холестерина, активности коагуляционной системы крови, что в свою очередь влияет на состояние сердечно-сосудистой системы. Климат Узбекистана относится к резко континентальному. Лето жаркое, зима холодная. В связи этим, исследования сезонности важны для подготовки к обращению больных с инфарктом миокарда, которые увеличивается на пике температурных перепадов погоды, что имеет особое значение для планирования оказания качественной помощи, удовлетворяющей потребности населения, особенно при развитии малоинвазивной медицины.

Цель. Изучить частоту обращаемости больных с инфарктом миокарда за январь и февраль месяцы по идентичной локализации по ЭКГ и ЭхоКГ.

Материал и методы. В течение января – февраля месяцев 2018 года количество обращаемых с диагнозом ИМ – 72. Средний возраст больных $58,4 \pm 1-2$ года. Медиана наблюдения – 2 месяца за 2018 год, конечная точка обращаемости с инфарктом миокарда – к январю 2018 года. Исключены обращения ОКС с трансформацией на нестабильную стенокардию и стабильную стенокардию. Статистический анализ проведен на базе архивных данных и отчетности по ИМ за I кв. 2018 года ФРЦЭНМП.

Результаты исследования. Выявление наличия связи ежемесячной частоты обращаемости в связи с ИМ при помощи диагностики локализации ИМ по ЭКГ и ЭхоКГ, статистических анализов и отчетности. Вначале изучалась равномерность распределения частоты обращения по месяцам, по локализации ИМ в стенках левого желудочка сердца; наблюдаемые частоты обращения с ИМ по нижней стенке левого желудочка сердца отличаются от ожидаемых, и изучаемая локализация ИМ имеет пиковый характер в январе 2018 года. При изучении частоты случаев нижней локализации левого желудочка сердца ИМ по месяцам отмечен максимальный уровень в январе – 24 больных от всех зарегистрированных случаев, из них 19 больных с ИМ по нижней локализации левого желудочка сердца, в февраля 30 больных, из них 11 случаев по нижней стенке ЛЖ сердца. Выявлены критические месяцы по максимальному количеству зарегистрированных месяцев случаев ИМ: январь, а также помесечная зависимость количества случаев обращения ИМ (январь 2010 г., 2011 г., 2012 г., 2013 г. – 60%; 2014 г. – 64%; 2015 г. – 67%; 2016 г. – 68%; 2017 г. – 70%). При изучении частоты случаев ИМ по месяцам (календарные) достоверно отмечен рост.

Заключение. Очевидно, что существует корреляционная связь между частотой возникновения ИМ по нижней стенке левого желудочка сердца: в определенные месяцы года число случаев ИМ достигает своего максимума. Для выявления критических месяцев по риску возникновения ИМ необходимо проведение подобного исследования исходя из уровней заболеваемости ИМ инфарктзависимых коронарных сосудов.

СМЕРТНОСТЬ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В КЛИНИКО-ПАТОЛОГИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ

МАМУТОВ Р.Ш., УРИНОВ О.У.

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан**

Цель исследования. Изучение догоспитальной внезапной смерти от острого инфаркта миокарда в клинко-патологическом аспекте в одном из районов г. Ташкента.

Материал и методы. Проведена выборка больных, умерших внезапной смертью от ОИМ в Мирзо-Улугбекском районе г. Ташкента. Анализировались клинко-патолого-анатомические особенности до-



госпитальной внезапной смертности от ОИМ. Клинико-патолого-натомическому исследованию подверглись 107 умерших догоспитально. Проведены клинико-патолого-анатомический анализ, сопоставление хронической и острой патологии коронарной артерии (КА) и миокарда с наличием или отсутствием прижизненных проявлений ИБС, редукция площади поперечного сечения просвета по меньшей мере одной КА на 50% и более с наличием или отсутствием в них старых тромботических образований и/или рубцовых и острых ишемических регионарных повреждений миокарда.

Результаты. По результатам исследования из 107 умерших на догоспитальном этапе в течение первых 60 мин. от начала симптомов терминального сердечного приступа в 59,8% выявлена (ВКС), у остальных – 40,2% смерть наступила в период от 1 до 6 ч. Догоспитальная внезапная коронарная смерть в 89,7% (n=96) случаев была связана с острым инфарктом миокарда, в остальных 10,2% (n=11) – с диссеминированными микро-некрозами миокарда.

В большинстве (70,8%) случаев смерть наступила на ранних стадиях формирования инфаркта миокарда, в 29,2% – уже при сформировавшемся ИМ, в основном при наличии морфологических признаков острой левожелудочковой недостаточности альвеолярного отека легких (75,7%).

В 81,3% случаев умерших инфаркт миокарда был обусловлен острой патологией коронарных артерий, такой как разрыв или эрозия эндотелия стенозирующей атеросклеротической бляшки с наложением интрамурального и/или внутрисосудового тромбоза.

Из 107 внезапно умерших при морфологическом исследовании у 91,6% были выявлены обструктивные поражения (атеросклеротические стенозы и тромботические окклюзии) по меньшей

мере, в одной из четырех магистральных коронарных артерий. В 90,7% случаев сужение просвета артерии было одновременно в двух артериальных стволах. При наличии значительного стеноза одной или двух магистральных артерий в остальных имелись умеренные поражения атеросклеротического характера. Тромботические окклюзии были обнаружены в 85,9% от числа всех случаев: из них обтурирующие – в 44,8%, не обтурирующие – в 28,7%, микротромбы – 11,2%, в 14,0% тромбы отсутствовали. Все описанные выше характеристики обструктивных поражений коронарных артерий в случаях «возможного» и «определенного» инфаркта существенно не различались, за исключением тенденции к увеличению частоты ($p < 0,05$) острого тромбоза в группе «определенного» инфаркта (78 и 96% соответственно).

Очаги субституционного фиброза (мелкоочаговый фиброз и очаги постинфарктного рубца) миокарда обнаружены в 72,9% (n=78) наблюдений, из них постинфарктные рубцы (очаги диаметром 0,5 см и более) – в 69,4%, в мелкоочаговый фиброз – в 30,1% случаев. Характеристика субституционного фиброза миокарда по категориям «определенного» и «возможного» инфаркта миокарда полностью совпадает.

Выводы: В течение первых 60 мин. от начала симптомов терминального сердечного приступа в 59,8% выявлена ВКС, у остальных – 40,2% смерть наступила в период от 1 до 6 ч. Догоспитальная внезапная коронарная смерть в 89,7% случаев была связана с острым инфарктом миокарда, в остальных 10,2% – с диссеминированными микро-некрозами миокарда. При морфологическом исследовании обструктивные поражения (атеросклеротические стенозы) коронарных артерий были выявлены в 91,6%, тромботические окклюзии – в 85,9% случаев.

ЎТКИР КОРОНАР СИНДРОМ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ МАВЖУД БЕМОЛЛАРДА ЮРАК ЭКТОПИК АКТИВЛИГИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

ОЧИЛОВА Д.А., ХУСАНОВ С.А.

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро. Ўзбекистон

Артериал гипертония (АГ) асорратланиши ва ўлим кўрсаткичининг юқорилиги билан дунёнинг барча мамлакатларида муҳим тиббий-ижтимоий муаммолигича қолмоқда. АГ нинг ўлимга олиб келувчи асоратларининг асосини миокард инфаркти (МИ) ташкил қилади. МИ ўтказган беморларда ҳаётга хавф солувчи аритмиялар натижасида тўсатдан юзага келадиган ўлим хавфи деярли 6 марта юқорироқ.

Мақсад. Миокард инфаркти ўтказган беморларда ЭКГни холтер мониторинг олиш орқали миокарднинг эктопик активлиги хусусиятларини аниқлаш

Материал ва услублар. Тадқиқотларда анамнезида 48–67 ёшдаги (ўртача ёши $56 \pm 6,2$) МИ ўтказган 38 нафар I–III даражали АГси бор беморлар ва 25 нафар (ўртача ёши $58,5 \pm 5,7$) I–III даражали АГси бор МИ ўтказмаган беморлар иштирок этдилар. Беморларнинг барчасида ЭКГни сутка

давомида холтер мониторинг (ХМЭКГ) ва артериал қон босимининг суткалик мониторинги (АБСМ) ўтказилди. Натижалар статистик усулда таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари таҳлили: Олдинги девор МИ ўтказган беморларда кўпроқ политоп қоринча усти экстрасистолияси (ҚУЭС) 42,6% аниқланди. Орқа девор инфарктларини ўтказган беморларда политоп ҚУЭС 18,3%ни ташкил этди. Қоринчалар экстрасистолиясини (ҚЭС) таҳлили шуни кўрсатдики, олдинги девор МИ ўтказган беморларда кўпроқ бигемения типигаги ҚЭС (36,6%), политоп ҚЭС (32,8%) ва қўш ҚЭ (25,4%) учради. Орқа девор МИ ўтказган беморларда бу кўрсаткичлар мос равишда 17,5%, 20,8% ва 12,2%ни ташкил қилди. МИ ўтказмаган АГ бор беморларда кўпроқ монотоп ҚУЭСнинг учраши кайд

қилинди. МИ ўтказмаган беморларда АГ даражаси ошиб бориши билан ЭС частотаси ва аҳамияти ортиб боради. АБСМ натижаларига кўра қон босимининг тунги пасайиш даражаси МИ ўтказган беморларда сезиларни камайиши (нон-диппер – 45,3%) ва ортиб кетиши (овер-диппер – 28,4%) кузатилди. МИ ўтказмаган гипертоникларда қон босимининг тунги пасайиш даражаси меъёрий кўрсаткичга эга экани (диппер – 72,8%) экани кўпроқ кузатилди. Меъёрдан кам пасайиши ва ортиқча пасайиши (13,9% ва 9,6% мос равишда) камроқ аҳамият касб этди.

Хулоса. Анамнезида МИ ўтказган артериал гипертонияси мавжуд беморларда ҳаётга хавф солувчи ҚУЭС ва ҚЭС учраш частотаси сезиларли даражада юқори ва бу беморларнинг реабилитациясида муҳим аҳамиятга эга.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО И ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

ПУЛАТОВА Ш.Х., САФАРОВ Н.Ш., ТУХТАЕВ А.А.

Бухарский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Бухара. Узбекистан

Цель исследования. Оценить отдаленную трехлетнюю летальность больных инфарктом миокарда (ИМ) среднего и пожилого возраста, получавших консервативную и интервенционную терапию.

Материал и методы. Проанализированы истории болезни 332 больных инфарктом миокарда среднего и пожилого возраста, пролеченных в РНЦЭМП Бухарского филиала в отделении Кардиотерапевтической реанимации и неотложной кардиологии и терапии в 2015–2016 гг., в том числе 214 мужчин (55,8%) и 118 женщин, в возрасте от 33 до 75 лет (средний возраст – 59,8 ± 11,7 года). Для диагностики инфаркта миокарда использовали критерии национальных рекомендаций ВНОК по диагностике и лечению ОКС с подъемом и без подъема ST. Пациенты были распределены на группы: 1 группа – больные ИМ, которым в острый период проведено ЧКВ с установкой коронарного стента – 29 пациентов, средний возраст – 57,1 ± 12,1 лет, в том числе: в возрасте до 60 лет – 21 больной, средний возраст – 49,2 ± 11,2 лет, 60–74 года – 8 человек, средний возраст – 3,5 ± 10,4 лет; 2 группа (контрольная) – больные ИМ, получившие консервативную терапию, – 303 человека, средний возраст – 60,6 ± 11,3 лет, в том числе: до 60 лет – 130 человек, средний возраст – 51,4 ± 11,6 лет, 60–75 лет – 173 человека, средний возраст – 67,4 ± 11,3 лет. Группы сопоставимы

по возрасту, тяжести ИМ, степени сердечной недостаточности, наличию сопутствующих заболеваний. Сравнение количественных величин при нормальном распределении проводили с использованием t-критерия Стьюдента. При сравнении разницы долей использовался z-критерий. Для всех проведенных анализов различия считали достоверными при двустороннем уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. Смертность больных за 3 года наблюдения, включая госпитальную летальность, составила: в 1 группе – 6,4% (3 умерших), в том числе в возрастных периодах: до 60 лет – 0, 60–74 года – 12,5% (1 умерший); во 2 группе – 26,7% (105 умерших), в том числе в возрастных периодах: до 60 лет – 17,7% (23 умерших), 60–74 года – 28,3% (49 умерших). Смертность больных ИМ среднего и пожилого возраста за 3 года наблюдения ниже у пациентов, получивших коронарное стентирование ($p = 0,02$).

Выводы. Чрескожное коронарное вмешательство с установкой коронарного стента улучшает отдаленную выживаемость пациентов среднего и пожилого возраста по сравнению с больными, получавшими лишь консервативное лечение. Влияние данного вмешательства у больных старше 75 лет нуждается в дальнейшем изучении.



РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТ ST В СРЕДНЕОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В РАЗНЫЕ СРОКИ ГОСПИТАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

САНДОДЗЕ Т.С., КОСТЯНОВ И.Ю., ВАСИЛЬЕВ П.С., ЦЕРЕТЕЛИ Н.В., СЕМИТКО С.П., ИОСЕЛИАНИ Д.Г.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет);
«Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии», г. Москва. Россия

Цель. Сравнить результаты рентгенэндоваскулярной реперфузии миокарда у пациентов с ОИМ без подъема сегмента ST, выполненной в разные сроки от начала заболевания.

Материал и методы. В исследование был включен 141 пациент. В зависимости от времени реваскуляризации миокарда пациенты были разделены на три группы. Первая группа – 49 пациентов, реваскуляризация в первые 24 часа после начала ангинозного приступа; вторая группа – 45 пациентов, реваскуляризация между 24 и 72 часами после начала заболевания; третья группа – 47 пациентов, реваскуляризация на 7–14 сутки от начала заболевания. По шкале GRACE подавляющее большинство пациентов были в группе среднего риска (GRACE 109–140). Средний возраст составил $67 \pm 8,3$, $69 \pm 9,1$ и $66,8 \pm 9,3$ лет соответственно ($p > 0,05$). При поступлении ФВ ЛЖ в среднем была равна $54,6 \pm 8,3$, $54,9 \pm 6,5$ и $57,7 \pm 7,8$, в каждой группе соответственно ($p > 0,05$). Примерно у половины больных в изученных группах имело место поражение трех коронарных сосудов (42,86, 48,89 и 48,9% соответственно). Суммарная тяжесть поражения коронарного русла, рассчитанная по шкале SYNTAX Score, составила $16,67 \pm 7,99$, $16,07 \pm 6,3$ и $14,9 \pm 5,7$ соответственно ($p > 0,05$). Всем пациентам выполнялась только реваскуляризация инфаркт-ответственной артерии (ИОА). Летальных исходов на госпитальном этапе не было.

Результаты в среднетотдаленном периоде. В отдаленном периоде были обследованы 128 пациентов. Срок повторного стационарного обследо-

вания составил по группам: $11,2 \pm 1,1$, $11,5 \pm 1,4$ и $10,9 \pm 1,9$ месяцев. Возврат стенокардии был у 6,1% (3), 11,8% (8), 14,5% (7) и ($p > 0,05$) пациентов соответственно. Повторный ИМ в период наблюдения перенесли 7 пациентов (4,1% (2), 4,4% (2) и 6,5% (3) соответственно). Смертность от повторного ИМ составила в первой группе 2% (1), в третьей – 2,2% (1). Прирост ФВ ЛЖ составил 5,6, 3,6 и 1,7% соответственно. Увеличение показателей ФВ ЛЖ было отмечено во всех группах, однако в первой группе эти показатели достоверно выше. При контрольной коронарографии в четырех случаях (3,1%) был выявлен тромбоз стентов. Частота in-stent стеноза составила 6,3% (8 больных).

Выводы. Анализ полученных результатов показал, что по клиническому течению заболевания после выполненных процедур нет достоверной разницы между больными, которым рентгенэндоваскулярная процедура была выполнена urgently, в первые часы заболевания, и теми, кому эта процедура выполнялась спустя несколько суток, вплоть до 15 дней после начала заболевания. В то же время функциональная способность левого желудочка выглядит предпочтительнее у пациентов, которым процедура выполнялась в ранние сроки заболевания. Следовательно, чем раньше будет выполнена процедура рентгенэндоваскулярной реваскуляризации миокарда у больных с ОИМ без подъема сегмента ST, тем выше вероятность сохранения жизнеспособности большей части миокарда и тем самым улучшения функциональной способности левого желудочка.

ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

СОТНИКОВ А.В., ГОРДИЕНКО А.В., НОСОВИЧ Д.В., КУДИНОВА А.Н.

ФГБВОУВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МЗ РФ,
г. Санкт-Петербург. Россия

Введение (цели/задачи). Сравнительная оценка частоты наблюдения факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и сопутствующей патологии у мужчин моложе 60 лет с легочной гипертензией (ЛГ) и нормальным давлением в малом круге кровообращения в подострый период инфаркта миокарда (ИМ) для уточнения мер профилактики.

Материал и методы. Изучены результаты обследования и лечения в стационарах г. Санкт-Петербурга 454 мужчин моложе 60 лет по поводу ИМ за период 2000–2015 гг. По данным анамнеза заболевания, никто из обследованных не имел ЛГ до развития первичного ИМ. У всех пациентов регистрировали скорость клубочковой фильтрации (СКД-EPI) 30 и более мл/мин/1,73 м². При работе

с пациентами подробно выявляли факторы, способствующие развитию заболевания или провоцирующие его возникновение. Пациентов разделили на две группы: с ЛГ (среднее давление в легочной артерии (по А. Kitababatake) – 25 и более мм рт.ст. в конце третьей недели заболевания – 274 пациента, средний возраст $51,0 \pm 6,0$ лет и нормальное давление в малом круге кровообращения – 180 пациентов, $50,7 \pm 6,9$ лет; $p=0,9708$, (среднее давление в легочной артерии (по А. Kitababatake) менее 25 мм рт.ст. в этот же период). Показатели сравнивали на основе критериев Манна–Уитни, Хи-квадрат. Достоверными признавали различия при уровне значимости (p) менее 0,05.

Результаты. Структура основных факторов риска ССЗ у больных с ЛГ отличалась большей частотой выявления артериальной гипертензии (АГ) (72,6 и 61,7% соответственно, $p=0,0328$), и хронической сердечной недостаточности (ХСН) в анамнезе (45,6 и 30,0%; $p=0,0039$). При ЛГ оказались выше: доля АГ давностью более семи лет (43,8 и 33,9%; $p=0,0328$) и максимальные значения систолического ($173,5 \pm 28,6$ и $167,9 \pm 29,1$ мм рт.ст.; $p=0,0316$) и диастолического ($102,2 \pm 12,3$ и $99,9 \pm 12,0$ мм рт.ст.; $p=0,0212$) артериального давления. При длительности клинического анамнеза АГ менее семи лет ее частота, как и доля кризового течения, не отличалась в изученных группах. Пациенты с ЛГ характеризовались большей частотой выявления ХСН в анамнезе давностью как менее года (24,1 и 16,1%), так и более его (21,5 и 13,9%; $p=0,0039$). Частота курения в целом не отличалась в изученных группах, однако у пациентов с ЛГ доля использования дешевых сортов табака (папирос и сигарет без фильтра)

оказалась выше (15,7%), чем в контрольной группе (12,8%; $p=0,0388$). У пациентов с ЛГ чаще наблюдали длительное (более 10 лет) ожирение (17,5 и 12,2%; $p=0,0299$). Помимо этого, у них обозначалась тенденция к большей частоте ожирения III степени (5,1%) в сравнении с контрольной группой (3,3%; $p=0,7311$). Частота выявления сахарного диабета (18,2 и 20,6%), метаболического синдрома (15,0 и 18,3%), гиподинамии (82,8 и 80,0%), дисфункции почек (11,9 и 16,0%), аритмий в анамнезе (24,8 и 20,0%), заболеваний легких (21,2 и 27,8%), пищеварительной системы (38,7 и 38,9%), очагов хронических инфекций (60,9 и 65,0%), наследственной отягощенности по ИБС (30,7 и 35,0%) и АГ (48,9 и 46,7%) значимо не отличались в сравниваемых группах. У пациентов с ЛГ чаще наблюдали связь ухудшения ИБС с респираторной инфекцией (22,3 и 10,6%; $p=0,0014$) и сезоном года (55,5 и 40,6%; $p=0,0019$), а также частые простудные заболевания (18,6 и 11,1%; $p=0,0313$). При ЛГ реже, чем в общей группе, регистрировали злоупотребление алкоголем (23,7 и 36,1%; $p=0,0043$), риск профессиональной патологии (3,6 и 10,6%; $p=0,0031$), желче- (4,7 и 11,1%), мочекаменную болезни (9,9 и 11,7%) и подагру (1,5 и 2,2%; $p=0,0496$). По частоте атерогенных дислипидемий, концентрации фракций липидов и уровня гликемии значимых отличий в сравниваемых группах не получено.

Заключение. Для профилактики ЛГ в конце подострого периода ИМ у обследованных наиболее значимыми оказались: борьба с курением, своевременная коррекция массы тела, АГ, ХСН, защита от простудных заболеваний и воздействия холода.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕПЕРфуЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

СУЛЕЙМАНОВА А.Р.¹, САЙФУТДИНОВ Р.И.¹, ЗАХАРОВ С.А.², БУГРОВА О.В.¹

¹ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава РФ;

²ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая больница», г. Оренбург. Россия

Введение. Острый коронарный синдром (ОКС) – термин, обозначающий любую группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию. Это понятие включает в себя термин ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСпST). Основной тактикой при ОКСпST является реперфузионная терапия, включающая в себя тромболитическую терапию (ТЛТ) и чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ).

Цель работы. Оценить эффективность различных методов реперфузионной терапии при ОКСпST по срокам госпитализации.

Материал и методы. Проанализированы данные 351 пациента в возрасте от 33 до 86 лет с

ОКС, с подъемом сегмента ST. Из них 231 пациенту проводилась ЧКВ и ТЛТ (первая группа), 75 пациентам – ЧКВ (вторая группа) и 45 пациентам – ТЛТ (третья группа). Во всех трех группах проводилась оценка длительности госпитализации, сроков пребывания в отделении реанимации интенсивной терапии. Статистическую обработку полученных данных осуществляли с помощью программы Statistica 10,0.

Результаты. В ходе исследования было выявлено, что средний срок госпитализации составил в первой группе $13,4 \pm 3,1$ дней, во второй группе – $13,52 \pm 3,6$, в третьей группе – $12,56 \pm 3,6$ дней. Максимальный срок госпитализации в группе пациентов, которым была проведена ЧКВ



и ТЛТ, составил 37 дней. При сравнении сроков пребывания в реанимационном отделении средний срок в группе пациентов с ЧКВ и ТЛТ составил $1,8 \pm 1,5$ дней, у пациентов с ЧКВ или ТЛТ – $1,68 \pm 0,93$ и $1,8 \pm 0,92$ дней соответственно. Выявлена прямая корреляционная связь слабой силы во всех трех группах между возрастом и сроками госпитализации и пребывания в реанимационном отделении ($R=0,21$; $p=0,00017$ и $R=0,18$; $p=0,0011$ соответственно). В группе па-

циентов с ТЛТ также выявлена прямая корреляционная связь средней силы между возрастом и сроком пребывания в реанимационном отделении ($R=0,52$; $p=0,005$).

Заключение. Сроки госпитализации пациентов, поступивших с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST, и пребывания их в реанимационном отделении зависят от вида реперфузионного лечения и напрямую зависят от возраста пациента.

НЕОТЛОЖНОЕ ДОГОСПИТАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИАГРЕГАНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

ТУЙЧИЕВ А.Х., НИШОНОВ У.А., НИМАТОВ Ш.М.

Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Фергана. Узбекистан

Ишемическая болезнь сердца – острое или хроническое поражение сердца, обусловленное уменьшением или полным прекращением доставки крови к миокарду в связи с атеросклеротическим процессом в коронарных артериях, что нарушает равновесие между коронарным кровотоком и потребностями миокарда в кислороде.

Термин «острый коронарный синдром» был введен в клиническую практику в конце 80-х годов прошлого века, когда стало ясно, что вопрос о применении некоторых активных методов лечения (например, тромболитической терапии или первичной коронарной ангиопластики) должен решаться до установления окончательного диагноза – наличия или отсутствия ИМ (Российские рекомендации комитета экспертов ВНОК, 2001). Иными словами, острый коронарный синдром – это лишь предварительный диагноз, помогающий выбрать оптимальную тактику ведения больных в самые первые часы от начала обострения заболевания, когда точно подтвердить или отвергнуть диагноз ИМ или НС не представляется возможным.

Причиной развития ИБС является атеросклероз коронарных артерий, а также многие другие причины: врожденные аномалии коронарных артерий, воспалительные поражения коронарных артерий, эмболии коронарных артерий и др.

В последние годы большое значение стали придавать факторам риска развития атеросклероза и ИБС что отражает гиперкоагулянтную актив-

ность крови. Повышение уровня фибриногена в крови является самостоятельным фактором риска атеросклероза и ИБС и увеличения вероятности обострения ИБС в 3–4 раза. Увеличение активности фактора свертывания приводит к развитию атеросклероза и ИБС.

Цель работы. Оценка влияния догоспитального применения антиагрегантных препаратов на прогноз заболевания у больных с острым коронарным синдромом.

Среди больных, поступивших в стационар с острым коронарным синдромом, применяющих антиагрегантные препараты, наблюдалось 123 человека. Из них 56 женщин, 67 мужчин. Все больные с острым коронарным синдромом, принимавшие догоспитально антиагрегантные препараты, таблетки Аспирина в сочетании с клопидогрелем (Зилт).

Результаты. В течение стационарного лечения больных с острым коронарным синдромом у 118 больных, принимавших на догоспитальном этапе антиагрегантные препараты, летальных исходов и случаев развития осложнений не было. Отмечались повторные эпизоды ОКС и нестабильной стенокардии у 5 больных.

Выводы. Таким образом, данные свидетельствуют о высокой эффективности применения антиагрегантных препаратов (Аспирин в сочетании с Зилтом) на догоспитальном этапе у больных с острым коронарным синдромом. Это улучшает прогноз заболевания у больных с ОКС.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

ХАСАНЖАНОВА Ф.О., ТАШКЕНБАЕВА Э.Н., МАДЖИДОВА Г.Т., СУННАТОВА Г.И.

*Самаркандский государственный медицинский институт;
Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи, г. Самарканд. Узбекистан*

Цель. Изучить клиническое течение хронической сердечной недостаточности (ХСН) от локализации острого инфаркта миокарда (ОИМ) у больных, госпитализированных в Самаркандский филиал РНЦЭМП.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 152 больных, проходивших стационарное лечение в отделениях кардиореанимации и II экстренной терапии Самаркандского филиала РНЦЭМП с диагнозом ИБС ОИМ с зубцом Q с изолированными поражениями стенок: переднеперегородочная, передняя, боковая и задняя. Средний возраст пациентов составил $57,3 \pm 5,8$, из них – 89 (58,5%) мужчин и 63 (41,4%) женщины. Диагноз ОИМ ставился на основании клинических признаков, данных ЭКГ и ЭхоКС. Для оценки степени тяжести ФК ХСН по Нью-Йоркской ассоциации сердца спустя 3 месяца ОИМ проводился тест 6-минутной ходьбы (ТШХ).

Результаты исследования. По данным ЭКГ, у 41 (26,9%) больного ОИМ локализовался в переднеперегородочной стенке, у 47 (30,8%) – в передней, у 35 (23,1%) – в боковой и у 29 (19,2%) – в

задней. Локализация ОИМ по данным ЭКГ соответствовала изменениям по ЭхоКС в виде дис-, гипо- и акинезии. По результатам ТШХ, спустя 3 месяца у пациентов с переднеперегородочным инфарктом расстояние ходьбы составило в среднем $252,4 \pm 23$ м, среди пациентов с ОИМ в задней стенке – $332,7 \pm 27$ м, боковой – $342,7 \pm 21$ м и передней – $326,5 \pm 19$ м. При проведении ТШХ было выявлено, что у больных с переднеперегородочной локализацией ИМ данные существенно отличались по сравнению с ИМ других локализаций.

Выводы. Таким образом, у всех больных с инфарктом миокарда с зубцом Q, вне зависимости от локализации, развивается ХСН различной степени тяжести. С переднеперегородочным инфарктом при проведении ТШХ ХСН соответствовала III ФК ($252,4 \pm 23$ м), при других локализациях ХСН соответствовала II ФК и внутри этих трех групп не имела достоверной разницы. Исходя из вышеприведенного, можно сделать вывод, что ИМ, локализованный в переднеперегородочной области, осложняется более выраженной ХСН.

ДИСЛИПИДЕМИЯ И ПРОЦЕССЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А., ШАМСИДДИНОВА А.С., УЗБЕКОВА Н.Р., УСМАНОВА Д.Н.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и ее наиболее тяжелая форма – острый коронарный синдром (ОКС), занимают первое место по распространенности и смертности среди населения развитых и развивающихся стран мира. ОКС является сборным синдромом, куда включаются любые группы симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда (ИМ) и нестабильную стенокардию (НС). Различают 2 клинических варианта ОКС: ОКС с подъемом интервала ST (ОКС с ST), ОКС без подъема интервала ST (ОКС без ST). ОКС – это рабочий диагноз, который после продолжительного обследования больного, не позднее 3-х суток, должен быть преобразован в другую клиническую форму ИБС – НС или ИМ.

На сегодняшний день патогенез ОКС полностью соответствует новой концепции в клинической медицине, получившей название «атеротромбоз».

В настоящее время окислительный стресс, индуцирующий в плазме крови липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), рассматривается в качестве фактора, способствующего развитию и прогрессированию атеросклероза. Окислительная модификация увеличивает атерогенность ЛПНП, вследствие чего они накапливаются в моноцитах-макрофагах стенки сосудов, что вызывает развитие предатерогенных нарушений – липоидоза аорты и коронарных сосудов.

Цель работы. Изучение липидного обмена и процессов перекисного окисления липидов у больных ОКС.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 36 больных ОКС в возрасте 40–59 лет, которые были рандомизированы на 2 группы: 1 группа – 20 больных ОКС без ST, 2 группа – 16 больных ОКС с ST.



Липидный спектр изучали путем определения ОХС, ХС ЛПВП, ТГ в сыворотке крови. Исследование проводили биохимическим методом с использованием экспресс-анализатора «Reflotron Plus» («Roche» Германия). Кровь для исследования брали утром натощак, после 12-часового голодания, с предварительным исключением приема β -блокаторов, тиазидных диуретиков, алкоголя. Содержание ХС ЛПОНП, ХС ЛПНП рассчитывали по формуле W. Friedwald.

Результаты исследования показали, что максимальный уровень общего холестерина (ОХЛ), триглицеридов (ТГ), ЛПНП отмечается во 2 группе больных ОКС. По сравнению с контролем ОХС во 2 группе был увеличен на 42,8% ($p < 0,001$), а в 1 группе на 30,2% ($p < 0,001$). ТГ – во 2 группе были повышены на 70,1% ($p < 0,001$), в 1 группе – 44,5% ($p < 0,001$). ЛПНП – во 2 группе составили повышение на 93,8% ($p < 0,001$), в 1 группе – на

52,7% ($p < 0,001$). Липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) в обеих группах снижены на 22,4% ($p < 0,01$) и 14,2% ($p < 0,05$) соответственно. ПОЛ в обеих группах больных значительно повышался, составляя во 2 группе – $6,9 \pm 0,4$ нмоль/л ($p < 0,001$), в 1 группе – $4,8 \pm 0,2$ нмоль/л ($p < 0,01$). Контроль при этом составил $3,4 \pm 0,3$ нмоль/л.

Зключение. Таким образом, вследствие проведенной работы определено, что при ИБС, остром коронарном синдроме происходит резкое нарушение липидного обмена, накопление окисленных ЛП низкой плотности, значительная активация продуктов перекисного окисления липидов, что играет огромную роль в дестабилизации атеросклеротической бляшки и развитии ее осложнений. Эти изменения пропорциональны степени выраженности клинической формы острого коронарного синдрома.

МИОКАРДИАЛЬНЫЙ МЫШЕЧНЫЙ МОСТИК КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

ЦЕРЕТЕЛИ Н.В., САНДОДЗЕ Т.С., КОВАЛЬЧУК И.А., ГУЛЬМИСАРЯН К.А., КОСТЯНОВ И.Ю., ИОСЕЛИАНИ Д.Г., СЕМИТКО С.П.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет);
«Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии», г. Москва. Россия*

Цель. Представить результаты собственного наблюдения развития острого коронарного синдрома у пациентов с миокардиальными мышечными «мостиками» при отсутствии стенозирующе-окклюзирующих атеросклеротических поражений коронарных артерий.

Материал и методы. В исследование были включены 42 пациента с острым коронарным синдромом, у которых на коронароангиографии не были выявлены атеросклеротические изменения коронарных артерий и отмечалось наличие миокардиальных мышечных мостиков. Возраст пациентов колебался от 32 до 80 лет. В 33 (78,6%) случаях был выставлен диагноз нестабильной стенокардии и в 9 (21,4%) – острого инфаркта миокарда. Из 9 пациентов с ОИМ в 6 случаях был диагностирован ОИМ с подъемом ST, а в 2 – без подъема ST. У всех этих пациентов отмечалось повышение кардиоспецифических ферментов. В среднем, уровень КФК был равен $1082,7 \pm 1549,5$, а КФК МБ – $46,5 \pm 42,4$. Положительный тест на тропонин был у 9 (21,4%) пациентов. Фракция выброса левого желудочка в среднем $58,3 \pm 9,3\%$. По данным коронароангиографии у всех 42 пациентов было выявлено наличие миокардиального мышечного мостика в ПМЖВ, суживающего просвет ар-

терии в систолу более чем на 50% (от 60–95%). Надо отметить, что у пациентов с ОИМ МММ суживали просвет артерий в систолу на 75–95%.

Результаты. Всем пациентам была назначена только медикаментозная терапия, включающая в себя β -блокаторы, Са-блокаторы, АПФ-ингибиторы. После выписки из стационара 15 пациентам было выполнено исследование – МР-перфузия миокарда. У пациентов с ОИМ по данным МР-перфузии миокарда были выявлены рубцовые изменения по передней стенке ЛЖ. В отдаленном периоде в сроки от 6 до 18 месяцев было проведено анкетирование 31 пациента. На фоне назначенной медикаментозной терапии у 27 больных отмечали улучшение состояния и отсутствие клиники стенокардии, у 4 больных отмечалась клиника стенокардии напряжения 1–2 ФК.

Выводы. Таким образом, данные мировой литературы и данные нашей клиники свидетельствуют, что миокардиальные мышечные «мостики», считающиеся ранее «безобидной» врожденной аномалией коронарных артерий, могут стать причиной развития острого коронарного синдрома, вплоть до развития ОИМ, и явиться причиной инвалидизации работоспособного населения.

К ВОПРОСУ СИМПАТОАДРЕНАЛОВОЙ АКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

ШАМСИДДИНОВА А.С., УЗБЕКОВА Н.Р., ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А., УСМАНОВА Д.Н.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Одной из основных причин смертности населения в индустриально развитых странах является ишемическая болезнь сердца (ИБС). К одному из наиболее частых проявлений ИБС относится острый коронарный синдром (ОКС).

ОКС – это период обострения ИБС, включающий любые группы симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда (ОИМ) и нестабильную стенокардию (НС). К основным клиническим вариантам ОКС относятся: НС, ОИМ с зубцом Q или без него (Q – ИМ и не Q-ИМ); неожиданная (внезапная) коронарная смерть, смерть после баллонной ангиопластики.

На сегодняшний день патогенез ОКС полностью соответствует новой концепции в клинической медицине, получившей название «атеротромбоз». В развитии атеросклероза и нестабильности атеросклеротической бляшки играют роль катехоламины, которые запускают каскад активации симпатoadреналовой системы (САС), продуктов обмена и ферментов, участвующих в их метаболизме.

Цель работы. Изучение функциональной активности САС у больных с острым коронарным синдромом.

Материал и методы исследования. В условиях стационара были обследованы 46 больных ИБС, ОКС в возрасте 40–60 лет, которые были рандомизированы на 2 группы: 1 группа – больные ИБС, ОКС без подъема интервала ST (ОКС без ST) – 23 больных, 2 группа – больные ИБС, ОКС с подъемом интервала ST (ОКС с ST) – 23 больных. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц в возрасте 40–50 лет.

Функциональную активность САС изучали по уровню КА. Исследование КА в суточной моче является одним из адекватных методов оценки тонуса и реактивности САС. Забор мочи для анали-

за производили на 2-е сутки поступления больных в стационар. Определение КА (адреналина, норадреналина, дофамина и ДОФА) в суточной моче производили триоксииндоловым флуориметрическим методом в модификации Э.Ш. Матлиной, З.М. Киселевой, И.Э. Софиевой.

Результаты исследования показали, что во всех группах отмечается статистически достоверное повышение уровня катехоламинов (КА) в суточной моче. Так, суточная экскреция суммарного адреналина (А) у больных ОКС без ST по сравнению с контролем была повышена на 42,3% ($p < 0,001$), суммарного норадреналина (НА) – на 44,0% ($p < 0,001$). Экскреция в суточной моче всех фракций (ДА) и ДОФА была статистически достоверно ниже контроля ($p < 0,01$). Во второй группе больных ОКС с ST выведение свободного конъюгированного и суммарного А и НА было статистически достоверно выше как показателей контроля, так и в сравнении с 1 группой больных. Так, суммарный А был повышен на 67,7% ($p < 0,001$), суммарный НА – на 69,8% ($p < 0,001$). Различия в экскреции ДОФА при ОКС без ST и ОКС с ST составило 26,3 и 26,9% соответственно ($p < 0,01$).

Заключение. Таким образом, результаты проведенных исследований показали, что при ОКС происходит значительная активация САС с выраженным повышением содержания А и особенно НА в суточной моче. Дальнейший рост напряжения активности САС направлен на мобилизацию внутренних резервов организма. Однако на одной из стадий этого процесса начинает проявляться катаболическая направленность эффектов САС, что становится одним из основных элементов формирования данной патологии и перехода в активность и нестабильность атеротромбоза при ОКС.

МАРКЕРЫ ИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

ШАМСИДДИНОВА А.С., ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А., УСМАНОВА Д.Н.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Пусковой механизм острого коронарного синдрома (ОКС) – нарушение целостности атеросклеротической бляшки с последующим тромбообразованием. В последние годы большое внимание уделяется изучению роли цитокинов в механизме развития иммуновоспалительных реакций у пациентов с ОКС.

Цель работы. Оценка уровня, провоспалительных (TNF- α и ИЛ-6) и противовоспалительных (ИЛ-10) цитокинов у больных ОКС.

Материал и методы. Обследованы 63 больных ОКС с момента начала болевого приступа до первых суток. Больные были разделены на 3 группы с учетом поставленного диагноза: 1 гр. составили



больные ОКС с подъемом (элевацией) сегмента ST; 2 гр. составили больные ОКС без подъема (элевации) сегмента ST; 3 гр. составили практически здоровые люди.

Для определения цитокинового статуса в периферической венозной крови изучали концентрацию провоспалительных цитокинов – интерлейкина-6 и фактор некроза опухолей (α -ФНО; TNF- α), а также противовоспалительного цитокина интерлейкина-10. Содержание цитокинов в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-систем ООО «Цитокин» (СПб, Россия) на иммуноферментном анализаторе «Humap» (Германия).

Результаты исследования. Динамика маркеров воспаления при ОКС и в контроле представилась следующим образом. Наиболее высокие уровни провоспалительного маркера ИЛ-6 отмечались в первой группе; во второй группе исходный уровень ИЛ-6 также отличался от показателей группы контроля (ИЛ-6: в группе больных ОКСПST $114,8 \pm 5,6$ пкг/мл, в группе больных ОКСБПST $98,6 \pm 3,7$ пкг/мл, $p < 0,001$, в группе контроля $27,9 \pm 2,5$ пкг/мл). Наибольшее увеличение секреции ИЛ-6 позволяет отнести этот цитокин к одному из главных патогенетических звеньев развития ОКС.

В проведенном нами исследовании у больных преобладал дисбаланс провоспалительных ци-

токинов ФНО- α (54,8%; $p < 0,01$). У группы больных ОКСПST гиперпродукция ФНО- α составила $79,2 \pm 2,5$ пкг/мл, что в 2,9 раза выше показателей группы контроля. У больных ОКСБПST показатели ФНО- α составили $46,8 \pm 1,6$ пкг/мл, что выше показателей группы контроля в 1,7 раза.

Уровень показателей ИЛ-10 был переменным, что видимо связано с различным иммунологическим ответом на воспалительный процесс в сосудистом эндотелии больных ОКС. Установлено, что у больных ОКСПST ИЛ-10 был повышен по сравнению с таковыми больными и составил $40,5 \pm 1,7$ пмк/мл, у больных ОКСБПST группы показатель составил $67,3 \pm 2,1$ пкг/мл, соответственно в 2,96 и 4,9 раза выше показателей здоровых лиц. Существует мнение, что повышение концентрации ИЛ-10 носит компенсаторный характер, контррегуляторный характер по отношению к провоспалительным цитокинам. В данном случае ИЛ-10 выступает в качестве фактора, стабилизирующего течение заболевания. Есть предположение, что в русле сосуда ИЛ-10 проявляет провоспалительную активность.

Заключение. Таким образом, дестабилизация течения ИБС и развитие ОКС характеризуются активацией иммуновоспалительных реакций с гиперэкспрессией провоспалительных цитокинов, которые развиваются на фоне угнетения активности противовоспалительного цитокина ИЛ-10.

ОЦЕНКА УРОВНЕЙ АКТИВНОСТИ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ И ДРУГИХ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

ШАМСИДДИНОВА А.С., ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А., УСМАНОВА Д.Н.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Нарушение целостности нестабильной атеросклеротической бляшки является основным патогенетическим фактором развития острого коронарного синдрома (ОКС). Наряду с этим ведущим фактором, способствующим повреждению покрышки атеросклеротической бляшки, является сосудистое воспаление.

Цель исследования. Сравнительный анализ, а также оценка прогностического значения уровней PAPP-A и других маркеров воспаления в плазме крови больных с ОКС и выявление их диагностического значения.

Материал и методы. В исследование был включен 61 пациент (33 – мужчины, 28 – женщины) в возрасте от 30 до 73 лет, в среднем – $52,3 \pm 10,1$ лет. У 23 больных был инфаркт миокарда, у 28 – нестабильная стенокардия. Группу контроля составили 10 практически здоровых людей.

Концентрацию интерлейкина-6 определяли подобным методом твердофазного иммунофермент-

ного анализа с использованием тест-систем ООО «Цитокин» (СПб, Россия) на иммуноферментном анализаторе «Humap» (Германия). Для выявления и количественного определения содержания С-РБ в сыворотке крови использовали метод реакции агглютинации латекса (РАЛ) набором (ЗАО «ЭКОлаб», Россия) диагностического реагента «С-РБ ЛАТЕКС-ТЕСТ». Для определения PAPP-A образцы крови брались у больных утром, между 8 и 10 часами, натощак, в количестве 5 мл. Концентрацию уровней PAPP-A определяли методом иммунофлюоресценции (ИФА, «Diagnostic Systems Laboratories», США).

Результаты и обсуждение. Уровни интерлейкина-6 у больных нестабильной стенокардией и инфарктом миокарда без подъема сегмента ST и у больных инфарктом миокарда с подъемом сегментов ST достоверно не различались. В контрольной группе показатель составил $27,6 \pm 1,2$ Пкг/мл. Уровни PAPP-A у исследуемых лиц распределились в интервале значений – от 1 до 42 мМЕ/л,

при этом медиана, 25-й и 75-й перцентили распределения соответствовали значениям 11,5 и 18,3 мМЕ/л. Содержание интерлейкина-6 находилось в интервале от 8 до 118 Пкг/мл, С-реактивного белка – от 1,4 до 102,9 мг/л. Уровни PAPP-A в крови у лиц в контрольной группе были достоверно ниже ($6,4 \pm 3,9$ мМЕ/л), чем у больных нестабильной стенокардией или инфарктом миокарда. В то же время, у больных нестабильной стенокардией и инфарктом миокарда без подъема сегмента ST уровни PAPP-A не отличались между собой, но были достоверно ниже, чем у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST ($17,4 \pm 9,5$ против $22,9 \pm 7,7$ мМЕ/л). Уровни С-реактивного белка у больных в контрольной группе были достоверно ниже, чем у больных нестабильной стенокардией

и у больных инфарктом миокарда ($4,3 \pm 4,0$ против $7,63 \pm 5,5$ мг/л). При этом у больных инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией уровни С-реактивного белка достоверно не отличались.

Заключение. Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что уровни PAPP-A и СРБ достоверно выше в группе ОКС по сравнению со здоровыми лицами. Выявлена корреляция уровней PAPP-A с уровнями СРБ и ИЛ-6. Все это дает основание считать, что определение уровней PAPP-A и С-реактивного протеина может быть использовано в диагностике острых коронарных синдромов. Чувствительность PAPP-A выше, чем СРБ, поэтому он может рассматриваться как диагностический маркер нестабильной стенокардии.

ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ НЕБИЛЕТА У МУЖЧИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

ЭРГАШЕВ К.Т., КАМИЛОВА Ш.Р., ПУЛАТОВА Ш.Х.

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Бухара. Узбекистан

Цель. Оценить влияние небилета на гибернирующую способность миокарда и предупреждение различных осложнений последнего, в частности сердечных аритмий.

Материал и методы. Проведено обследование 30 мужчин в возрасте 60–72 лет (в среднем – 65,7 лет), перенесших острый инфаркт миокарда, из которых у 23 больных имел место Q, у 7 не Q-инфаркт миокарда, преимущественно передней стенки. У 10 пациентов был его повторный вариант. Больные госпитализировались в первые 24 часа от начала заболевания и получали стандартную терапию. С первого дня назначался бета-адреноблокатор Небилет в дозе 1,25 мг в сутки, с последующим титрованием дозы до 5 мг в сутки, всем больным регистрировалась стандартная ЭКГ, проводились Холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиография.

Результаты. Установлено, что Небилет в дозе 5 мг в сутки способствует уменьшению распро-

странности постишемического некроза, о чем свидетельствует положительная симптоматика ЭКГ и ЭхоЭКГ, которая была особенно заметной у 3/4 больных с инфарктом миокарда передней локализации. Обращало на себя внимание более редкое возникновение разнообразных нарушений сердечного ритма и проводимости, в том числе жизнеопасных аритмий, по данным Холтеровского мониторирования ЭКГ, в различных периодах инфаркта миокарда (на 10%), в сравнении с контрольной группой.

Выводы. Использование Небилета у больных с острым инфарктом миокарда способствует по-видимому, более быстрому восстановлению структурно-электрофизиологических изменений сердечной мышцы и предупреждению миокардиального ремоделирования, что может сопровождаться снижением частоты различных, в том числе фатальных нарушений сердечного ритма.



НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ, ТУРБУЛЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

АЛЕЙНИКОВА Т.В.

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель. Беларусь

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) является одним из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы и может рассматриваться в качестве фактора, определяющего повышенный риск развития фибрилляции предсердий (ФП). Отмечено, что тяжесть симптомов ФП связана с высоким сердечным ритмом и его низкой вариабельностью во время пароксизма.

ФП характеризуется нерегулярностью сердечного ритма, которая ведет к колебаниям артериального давления с каждым сердечным сокращением, что в свою очередь может воздействовать на барорефлекторную чувствительность и способствовать развитию симптомов ФП. Барорефлекторная чувствительность может быть оценена турбулентностью сердечного ритма (ТСР). Патологические изменения ТСР у пациентов с наличием пароксизмов ФП ассоциированы с выраженностью клинической симптоматики и склонностью к осложнениям, что подчеркивает важность прогнозирования для выделения групп пациентов с АГ, имеющих различный риск развития ФП.

Цель исследования. Анализ взаимосвязи вариабельности, турбулентности сердечного ритма и пароксизмальной фибрилляции предсердий у пациентов с АГ.

Материал и методы. В исследование вошли 214 пациентов с АГ II степени в возрасте от 35 до 70 лет ($57,7 \pm 7,6$). ХМ было выполнено для уточнения характера предполагаемых аритмических событий, анализа вариабельности и турбулентности сердечного ритма. Анализировались временные («time domain») показатели вариабельности: SDNN (мс), SDNNi (мс), SDANNi (мс), RMSSD (мс), pNN50 (%) и параметры ТСР (ТО – «onset» – «начало» турбулентности, отражающий период тахикардии и TS – «slope» – «наклон» турбулентности, отражающий период брадикардии.). Значения $ТО < 0\%$ и $TS > 2,5$ мс/RR считаются нормальными, а $ТО > 0\%$ и $TS < 2,5$ мс/RR – патологическими.

Проанализировано суммарное число сердечно-сосудистых событий за период наблюдения

$2,6 \pm 1,3$ года. Зарегистрировано 24 инфаркта миокарда, 3 инсульта, 4 летальных исхода, 129 гипертонических кризов, 20 эпизодов нестабильной стенокардии, 9 эпизодов пароксизмальной ФП.

Полученные данные обрабатывались с помощью пакета статистических программ «Statistica 10.0». Достоверным считался уровень значимости при $p < 0,05$.

Результаты. Выделены факторы, ассоциированные с развитием пароксизмальной ФП: RMSSD ($\gamma = 0,4412$; $p = 0,00646$), pNN50 ($\gamma = 0,3417$; $p = 0,037$); ТО ($\gamma = 0,3084$; $p = 0,04$), диаметр аорты (ДА, мм) по данным ЭхоКГ ($\gamma = 0,5051$; $p = 0,00179$), левое предсердие (ЛП, мм) ($\gamma = 0,5515$; $p = 0,00077$), задняя стенка левого желудочка (ЗС, мм) ($\gamma = 0,3752$; $p = 0,0303$), правый желудочек (ПЖ, мм) ($\gamma = 0,3761$; $p = 0,0231$), фракция выброса (ФВ, %) ($\gamma = -0,306$; $p = 0,04$), масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ, г) ($\gamma = 0,3438$; $p = 0,034$), индекс массы миокарда левого желудочка (иММЛЖ, г/м²) ($\gamma = 0,3721$; $p = 0,0213$).

С помощью логит-регрессионного анализа ($X^2 = 28,3$; $p = 0,0008$) сформулирована модель прогнозирования пароксизмальной ФП у пациентов с АГ II степени: $Y = -25,2 + 0,01 \cdot X_{RMSSD} + 0,0005 \cdot X_{pNN50} + 0,13 \cdot X_{ТО} + 0,3 \cdot X_{ДА} + 0,167 \cdot X_{ЛП} + 0,85 \cdot X_{ЗС} + 0,17 \cdot X_{ПЖ} - 0,07 \cdot X_{ФВ} - 0,02 \cdot X_{ММЛЖ}$ (Y – вероятность развития события; X – значения показателей в формуле). Доля правильно классифицированных случаев составила 95,9%, чувствительность метода – 75%, специфичность – 96,4%. Вероятность развития пароксизмальной ФП определяли по формуле: $p = e^Y / (1 + e^Y)$, где $e = 2,72$ (число Эйлера или экспонента). Низкая вероятность развития события: $p \leq 0,25$; средняя: $p = 0,26 - 0,75$ и высокая: $p \geq 0,76$.

Низкий риск развития пароксизмов фибрилляции предсердий подтвержден у 93,4% (200 пациентов), и они не нуждаются в коррекции назначенного лечения. Средний риск выявлен у 3,3% (7 пациентов), высокий – 3,3%.

Заключение. Выявлена значимая корреляция между показателями вариабельности (RMSSD,

pNN50), турбулентности сердечного ритма (ТО) и развитием пароксизмов фибрилляции предсердий у пациентов с АГ II степени. Предполагается, что механизм, влияющий на увеличение частоты сердечных сокращений после желудочковых

экстрасистол (ТО), может быть связан с более серьезными симптомами ФП, что подчеркивает важность прогнозирования для выделения групп пациентов с АГ, имеющих различный риск развития события.

ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИН ПОВТОРНЫХ ИНСУЛЬТОВ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

БАТЕНЬКОВА Т.Ю.

Уральский государственный медицинский университет; г. Екатеринбург. Россия

Актуальность. Фибрилляция предсердий встречается примерно в 0,5–1% случаев в общей популяции населения. Это заболевание относится к категории наиболее распространенных, нередко отягчает течение других заболеваний. Инсульт является наиболее разрушительным осложнением фибрилляции предсердий: возникает в 5 раз чаще у пациентов с фибрилляцией предсердий, чем у людей того же возраста без нарушения сердечного ритма.

Цель. Изучить причины повторных инсультов у больных с фибрилляцией предсердий.

Материал и методы. В рамках исследования были изучены истории болезни и проведен опрос 28 пациентов с повторными инсультами, имеющими различные формы фибрилляций предсердий. Исследование проходило на базе МАУЗ Центральной городской больницы №3 г. Екатеринбурга с октября 2016 г. по март 2017 г. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью Microsoft Excel.

Результаты. В исследование вошли 28 больных, возраст пациентов варьировал в пределах от 37 до 85 лет (средний возраст составил $72,4 \pm 11$ лет), из них 9 мужчин (32,1%) и 19 женщин (67,9%). Из 28 человек у 8 (28,6%) пациентов выявлена пароксизмальная форма фибрилляций предсердий, у остальных 20 (71,4%) отмечалась постоянная форма. Из 28 пациентов ИАПФ принимали 15 (53,6%) пациентов: 12 (80%) – эналаприл, каптоприл – 2 (13,3%), 1 (6,7%) – престариум. Регулярность приема колеблется от 40 до 100% (78 ± 21 %). Сартаны принимают всего 9 больных, из них 8 (88,9%) – лазартан, 1 (11,1%) – валсартан. Регулярность приема колеблется в пределах от 25 до 100% (64 ± 21 %). 9 (32,1%) человек не принима-

ли статины. Аторвастатин принимали 15 (78,9%) опрошенных, розувостатин – 1 (5,3%), а 3 лечились (15,8%) симвастатином. Регулярность приема статинов варьировала от 40 до 100% (76 ± 20 %). Бета-адреноблокаторы использовали 16 больных: 15 (93,8%) пациентов принимали бисопролол, 1 (6,2%) – карведилол, регулярность приема колебалась от 25 до 100% (78 ± 22 %). 12 опрошенных принимают диуретики: из них 8 (66,7%) – верошпирон, 4 (33,3%) – индапамид. Регулярность приема составляет от 40 до 100% (80 ± 20 %). Антагонисты кальция использовали незначительное число опрошенных (4–14,3%), все они принимали амлодипин (100%), регулярность приема варьировала от 25 до 95% (70 ± 30 %). Антикоагулянты и дезагреганты не принимали 25% пациентов. Из 21 (75%) респондента только 4 (19%) используют варфарин, однако при этом частота достижения целевого международного нормализационного отношения (МНО) составляет у них от 60 до 100%. Принимали дабигатран – 8 (38%), ривароксабан – 4 (19,2%), клопидогрель – 3 (14,3%), тромбо АСС – 2 (9,5%), регулярность приема лекарственных препаратов варьирует от 25 до 100% (75 ± 22 %). Не было выявлено системного приема НПВП и ГКС. Ингибиторы протонной помпы (ИПП) принимают лишь 15 (53,6%) опрошенных из 28 обследуемых.

Выводы. Одной из причин повторных инсультов у больных с фибрилляцией предсердий является несоблюдение рекомендованной терапии в полном объеме, имеют место частые пропуски приема назначенных препаратов. Необходимо усовершенствовать терапию, направленную на профилактику нарушений мозгового кровообращения.

**ВЫЯВЛЕНИЕ УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ АРИТМИЙ ПРИ ХОЛТЕРОВСКОМ ЭКГ-МОНИТОРИРОВАНИИ У БОЛЬНЫХ ИБС****БОТИРОВА Н.Б., КОДИРОВА Г.И., ВАХАБОВ Б.М., ЛАТИПОВА К.Ю.***Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан*

Цель работы. Изучение распространенности «ишемических» нарушений ритма и проводимости при различных формах стенокардии, возможность их выявления с помощью методов, зависимость частоты появления от тяжести заболевания, выраженности ишемии миокарда.

Материал и методы. Обследована группа из 40 больных стенокардией, госпитализированных в клинику АГМИ в отделение кардиологии. Среди пациентов было 29 женщин и 11 мужчин в возрасте от 42 до 74 лет (средний возраст – $50,6 \pm 0,7$ лет). Первую группу составили 20 больных с диагнозом ИБС. Стабильная стенокардия напряжения, ФК II; вторую группу составили 20 пациентов с диагнозом у больных ИБС. Прогрессирующая стенокардия. Всем пациентам проведено суточное Холтеровское ЭКГ-мониторирование на системе с полной записью ЭКГ. У всех больных во время мониторирования наблюдались ишемические изменения ЭКГ, наличие которых определялись при появлении элевации сегмента ST или плоской и косонисходящей депрессии ST на 1 мм и более, длительностью не менее 1 мин. Для обнаружения НРС использовались результаты автоматического анализа данных мониторирования.

Результаты. «Ишемические» НРС и проводимости были обнаружены у 29,5% больных. Наблюдались два варианта связи нарушений с эпизодами ишемии миокарда. У 48% пациентов во время транзиторной ишемии появлялись нарушения, которых не было вне эпизодов. В основном, это были пароксизмы желудочковой или наджелудочковой тахикардий, эпизоды остановки синусового узла и транзиторные нарушения внутрижелудоч-

кового проведения (8 случаев). У остальных 34 пациентов во время эпизодов смещения сегмента ST встречались те же нарушения, что и в остальное время суток, но во время эпизодов ишемии миокарда число этих НРС (в основном – экстрасистол) резко (в 5–27 раз) увеличивалось. В среднем у каждого из 40 больных выявлено $3,65 \pm 0,23$ эпизода, тогда как только $1,98 \pm 0,13$ из них сопровождалось появлением нарушений ритма и проводимости. При анализе данных Холтеровского мониторирования обращает внимание, что по результатам анализа суточной ЭКГ (графики смещения ST и числа аритмий) можно было выявить связь нарушений ритма с эпизодами ишемии в 33 случаях. Показано, что у больных стабильной стенокардией они выявлялись достоверно реже – в 15% случаев, чем у больных нестабильной стенокардией, больных СНП и СП (33,3, 40 и 43,3% соответственно, $p < 0,05$). Наиболее часто обнаруживались желудочковые экстрасистолы. Местная внутрижелудочковая блокада (уширение комплекса QRS до 0,12 с. без четких признаков блокады ножек пучка Гиса) выявлена в 3,7% случаев, блокада ножек пучка Гиса – несколько реже – в 2,7% случаев. Наджелудочковые «ишемические» аритмии встречались у 8,6% пациентов.

Заключение. Вероятность появления «ишемических» желудочковых нарушений ритма и проводимости зависит от выраженности развивающейся ишемии миокарда, увеличиваясь до максимума при трансмуральной ишемии, проявляющейся на ЭКГ элевацией ST. То есть, более тяжелая ишемия миокарда приводит к большей электрической нестабильности миокарда желудочков.

СРАВНЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ И МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КАРДИОВЕРСИИ ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В РАНДОМИЗИРОВАННОМ ИССЛЕДОВАНИИ**ВЛОДЗЯНОВСКИЙ В.В., МИРОНОВ Н.Ю., СОКОЛОВ С.Ф., САИДОВА М.А., ЮРИЧЕВА Ю.А., ГОЛИЦЫН С.П., РОЗЕНШТРАУХ Л.В., ЧАЗОВ Е.И.***ФГБУ НМИЦ кардиологии МЗ РФ, г. Москва. Россия*

Цель. Сравнить эффективность и безопасность электрической кардиоверсии (ЭКВ) и медикаментозной кардиоверсии (МКВ) с использованием антиаритмического препарата III класса рефралона у больных с персистирующей формой фибрилляции предсердий (ФП). Изучить состояние внутрисердечной гемодинамики и параметры ремоделирования левого предсердия при восста-

новлении синусового ритма (СР) лекарственным путем и с помощью ЭКВ.

Материал и методы. 60 больных с персистирующей формой ФП были рандомизированы в группы электрической (ЭКВ; $n=30$) и медикаментозной кардиоверсии (МКВ; $n=30$). Статистически значимые различия по основным клиническим характеристикам между группами отсутствова-

ли. После предварительного обследования, исключившего противопоказания, в условиях блока интенсивной терапии проводилась попытка восстановления синусового ритма (СР). В группе ЭКВ применяли бифазные синхронизированные разряды 150 Дж и 170 Дж. В группе МКВ производилось внутривенное введение Рефралона в дозе 10 мкг/кг, в случае сохранения ФП введение повторяли через 15 мин. (максимальная доза составляла 30 мкг/кг). Наблюдение за больными продолжали в течение 24 ч. Всем пациентам перед восстановлением СР и через сутки после восстановления СР, проводилась трансторакальная ЭхоКГ (ТТЭхоКГ) и чреспищеводная ЭхоКГ (ЧПЭхоКГ) с последующим подсчетом линейных и объемных размеров левого предсердия, фракции выброса (ФВ) ушка левого предсердия (УЛП) и степени спонтанного эхоконтрастирования в полости левого предсердия и УЛП и скорость кровотока в УЛП.

Результаты. Восстановление СР отмечено у 27 из 30 больных (90%) в группе ЭКВ и у 28 из 30 больных (93,3%) в группе МКВ. В группе ЭКВ после восстановления СР у одного больного отмечен рецидив ФП. В группе МКВ рецидивы ФП не отмечались. Таким образом, в группе ЭКВ через 24 ч СР сохранялся у 26 из 30 больных (86,7%); в группе МКВ – у 28 из 30 больных (93,3%). В ходе исследования не отмечено ни одного случая острого нарушения мозгового кровообращения/ транзиторной ишемической атаки, желудочковых аритмий, асистолии продолжительностью >3,0 с. В группе МКВ у 7 из 30 пациентов (23,3%) после

восстановления СР отмечалось увеличение продолжительности интервала QT>500 мс. В группе ЭКВ удлинение интервала QT отмечено у одного больного (3,3%; $p<0,05$). У одного пациента в каждой из групп (3,3%) после купирования ФП отмечалась синусовая брадикардия, которая разрешилась самостоятельно в течение 30 мин. наблюдения. В группе МКВ наблюдалось снижение ФВ УЛП с $37,6\pm 12,5$ до $29,5\pm 14,3\%$ ($p<0,05$) и средней скорости опорожнения (ССО) УЛП – с $40,4\pm 3,2$ до $29,6\pm 3,2$ см/с ($p<0,05$) и увеличение степени СЭК на 50% ($p<0,05$). В группе ЭКВ наблюдались схожие изменения: снижение ФВ УЛП – с $43,4\pm 14,6$ до $26,6\pm 7,6\%$ ($p<0,001$) и ССО УЛП – с $35,7\pm 6,8$ до $21,8\pm 3,6$ см/с ($p<0,05$) и увеличение степени СЭК на 100% ($p=0,053$). У одного пациента был обнаружен свежий тромб в УЛП через сутки после успешного восстановления синусового ритма с помощью рефралона. В группе МКВ отмечено менее значительное снижение ФВ и ССО УЛП и степени спонтанного эхоконтрастирования.

Заключение. По результатам рандомизированного исследования эффективность и безопасность МКВ с использованием рефралона не уступают ЭКВ у больных персистирующей ФП. Феномен «оглушения» ЛП отмечается как при восстановлении СР посредством ЭКВ, так и при МКВ. При этом степень снижения насосных показателей ЛП менее выражена после МКВ, чем после ЭКВ, утверждение. При этом степень снижения насосных показателей ЛП менее выражена после МКВ, чем после ЭКВ.

ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

ГАФУРОВ Н.Р., УЗБЕКОВА Н.Р., УСМАНОВА Д.Н., ТАШТЕМИРОВА И.М., ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Цель работы. Оценить возможности применения Холтеровского мониторирования (ХМ) ЭКГ для диагностики аритмий у больных идиопатическим пролапсом митрального клапана (ПМК).

Материал и методы. Проведено комплексное клинично-функциональное обследование 26 больных (средний возраст $34,5\pm 2,5$ года) с идиопатическим ПМК, верифицированным ЭхоКГ-методом. Всем больным проведено суточное Холтеровское мониторирование ЭКГ аппаратом «Schiller MT-101» (Швейцария) на кафедре факультетской терапии АГМИ. Контрольную группу составили 10 практически здоровых лиц.

Результаты. Проведенное исследование показало, что при ХМ ЭКГ у 55% больных с ПМК и у 20% здоровых зарегистрированы желудочковые экстрасистолы (ЖЭ). Число ЖЭ, превышающих 100 в сутки, выявлены у 13,3% больных с ПМК,

при этом ЖЭ высоких градаций отмечены только у пациентов с ПМК (18,3% случаев). В свою очередь у здоровых ЖЭ были, как правило, единичными. Наджелудочковые экстрасистолы (НЖЭ) регистрировались у 12% здоровых, преимущественно в ночные часы при наличии брадикардии, в то же время они выявлялись у 75% больных ПМК в дневное время при выполнении ими физических нагрузок, что указывает на неблагоприятный прогноз последних. Установлена взаимосвязь удлинения интервала QT (свыше 0,42 с) и ЖЭ как у больных, так и у здоровых ($r=0,6237$; $p=0,0001$). Важно отметить, что также у 15% больных с ПМК обнаружены признаки нарушений функции синусового узла.

Заключение. Таким образом, в возникновении аритмий при ПМК существенную роль играют как функциональные, так и органические изменения



проводящей системы сердца, что подтверждается выявлением различных нарушений сердечного ритма и проводимости более чем у половины больных при проведении ХМ ЭКГ. Обнаруженные

изменения необходимо учитывать при назначении консервативного лечения аритмий у больных с идиопатическим ПМК.

ШКАЛА CHA2DS2VASc У ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМИ ПОСТИНФАРКТНЫМИ ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ ТАХИАРИТМИЯМИ

ДАВИД Л.А., ГРОСУ А.А., БОЙЧУК И.Ю., КЭЛДАРЕ Л.Д., КУЗОР Т.С.

Институт кардиологии, г. Кишинев. Республика Молдова

Введение. Шкала CHA2DS2VASc является достоверным клиническим инструментом, используемым для определения риска инсульта у пациентов с фибрилляцией предсердий. Данные литературы последних лет демонстрируют, что шкала CHA2DS2VASc также может быть использована для прогнозирования риска сердечно-сосудистых событий, включая риск внезапной сердечной смерти.

Цель. Анализ прогностического значения шкалы CHA2DS2VASc у пациентов с поздними постинфарктными желудочковыми тахикардиями.

Материал и методы. В период 2015–2016 гг. в исследование были включены 90 пациентов, средний возраст которых составил $63,8 \pm 1,1$ лет, 90% мужчин, перенесших эпизод документированной желудочковой тахикардии, развившейся не ранее чем через 6 недель после острого инфаркта миокарда. Всем больным был подсчитан балл по шкале CHA2DS2VASc при включении в группу исследования. Лечение пациентов включало Амiodарон и/или бета-блокатор, ингибитор ангиотензинпревращающего фермента, Аспирин, статин. Длительность наблюдения составила $20,2 \pm 1,8$ месяцев (конечная точка – смерть больного).

Результаты. Структура желудочковых тахикардий в группе исследования была следующая: у 61,1% пациентов зарегистрировали устойчивую желудочковую тахикардию, неустойчивую желудочковую тахикардию – у 25,6% и фибрилляцию желудочков – у 13,3%. Временной промежуток от

инфаркта миокарда до развития желудочковой тахикардии составил $47,1 \pm 4,5$ месяцев. Средний балл по шкале CHA2DS2VASc составил $3,61 \pm 0,1$. Балл, равный 2, был зафиксирован у 11,1% пациентов, CHA2DS2VASc, равный 3, – у 37,8%, CHA2DS2VASc, ≥ 4 – у 51,1%. У женщин средний балл был выше, чем у мужчин ($3,80 \pm 0,35$ и $3,30 \pm 0,10$). В подгруппе пациентов с фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) ≤ 35 балл по шкале CHA2DS2VASc был выше, чем в подгруппе с ФВЛЖ $> 35\%$ ($3,67 \pm 0,22$ и $3,30 \pm 0,14$). За время наблюдения процент смертельных исходов равнялся 23,3, среди женщин он составил 50%, среди мужчин – 18%. Причинами смерти явились: повторный инфаркт миокарда – 45%, внезапная сердечная смерть/фибрилляция желудочков – 45%, застойная сердечная недостаточность – 10%. Анализ расчетов CHA2DS2VASc выявил, что у умерших балл был значительно выше по сравнению с выжившими ($3,80 \pm 0,22$ и $3,30 \pm 0,11$). У лиц, умерших внезапной сердечной смертью, данный показатель составил $3,92 \pm 0,7$. Кривые Каплан – Мейер выявили достоверно более низкую выживаемость за время наблюдения в подгруппе больных с показателем ≥ 4 по шкале CHA2DS2VASc (log-rank = 3,7 $p < 0,05$).

Заключение. Шкала CHA2DS2VASc может служить дополнительным клиническим инструментом для стратификации риска и прогнозирования летального исхода у пациентов с поздними постинфарктными желудочковыми тахикардиями.

ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИМПЛАНТАЦИЮ КАРДИОСТИМУЛЯТОРА

ДЖАНИБЕКОВА А.Р.¹, ГОРБУНОВА С.И.², ДЖАНИБЕКОВА Л.Р.³, УЗДЕНОВА О.М.¹, ИСХАКОВА З.А.¹,
СЕРДЮК Л.В.¹, ЭРКЕНОВА М.В.¹, ИСХАКОВА И.А.⁴, ВОЛОДИХИНА А.А.⁵

¹ГБУЗ СК «ГКБ №3»; ²ГБУЗ СК «ГП №4 «г. Ставрополь»; ³РГБ ЛПУ «КЧРКБ», г. Черкесск;

⁴Городская поликлиника 209 филиал 158 ДЗМ, г. Москва;

⁵Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь. Россия

Введение. В последние годы особое внимание уделяется изучению особенностей психологического статуса в общемедицинской практике. Согласно данным аналитического прогноза ВОЗ, к 2020г. депрессия выйдет на второе место после ИБС по числу утраченных лет полноценной жизни.

Цель исследования. Изучение тревожно-депрессивных расстройств у пациентов, перенесших имплантацию кардиостимулятора до и после хирургического лечения.

Материал и методы. В исследование включены 32 пациента в возрасте от 47 до 55 лет, проходящих стационарное лечение в кардиологическом отделении ГБУЗ СК «ГКБ №3». Показанием к имплантации ЭКС являлась АВ-блокада 3 ст. и CCCY. Соотношение мужчин и женщин было 21 (65,6%) и 11 (34,4%). Коронарный анамнез составлял около 2–5 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 имплантации кардиостимулятора. 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 12,0 и в Excel.

Результаты. По данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) установлено, что у мужчин расстройства депрессивного характера в виде субклинической депрессии и клинически выраженной депрессии встречались в 19,0 и 4,8%

случаев, а у женщин 9,1 и 18,7% соответственно. Субклиническая тревога и клинически выраженная тревога были обнаружены у 23,8 и 4,8% мужчин. Примечательно, что у лиц женского пола субклиническая тревога была обнаружена в 27,3%, а случаев с клинически выраженной тревогой выявлено не было. Таким образом, различные расстройства тревожно-депрессивного спектра, а также их смешанные состояния с учетом гендерного признака были выявлены у 28,6% лиц мужского и у 55,9% лиц женского пола. Анализ распространенности расстройств тревожно-депрессивного спектра в среднем в послеоперационном периоде после проведенной имплантации ЭКС показал уменьшение частоты встречаемости данных расстройств более чем в 2 раза, что сочеталось с уменьшением частоты и интенсивности болевого синдрома, повышением толерантности к физической нагрузке после оперативного лечения. Однако, у ряда пациентов уровни тревоги и депрессии в сочетании с более низкими показателями качества жизни сохраняются и в позднем послеоперационном периоде.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о распространенности расстройств тревожно-депрессивного спектра у пациентов до и после имплантации кардиостимулятора. Необходимо активное выявление коморбидных психопатологических расстройств у данной категории пациентов и своевременное проведение лечебно-профилактических мероприятий, что улучшит медико-социальную эффективность лечения основного заболевания и осуществит своего рода «вклад» в благополучное будущее пациента.

СИГМА-1 РЕЦЕПТОРЫ – ОРИГИНАЛЬНАЯ БИОМИШЕНЬ ДЛЯ СОЗДАНИЯ КАРДИОТРОПНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

КРЫЖАНОВСКИЙ С.А., ВИТИНОВА М.Б., СТОЛЯРУК В.Н., ЦОРИН И.Б., ИОНОВА Е.О.,
КОЖЕВНИКОВА Л.М.

ФГБНУ «НИИ фармакологии имени В.В. Закусова», г. Москва. Россия

Введение (цели/ задачи). Доклад.

Материал и методы. Доклад.

Результаты. Открытые в 1976 году сигма 1-рецепторы (сигма1-R) исторически рассматривались как биомишень для создания новых оригинальных психотропных лекарственных средств. Однако, после того как было показано, что плотность сигма1-R

в тканях правого и левого желудочков сердца существенно выше, чем в других органах и тканях организма, возник интерес к изучению их роли в регуляции функциональной активности кардиомиоцитов. В кардиомиоцитах сигма1-R локализируются на наружной поверхности мембраны саркоплазматического ретикулума вблизи его митохондрии-свя-



ывающих участков (МАМ) и/или в области ионных Са-каналов, обеспечивающих поступление ионов Са²⁺ из цистерн саркоплазматического ретикулума (СПР) в цитозоль клетки. По сути сигма1-R представляет собой комплексное образование – «липидную везикулу», состоящую из сигма1-R, адаптерного белка анкирин-220 и IP3-рецептора 3 типа (IP3-R). Известно, что IP3-R крайне нестабильный протеин и легко распадается под действием протеаз, однако в соединении с сигма1-R он стабилизируется. После взаимодействия сигма1-R с агонистом происходит диссоциация этого функционального образования, в результате чего сигма1-R и анкирин-220 в составе липидной везикулы мигрируют к внутренней поверхности клеточной мембраны, где они регулируют функциональную активность потенциалзависимых трансмембранных Na, K и Са каналов и стабилизируют фосфолипидный бислой клеточной мембраны. Оставшийся на мембране СПР IP3-рецептор активируется и инициирует выход ионов Са²⁺ в цитоплазму кардиомиоцитов из цистерн СПР. Недавно были опубликованы сообщения о том, что агонисты сигма1-R обладают способностью оптимизировать функциональную активность не только IP3-R, но и RyR2-рецепторов. Известно, что именно синхронная активация каналов, ассоциированных с IP3-R, и RyR2 является ключевым механизмом, регулирующим процессы электромеханического сопряжения кардиомиоцитов. Комплекс сигма1-R/IP3-R локализован на МАМ участке СПР. Активированный сигма1-R выступает в роли шаперона IP3-R, в результате чего в митохондриях через вольтаж-зависимые анионные каналы начинают поступать ионы Са²⁺, стимулирующие синтез АТФ. Таким образом, опосредуемые сигма1-R сигнальные каскады активируют процессы биоэнергетического обеспечения клетки и тем самым повышают ее устойчивость к неблагоприятным воздействиям. Известно, что сигма1-R обладают способностью препятствовать стресс-

индуцируемому повреждению СПР кардиомиоцитов, что связано со способностью сигма1-R активировать сопряженный с ними внутриклеточный IRE1/XBP1S сигнальный каскад, результатом активации которого является подавление экспрессии транскрипционного фактора CHOP, ответственного за стресс-индуцированное повреждение СПР. Показано, что у нокаутных по сигма1-R мышей, в отличие от интактных, развивается прогрессирующая систолическая дисфункция, сопровождающаяся фиброзом, отложением коллагена и увеличением экспрессии экстрацеллюлярного белка периостатина, обладающего кардиотоксическим действием, а также нарушена дыхательная функция митохондрий и активизированы митохондриально-сопряженные проапоптотические каскады. Таким образом, накопленные к настоящему времени данные позволяют рассматривать сигма1-R как внутриклеточное образование, играющее важную роль в защите клетки от патологических воздействий, т.е. как эволюционно сформировавшийся «ремонтный комплекс», обеспечивающий гомеостаз клетки и тем самым поддерживающий ее жизнедеятельность, а также полагать, что в условиях патологии миокарда агонисты сигма1-R могут проявлять выраженное кардиопротективное действие. В докладе подробно рассматриваются результаты экспериментальных исследований, свидетельствующих о том, что агонисты сигма1-R обладают выраженной антиаритмической, антифибрилляторной и антиишемической активностью; значительно уменьшают площадь ишемического повреждения и интенсивность постинфарктного ремоделирования миокарда; в условиях сформировавшейся хронической сердечной недостаточности значительно увеличивают инотропную функцию сердца; в миокарде подавляют экспрессию ключевых рецепторов и сигнальных белков, регулирующих внутриклеточные патологические сигнальные каскады.

Заключение. Доклад.

ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ КАК ФАКТОР НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА

КУРБАНОВ А.Ч.^{1,2}, КАРИМОВА Ф.А.²

¹ТГМУ, ²ГКБ-2, г. Ташкент. Узбекистан

Введение (цели/задачи). Провести экспозиционные замеры уровня электромагнитных полей промышленной частоты в электролизном цехе завода и сравнить с предельно допустимыми нормами. Выявить основные нарушения ритма сердца у рабочих электролизного цеха.

Материал и методы. Экспозиционные замеры напряженности электромагнитных полей проводились в электролизном цехе завода многократно в течение рабочей смены при помощи измерителя напряженности промышленной частоты ПЗ-50 (сертификат об утверждении типа средств изме-

рений Ру. С. 34.002. А. № 5412 от 28.07. 1998), а также прибором ВЕ-метр в соответствии с требованиями СН- № 5802-91, СанПиН 2.24.723-98. Обследованы 120 рабочих электролизного цеха, в частности им произведена запись ЭКГ во время рабочего дня. Возраст обследованных составил от 20 до 55 лет.

Результаты. Результаты экспозиционных замеров свидетельствуют о том, что внутри помещений завода рабочие (электрики и электрослесари) подвергаются минимальному воздействию электромагнитного излучения. При ПДУ 5,0 (5 ч)

напряженность в комнате электриков, мастерской составила 0,015 Кв/м, в аккумуляторной комнате – 0,04 Кв/ч. Напряженность электромагнитных полей в электролизном цехе возле электроустановок мощностью не более 110 Кв также находилась в пределах нормы и составила 4,16 Кв/м. Наибольшая напряженность регистрируется возле установок мощностью 380 Кв в частности на участке электролизера напряженность увеличивается до 13,3 Кв/м; возле трансформаторов и конденсаторов этот показатель увеличивается до 21,8 Кв/ч, превышая в 3–4 раза. Анализ электрокардиограмм, записанных у 120 рабочих электролизного цеха, позволил выявить основные нарушения ритма сердца, среди которых на первый план выступает синусовая тахикардия – у 32 рабочих (26,7%); синусовая брадикардия – у 6 рабочих (5,0%); экстрасистолы – 19 рабочих (15,9%); блокады ножек пучка Гиса левой – у 7 рабочих (5,8%) и правой – у

одного рабочего (0,8%); комбинированные нарушения ритма у 22 рабочих (18,3%). У 24 рабочих регистрировался вариант нормы.

Заключение. Высоким экспозиционным нагрузкам, превышающим ПДК в 3–4 раза, подвергаются работники, обслуживающие электроустановки мощностью в 380 Кв в электролизном цехе. Электромагнитное излучение является основным фактором сердечно-сосудистой патологии и в частности, нарушения ритма сердца. Анализ 120 электрокардиограмм позволяет отнести рабочих цеха к группе риска, поскольку у них регистрируются частые нарушения ритма сердца в виде синусовой тахикардии, блокад ножек пучка Гиса, экстрасистол. В этом аспекте возникает необходимость регулярного динамического мониторинга за состоянием сердечно-сосудистой системы рабочих электролизного и анодного цехов.

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ НОСИТЕЛЬСТВОМ ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ CYP2C9 И VKORC1 С РАЗВИТИЕМ ЭПИЗОДОВ ЧРЕЗМЕРНОЙ ГИПОКОАГУЛЯЦИИ НА ФОНЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ

КУРБАНОВ Р.Д., ЗАКИРОВ Н.У., ИРИСОВ ДЖ.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Изучение взаимосвязи между носительством генотипов полиморфизмов CYP2C9*2/*3 гена CYP2C9 и G(-1639)A полиморфного маркера гена VKORC1 и развитием эпизодов чрезмерной гипокоагуляции на фоне антикоагулянтной терапии варфарином (Вф) у больных с фибрилляцией предсердий (ФП) узбекской национальности.

Материал и методы исследования. В исследование включены 157 пациентов (63,1% мужчин) с длительно существующей ФП, имевших не менее двух факторов риска по шкале CHA2DS2-VASc и ранее не принимавших Вф. Вф назначался в стартовой дозе 2,5 мг/сут, под контролем международного нормализованного отношения (МНО) дополнительно к базисной терапии основного заболевания. Чрезмерную гипокоагуляцию (ЧГ) констатировали при МНО более 3. Определение аллельных вариантов гена проводили методом полимеразной цепной реакции с последующим изучением полиморфизма длин рестрикционных фрагментов.

Результаты исследования. В обследованной выборке (n=157) выявлены 13 (72%) комбинаций из 18 возможных сочетаний полиморфизмов

CYP2C9*2/*3 гена CYP2C9 и полиморфного маркера G(-1639)A гена VKORC1. Анализ влияния носительства различных генотипов показал, что наименьшая частота (29%) развития случаев ЧГ встречалась в группе лиц (n=31) с сочетанным носительством «диких» генотипов GG полиморфного маркера G(-1639)A гена VKORC1 и *1/*1 полиморфизмов CYP2C9*2/*3 гена CYP2C9, при этом доза Вф, вызвавшая эпизод ЧГ, составила $3,8 \pm 0,9$ мг/сут. В группе лиц с носительством *1/*1-генотипа полиморфизмов CYP2C9*2/*3 с AA-генотипом полиморфного маркера G(-1639)A гена VKORC1 эпизоды ЧГ наблюдались в 74% случаев ($p < 0,05$), при этом также выявлена достоверно более низкая доза Вф $2,9 \pm 0,9$ мг/сут, вызвавшая эпизоды ЧГ ($p < 0,05$). Промежуточное положение заняли пациенты (n=52) с носительством *1/*1-генотипа полиморфизмов CYP2C9*2/*3 и AG-генотипом полиморфного маркера G(-1639)A гена VKORC1, где частота эпизодов ЧГ наблюдалась в 42% случаев, а доза Вф составила $3,8 \pm 1,4$ мг/сут.

Выводы. Наименьшая частота развития ЧГ встречается при сочетанном носительстве «диких» генотипов полиморфизмов генов VKORC1 и CYP2C9 при дозе Вф $3,8 \pm 0,9$ мг/сут.



АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ НОСИТЕЛЬСТВОМ АЛЛЕЛЕЙ ПОЛИМОРФИЗМА CYP2C9*2 ГЕНА CYP2C9 И G(-1639)A ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА ГЕНА VKORC1 С РАЗВИТИЕМ ЭПИЗОДОВ ЧРЕЗМЕРНОЙ ГИПОКОАГУЛЯЦИИ НА ФОНЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ

КУРБАНОВ Р.Д., ЗАКИРОВ Н.У., ИРИСОВ ДЖ.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан

Цели исследования. Анализ взаимосвязи между носительством определенных аллелей полиморфизмов CYP2C9*2 гена CYP2C9 и полиморфного маркера VKORC1 G(-1639)A гена VKORC1 с развитием ЧГ у пациентов узбекской национальности на фоне терапии варфарином (Вф).

Материал и методы исследования. В исследование включены 157 пациентов (63,1% мужчин) с длительно существующей ФП, имевших не менее двух факторов риска по шкале CHA₂DS₂-VASc и ранее не принимавших Вф. Вф назначался в стартовой дозе 2,5 мг/сут, под контролем международного нормализованного отношения (МНО) дополнительно к базисной терапии основного заболевания. Чрезмерную гипокоагуляцию (ЧГ) констатировали при МНО более 3. Определение аллельных вариантов гена проводили методом полимеразной цепной реакции с последующим изучением полиморфизма длин рестрикционных фрагментов.

Результаты исследования. Установлено, что наименьшая частота (37,24 против 54,77%; $\chi^2=11,516$; $p=0,000$) развития случаев ЧГ отмечалась в группе лиц с сочетанным носительством *1-аллеля полиморфизма CYP2C9*2 гена CYP2C9 и G-аллеля полиморфного маркера G(-1639)A гена VKORC1 по сравнению с группой пациентов с сочетанным носительством *1-аллеля полиморфизма CYP2C9*2 гена CYP2C9 и A-аллеля полиморф-

ного маркера G(-1639)A гена VKORC1. Также, при сравнении этих групп по средним суточным дозам Вф, вызвавшим эпизод ЧГ, установлено следующее: группе пациентов с сочетанным носительством *1-аллеля полиморфизма CYP2C9*2 гена CYP2C9 и A-аллеля полиморфного маркера G(-1639)A гена VKORC1 требовались достоверно более низкие средние суточные дозы Вф, чем в группе сравнения ($3,4 \pm 1,2$ мг/сут против $3,8 \pm 1,2$ мг/сут, $p=0,001$). При сравнении пациентов с сочетанным носительством *2-аллеля полиморфизма CYP2C9*2 и G-аллелем полиморфного маркера VKORC1 с группой лиц носительством *2-аллеля полиморфизма CYP2C9*2 с A-аллелем полиморфного маркера VKORC1 было выявлено, что второй группе больных требовались достоверно более низкие средние суточные дозы Вф для развития эпизодов ЧГ ($3,3 \pm 0,9$ мг/сут против $3,9 \pm 0,7$ мг/сут; $p=0,003$). Различия в частоте развития эпизодов ЧГ статистически не различались в сравниваемых группах: 48,57 против 38,23% ($p>0,05$).

Выводы. Наименьшая частота развития ЧГ (37,24%) встречается при сочетанном носительстве *1-аллеля полиморфизма CYP2C9*2 гена CYP2C9 и G-аллеля полиморфного маркера G(-1639)A гена VKORC1 при сравнении с носительством вариантных аллелей полиморфизмов генов CYP2C9 и VKORC1.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КАРДИОВЕРСИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НОВОГО РОССИЙСКОГО АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА III КЛАССА

МИРОНОВ Н.Ю., ВЛОДЗЯНОВСКИЙ В.В., ЮРИЧЕВА Ю.А., СОКОЛОВ С.Ф., МАЙКОВ Е.Б., ГОЛИЦЫН С.П., РОЗЕНШТРАУХ Л.В., ЧАЗОВ Е.И.

ФГБУ «НМИЦ кардиологии» МЗ РФ, г. Москва. Россия

Введение (цели/задачи). Рефралон – новый отечественный антиаритмический препарат III класса, зарегистрированный для купирования фибрилляции (ФП) и трепетания (ТП) предсердий. В настоящее время накоплен пострегистрационный опыт применения препарата в течение 5 лет.

Материал и методы. Внутривенное введение рефралона в дозе от 10 до 30 мг/кг с целью восстановления синусового ритма (СР) произведе-

но 406 больным с персистирующей формой ФП ($n=338$) и ТП ($n=68$). В качестве первичных критериев эффективности приняты: 1 – восстановление синусового ритма в течение 24 ч. после начала введения препарата; 2 – отсутствие устойчивых рецидивов ФП и ТП в течение 24 ч. после начала введения препарата; 3 – сохранение СР через 24 ч. после начала введения препарата. В качестве вторичных критериев эффективности приняты: 1

– время от начала введения препарата до восстановления СР; 2 – отсутствие неустойчивых рецидивов ФП или ТП после восстановления СР; 3 – отсутствие частой (>10/мин) наджелудочковой экстрасистолии (НЖЭ) и/или пробежек наджелудочковой тахикардии (НЖТ) после восстановления СР.

Результаты. После введения рефралона восстановление СР отмечалось у 361 больного (89%). Эффективность дозы 10 мкг/кг составила 50% (n=203); эффективность дозы 20 мкг/кг – 67%. Эффективность препарата при ФП составила 87% (294 из 338 больных), а при ТП – 97% (66 из 68 пациентов). В среднем, время от начала введения рефралона до восстановления СР состави-

ло $22,6 \pm 4,9$ мин. Устойчивые рецидивы ФП после восстановления СР отмечались у 11 из 360 пациентов (3%) – у 9 больных, которым рефралон был введен в дозе 10 мкг/кг, и у 2 больных, которым рефралон был введен в дозе 30 мкг/кг. Через 24ч после начала введения препарата СР регистрировался у 349 пациентов (86%). Неустойчивые пароксизмы ФП, купировавшиеся самостоятельно, отмечались у 27 из 361 больного (7,5%), частая НЖЭ и пробежки НЖТ – у 34 больных (9,4%).

Заключение. Медикаментозная кардиоверсия с использованием рефралона является эффективным, надежным и быстрым способом восстановления СР при персистирующих ФП и ТП.

АУТОАНТИТЕЛА К М2 ХОЛИНОРЕЦЕПТОРАМ У БОЛЬНЫХ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, ИДИОПАТИЧЕСКОЙ И В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

МИРОНОВА Е.С., МИРОНОВА Н.А., ШАРФ Т.В., ЕФРЕМОВ Е.Е., АЗЬМУКО А.А., МОЛОКОЕДОВ А.С., ЗЫКОВ К.А., ГОЛИЦЫН С.П.

ФГБУ НМИЦ кардиологии МЗ РФ, г. Москва. Россия

Цель. Определение аутоантител к М2 холинорецепторам (М2-ХР) у больных пароксизмальной формой идиопатической фибрилляции предсердий (ФП) и больных ФП и гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы. В исследование включали больных идиопатической пароксизмальной формой ФП (n=100) и больных ФП в сочетании с ГБ (n=98) моложе 66 лет. Больным проводили общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, регистрацию ЭКГ, эхокардиографию, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, пробу с дозированной физической нагрузкой. Определение аутоантител IgM и IgG к различным аминокислотным последовательностям М2-ХР проводили унифицированным непрямым иммуноферментным анализом.

Результаты. Аутоантитела к различным аминокислотным последовательностям М2-ХР были обнаружены у 45% больных идиопатической ФП и у 35% больных ФП в сочетании с ГБ. У пациентов с идиопатической ФП существенно чаще об-

наруживалось значимое повышение IgG к М2-ХР по сравнению с группой больных ФП в сочетании с ГБ (32 против 20%; $p < 0,05$). По частоте выявления повышения IgM к совокупности антигенных детерминант М2-ХР достоверных различий между сравниваемыми группами не отмечено. Следует отметить, что у пациентов с идиопатической ФП в четыре раза чаще отмечалось одновременное повышение IgM и IgG к М2-ХР по сравнению с больными ГБ (15 против 4%; $p < 0,05$). При количественной оценке у больных идиопатической ФП отмечены более высокие значения IgG ко всем исследуемым антигенным детерминантам (статистически достоверные различия), при этом значения IgM к исследуемым антигенным детерминантам между группами сравнения не различались.

Заключение. Выявление аутоантител к М2-ХР у больных ФП может быть косвенным подтверждением участия аутоиммунных механизмов в возникновении нарушений ритма сердца, в особенности идиопатической ФП.



ПАЦИЕНТЫ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА: ОСОБЕННОСТИ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ПРОГНОЗ

ПЕРЕВЕРЗЕВА К.Г., ЯКУШИН С.С., ПРИПАДЧЕВА А.Э.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань. Россия

Цель. Оценить частоту назначения оральных антикоагулянтов (ОАК) у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) после инфаркта миокарда (ИМ), приверженность к их приему и влияние на 12-месячный прогноз.

Материал и методы. В исследование включались пациенты с диагнозом ФП, госпитализированные в 2016–2017 гг. в одну из клинических больниц г. Рязани с диагнозом ИМ. Критериев исключения в исследовании предусмотрено не было. Риск тромбозомболических осложнений (ТЭО) определяли по шкале CHA2DS2-VASc, риск геморрагических осложнений – по шкале HAS-BLED, приверженность к лекарственной терапии по опроснику Мориски – Грина. Статистическую обработку материала проводили с помощью программы Microsoft Excel 2007 и STATISTICA 10.0. Из 104 пациентов с ФП и ИМ, включенных в исследование, мужчин было 55,6%. Медиана возраста пациентов составила 70,0 (61,0; 78,0) лет. В 59,6% случаев ФП была представлена пароксизмальной формой, в 19,2% – персистирующей и в 19,2% постоянной. При оценке риска ТЭО по шкале CHA2DS2-VASc медиана баллов составила 5,0 (4,0; 6,0) балла, а при оценке риска геморрагических осложнений по шкале HAS-BLED – 2,0 (2,0; 3,0) балла.

Результаты. Среди всех включенных в исследование пациентов при высоком риске ТЭО терапия ОАК была назначена в 16,3% случаев, при этом в 6,7% случаев ОАК были назначены в составе тройной антитромботической терапии (АТТ), в 8,7% – в составе двойной АТТ (ОАК+антиагрегант) и в 1,0% – в качестве монотерапии. Среди всех ОАК варфарин был назначен в 64,7% случаев, а ривароксабан в 35,3%. 76,9% пациентов была назначена двойная антиагрегантная терапия. 2,9% пациентам не была назначена АТТ, 3,8% пациентам был назначен только один антиагрегант. Из 80 пациентов, получающих двойную антиагрегантную терапию, 57,5% пациентам проводилось чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Среди 17 пациентов, получающих терапию ОАК, ЧКВ было проведено в 69,2% случаях, а состав получаемой пациентами АТТ был следующим: ОАК и два антиагреганта получали 55,6% пациентов, а ОАК и один антиагрегант – 44,4%. Статистически значимой разницы между значениями баллов по шкалам CHA2DS2-

VASc и HAS-BLED в возрасте, поле при частоте острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), артериальной гипертензии, сахарном диабете, нарушениях функции печени, почек, частоте кровотечений, злоупотреблении алкоголем, лабильности международного нормализованного отношения, глубине и локализации ИМ, частоте ЧКВ между группами пациентов, получающих антиагрегантную и антикоагулянтную терапию, получено не было. В течение года приверженность к приему лекарственной терапии составила 71,6%, при этом из 17 пациентов, которым были назначены ОАК, их прием продолжили только 52,9% пациентов, а среди пациентов, получающих двойную антиагрегантную терапию, 80%, $p=0,04$. Из 73 пациентов, приверженных к лечению, в течение 12 месяцев после ИМ 12,3% пациентов скончались, у 2,7 и 4,1% пациентов были нефатальный инфаркт и нефатальное ОНМК соответственно, у 4,1% было проведено повторное экстренное ЧКВ, еще 23,4% были госпитализированы в течение года в стационар по поводу сердечно-сосудистых заболеваний. Всего за год произошло 43,8% неблагоприятных событий, среди которых крупных и средних кровотечений зарегистрировано не было. Статистически значимой разницы по числу летальных исходов, ЧКВ, нефатальных ИМ и ОНМК между обеими группами пациентов получено не было. При этом в группе пациентов, получавших ОАК, не было случаев ОНМК, а в группе пациентов, принимающих двойную антиагрегантную терапию, их частота составила 4,7% ($p>0,05$).

Заключение: 1. В реальной клинической практике назначение ОАК происходит без учета риска ТЭО и геморрагических осложнений и не зависит от выбранной стратегии ведения пациента. 2. Приверженность к приему ААТ является недостаточной и составляет 71,6%, при этом приверженность к приему ОАК статистически значимо ниже приверженности к приему антиагрегантов, $p=0,04$. 3. В ходе исследования, по данным 12-месячного наблюдения, не получено статистически значимой разницы в частоте неблагоприятных событий среди пациентов, получающих ОАК и антиагреганты, что возможно, связано с небольшим сроком наблюдения и низкой частотой приема ОАК.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК С ДАННЫМИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

ПЕРСИДСКИХ Ю.А., МРОЧЕК А.Г., ИЛЬИНА Т.В., ГОНЧАРИК Д.Б., ЧАСНОЙТЬ А.Р.,
ПЛАЩИНСКАЯ Л.И., БАРСУКЕВИЧ В.Ч., САВЧЕНКО А.А.

РНПЦ «Кардиология», г. Минск. Беларусь

Актуальность. По последним данным у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) при проведении магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга (ГМ) частота выявления бессимптомных микроэмболий (БМЭ) значительно выше, чем при синусовом ритме. Существует несколько гипотез о механизме возникновения БМЭ при ФП, однако точная причина их развития на данный момент остается неизвестной. Поэтому изучение взаимосвязи между различными клинико-инструментальными характеристиками пациентов с персистирующей ФП и наличием БМЭ ГМ для оценки их роли в возникновении бессимптомных микроповреждений ГМ при ФП может представлять научный и практический интерес.

Цель. Изучить основные клинические и инструментальные характеристики пациентов с персистирующей фибрилляцией предсердий и их взаимосвязь с выявлением БМЭ при МРТ ГМ.

Материал и методы. 69 пациентам с персистирующей ФП, поступившим для проведения кардиоверсии, было проведено обследование, включающее: клиническую оценку, оценку риска тромбоэмболических и геморрагических осложнений, чреспищеводную эхокардиографию, эхокардиографию, МРТ ГМ. Все пациенты на момент обследования получали адекватную антикоагулянтную терапию. При анализе данных МРТ ГМ за БМЭ принимались очаги гиперинтенсивности в веществе головного мозга размером до 5 мм. У 49 пациентов при МРТ ГМ были выявлены БМЭ (Гр1), у 20 человек (Гр2) – микроповреждений ГМ не зафиксировано. Сравнение клинических и инструментальных характеристик пациентов в зависимости от наличия/отсутствия БМЭ ГМ по данным МРТ проводили с использованием критерия Манн – Уитни

U. Наличие взаимосвязи оценивалось при помощи корреляционного анализа по Спирмену.

Результаты. Пациенты не различались по ИМТ (Гр1 – $32,03 \pm 5,8$ кг/м², Гр2 – $29,39 \pm 4,7$ кг/м²), анамнезу ФП (Гр1 – 2,7 лет [0,2; 3], Гр2 – 1,78 [0,18; 3]), времени персистирования последнего срыва ритма (Гр1 – 84 дней [36; 101], Гр2 – 96,6 дней [58; 111]), 63,2% лиц в Гр1 и 55% в Гр2 получали антикоагулянты впервые. Пациенты в Гр1 были достоверно старше – $59,6 \pm 7,1$ лет по сравнению $52,6 \pm 8,9$ годами в Гр2, $p=0,002$. Риск тромбоэмболических осложнений (ТЭО) по шкале CHA₂DS₂-VASc составил 1,9 балла в Гр1 в сравнении 1,05 в Гр2 ($p=0,005$). Феномен спонтанного контрастирования регистрировался у 44,9 % лиц в Гр1 в сравнении с 25% в Гр2 ($p=0,17$), объем ЛП был больше в Гр1 – 102,06 мл [76; 120] против 89,1 мл [73; 100] в Гр2 ($p=0,19$), показатель ФВ ЛЖ в Гр1 был достоверно ниже – $54,4 \pm 9,4$ и $58,5 \pm 6,8$ % в Гр2 ($p=0,04$). В Гр1 уровень глюкозы составил $6,34 \pm 2,4$ ммоль/л в сравнении с Гр2 – $5,4 \pm 0,5$ ($p=0,008$). Выявлена взаимосвязь между БМЭ и риском по шкале CHA₂DS₂-VASc ($r=0,39$, $p=0,001$, $n=69$), степенью АГ ($r=0,28$, $p=0,018$, $n=69$). Возрастом ($r=0,41$, $p=0,000$, $n=69$), уровнем глюкозы ($r=0,32$, $p=0,008$, $n=69$).

Заключение. БМЭ ГМ у пациентов с персистирующей ФП регистрируются уже в возрасте моложе 65 лет, ассоциированы с повышением риска ТЭО по шкале CHA₂DS₂-VASc более 1 балла, повышением уровня глюкозы крови, артериальной гипертензией. Полученные данные могут иметь значение для решения вопроса о профилактическом назначении антикоагулянтов, а также помогут улучшить понимание механизмов, приводящих к возникновению БМЭ у пациентов с персистирующей ФП.

РИСК ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

ПОРОДЕНКО Н.В., КОНДРАТЕНКО А.С., ХОЛДОВА К.А., СКИБИЦКИЙ В.В.

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России. Россия

Введение (цели/задачи). Определить средний риск тромбоэмболических осложнений и выраженность когнитивных нарушений у пациентов с фибрилляцией предсердий.

Материал и методы. Обследованы 50 пациентов: 26 женщин (средний возраст – 75,3 года)

и 24 мужчины (средний возраст – 65,8 лет) с неклапанной фибрилляцией предсердий (ФП) в сочетании с гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца, находившихся на лечении в кардиологическом отделении больницы скорой медицинской помощи. Всем проведено общекли-



ническое обследование, подсчет баллов по шкалам CHA2DS2-VASc, HAS-BLED и анкетирование по MMSE и MoCA для определения когнитивных расстройств.

Результаты. Персистирующая форма ФП зарегистрирована у 6 человек (5 мужчин и 1 женщина); пароксизмальная ФП – у 17 больных (10 мужчин и 7 женщин). Более чем в 70% случаев имела место постоянная форма ФП. Средний риск по шкале CHA2DS2-VASc составил 2 балла у 12% пациентов, 3 балла – у 24%, 4 балла – у 20%, 5 баллов – 26% и 6 баллов – у 14%. Установлено, что риск 5 и 6 баллов наблюдался преимущественно у женщин. Так, 6 баллов зарегистрировано в 100% случаев лишь у лиц женского пола. Среди пациентов с 2, 3 и 4 баллами преобладали мужчины. Средний риск по шкале HAS-BLED составил 2 балла у 48%, а риск 3 и более баллов – у 18%. У 35 больных (70%) выявлена хроническая болезнь почек (ХБП). Распределение по стадиям ХБП выглядело следующим образом: С1 – 2% случаев, С2 – у 30%, С3а – у 20%, стадия С3б – в 10% случаев, С4 – 2% случаев. Пероральные антикоагулянты в стационаре получали 82% пациентов. У 18 человек они не были назначены в связи с высоким риском кровотечений по шкале HAS-BLED, наличием кровотечений в анамнезе или с отказом больных от их приема. Из обследованных, принимавших варфарин (36% больных), уровень МНО от 2,0 до 3,0 зарегистрирован лишь у 16%; у остальных МНО был выше или ниже целевых значений. Ривароксабан, апиксабан, дабигатран этексилат получали 46% больных, у которых не было установлено побочных эффектов от приема препаратов. Когнитивная функция исследовалась с помощью тестов MMSE и MoCA. По шкале MMSE у 28% больных отсутствовали когнитивные расстройства, преддементные нарушения выявлены у 46%, признаки деменции легкой степени – у 20%, деменция умеренной степени – у 6%. Шкала MoCA чаще используется для быстрой

оценки умеренных когнитивных расстройств. Среди обследованных больных суммарный балл 26 и более (отсутствие когнитивной дисфункции) был выявлен только у 8%, в то время как у остальных больных регистрировались когнитивные расстройства различной степени выраженности. Сопоставив баллы по шкале CHA2DS2-VASc и когнитивные изменения, установлено, что уже при риске 2 балла в 70% случаев имелись преддементные нарушения. При увеличении баллов по шкале CHA2DS2-VASc число пациентов в группах составляло более 60%. Когнитивные расстройства у этих больных имели разную степень выраженности: от преддементных до развития деменции умеренной степени. Важно, что у 37,5% мужчин и 19,2% женщин по шкале MMSE нарушений когнитивных функций не наблюдалось. В то же время, преддементные когнитивные нарушения регистрировались у 45,8% мужчин и 46,1% женщин, деменция легкой степени – у 16,6% мужчин и 23% женщин, а деменция умеренной степени только среди 11,5% женщин. По шкале MoCA было определено, что 26 баллов и более имели 12,5% мужчин и 1 женщина, а когнитивные расстройства различной степени выраженности – у 87,5% мужчин и 96,1% женщин. Кроме того, установлено, что у пациентов с ХБП стадий С3 и С4 когнитивные нарушения наблюдались в 80%.

Заключение. У женщин выявлен более высокий риск развития тромбоэмболических осложнений (5 баллов и более). Аналогичная закономерность касалась и частоты развития когнитивных нарушений: среди лиц женского пола регистрировались более серьезные расстройства, в том числе и развитие деменции умеренной степени, которая не встречалась у мужчин. Следовательно, необходимо проводить соответствующую коррекцию выявленных изменений совместно со смежными специалистами, проводить мероприятия, направленные на повышение комплаентности и снижение риска осложнений у пациентов с ФП.

ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

ПУЛАТОВА Ш.Х., КАМИЛОВА Ш.Р., СУЛТАНОВ С.С.

РНЦЭМП Бухарского филиала, г. Бухара. Узбекистан

Актуальность. Ожирение является одним из факторов риска возникновения фибрилляции предсердий (ФП). В то же время его влияние на частоту рецидивов этой аритмии не изучено.

Цель. Изучить роль ожирения в качестве возможного фактора риска развития рецидивов ФП.

Материал и методы. В исследование включены 52 пациента (34 мужчины и 18 женщин, средний возраст – $54,7 \pm 10,5$ лет) с умеренной артериальной гипертензией и стабильной ишемической болезнью сердца, имевшие в анамнезе пароксизмы ФП и синусовый ритм на момент

начала исследования. Исходно у всех больных определяли индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), бедер (ОБ) и их отношение (ОТ/ОБ). В последующем пациенты наблюдались в течение 6 мес., при этом оценивалось наличие рецидивов ФП.

Результаты. За период наблюдения у 28 (58%) пациентов (1-я группа) возникли рецидивы ФП, у остальных 20 (42%) (2-я группа) сохранялся синусовый ритм. У больных 1-й группы по сравнению со 2-й достоверно выше были величины ИМТ – $34,66 \pm 8,24$ и $26,72 \pm 5,71$ кг/м² соответ-

ственно ($p < 0,05$), ОТ – $108,54 \pm 9,12$ и $84,14 \pm 6,42$ см, ОБ $116,62 \pm 12,54$ и $108,76 \pm 9,63$ см и ОТ/ОБ – $0,94 \pm 0,04$ и $0,79 \pm 0,06$.

При многофакторном регрессионном анализе значимыми ($p < 0,05$) факторами риска рецидивов ФП являлись показатели ИМТ ≥ 33 кг/м² (отношение шансов (ОШ) 1,06, 95 % доверительный интервал (ДИ) 1,01–1,13) и ОТ/ОБ $\geq 0,85$ (ОШ – 1,08, 95 %

ДИ – 1,03–1,13) при чувствительности признаков 77 и 81 % и специфичности 56 и 72 % соответственно.

Выводы. Ожирение является самостоятельным фактором риска развития рецидивов ФП. Наиболее значимые соматометрические предикторы рецидивирования аритмии – ИМТ ≥ 33 кг/м² и ОТ/ОБ $\geq 0,85$.

БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КАРДИОВЕРСИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НОВОГО РОССИЙСКОГО АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА III КЛАССА

СОКОЛОВ С.Ф., МИРОНОВ Н.Ю., ВЛОДЗЯНОВСКИЙ В.В., ЮРИЧЕВА Ю.А., МАЙКОВ Е.Б., ГОЛИЦЫН С.П., РОЗЕНШТРАУХ Л.В., ЧАЗОВ Е.И.

ФГБУ «НМИЦ кардиологии» МЗ РФ. Россия

Введение (цели/задачи). Рефралон – новый отечественный антиаритмический препарат III класса, зарегистрированный для купирования фибрилляции (ФП) и трепетания (ТП) предсердий. В настоящее время накоплен пострегистрационный опыт применения препарата в течение 5 лет.

Материал и методы. Внутривенное введение рефралона в дозе от 10 до 30 мкг/кг с целью восстановления синусового ритма (СР) произведено 406 больным персистирующей формой ФП ($n=338$) и ТП ($n=68$). В качестве первичных критериев безопасности были приняты: 1 – летальный исход или развитие состояния, представляющего непосредственную угрозу жизни больного (в т.ч. острой сердечной недостаточности и острого нарушения мозгового кровообращения); 2 – регистрация клинически значимых желудочковых аритмий (частой желудочковой экстрасистолии, устойчивых и неустойчивых пробежек желудочковой тахикардии, тахикардии типа torsade de pointes, фибрилляции желудочков); 3 – возникновение асистолии, продолжительностью более 3 сек. В качестве вторичных критериев безопасности были приняты: 1 – возникновение клинически значимых нарушений проводимости (снижение ЧСС < 50 уд./мин. на фоне сохранения ФП, регистрация синусовой брадикардии, синоатриальных блокад, любых нарушений атриовентрикулярной проводимости, отсутствовавших ранее блокад ножек пучка Гиса после восстановления СР); 2 – увеличение частоты желудочковых сокращений вследствие трансформации ФП в ТП и/или улучшения атриовентрикулярной проводимости; 3 – любые нежелательные изменения в состоянии пациента, которые по мнению исследователей

могли быть обусловлены проводившимся медицинским вмешательством.

Результаты. При проведении медикаментозной кардиоверсии с использованием рефралона не было отмечено ни одного летального исхода или развития состояния, представляющего угрозу жизни больного. У 2 % больных (8 пациентов) отмечалось желудочковое аритмогенное действие, проявлявшееся короткими пробежками полиморфной желудочковой тахикардии типа Torsade de pointes; устойчивые пароксизмальные желудочковые аритмии после введения рефралона не отмечались. Паузы $> 3,0$ сек в момент восстановления синусового ритма зарегистрированы у 3,5 % больных (14 пациентов) еще у 4 % (16 пациентов) регистрировалась синусовая брадикардия, разрешившаяся после внутривенного введения атропина. Клинически значимые нарушения атриовентрикулярной проводимости при использовании рефралона не зарегистрированы. Частотозависимые нарушения внутрижелудочковой проводимости по типу блокады правой или левой ножки пучка Гиса зарегистрированы у 84 % (341 больной). Ни в одном из случаев аберрация внутрижелудочкового проведения не была расценена как повод к прекращению введению препарата. Трансформация в ТП после введения рефралона отмечалась у 200 из 338 больных (59 %) персистирующей ФП. Только у одного больного (0,2 %) этот феномен сопровождался значимым увеличением частоты желудочковых сокращений.

Заключение. Медикаментозная кардиоверсия с использованием рефралона является безопасным способом восстановления СР у больных персистирующей формой ФП и ТП.



Д-ДИМЕР – ВОЗМОЖНЫЙ ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ ФП, ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ ВАРФАРИНОМ

СТАРОВЕРОВА А.И., КРОПАЧЕВА Е.С., ДОБРОВОЛЬСКИЙ А.Б., ЗЕМЛЯНСКАЯ О.А., ПАНЧЕНКО Е.П.

ФГБУ НМИЦ кардиологии. Россия

Введение. Шкала CHA2DS2VASc, рекомендованная для оценки риска ишемического инсульта у больных ФП, содержит только клинические факторы. Тем не менее, продолжается поиск биомаркеров – возможных дополнительных факторов, что делает перспективным изучение Д-димера – маркера активации системы свертывания крови.

Цель. Изучить факторы, ассоциированные с исходным уровнем Д-димера, и оценить его прогностическое значение в отношении риска развития ишемических инсультов.

Материал и методы. В проспективное исследование были включены 200 пациентов (105 мужчин) в возрасте $64,1 \pm 9,1$ лет с ФП, получающих терапию варфарином. Средний балл по шкале CHA2DS2VASc составил $3,28 \pm 1,81$ (22,5% имели ≥ 4 баллов). TTR $70,46 \pm 13,67$.) Период наблюдения составил 5 лет. Конечными точками исследования были фатальные и нефатальные ишемические инсульты (результаты представлены из расчета числа событий на 100 пациенто/лет.) Для оценки прогностически значимого уровня Д-димера были использованы ROC-анализ, кривые выживаемости Каплана – Мейера.

Результаты. По данным многофакторного анализа уровень Д-димера был ассоциирован с риском по шкале CHA2DS2VASc ($\beta = 0,698$, $p < 0,0001$) и возрастом ($\beta = 0,531$, $p = 0,0001$). Частота всех ишемических инсультов (включая фатальные и нефатальные события) составила 2,9 на 100 человеко/лет. Проведенный ROC-анализ выявил взаимосвязь уровня Д-димера с развитием фатальных и нефатальных ишемических инсультов ($AUC = 0,695$, $p = 0,002$, ДИ). Отрезная точка 577 нг/мл для уровня Д-димера показала чувствительность 61,9% и специфичность 73,18%. Кривые Каплана – Мейера продемонстрировали значительную разницу в выживаемости без развития ишемических событий между пациентами с уровнем Д-димера $\geq$ и < 577 нг/мл (частота всех ишемических инсультов составляла 6,07 против 1,55 100 пациенто/лет соответственно, логранк-тест $p = 0,0018$).

Заключение. По данным проспективного 5-летнего наблюдения уровень Д-димера ≥ 577 нг/мл является предиктором развития любых ишемических инсультов (включая фатальные, нефатальные инсульты и ТИА) у больных ФП, получающих терапию варфарином.

БЎЛМАЧАЛАР ФИБРИЛЛЯЦИЯСИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЮИК БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА КАТЕХОЛАМИНЛАР МЕТАБОЛИЗМИ

ТАШТЕМИРОВА И.М., ХЎЖАМБЕРДИЕВ М.А., ҚОДИРОВА Г.И., ЎЗБЕКОВА Н.Р., СОТВОЛДИЕВ Г.

Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон. Ўзбекистон

Кириш. XX–XI асрларда юрак-қон томир касалликларининг атеросклероз билан боғлиқ асоратлари аввалгидай ўлим сабаблари ва иш қобилятини йўқотиш бўйича биринчи ўринни эгаллайди. Дунёнинг бир қатор мамлакатларида ўтказилган илмий тадқиқотлар маълумотларига кўра, бўлмачалар фибрилляцияси // ЮҚТКнинг шаклланишида асосий хавфли омиллардан ҳисобланади.

Тадқиқотнинг мақсади. Бўлмачалар фибрилляцияси аниқланган беморларда симпато-адренал тизимнинг функционал ҳолатини ўрганиш.

Текшириш материаллари ва усуллари. Текширувимизда 25 ёшдан 50 ёшгача бўлган, ўртача $45,9 \pm 0,8$ ёшни ташкил қилган 20 нафар бўлмачалар фибрилляцияси билан асоратланган, ЮИК билан хасталанган беморлар текширилди. А, НА, ДА ва ДОФАни сийдик билан суткалик экскрециясини Э.Ш. Матлина, З.М. Киселёва, И.Э. Софиева (1965) томонидан тавсия қилинган триоксиндол флуориметрик усул бўйича аниқладик. КА конъюгатларининг сийдикдаги миқдорини Т.И. Лукичева, В.В. Меньшиков, Т.Д. Большакова (1971) томонидан ёзилган усул

бўйича аниқладик. Қон зардобидаги MAO фаоллигини А.И.Балаклеевский (1976) томонидан тавсия қилинган усул бўйича аниқладик.

Натижалар муҳокамаси. Бўлмачалар фибрилляцияси билан асоратланган, ЮИК билан, беморларнинг, КА ва ДОФАнинг суткалик экскрецияси тадқиқотнинг 1-суткаларида кўтарилиши, жумладан, адреналин эркин (Аэ) – $6,1 \pm 0,1$ мкг/сут., А боғланган (Аб) – $5,3 \pm 0,1$ мкг/сут., А умумий (Ау) – $9,8 \pm 0,2$ мкг/сут. ташкил қилган, бу 32,9%, 31,6%, 29,2% га назорат гуруҳи кўрсаткичларидан юқори бўлган ($P < 0,001$). НАнинг суткалик сийдик билан ажралиши ҳам статистик ишончли кўтарилган, НА эркин (НАэ) – $11,4 \pm 0,1$ мкг/сут., боғланган НА (НАб) – $10,5 \pm 0,1$ мкг/сут., умумий НА (НАум) – $21,9 \pm 1,1$ мкг/суткагача, бу 15,15%, 20,7%, 17,7% га назорат гуруҳининг кўрсаткичларидан юқори бўлган. ДА барча фракцияларининг суткалик экскрецияси назорат гуруҳининг кўрсаткичларига нисбатан статистик ишончли кўтарилган, жумладан, ДАэ – $157,6 \pm 5,5$ мкг/сут. – 12,25%га, ДАб – $168,7 \pm 6,4$ мкг/сут. – 10,4%га, ДАу – $326,3 \pm 6,0$ мкг/сут. – 11,3%га ошган. ДОФА-

ни суткалик экскрецияси $49,6 \pm 0,8$ мкг/сут. ни ташкил қилган, бу назорат гуруҳини кўрсаткичларидан 6,9% га нисбатан юқори бўлган.

Хулоса. Бўлмачалар фибрилляцияси билан асоратланган, ЮИК билан хасталанган беморларда симпатoadренал тизимининг функционал фаоллиги ортиши аниқланган, сийдик билан КА, асосан адреналин, норадреналиннинг суткалик экскреци-

ясини кўпайиши, гормонал бўлимининг фаоллашуви исботланган. Бўлмачалар фибрилляцияси билан асоратланган ЮИК билан хасталанган беморларда, ДА ва ДОФАнинг сийдик билан суткалик экскрециясининг соғлом кишиларга нисбатан камайишини ҳисобга олганда, САТнинг захира функциясининг пасайиши ва адаптацион имкониятларининг бузилиши тўғрисида гапиришимиз мумкин.

ВЛИЯНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ИСХОДЫ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ТЛЕГЕНОВА Ж.Ш.¹, ЖОЛДИН Б.К.¹, КУДАЙБЕРДИЕВА Г.З.², АБДРАХМАНОВ А.С.³

¹ЗКГМУ имени Марата Оспанова, г. Актобе. Казахстан; ²Центр последипломного образования и научных исследований, г. Бишкек. Кыргызстан; ³ННКЦ, г. Астана. Казахстан

Введение. В настоящее время актуальность фибрилляции предсердий (ФП) для здравоохранения обусловлена растущей распространенностью патологии, ухудшением прогноза пациентов и значительными экономическими затратами, обусловленными прогрессирующим течением заболевания, высокой частотой госпитализаций и дорогостоящим лечением. Артериальная гипертензия (АГ) является наиболее частой причиной ФП. Частота неблагоприятных исходов и госпитализаций, связанных с ФП у больных АГ, в Казахстане и Центральной Азии изучена недостаточно.

Цель. Оценить влияние фибрилляции предсердий на неблагоприятные исходы и госпитализацию у лиц с артериальной гипертензией с сохраненной систолической функцией левого желудочка.

Материал и методы. В исследование методом сплошной выборки были включены лица 40 лет и старше с АГ с сохраненной систолической функцией левого желудочка, без перенесенного коронарного события, последовательно обратившиеся в медицинский центр Западно-Казахстанского государственного медицинского университета в период с февраля по декабрь 2017 года для проведения суточного мониторинга артериального давления и суточного мониторинга электрокардиограммы (n=346). Все пациенты прошли эхокардиографическое исследование. В группе ФП наблюдалось 102 пациента, в группе без ФП – 244 пациента. Исход определялся, как госпитализация

в результате сердечно-сосудистого заболевания, а также смерть по любой причине. Анализ выживаемости без события оценивался с помощью метода Kaplan – Meier, с определением различий между группами с помощью лог-рангового критерия. Среди анализируемых предикторов: фибрилляция предсердий, пол, этнос, статус курения, потребление алкоголя, физическая активность, достижение целевого уровня систолического и диастолического артериального давления по результатам офисного и суточного измерения артериального давления. Ассоциация между указанными переменными и исходом изучалась с использованием многомерного анализа пропорциональных рисков Сох. Относительные риски рассчитывали с 95%-ми доверительными интервалами (ДИ).

Результаты. Длительность наблюдения в среднем составила 16,1 месяца. Общая выживаемость без событий составила 90,7%, у лиц с ФП 78,2%<, у лиц без ФП – 95,9% (p=0,001). Пациенты с ФП (ОШ=3,49; 95% ДИ: 1,55–7,86) имели выше риск госпитализаций и смерти. Из проанализированных факторов только умеренная повседневная физическая активность (ОШ=0,40; 95% ДИ: 0,18–0,88) уменьшала риск изучаемых исходов.

Заключение. Присутствие ФП увеличивает риск смерти и госпитализаций в 3,5 раза. Благоприятное влияние на исходы у больных артериальной гипертензией связаны с наличием умеренной физической активности.

НЕКОТОРЫЕ ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

ХИДИРОВА Л.Д.¹, ЯХОНТОВ Д.А.¹, ЗЕНИН С.А.², МАКСИМОВ В.Н.³

¹ФГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России; ²НОККД; ³НИИТПМ «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук». Россия

Введение (цели/задачи). Оценить ассоциацию полиморфизмов rs1378942 гена CSK и rs2200733 (хр. 4q25) с прогрессированием фибрилляции предсердий (ФП) у мужчин с ФП, артериальной

гипертонией (АГ) и абдоминальным ожирением (АО).

Материал и методы. В обсервационном когортном исследовании наблюдались 116 мужчин в



возрасте 45–65 лет. Из них 57 пациентов с ФП, АГ и АО и группа контроля в количестве 59 пациентов с ФП, АГ и без АО. В работе оценивались клинические, антропометрические и лабораторные показатели, результаты инструментальной диагностики: ЭКГ, СМЭКГ, ЭхоКГ. Тестирование полиморфизма rs1378942 гена CSK и rs2200733 хромосомы 4q25 с помощью ПЦР с ПДРФ. Все статистические расчеты проводились в программе Rstudio (version 0.99.879 – © 2009–2016 RStudio, Inc., USA).

Результаты. Средний возраст всех исследуемых пациентов составил $53,3 \pm 7,1$ года. При разделении пациентов с ФП и АГ на группы по признаку наличия/отсутствия абдоминального ожирения оказалось, что в подгруппах носителей разных генотипов полиморфизма rs1378942 гена CSK имеются достоверные различия по среднему уровню индекса массы тела: в группе с нормальным индексом массы тела наблюдается повышение показателя в ряду генотипов CC, AC, AA. Самое высокое значение индекса массы тела у носителей генотипа CC ($p < 0,03$) в группе с АО. При сравнении среднего уровня индекса массы тела в подгруппах носителей разных генотипов rs2200733 хромосомы 4q25 доказано, что у носителей генотипа CC наибольший индекс массы тела ($p < 0,05$). В группе с АО достоверных различий по среднему

индексу массы тела между носителями генотипов CC и CT не получено. При оценке индекса массы миокарда левого желудочка с rs1378942 гена CSK и rs2200733 хромосомы 4q25 установлено сопоставимое повышение индекса массы миокарда левого желудочка в обеих группах. А при сравнении генотипов оказалось достоверное преимущество генотипа AC ($p < 0,003$) по сравнению с AC и CC. В ОНП rs2200733 хромосомы 4q25 наблюдается повышение показателя в ряду генотипа CC, независимо от наличия АО, но в группе с АО отмечено повышение показателя в ряду генотипа CT. Выявлено понижение индекса массы миокарда левого желудочка у больных с АО – $145,6 \pm 3,5$ г/м² относительно группы без АО – $193,8 \pm 0,8$ г/м², ($p < 0,05$). Доказано, что в группе с АО прогрессирование фибрилляции предсердий происходило в 2,57 раза чаще, чем в группе без абдоминального ожирения ($p < 0,003$).

Заключение. Таким образом, в настоящем исследовании впервые выявлено, что у мужчин с ФП и АГ ОНП rs1378942 гена CSK и rs2200733 хромосомы 4q25 ассоциированы с ИМТ и ИММЛЖ. Гетерозиготный генотип AC rs1378942 в гене CSK достоверно чаще встречается у больных независимо от наличия АО. В группе с АО прогрессирование ФП происходило в 2,57 раза чаще, чем в группе без АО.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ

ХИДИРОВА Л.Д.¹, ЯХОНТОВ Д.А.¹, ЗЕНИН С.А.²

¹ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет; ²НОККД. Россия

Введение (цели/задачи). Изучить особенности течения фибрилляции предсердий у больных артериальной гипертонией и экстракардиальной коморбидной патологией в зависимости от проводимой терапии.

Материал и методы. В обсервационном когортном исследовании наблюдались 207 мужчин 45–65 лет с фибрилляцией предсердий (пароксизмальная и персистирующая форма) и артериальной гипертонией в сочетании с сахарным диабетом ($n=40$), абдоминальным ожирением ($n=64$) и хронической обструктивной болезнью легких ($n=47$). Группу сравнения составили 56 больных с фибрилляцией предсердий и артериальной гипертонией, без экстракардиальных заболеваний. В работе оценивались клинические, антропометрические показатели, тест для оценки приверженности Мориски–Грина, результаты инструментальной диагностики: ЭКГ; ХМ ЭКГ, СМЭКГ – Системы суточного мониторирования SCHILLER (Шиллер, Швейцария), ЭхоКГ – в М- и 2D-режимах на аппа-

рате Vivid 7 (General Electric, USA). Все статистические расчеты проводили в программе Rstudio (version 0.99.879 – © 2009–2016 RStudio, Inc., USA, 250 Northern Ave, Boston, MA 02210 844–448–121, info@rstudio.com) на языке R (R Core Team (2015). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>).

Результаты. Среди больных с фибрилляцией предсердий и артериальной гипертонией было выявлено <66% с сопутствующей экстракардиальной коморбидной патологией, из них с сахарным диабетом 20% больных; хроническая обструктивная болезнь легких выявлена у 22% пациентов, а АО отмечалось у 24% пациентов. По частоте электроимпульсной и медикаментозной терапии клинические группы были сопоставимы. Доказано, что пациенты, которым была проведена МТ, госпитализировались по поводу повторных приступов фибрилляции предсердий достоверно чаще ($p < 0,001$) по сравнению с группой пациентов, ко-

торым проводилась электроимпульсная терапия. Хроническая сердечная недостаточность развивалась чаще, чем в группе с медикаментозной терапией, но статистически значимых различий не выявлено ($p=0,342$). При оценке синусового ритма, в зависимости от проведенной терапии у больных фибрилляцией предсердий в сочетании с артериальной гипертонией, оказалось, что пациенты с более длительным стажем артериальной гипертонии имеют статистически значимую разницу в пользу медикаментозной терапии. Привержен-

ность к антиаритмической терапии низкая у всей когорты больных, а при сравнительном анализе между клиническими группами она оказалась статистически недостоверной.

Заключение. Ранняя диагностика факторов прогрессирования ФП, назначение дополнительной терапии для вторичной профилактики аритмии и выбор правильной стратегии ее лечения могут замедлить прогрессию аритмии и развитие ХСН, что позволит улучшить не только клинический статус пациентов, но и их прогноз.

ОЦЕНКА ИНТЕРВАЛА QT И ЕГО ДИСПЕРСИИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АМИОДАРОНОМ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

ШПАК Н.В., РУСЕЦКАЯ А.И.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно. Беларусь

Интервал QT и его дисперсия относятся к маркерам электрической нестабильности миокарда. Определение данных показателей на фоне лечения амиодароном является неотъемлемым компонентом безопасности антиаритмической терапии.

Цель работы. Оценить интервал QT и его дисперсию у пациентов с персистирующей формой фибрилляции предсердий (ФП), сохраняющих синусовый ритм, на фоне антиаритмической терапии амиодароном.

Материал и методы. Обследованы 27 пациентов с персистирующей формой ФП на фоне хронической ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ), средний возраст – $64,6 \pm 7,9$ лет, 23 пациента – лица мужского пола. Исследование проводилось на синусовом ритме, терапия контроля ритма осуществлялась амиодароном ($n=14$, группа 1) или амиодароном с метопрололом 50 мг/сутки ($n=13$, группа 2). Медиана суточной дозы амиодарона в обеих группах – 200 мг, медиана длительности приема – 2 (1–3) месяца. Оценка фактического и скорректированного (по формуле Базетта, QTc) интервала QT проводилась в 12 отведениях ЭКГ с определением их дисперсии QT (QTd и QTcd) автоматически с помощью программно-аппаратного комплекса «Поли-Спектр» (Нейрософт, Россия). Статистический анализ проводился с использованием программы Statistica 10,0.

Результаты. Группы 1 и 2 не различались по полу, возрасту, нозологии, основным лабораторным и эхокардиографическим показателям. В 1 группе максимальный QT в отведении V5, медиана 468 (447–463) мс. В группе 2 максимальный интервал QT во II отведении, медиана 433 (414–469) мс. У 30% всех пациентов и в группах отдельно во II отведении наблюдалось удлинение интер-

вала QT более 450 мс, при этом у половины из этих пациентов в группе 2 интервал QT составил более 480 мс. В отведении V5 наблюдалось удлинение QT более 450 мс у 25% всех пациентов, при этом у 40% в группе 1. Максимальный QTc в группе 1 в отведении V5, медиана 457 (425–484) мс, в группе 2 во II отведении, медиана 448 (436–492) мс. 40% всех пациентов и в группах отдельно во II отведении имели удлинение QTc более 450 мс, при этом у половины из этих пациентов в группе 2 интервал QT составил более 480 мс. В группе 1 по сравнению с группой 2 были достоверно ($p<0,05$) большие значения интервала QT и QTc в отведениях V4, V5, V6. Медиана QTd и QTcd в группе 1 была 111 (99–148) и 103 (87–148) мс, что достоверно ($p<0,05$) больше, чем в группе 2, медиана 71 (50–107) и 68 (55–100) мс. Около 70% всех пациентов имели QTd и QTcd более 55 мс (Фролов А.В. и соавт., 2014), при этом у 50% пациентов она составляла более 100 мс. Количество пациентов в группе 1 с дисперсией QT более 55 мс составило до 90%, что достоверно больше, чем в группе 2.

Заключение. До 40% пациентов с персистирующей формой ФП на фоне хронической ИБС и АГ, сохраняющих синусовый ритм, на фоне приема амиодарона более одного месяца имели удлинение интервала QTc более 450 мс во II отведении. У большинства пациентов (до 70%), получающих амиодарон, выявлена высокая дисперсия интервала QT, в половине случаев составляющая более 100 мс, что свидетельствует о риске внезапной сердечной смерти. На фоне сочетанной терапии амиодарона с метопрололом в ряде отведений ЭКГ наблюдалось достоверно меньшее значение интервала QT, а также меньшее значение дисперсии интервала QT.



ЭФИ-ДИАГНОСТИКА АРИТМИЙ СЕРДЦА И ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ВЕРХУШКИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА И МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДОЙ

БАБАДЖАНОВ С.А., ИМ В.М.

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр хирургии имени академика В. Вахидова», г. Ташкент. Узбекистан*

Цель. Изучить результаты влияния стимуляции МЖП и ВПЖ на структурно-функциональное состояние сердца у пациентов с ИБС, осложнившейся полной АВ-блокадой.

Материал и методы. В данное сравнительное ретроспективное исследование были включены 45 пациентов с полной атриовентрикулярной блокадой и ИБС без выраженного снижения насосной функции сердца, прооперированных в период с января 2015 по сентябрь 2017 гг. в отделении РЭХ и НРС ГУ «РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова». Все пациенты были разделены на 2 группы. 25 больным имплантация электрода производилась в апикальную позицию, а 20 – в область МЖП. В обеих группах не было статистической разницы по возрасту, полу, частоте встречаемости ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности (ХСН), артериальной гипертензии (АГ), сахарного диабета (СД). До и после операции пациентам проводились ЭКГ-исследование, ЭхоКГ, измерение параметров стимуляции. Средняя длительность исследования составила $2,1 \pm 0,2$ лет.

Результаты и обсуждение. Все пациенты с ХСН получали стандартную терапию. До операции длительность QRS была схожа в обеих группах. По истечении срока исследования в обеих группах

произошло увеличение длительности комплекса QRS. В группе со стимуляцией МЖП увеличение составило с $101,5 \pm 8,7$ до $148,7 \pm 12,8$ мс ($p < 0,05$), что составило меньшее значение по сравнению с группой ПЖ стимуляции – с $101,1 \pm 8,9$ до $164,9 \pm 10,8$ ($p < 0,05$). Для оценки структурно-функционального состояния сердца до и после вмешательства всем больным проводилась ЭхоКГ. У тех пациентов, кому электрод был имплантирован в ВПЖ, увеличились конечный диастолический объем левого желудочка (КДО ЛЖ) (с $161,2 \pm 21,7$ до $176,5 \pm 18,4$ мл, $p < 0,05$), конечный систолический объем ЛЖ (КСО ЛЖ) (с $63,2 \pm 21,7$ до $68,8 \pm 26,9$ мл, $p < 0,05$), снизилась фракция выброса ЛЖ (ФВ ЛЖ) (с $53,2 \pm 6,1$ до $49,3 \pm 2,8$, $p < 0,05$). У пациентов, которым электрод был установлен в МЖП, данные показатели несколько сместились в сторону положительной динамики, КДО КДО ЛЖ (с $158,3 \pm 19,3$ до $148,9 \pm 16,5$ мл, $p < 0,05$), КСО ЛЖ (с $55,7 \pm 31,5$ до $51,6 \pm 27,3$ мл, $p < 0,05$), ФВ ЛЖ достоверно не изменилась (с $52,3 \pm 3,6$ до $51,9 \pm 3,4$, $p < 0,05$).

Выводы. Можно сказать, что стимуляция МЖП обеспечивает более физиологичное прохождение электрического импульса по миокарду по сравнению со стимуляцией ВПЖ, что сопровождается более оптимальными условиями для сократительной функции ЛЖ.

АМИОДАРОН И БИПОЛЯРНАЯ РЧА УСТЬЕВ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН В ПРОФИЛАКТИКЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ АКШ

РЕВИШВИЛИ А.Ш., ПОПОВ В.А., КОРОСТЕЛЕВ А.Н., МАЛЫШЕНКО Е.С., АНИЩЕНКО М.М.

Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского. Россия

Цель исследования. Оценка эффективности биполярной радиочастотной абляции (РЧА) устьев легочных вен изолированно и в комбинации с амиодароном для профилактики фибрилляции предсердий (ФП) после аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Материал и методы. Исследование включало 96 больных с ишемической болезнью сердца, которым в 2016–2018 годах было проведено стандартное АКШ в условиях искусственного кровообращения. Мужчин было 81, женщин 15, средний возраст – $62 \pm 6,6$ лет. Исходно все пациенты

были с синусовым ритмом без эпизодов фибрилляции предсердий (ФП) в анамнезе. Выделены три группы: I (n=34) – было выполнено изолированное АКШ; II (n=29) – АКШ сочеталось с биполярной РЧА устьев легочных вен в качестве метода первичной профилактики послеоперационной ФП (ПОФП); III (n=33) – комбинированная профилактика ПОФП (РЧА и амиодарон). Амиодарон назначали в послеоперационном периоде, начиная с насыщающей дозы 5–10 мг/кг массы тела, далее переходили на пероральный прием по 200 мг х 3 раза в сутки. Группы были сопоставимы по основным клиническим параметрам. Всем пациентам в периоперационном периоде проводили суточное мониторирование ЭКГ для исключения эпизодов бессимптомной фибрилляции предсердий.

Результаты. Продолжительность операции, длительность ИК и ишемии миокарда, количество наложенных шунтов оказались практически идентичными между группами. Осложнений при проведении РЧА не было. Не отмечено значимых различий в группах и по основным параметрам послеоперационного периода. ПОФП возникла у

11 (32,4%) пациентов контрольной I группы (АКШ) и значительно реже у больных с профилактической РЧА – 6 (20,7%), однако различия были статистически не значимы ($p=0,298$). В группе с комбинированной профилактикой (РЧА-амиодарон) ФП зарегистрирована у 2 (6,1%) пациентов, что достоверно меньше, чем в контрольной ($p=0,0065$). При сравнении групп АКШ-РЧА и АКШ-РЧА-амиодарон не отмечено достоверной разницы ($p=0,086$). Нарушения ритма в большинстве наблюдений были купированы фармакологически за исключением трех пациентов (по одному в каждой группе).

Заключение. При проведении биполярной РЧА устьев легочных вен во время АКШ отмечена тенденция к уменьшению ПОФП на госпитальном этапе лечения, однако статистически не значимая. Добиться достоверного снижения частоты ПОФП позволило сочетание РЧА с назначением в послеоперационном периоде амиодарона. Для оценки влияния представленной технологии на стабильность ритма в отдаленном периоде необходимы дальнейшие исследования с изучением отдаленных результатов.

СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ВОЛЬФА – ПАРКИНСОНА – ВАЙТА

СЕЛИМОВ Б.Г., ЧАРЫЕВ Х.Э.

Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, г. Ашхабад. Туркменистан

Особый интерес в современной аритмологии представляет изучение роли электрофизиологической диагностики и радиочастотной абляции (РЧА) в различных нарушениях ритма сердца, в том числе при синдроме Вольфа – Паркинсона – Вайта (ВПВ).

Цель исследования. Изучение результатов электрофизиологической диагностики и радиочастотной абляции в лечении синдрома Вольфа – Паркинсона – Вайта.

Материал и методы. Работа проведена в отделении хирургической аритмологии Госпиталя с научно-клиническим центром кардиологии в период с 2017 по 2018 год. Проведены электрофизиологические исследования (ЭФИ) 146 больным и проведены операции РЧА у 13 больных с ВПВ-синдромом. Возраст больных колебался от 17 до 59 лет (средний возраст – 38 лет). Дополнительные проводящие пути (ДПП) слева (тип А) диагностированы у 7 больных, что составило 54,8%. ДПП справа (тип Б) установлены у 6 больных, что составило 46,2%. В обеих группах отмечены приступы суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии частотой 170–230 ударов в 1 минуту (средняя 200 ударов). В анамнезе длительность приступов суправентрикулярной пароксизмальной

тахикардии от одного года до 24 лет. Из них у одного больного впервые выявлена скрытая форма ВПВ-синдрома.

Полученные результаты. В ходе ЭФИ и операции РЧА у 11 (84,6%) больных с первого подхода удалось устранить дополнительные проводящие пути с параметрами $T=50\pm5^\circ$, $P=40\pm3,5$ wt, $I=100\pm6,5$ Ohm. У двух (15,2%) больных проведена повторная процедура, из них еще у одного (7,6%) больного удалось устранить левосторонний передне-септальный ДПП. Всем больным после устранения ДПП проведена программная и частотная стимуляция, тахикардия не индуцировалась. У одного (7,69%) больного не удалось устранить ДПП, было назначено консервативное лечение (верапенк 120 mg). Из 13 больных ВПВ-синдромом, оперированных нами, в 92,31% случаях радикально устранен ДПП с хорошими результатами, без послеоперационных осложнений. У одного больного не удалось закрыть ДПП.

Заключение. В результате проведенной нами работы удалось доказать, что в 92,31% случаях метод радиочастотной абляции является выбором лечения и устранения дополнительно проводящих путей при синдроме Вольфа – Паркинсона – Вайта.



ВЛИЯНИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СО СНИЖЕННОЙ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

СЕЛЮЦКИЙ С.И.¹, САВИНА Н.М.¹, ЧАПУРНЫХ А.В.²

¹ФГБУ ДПО Центральная государственная медицинская академия УД Президента РФ;

²ФГБУ Центральная клиническая больница с поликлиникой УД Президента РФ, г. Москва. Россия

Цель работы. Изучить эффективность радиочастотной абляции (РЧА) у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. В открытое проспективное исследование последовательно включены 50 пациентов (мужчины – 86%, средний возраст – $64,9 \pm 11,3$ лет) с ФП и ХСН с промежуточной и сниженной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ). Ишемическую болезнь сердца имели 66% пациентов, артериальной гипертензией страдали 88% пациентов. У 80% включенных пациентов имела промежуточная ФВ ЛЖ (40–49%). На момент включения у 16% пациентов регистрировалась длительно персистирующая аритмия, у 44% – персистирующая, у 40% – пароксизмальная форма ФП. Очаги фокусной активности были выявлены у 20% пациентов. Всем пациентам до вмешательства и через 12 месяцев проводились трансторакальная эхокардиография, тест 6-минутной ходьбы и оценка качества жизни по опроснику SF-36.

Результаты. Устойчивость синусового ритма в течение 12 месяцев наблюдения состави-

ла 69,6%. У 16% пациентов синусовый ритм был восстановлен посредством интраоперационной электроимпульсной терапии. Повторные РЧА по поводу рецидива аритмии выполнялись у 10% пациентов. При сравнительной оценке данных до вмешательства и через 12 месяцев после РЧА выявлены различия средних значений ФВ ЛЖ ($43,60 \pm 7,81$ и $56,90 \pm 6,37\%$ соответственно; $p < 0,001$), переднезаднего размера ($4,64 \pm 0,44$ и $4,40 \pm 0,43$ см; $p = 0,021$) и объема левого предсердия ($103,80 \pm 20,27$ и $87,40 \pm 12,66$ мл; $p = 0,011$), теста 6-минутной ходьбы ($321,43 \pm 124,96$ и $330,83 \pm 127,92$ м; $p = 0,006$), показателей психического ($38,39 \pm 2,58$ и $47,23 \pm 5,54$; $p = 0,008$) и физического ($42,50 \pm 6,23$ и $49,47 \pm 9,42$ соответственно; $p = 0,048$) компонентов здоровья по данным опросника SF-36.

Заключение. У пациентов с ФП и ХСН восстановление и сохранение синусового ритма с помощью РЧА сопровождалось увеличением ФВ ЛЖ, обратным ремоделированием левого предсердия, улучшением качества жизни.

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

EXTRA LIVER MANIFESTATION WITH HCV-INFECTION

AXMADALIYEVA U.K., KADIROV B.B., VALIYEVA M.Y., MAKSUMOVA D.K., USMANOVA U.I.

Andijan state medical institute, Andijan. Uzbekistan

Researchintend. Define the frequency an extra liver manifestations in clinical picture chronic HCV-infections on modern stage.

Materials and methods. 72 sick chronic hepatitis are examined with (HGS). The diagnosis HGS was put (deliver) on the grounds of result IFA (immune ferment analysis) and PCR (polymerases chain reaction). Alongside with etiologic acknowledgement of the diagnosis program common clinic of the examination included the estimation of the complaints and anamnesis of the information, physical checkup, study of the functional condition liver by means of stale biochemical test, TIE liver and systems fibro max, as well as consultations adjacent specialist.

Research results. Have for the first time learned of infection HCV on stage chronic process more than 87 % sick. Before determination of the diagnosis HGS nearly quarter (24,5 %) patient for several years

suffered polyarthritis, 3,4 % – glomerulonephritis, 2,5 % – allergic dermatitis, 1,5 % – an hypochromic anemia, 0,45 % – a psoriasis. The treatment condition data in condition profile permanent establishment not give positive effect. The analysis blade of the picture day patient has reveal the prevalence asteno-vegetative (56,2%) and dispeptic (38,5%) and hepatomegaly (26,7%) syndrome. Extra liver manifestations (arthralgia, nephritis, allergic dermatitis, anemia, psoriasis) existed beside 32,35% sick. On background of the undertaking multifunction antivirustherapy was noted full or partial regression under study symptoms diseases.

Conclusion. On modern stage extra liver manifestations HCV-infections broadly wide-spread and prevail over classical (liver) in the general clinical structure of the disease.

VASCULAR REMODELING IN PATIENTS WHO ARE IN PROGRAM HEMODIALYSIS

DAMINOV B.T., MIRZAEVA B.M.

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent

Chronic kidney disease is associated with the accumulation in the blood of the so-called medium molecules, in particular parathyroid hormone, and the development of secondary hyperparathyroidism with a tendency to extracellular calcification. The most vulnerable organ in relation to calcification is the vascular wall.

Objective. To study the characteristics of remodeling of the vascular wall in patients with chronic kidney disease (CKD) undergoing treatment with programmed hemodialysis.

Material and methods. The study included 26 patients with CKD C5 (mean age $47,44 \pm 5,04$ years) who are on programmed hemodialysis for at least 6 months. All patients were examined, including multislice spiral computed tomography (MSCT) with the assessment of calcium in the coronary arteries (Agatston index), ultrasound examination of the carotid arteries with the determination of the thickness of the intima-media complex, the degree of endothelium-dependent vasodilation in the sample with 5-minute

compression of the brachial artery and determination of the change in the diameter of the brachial artery. The data obtained (presented as arithmetic mean and its standard error) were compared with normal values characteristic of a healthy population.

Results. In patients included in the study, calcium was accumulated in the coronary vessels with an average Agatston index of $146,83 \pm 13,26$ units. Also in the process of MSCT, calcinates were found in the aortic wall in 22 of 26 patients. The intima-media complex in patients with CKD was significantly increased and averaged $1,21 \pm 0,06$ mm. The degree of endothelium-dependent vasodilation in patients with CKD was reduced and amounted to $5,48 \pm 0,03$ % of the initial diameter of the brachial artery. Correlation analysis revealed significant positive relationships between the average force between the value of the Agatston index, the thickness of the intima-media of the carotid artery complex and the concentration of parathyroid hormone in peripheral blood. ($r = +0,58$, $p < 0,05$ with the Agatston index and $r = 0,42$, $p < 0,05$



with the thickness of the intima-media complex), as well as a significant negative relationship between the product of the concentration in the peripheral blood of calcium and phosphorus and the degree of endothelium dependent vasodilation ($r = -0,49$, $p < 0,05$).

Conclusion. CKD stage 5 and programmed hemodialysis is associated with pronounced remo-

deling of the vascular wall, manifested in the progression of atherosclerotic lesions, calcium accumulation and impaired endothelial function – a decrease in endothelium-dependent vasodilatation correlated with the degree of secondary hyperparathyroidism.

EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

KAPSULTANOVA D.A.¹, ZHANGELOVA SH.B.¹, ALMUHANOVA A.B.¹, MAKASHEVA Z.S.², SERGEEVA E.N.²

*Nasibullah Rahmatullah¹, Saeed Saber Dimral¹, Abdul Majid Rahimi¹, Ahmad Zia Omari¹
JSC «National Medical University»¹; City Cardiology Center² Almaty, Republic of Kazakhstan*

The purpose of study: to evaluate the effectiveness of Ivabradine in the treatment of patients with chronic heart failure (CHF).

Material and methods of research. 95 patients with moderate and severe CHF and left ventricular (LV) systolic dysfunction were examined and treated. Patients were randomized into 2 groups: 1st-50 people (mean age – $69 \pm 3,1$ years), 2nd – 45 people (mean age – $67 \pm 3,3$ years). All patients received β -blockers for at least a month before admission to the hospital. Patients of the 1st group from the first day of treatment to the basic therapy were added Ivabradine 5 mg $\times$ 2 times/day, and the 2nd group continued treatment with β -blocker (Bisoprolol – 5 mg/day). The dose of Ivabradine in the first group was increased to 7,5 mg 2 times a day, if the heart rate was ≥ 60 per minute. The effectiveness of treatment was evaluated on 3 days, at discharge (10–14 days) and after 4 weeks (according to complaints, heart rate and Echocardiography).

Results. The initial heart rate was $85,7 \pm 4,1$ and $86,3 \pm 3,2$ beats per 1 min in the first and second groups, respectively. On the 3rd day of treatment, the target heart rate (50–60 beats per minute) was achieved in 18 (36%) patients of the first and 12 (27%) of the 2nd group, on the 10–14 day of treatment in

44 (89%) and 30 (68%), and after 4 weeks in 46 (92%) and 34 (77%) patients, respectively ($p < 0,02$). The decrease in the heart rate in the Ivabradine group on the average was 16,8 beats/min in comparison with the heart rate at the time of inclusion in the research. It is interesting to note that in patients with the highest baseline heart rate (average 85–90 beats/min) there was a maximum decrease in heart rate during reception of Ivabradine. In the group of Ivabradine there was an improvement in the functional class of heart failure by NYHA in 16 (33%) patients compared with 11 (26%) in the group with β -blocker. In patients treated with Ivabradine, echocardiography improved in dynamics: the left ventricular ejection fraction increased from $30,9 \pm 2,5\%$ to $38,6 \pm 1,4\%$ ($p < 0,05$), while in patients treated with Bisoprolol, this figure changed only from $31,7 \pm 2,1\%$ to $34,7 \pm 2,2\%$.

Conclusion. The addition of Ivabradine to basic therapy in patients with CHF and LV systolic dysfunction leads to a decrease in clinical symptoms and an effective reduction in heart rate. This leads to an improvement in the contractility of the myocardium of the left ventricle, and, as a consequence, coronary blood flow. Ivabradine is effective and safe in patients with moderate to severe CHF.

EFFECT OF HIGH DOSES OF ATORVASTATIN ON INDICES OF LEFT VENTRICULAR SEGMENTAL CONTRACTILITY DURING STRESS ECHOCARDIOGRAPHY WITH DOBUTAMINE IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

KENJAEV M.L., ALIMOV D.A., KENJAEV S.R., KOYIROV A.K., RAKHIMOVA R.A.

Republican scientific center for emergency medicine, Tashkent. Uzbekistan

The aim of the study was a comparison of the effect of early administration of high-dose atorvastatin (80 mg / day) and low dose (20mg / day) for acute myocardial infarction with elevation ST (AMI+ST) on myocardial stunning and regional contractility left ventricle (LV).

Material and methods. 164 patients with AMI+ST (age $55,8 \pm 0,6$ years) were examined. Patients underwent reperfusion (thrombolysis) within 6 hours. In the 1st group included 82 patients

treated with atorvastatin 20 mg, in the 2 nd – 82 patients treated with atorvastatin 80 mg per day appointed for admission to the clinic, regardless of the lipid profile.

Results. In the low doses of dobutamine stress echocardiography (LDSE) in the $3,88 \pm 0,14$ segments of 1 group and $4,2 \pm 0,16$ segments of the 2 groups increased contractile function, as in these segments has taken place stunned myocardium (reversible myocardial dysfunction). Other segments when

administered dobutamine did not respond (irreversible dysfunction). Irreversible dysfunction was detected in $2,2 \pm 0,1$ segments (atorvastatin 20 mg/day and $1,6 \pm 0,1$ segments in Group 2 segments (atorvastatin 80 mg/day). Number of dobutamine responsive segments (segments with reversible dysfunction) in patients group 2 were higher than in the group 1 ($p < 0,05$). Wall motion abnormality index (WMAI) during LDSE significantly decreased to $1,25 \pm 0,03$ and $1,17 \pm 0,03$

($p < 0,01$) in the groups 1 and 2, respectively. Significant reduction of WMAI noted in patients treated with atorvastatin 80 mg/day ($p < 0,05$).

Conclusion. Using of high doses of atorvastatin (80mg/day) in patients with AMI+ST helps to limit myocardial necrosis by decreasing ischemic and reperfusion injury of the myocardium and affects the formation of stunned myocardium, which is reversible dysfunction and improved LV regional contractility.

FUNCTIONAL STATE OF LEFT VENTRICULAR IN DIFFERENT METHODS OF RESTORATION OF CORONARY BLOOD FLOW IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION WITH COMPLICATED ACUTE INSUFFICIENCY WITH INSUFFICIENCY

KOYIROV A.K.¹, KENJAEV S.R.¹, KHAITOV S.SH.¹, GANIEV U.SH.¹, MIRMAKSUDOV M.S.²

*Republican research center of emergency medicine, Tashkent, Uzbekistan¹;
Tashkent medical academy, Tashkent. Uzbekistan²*

Relevance. Over the past decade it has increased the share of endovascular treatment of coronary heart disease (CHD) in the world. The choice of this treatment strategy of CHD, to counterbalance the surgical treatment in combination with conservative therapy caused the immediate efficacy and safety of the endovascular procedure to achieve adequate restoration of coronary blood flow in the majority of cases. Primary endovascular restoration of coronary blood flow has several advantages over thrombolytic therapy. There is evidence that reperfusion of the myocardium using the endovascular procedure is more than 95% of patients with acute ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI), then thrombolytic therapy restoration of blood flow is achieved only 70–75%.

Endovascular method promotes effective limitation of the size of the damaged myocardium in the early stages of the onset of the disease, prevents the development of residual stenosis in the infarct-related artery (IRA) and pathological remodeling of the left ventricle (LV) and as a result, leads to a reduction not only in-hospital mortality, but and improved survival of patients in distant periods.

After the restoration of blood flow in some way in the area of the IRA is a change in contractility parameters, the geometry of the myocardium and central hemodynamics in general, which in turn determine the future course of the disease and the tactics of treatment. Today, in connection with the development and widespread use of modern methods of restoring coronary blood flow in AMI+ST, great attention is paid to the prevention of early pathological LV remodeling, which allows to influence the prognosis and survival of patients.

Introduction (goals/objectives): The goal of the study is to compare the indices of contractility and diastolic myocardial dysfunction in patients with acute myocardial infarction complicated by acute cardiac

failure after endovascular intervention and thrombolytic therapy.

Material and methods: The study included 48 patients with acute myocardial infarction with ST-segment elevation (AMPST) up to 6 hours from onset of the disease. The mean age of patients was $48,9 \pm 2$ years. All patients are divided into 2 groups: Group I included 26 patients with STEMI and ST who underwent initial endovascular procedure (angioplasty and stenting) during the first 6 hours; the second group included 22 patients with AMPST who received thrombolytic therapy in the first 6 hours from the onset of a myocardial infarction with a positive effect. All patients underwent echocardiographic and doppler echocardiographic examinations on the 1st and 7th day of the course of acute myocardial infarction.

Results: On the first day of the course of acute myocardial infarction, the most favorable type of left ventricular diastolic dysfunction developed in the first and second groups of patients was the slowing down of relaxation (group E/AI $0,9 \pm 0,05$, E/AI group $1 \pm 0,05$). Then, on the 7th day of the study, the pseudonormalization of the diastolic filling of the left ventricle (E/AI of the group $1,4 \pm 0,08$, ($p_1 < 0,001$) is recorded in the I group of patients. However, already by 1 day of myocardial infarction, more pronounced violation of segmental contractility of the left ventricle is recorded in II group of patients: The index of disturbance of segmental contractility of the myocardium (INSSM) of the I group is $1,2 \pm 0,04$ ($p_1 = 0,001$), group II INSSM $1,6 \pm 0,04$ ($p_2 < 0,001$)).

Conclusion: Patients with effective thrombolytic therapy, in contrast to patients with primary endovascular intervention, have an unfavorable prognosis in the development of early pathological left ventricular remodeling and heart failure, which is confirmed by a high index of disturbance of segmental contractility of the left ventricular myocardium and the formation of a restrictive type of diastolic left ventricular dysfunction.



APPLICATION OF ULTRASOUND NAVIGATION FOR VENOUS ACCESS TO PATIENTS WITH ACUTE HEART FAILURE

KOYIROV A.K.¹, KENJAEV S.R.¹, MIRMAKSUDOV M.S.², SHUKRULLAYEV A.A.¹, KAMBAROVA Z.A.²

Republican research center of emergency medicine, Tashkent. Uzbekistan¹;

Tashkent medical academy, Tashkent. Uzbekistan²;

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent. Uzbekistan³

Relevance. Central vein catheterization is a widely used method vascular access for infusion therapy for recovery of circulating blood volume, monitoring of indicators hemodynamics, drug administration, etc. According to A.A. Bunyatyan (2009) for one year in the world, up to 15 million central venous catheters. According to a number of foreign authors, mechanical complications in central venous catheterization occur in 5–19% of cases (David C. McGee, Michael K. Gould 2003).

Aim. To study reduce the incidence of mechanical complications in puncture and catheterization of the internal jugular and femoral veins using ultrasound navigation.

Material and methods. The study included 113 patients with acute heart failure, who admitted in 2018 to our department. Patients were divided into 2 groups: 1st group of patients with central vein catheterization was done under ultrasound navigation (main, n = 55), 2nd group of patients to whom the central vein was catheterized according to anatomical landmarks (control, n = 58). The number of mechanical complications was analyzed: 1-pneumothorax: the diagnosis was made based on the radiograph of chest

organs in a direct projection; 2- puncture of the artery: the arterial blood was taken into the syringe during the procedure of the central vein puncture and the presence of post-puncture hematoma; 3 – difficulty in catheterization: counted the number of attempts more than three and the change in the area of the catheterization. Statistical processing of the data was carried out by Microsoft Excel program. Differences in mean values were considered statistically significant at $P < 0,05$.

Results. In both groups there was no such complication as pneumothorax. In the control group, arterial puncture was observed in 15,58% (n=9), while in the main group it was observed in 1,8% (n=1) ($P < 0,05$). Difficulties in catheterization occurred in 3,6% (n=2) in the main group and in 19% (n=11) in the control group ($P < 0,05$). All mechanical complications were associated with severe hypovolemia, venous thrombosis or anatomical features of the patients.

Conclusions. Ultrasound control can reduce the risk of mechanical complications (arterial puncture, difficulty in catheterization) and help to choose the best place for puncture and catheterization of the central vein.

EFFECT OF RESPIRATORY REHABILITATION ON VARIABILITY OF THE HEART RHYTHM IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

MUMINOV D.K., ASADOV N.Z

Tashkent pediatric medical institute. Uzbekistan

The aim of the study is to evaluate the effect of respiratory rehabilitation on heart rate variability (HRV) in patients with chronic heart failure (CHF) and chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Materials and methods. The study included 42 patients (25 men and 17 women, mean age $66,4 \pm 3,6$ years) suffering from CHF combined with COPD. All patients were divided into two groups: first (n = 21) consisted of people who received only standard therapy for chronic heart failure and COPD, patients of the 2nd group (n = 21) were additionally given respiratory rehabilitation – deep slow breathing, consisting from three consecutive phases: abdominal, thoracic and clavicular. The complex of breathing exercises was performed daily by patients with a gradual increase in the number of approaches from 4 to 10 times a day for 10 respiratory cycles during the

entire period of inpatient treatment and for the next 6 months. Initial and after 6 months, all patients were held daily electrocardiogram monitoring with HRV assessment.

Results. There were no significant differences in the clinical characteristics of patients, as well as on the indicators of HRV between the groups ($p > 0,05$). After 6 months, a significant improvement in HRV in terms of temporal and spectral indicators was observed in 14 (66,6%) participants of the 2nd and only in 2 (9,5%) patients of the 1st group ($p = 0,001$, $\chi^2 = 12,22$).

Conclusion: The use of respiratory rehabilitation in addition to the standard treatment of patients with cardiorespiratory pathology is associated with a significant improvement in the temporal and spectral indices of HRV.

ЗНАЧЕНИЕ НОВОГО БИОМАРКЕРА ST2 У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

АБДУЛЛАЕВ Т.А., МАШХУРОВА З.Т.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

В настоящее время для определения выраженности прогноза ХСН используется большое количество клинических и лабораторных показателей, самыми изученными из которых являются мозговые натрийуретические пептиды, а также его концевые фрагменты NT pro BNP.

Однако, точное прогнозирование течения сердечной недостаточности до сих пор невозможно, так как предполагаемые алгоритмы дают неудовлетворительные результаты. Поэтому, поиск новых биомаркеров, позволяющих выявить предикторы влияния на продолжительность жизни и эффективность терапии у больных ХСН продолжается.

ST2 – это новый маркер, использующийся для прогнозирования и стратификации риска развития сердечной недостаточности (СН), прогнозирования неблагоприятных исходов и смерти пациентов с подтвержденным диагнозом СН, развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в будущем, а также используемый для мониторинга и подбора наиболее эффективной терапии больных с СН.

Ранее проведенные единичные исследования (Скворцова А.А., Протасов В.Н.) продемонстрировали, что наиболее высокий риск смерти по сердечно-сосудистым причинам и повторной декомпенсации сердечной недостаточности в течение года определяется при концентрации ST2 > 37,8 нг/л. В отделении сердечной недостаточности и заболеваний миокарда начато исследование по изучению биомаркера ST2 у больных с ХСН, ишемической и некоронарогенной этиологии. По сформированному протоколу будут обследованы 40 больных ДКМП и ИКМП, которые в свою очередь, будут разделены на подгруппы: принимающие ИАПФ в рекомендованных дозах и новый препарат для лечения СН – сакубитрил/вальсартан. Планируется оценить влияние дифференцированной терапии на клинико-гемодинамические и функциональные показатели работы сердца во взаимосвязи с уровнем ST2 на протяжении трех месяцев наблюдения с определением его предиктивной эффективности.

Полученные результаты могут стать основой для разработки новых подходов в лечении ХСН.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ СРТ-Д УСТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

АМИРКУЛОВ Б.Д., АБДУЛЛАЕВ Т.А., ЭРКАБАЕВ Ш.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан

Цель работы. Представить результаты сердечной ресинхронизирующей терапии у больных с хронической сердечной недостаточностью на фоне оптимальной медикаментозной терапии.

Материал и методы. Оперированы всего 18 больных, из них мужчин – 13 (72,2%), женщин – 5 (27,8%). У всех пациентов имелись признаки внутрисердечной диссинхронии и хроническая сердечная недостаточность (ХСН) III–IV функционального класса (ФК) по NYHA, резистентная к оптимальной медикаментозной терапии (ОМТ). Средний возраст больных составил $44 \pm 9,4$ лет. Причины возникновения ХСН: ИБС – 10 (55,6%), ДКМП – 8 (44,4%). Средний ФК ХСН до проведения СРТ составил $3,5 \pm 1,2$. Всем больным по стандартной методике успешно были имплантированы СРТ-устройства с функцией дефибриллятора. Были изучены показатели длительности QRS-комплекса, фракции выброса, конечно-диастолический объем и функциональный класс по NYHA до и после 3 месяцев имплантации СРТ-Д устройства.

Результаты. До имплантации устройства ФВ у исследуемой группы больных составила $27,8 \pm 1,5\%$, КДО – $220 \pm 18,4$, длительность комплекса QRS – $145 \pm 4,9$ мс. При изучении вышеуказанных показателей через 3 месяца после операции на фоне оптимальной медикаментозной терапии и бивентрикулярной стимуляции нами выявлено увеличение ФВ с $27,8 \pm 1,5\%$ до $36,2 \pm 1,64\%$, уменьшение КДО с $220 \pm 18,4$ до $195 \pm 17,4$ и показателей (ФК) по NYHA.

Выводы. Эффективная бивентрикулярная стимуляция на фоне оптимальной медикаментозной терапии увеличивает фракцию выброса, уменьшает размеры сердца, функциональный класс по NYHA и улучшает качество жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью.



ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ФЛАВОНОИДАМИ НА СТРУКТУРНО-ГЕОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

АТАХОДЖАЕВА Г.А., БАРАТОВА Д.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

Цель. Изучение эффективности лечения флавоноидами на структурно-геометрические параметры левого желудочка у больных с хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы. Для реализации поставленных задач были обследованы 77 больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза II–III функционального класса (ФК) по NYHA, в возрасте 40–60 лет. Для оценки эффективности проводимой терапии все обследованные пациенты с ХСН ($n=77$) были подразделены методом рандомизации на 2 группы исследования. Пациенты I группы в течение трех месяцев принимали стандартную терапию ХСН, включавшую периндоприл, бисопролол, спиронолактон и аторвастатин по 10 мг/сут. Пациенты II группы дополнительно в течение трех месяцев на фоне стандартной терапии принимали Флавоноид – токсонидин (Венорм) в суточной дозе 20 мг/сут.

Результаты исследования. Результаты анализа структурно-геометрических параметров ЛЖ у больных с ХСН на фоне проводимой 3-х месячной стандартной терапии ХСН в IA и во IB группах отмечалось уменьшение ЛП на 11,7% ($P<0,05$) и 10,7% ($P<0,05$), а также КСР – на 10,2% ($P<0,05$) и 10,9% ($P<0,05$) по сравнению с исходными данными. Во IIA и IIB группе на фоне 3-х месячной стандартной терапии с дополнительным применением Флавоноида – токсонида отмечалось достоверное уменьшение ЛП – на 14,7% ($P<0,01$) и 12,47% ($P<0,01$), а также КСР – на 15,2% ($P<0,001$) и 13,9% ($P<0,01$), КДР – на 15,44% ($P<0,001$) и 13,75% ($P<0,01$) по сравнению с исходными данными. Дальнейший анализ структурно-геометрических параметров ЛЖ в динамике 3-х месячного лечения ХСН и МС выявило статистически значимые изменения со стороны показателей ТМЖП, ТЗСЛЖ и соответственно ММЛЖ, а также

ИММЛЖ у больных с ХСН. Так, у больных IA и во IB группы на фоне проводимой 3-х месячной стандартной терапии ХСН отмечалось уменьшение ТМЖП на 10,27% ($P<0,05$) и 8,7% ($P>0,05$), а также ТЗСЛЖ – на 11,12% ($P<0,05$) и 9,19% ($P>0,05$) по сравнению с исходными данными. При этом у больных IA группы отмечалось достоверное снижение ММЛЖ на 9,88% в отличие от данных до лечения ($P<0,05$). Значения ИММЛЖ в IA группе с ХСН сохраненной ФВ, а также показателей ММЛЖ, ИММЛЖ при ХСН со сниженной ФВ в IB группе были не достоверными ($P>0,05$). Во IIA с ХСН сохраненной ФВ через 3 месяца терапии бисопрололом, периндоприлом, спиронолактоном и аторвастатином и во IIB группе на фоне 3-х месячной стандартной терапии с дополнительным применением Флавоноида – токсонида отмечалось достоверное уменьшение ТМЖП на 13,33% ($P<0,01$) и 10,52% ($P>0,05$), а также ТЗСЛЖ на 12,2% ($P<0,01$) и 11,9% ($P<0,05$) по сравнению с исходными данными. При этом у больных IIA группы отмечалось достоверное снижение ММЛЖ на 10,05% в отличие от данных до лечения ($P<0,05$). Значения ИММЛЖ в IIA группе с ХСН сохраненной ФВ снижались на 10,08% ($P<0,05$) по отношению к исходным данным. Значение показателей ММЛЖ, ИММЛЖ при ХСН со сниженной ФВ во IIB группе были не достоверными ($P>0,05$).

Заключение. Эффективность проводимой терапии на показатели ЭхоКГ у больных с ХСН зависела от степени фракции выброса ЛЖ и дополнительного применения антиоксидантной терапии флавоноидами. Сочетание периндоприла, бисопролола, спиронолактона и аторвастатина с антиоксидантом – токсонидином увеличивает эффективность базисной терапии больных с ХСН, что сказывается на улучшении структурно-геометрических параметров ЛЖ как при сохраненной, так и при сниженной ФВЛЖ.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ФЛАВОНОИДАМИ НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

АТАХОДЖАЕВА Г.А., МИНОВАРОВА Ч.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан

Цель. Изучение эффективности лечения флавоноидами на параметры диастолической функции левого желудочка у больных с хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы. Для реализации поставленных задач были обследованы 77 боль-

ных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза II–III функционального класса (ФК) по NYHA, в возрасте 40–60 лет. Для оценки эффективности проводимой терапии все обследованные пациенты с ХСН ($n=77$) были подразделены методом рандомизации на 2 группы

исследования. Пациенты I группы в течение трех месяцев принимали стандартную терапию ХСН, включавшую периндоприл, бисопролол, спиронолактон и аторвастатин по 10 мг/сут. Пациенты II группы дополнительно в течение трех месяцев на фоне стандартной терапии принимали Флавоноид – токсонидин (Венорм) в суточной дозе 20 мг/сут.

Результаты исследования. Положительная динамика систолической функции ЛЖ во IIA и IIB группах отражалась на параметре ФВ и степени укорочения переднезаднего размера ЛЖ в систолу. Именно во IIA группе через 3 месяца лечения с комбинированной терапией ХСН с дополнительным применением антиоксиданта токсонида ФВ и ΔS увеличился на 19,1% ($P < 0,001$) и 15,6% ($P < 0,01$) и во IIB группе – на 16,9% ($P < 0,01$) и 13,9% ($P < 0,05$) по отношению к исходным данным. Результаты анализа диастолической функции левого желудочка у больных с ХСН было установлено, что за 3 месяца лечения наблюдалось достоверное уменьшение времени изоволемического расслабления ЛЖ (IVRT) – в IA и в IB – на 25,6% ($P < 0,01$) и 25,1% ($P < 0,05$). Дальнейший анализ параметров диастолической функции ЛЖ у больных с ХСН в динамике стандартной терапии ХСН показал достоверное уменьшение максимальной скорости потока периода позднего наполнения (PA) через 3 месяца лечения на 15,4% ($P < 0,01$), 16,2% ($P < 0,05$) соответственно в IA и IB группах. Данные изменения сопровождались выраженной динамикой скорости раннего диастолического наполнения ЛЖ (PE) на 13,8% в IA группе исследования по отношению к исходным данным ($P < 0,05$). Вышео-

писанные изменения в свою очередь отражались увеличением PE/PA соотношения в IA и IB группах на 14,8% ($P < 0,01$) и 12,6% ($P < 0,05$) соответственно. Результаты анализа диастолической функции левого желудочка у больных с ХСН в динамике стандартной терапии ХСН с дополнительным применением антиоксиданта токсонида было установлено, что за 3 месяца лечения наблюдалось достоверное уменьшение времени изоволемического расслабления ЛЖ (IVRT) во IIA на 25,6% ($P < 0,001$), а также IIB группе – на 25,1% ($P < 0,01$). Дальнейший анализ параметров диастолической функции ЛЖ у больных с ХСН на фоне стандартной терапии ХСН с дополнительным применением антиоксиданта токсонида, показал достоверное уменьшение максимальной скорости потока периода позднего наполнения (PA) через 3 месяца лечения на 24,4% ($P < 0,001$), 22,2% ($P < 0,01$), соответственно в IIA и IIB группах. Данные изменения сопровождались выраженной динамикой скорости раннего диастолического наполнения ЛЖ (PE) на 18,8% в IIA группе исследования по отношению к исходным данным ($P < 0,001$). Вышеописанные изменения в свою очередь отражались увеличением PE/PA соотношения во IIA и IIB группах на 17,8% ($P < 0,001$), 14,5% ($P < 0,01$) соответственно.

Заключение. Сочетание периндоприла, бисопролола, спиронолактона и аторвастатина с антиоксидантом – токсонидином увеличивает эффективность базисной терапии больных с ХСН, что отражается на улучшении диастолической функции ЛЖ как при сохраненной, так и при сниженной ФВЛЖ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ С ПРОВЕДЕНИЕМ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С УМЕРЕННЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

**АТРОЩЕНКО Е.С., КОШЛАТАЯ О.В., РОМАНОВСКИЙ Д.В., СУДЖАЕВА О.А.,
ОСТРОВСКИЙ Ю.П., СИДОРЕНКО И.В.**

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск. Беларусь

Цель работы. Изучить отдаленную эффективность ресинхронизирующей терапии с проведением хирургической коррекции атриовентрикулярной недостаточности у пациентов с умеренными клиническими проявлениями хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы. В исследование включены 30 пациентов с ХСН II ФК тяжести (NYHA) и выраженной левожелудочковой дисфункцией миокарда с проведением хирургической коррекции атриовентрикулярной недостаточности с имплантацией бивентрикулярных электростимуляторов. Критерии включения в исследование: ишемическая или дилатационная кардиомиопатия, ФК тяжести ХСН по NYHA II, ФВ ЛЖ менее 35%,

длительность комплекса QRS более 130 мс с наличием механической диссинхронии миокарда, подтвержденной ЭхоКГ. Критериями исключения из исследования служили: ревматический генез ХСН, аортальная регургитация выше 2-й степени.

Результаты. В группе пациентов СРТ-терапии с одномоментной коррекцией атриовентрикулярной недостаточности спустя один год после оперативного вмешательства наблюдалось уменьшение пресистолической аортальной задержки со $165,7 \pm 12,5$ до $104,6 \pm 19,1$ мсек. ($p < 0,05$), межжелудочковой задержки – с $71,1 \pm 3,97$ мсек. до $35,2 \pm 15,5$ мсек. ($p < 0,05$). У данной категории пациентов наблюдалось достоверное улучшение систолической функции ЛЖ: фракция выбро-



са левого желудочка (ФВ ЛЖ) выросла на 15% (с $21,5 \pm 1,35$ до $38,80 \pm 7,4\%$ ($p < 0,05$)), конечно-систолический объем (КСО) ЛЖ снизился с $270,8 \pm 22,47$ мл до $160,8 \pm 68,8$ соответственно ($p < 0,05$), достоверно уменьшилась степень митральной и трикуспидальной регургитации. У пациентов было выявлено достоверное улучшение показателя 6ТХ: дистанция увеличилась с $379,6 \pm 25,8$ м до $428,4 \pm 22,3$ м ($p < 0,05$). Балльный показатель КЖ уменьшился с $61,3 \pm 2,8$ до $41,1 \pm 4,2$ балла спустя 12 мес. ($p < 0,05$). По данным спирометрической пробы исходно все пациенты характеризовались низкой толерантностью к физической нагрузке (ТФН), что выражалось в низких показателях максимального потребления кислорода ($VO_{2max} < 10$ мл/кг/мин.) и уровня максимально достигнутой мощности ($W \leq 50$ Вт). Через 12 мес. отмечалось выраженное улучшение переносимости

физической нагрузки по данным спирометрии по динамике VO_{2max} ($p < 0,05$) и W ($p < 0,05$). При динамическом наблюдении прооперированных пациентов также были выявлены спирометрические предикторы эффективности ресинхронизирующей терапии у лиц с ХСН ФКII по NYHA. Ими явились: достижение в процессе нагрузки уровня систолического АД > 160 мм рт. ст.; достижение в процессе теста с нагрузкой мощности > 58 Вт; достижение в процессе нагрузки мощности $> 35\%$ от ожидаемой с учетом возраста; максимальное потребление кислорода на пике нагрузки $> 30\%$ от ожидаемого с учетом возраста.

Заключение. Сочетанный способ бивентрикулярной стимуляции сердца и коррекции атриовентрикулярной недостаточности является эффективным методом лечения пациентов с умеренными клиническими проявлениями ХСН.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

АХМАТОВ Я.Р., АБДУЛЛАЕВ Т.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан

Цель. Провести оценку функционального состояния легких у больных дилатационной кардиомиопатией правого желудочка (ДКМПпж) и идиопатической дилатационной кардиомиопатией с бивентрикулярной сердечной недостаточностью (ДКМП-биСН).

Материал и методы. Сравнивались две группы пациентов: 1 гр. – 22 больных ДКМПпж и 2 гр. – 65 больных с ДКМП-биСН. Всем больным назначалась базисная терапия, включающая в себя: β -адреноблокаторы (БАБ), ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ), сердечные гликозиды (СГ), кардиотоники, диуретики, антагонисты альдостерона, аспирин (АСК). Для оценки функции внешнего дыхания пациентов проводилась спирография с учетом показателей легочной вентиляции (дыхательный объем (ДО), резервный объем выдоха (РОВвд), резервный объем вдоха (РОВд), жизненная емкость легких (ЖЕЛ), а также индекс Тиффно.

Результаты. По данным спирометрии было установлено, что такие показатели, как ДО, РОВвд и ЖЕЛ при сопоставлении с нормативными значениями оказались сниженными как в 1 гр., так и во 2 гр. Снижение показателей спирометрии в обеих группах расценивалось нами как признак нарушения дыхательной функции. При проведении сравнительного межгруппового анализа было выявлено, что все показатели оказались ниже у больных 2 гр., однако разница не достигала уровня досто-

верности, за исключением индекса Тиффно. При проведении корреляционного анализа была установлена обратная зависимость между значениями индекса Тиффно и выраженностью хрипов в легких по ШОКС ($p = 0,000$, $t = -21,294$, $r = -0,935$), т.е. снижение индекса Тиффно сопровождалось ухудшением дыхательной функции легких. Также обратная корреляция была выявлена между значениями индекса Тиффно и уровнем Ср.ДЛА ($p = 0,000$, $t = -3,845$, $r = -0,451$), т.е. нормальные значения индекса Тиффно соответствовали нормальному уровню Ср.ДЛА. Как известно, индекс Тиффно является не только одним из диагностически значимых показателей спирометрии, но и основным маркером определения преобладания обструкции или рестрикции дыхательных нарушений. У респондентов 2 гр. индекс Тиффно был ниже нормативных значений, что, в свою очередь, свидетельствовало о преобладании у них обструктивного типа дыхательной недостаточности. Напротив, у пациентов 1 гр. индекс Тиффно соответствовал нижней границе нормы, что расценивалось нами как отсутствие дыхательной недостаточности.

Выводы. Правожелудочковая дилатационная кардиомиопатия сопровождается формированием вторичной (умеренной) легочной гипертензии и снижением параметров функции внешнего дыхания (индекс Тиффно, ЖЕЛ), свидетельствующих о преимущественно рестриктивном характере патологии (застой в малом круге кровообращения).



ОПТИМИЗАЦИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

АХМЕДОВ Л.А., ПУЛАТОВА Ш.

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Бухара. Узбекистан

В настоящее время не существует единого алгоритма анестезиологического пособия пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС) при инфаркте миокарда (ОИМ) во время и после проведения ангиопластики. Если у пациентов с ОИМ Killip 3–4 применение всего арсенала интенсивной терапии не вызывает сомнений, то при ОИМ Killip 2, как правило, сводится к минимуму (седация, антикоагулянты). В то же время поздняя диагностика у этой категории острой левожелудочковой недостаточности (ОЛЖН) ухудшает прогноз в данной категории.

Цель исследования. Определение эффективности доплер-эхокардиографии (ДЭхоКГ) и контроля гемогидродинамического статуса для выбора адекватной ранней интенсивной терапии острой левожелудочковой недостаточности.

Материал и методы. Обследованы 54 пациента с ОКС (ОИМ Killip 2), последовательно поступивших в клинику в 2016–2017 гг. после успешной коронарной ангиопластики. Контрольная группа (КГ) $n=30$, исследуемая группа (ИГ) $n=24$. Кроме стандартных клинико-лабораторных исследований проводились ДЭхоКГ («Vivid-7», USA) и контроль центральной гемодинамики (ЦГД, катетер Swan-Ganz, «Nihon Kohden ISM4113K, Japan») и гидродинамического статуса («PULSION PiCCOplus», Германия). Учитывались значения показателей гемодинамики и гидродинамического статуса при поступлении и каждые 6 ч с начала введения препаратов до 24 ч послеоперационного периода; из параметров ДЭхоКГ – отношению скоростей трансмитрального потока наполнения к раннедиастолическому потоку E/FPV и к скорости движения митрального кольца (E/Ea). На основании данных E/FPV ($>2,0$) и E/Ea ($>6,0$) в ИГ в базовую терапию включались инотропные препараты и вазодила-

таторы для снижения преднагрузки. В КГ только поверхностная седация (сочетание центральных наркотических анальгетиков) и антикоагулянты (гепарин при уровне активированного времени свертывания >130 с). Критериями клинической эффективности служила частота кардиальных событий (кардиальная смерть, желудочковая тахикардия (ЖТ), застойная сердечная недостаточность (СН), потребность экстренной хирургической реваскуляризации). Все данные – $M \pm \sigma$; вариационно-статистический метод по t-критерию Стьюдента (Microsoft Statistica 6.0.).

Результаты. В обеих группах частота скрытой ОЛЖН по данным ДЗЛА (>18 mmHg) сопоставима – в КГ 11(36,7%), в ИГ – 9 (37,5%) ($p=0,0915$). Получена значимая корреляция данных ДЭхоКГ с измеренным ДЗЛА: для E/FPV $>2,0$ $r=0,79$ ($p<0,0001$), для E/Ea $>5,5$ $r=0,61$ ($p=0,002$). В КГ стандартная терапия не приводила к улучшению исходно завышенных показателей гидродинамического статуса, тогда как в ИГ к 12ч терапии получена положительная динамика по EVLWI и PVPI. При оценке клинической эффективности КГ/ИГ частота ЖТ – 4(13,3%)/1(3,3%), СН – 10(33,3%)/3(12,5%), потребность в хирургическом лечении – 2(6,7%)/0, летальность – 2(6,7%)/1(4,2%).

Заключение. Ранний, неинвазивный диагностический критерий острой левожелудочковой недостаточности (доплер-ЭхоКГ значения соотношения скоростей трансмитральных потоков) у пациентов с острым инфарктом миокарда (Killip 2) при контроле гидродинамического статуса позволяет обеспечить наиболее полный объем лечебных мероприятий при проведении анестезиологического обеспечения (уменьшение преднагрузки, дифференцированный выбор инотропной поддержки) при остром коронарном синдроме.

**ВЛИЯНИЕ САКУБИТРИЛА И ВАЛСАРТАНА НА ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ И ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХСН 3–4 ФК****БЕГДАМИРОВА А.А.****АМУ, Кафедра клинической фармакологии, г. Баку. Азербайджан**

Актуальность. Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента снижают относительный риск смертности у больных с легкой и умеренной хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Действие комплекса валсартан + сакубитрил состоит в новом механизме – в одновременном подавлении активности неприлизина веществом LBQ657 (активный метаболит сакубитрила) и блокадой рецепторов к AT1 валсартаном, являющимся антагонистом АРА II).

Цель исследования. Изучить влияние препарата Юпердио® (комплекс валсартан + сакубитрил, Entresto) на состояние больных с ХСН 3–4 ф.к., при наличии артериальной гипертензии II стадии.

Материал и методы исследования. Были обследованы 20 больных с ХСН III или IV класса (по NYHA) в возрасте 40–65 лет и с фракцией выброса 30%-м и менее. Длительность заболевания больных составляла от 5 до 20 лет. Всем больным были проведены общеклинические исследования и биохимические анализы крови и инструментальные исследования сердца (Холтеровское мониторирование ЭКГ и ЭхоКГ) Пациенты, принимающие любую дозу ингибитора АПФ не менее, чем до 4 недель до начала данного исследования, должны были принимать бета-блокатор бисопролол 10 мг + сердечный гликозид-Digoxinum (по 0,25 мг 3 раза в сут) + диуретик Trifas в дозе 10 мг/сутки +ИАПФ – периндоприл 5–10 мг/сут. Из исследования были исключены больные с симптоматической гипотензией, систолическим артериальным давлением менее 100–90 мм рт. ст. при скрининге, со снижением скорости клубочковой фильтрации более чем на 25%, уровнем калия в сыворотке крови более 5,2 ммоль/л при скрининге, ангионевротический отек или недопустимые побочные эффекты во время приема ингибиторов АПФ. Прием препарата осуществлялся по схеме: первый ме-

сяц – 50 мг/сутки, в последующие месяцы – 100 мг/сутки. Измерение параметров центральной гемодинамики и насосной функции сердца проводилось динамически в конце каждого месяца в течение 12 месяцев. Проводились лабораторно-инструментальные обследования всех больных, включая определение показателей антиоксидантной системы (малоновый диальдегид (МДА), каталаза и GSH), пуринового обмена, липидного спектра и уровня ANP (1–98), изменения гормонов надпочечных желез и отношение обхвата талии к обхвату бедер (ОТ/ОБ), наличие абдоминального ожирения (АО), индекс массы тела (ИМТ). В результате исследования обнаружено: низкий уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), повышенный уровень триглицеридов, ЛПНП. Выявлена прямая зависимость уровня ТГ-ов ($r=0,4$, $P<0,05$) и мочевой кислоты ($r=0,4$, $P<0,001$) от показателя ОТ/ОБ; а также обратная зависимость уровня ХС-ЛПВП от ИМТ ($r=0,4$ $P<0,005$). Выявлено повышение МДА – 51%, каталазы – 41%, а уровень GSH уменьшен в 1,5 раза. Наряду с увеличением уровня надпочечных гормонов было обнаружено повышение ргo-ANP(1–98) на 45% ($P<0,001$) по сравнению с контр. группой. На фоне лечения препаратом Юпердио обнаружено достоверное изменение в динамике показателей гемодинамики сердца – КСР, КДР, увеличение ФВ на 7,8% свидетельствовало об улучшении релаксации левого желудочка. Приводя в порядок нейрогуморальное регулирование кровообращения, обнаружено снижение ANP(1–98) и концентрации гормонов надпочечных желез в плазме крови.

Заключение. Таким образом, преимуществом препарата Юпердио являются метаболические эффекты, заключающиеся в улучшении показателей антиоксидантной системы, пуринового обмена, липидного спектра, включая и уровень ANP(1–98).

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ГЕТЕРОГЕННОСТЬ НЕКОМПАКТНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ**ВАЙХАНСКАЯ Т.Г.¹, КУРУШКО Т.В.¹, СИВИЦКАЯ Л.Н.², ЛЕВДАНСКИЙ О.Д.², ДАНИЛЕНКО Н.Г.²****¹ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология»;****²ГНУ Институт генетики и цитологии Национальной академии наук Беларуси, г. Минск. Беларусь**

Для клинических проявлений некомпактной кардиомиопатии (НКМП) характерна триада симптомов – сердечная недостаточность (СН), опасные для жизни желудочковые тахикардии (ЖТА) или нарушения проводимости, тромбоэмболические осложнения (ТЭО).

Цель исследования. Определение генов-кандидатов НКМП, изучение генотип-фенотипических корреляций и анализ неблагоприятных исходов.

Материал и методы. В исследование включили 56 неродственных пациентов (37,2±12,1 лет; 30/53,6% муж; ФВЛЖ – 45,3±12,1%, наблюдение –

49,7±16,2 мес.) с морфологическими ЭхоКГ (Jenni/Stöllberger) или MPT (Jacquie/Petersen)-критериями в сочетании с любым облигатным клиническим признаком НКМП: нарушение сердечного ритма или проводимости, СН (систолическая или диастолическая) сократительная дисфункция, ТЭО, нейромышечная патология. Всем пациентам проведено генетическое (NGS/174 гена + Sanger) и клинко-инструментальное (ЭхоКГ, МРТ, ХМ, ЭКГ-12) обследование.

Результаты. Пятьдесят пять патогенных (или вероятно патогенных) вариантов идентифицированы у 40/71,4% носителей (генопозитивные пациенты), в том числе 29/51,8% пациентов с одним вариантом и 13/23,2% – с дигенными мутациями. Наиболее распространенными вариантами были мутации в генах TTN (n=11 truncated), MYBPC3 (n=8) и LMNA (n=5), затем MYH7 (n=4), ILK (n=3), HCN4 (n=2), по две мутации в генах LAMP2, ACTC1, RAF1, SDHA и RYR2. По одной мутации обнаружили в генах TAZ, HADHA, ACTN2, MYH6, DSP, CRYAB, SLC25A4, FBN1, MYO6, BAG3, SCN5A, TBX20.

В результате rank-корреляционного анализа Спирмена выявлена ассоциация гено-позитивности с неблагоприятными клиническими исходами (летальность, трансплантация сердца (ТС), имплантация кардиовертер-дефибриллятора (иКВД) – $r=0,66$; $p<0,0001$), фрагментацией QRSfr ($r=0,52$; $p<0,001$) и фиброзом миокарда (LGE: $r=0,53$;

$p<0,001$); позитивные корреляции также обнаружены с шириной QRS ($r=0,49$; $p<0,001$), количеством отведений QRSfr ($r=0,54$; $p<0,001$) и ЖТА (уЖТ/нЖТ: $r=0,41$; $p<0,001$).

По данным многофакторного регрессионного анализа (модель с исключением переменных по методу Фишера: $R=0,78$; $F(5,64)=10,5$; $p<0,0001$) первичных конечных точек (смерть вследствие СН или ТС) определены независимые предикторы прогрессирования СН: снижение ФВЛЖ ($\beta=-0,58$; $p=0,00001$) и фиброз по МРТ (количество фибр. сегментов $nLGE\geq 4$: $\beta=-0,25$; $p=0,036$). В результате регрессионного анализа вторичных конечных точек (жизнеугрожающие ЖТА: уЖТ/ФЖ, успешная СЛР, разряды КВД) построена прогностическая модель ($R=0,75$; $F(3,66)=8,50$; $p<0,0001$) и определены три независимых предиктора ЖТА: патологический наклон TCP (TS: $\beta=-0,36$; $p=0,002$), фрагментация QRS ($nQRSfr$: $\beta=0,32$; $p=0,001$) и фиброз миокарда по данным МРТ (LGE %: $\beta=0,27$; $p=0,02$).

Выводы. Представленные результаты исследования подтверждают значительную генетическую гетерогенность НКМП с преобладающими мутациями в гене титина (TTNtr). При сравнении генотипов и фенотипов НКМП обнаружены строгие взаимосвязи между генетическим статусом, фрагментацией комплекса QRS, фиброзом миокарда (LGE) и неблагоприятными клиническими исходами.

ВКЛАД ОЦЕНКИ БИОМАРКЕРОВ SST2 И NT-PROBNP В ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ И ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИХ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ ТАХИАРИТМИЙ

ГАСПАРЯН А.Ж., ШЛЕВКОВ Н.Б., ШАРФ Т.В., ШИТОВ В.Н., КАШТАНОВА С.Ю., УЦУМУЕВА М.Д., МИРОНОВА Н.А., МАСЕНКО В.П., СКВОРЦОВ А.А.

ФГБУ НМИЦ кардиологии. г. Москва. Россия

Введение (цели/задачи). Модуляторы сердечной сократимости (МСС) и ресинхронизирующие устройства-дефибрилляторы (CRTD) являются двумя видами имплантируемых устройств, способных улучшать клинические проявления при хронической сердечной недостаточности (ХСН). Влияние данных устройств на уровни биомаркеров sST2 и NT-proBNP малоизучено.

Цель. Оценить изменения уровней нейрогогормональных маркеров sST2 и NT-proBNP у больных хронической сердечной недостаточностью во взаимосвязи с результатами применения модуляторов сердечной сократимости и ресинхронизирующих устройств.

Материал и методы. В проспективное исследование включены 23 пациента (16 муж./7 жен., сред.возраст=59±9 лет), которым с целью лечения медикаментозно-резистентной ХСН II–III

ФК(по NYHA) были имплантированы CRTD (n=11) или МСС (n=12). Результаты теста с 6-минутной ходьбой (Т6Х), ЭхоКГ и уровни нейрогогормональных маркеров оценивались исходно, а также через 6 и 12 месяцев после имплантации устройств. Положительным ответом на применение имплантированных устройств считалось уменьшение конечно-систолического размера левого желудочка на 15% и более по данным повторной ЭхоКГ.

Результаты. По результатам наблюдения у 6/12 (50%) пациентов с МСС и 7/11 (64%) с CRTD зарегистрированы признаки положительного ответа на лечение (группа «Эффект»), остальные больные (n=10) были объединены в группу «Без эффекта». Исходно группы «Эффект» и «Без эффекта» не различались по результатам теста с 6-минутной ходьбой [400 (360–405) метров и 380 (270–487) метров соответственно], параме-



трам эхокардиографии [27,0 (26,0–31,0)% и 27,0 (23,0–33,0)% соответственно], уровням sST2 [19,7 (18,8–25,3) нг/мл и 21,6 (21,0–26,3) нг/мл соответственно] и NT-proBNP [791,0 (567,0–1308,0) пг/мл и 1157,0 (1110,0–2340,0) пг/мл соответственно]. Результаты каждой группы пациентов («Эффект», «Без эффекта») на фоне лечения, а также их диагностическая ценность (по данным ROC-анализа) следующие: уровень sST2 в группе пациентов «Эффект» составил 21 (19,3–26,3) нг/мл, а в группе «Без эффекта» – 40,4 (25,2–40,9) нг/мл (площадь под ROC-кривой=0,806). Уровень NT-proBNP также отличался в различных группах пациентов: в группе «Эффект» значение составило 362 (78–167) пг/мл, в группе «Без эффекта» – 895 (609–1486) пг/мл (площадь под ROC-кривой=0,759). Фракция выброса левого желудочка в группе «Эффект» 45 (42–48)%, в группе «Без эффекта» – 29 (25–34). По результатам теста 6-минутной ходьбы в группе «Эффект» – 500 (480–540)м, в

группе «Без эффекта» – 464 (340–498) м (площадь под ROC-кривой=0,704). Таким образом, пациенты групп «Эффект» и «Без эффекта» статистически значимо различались между собой по уровням нейрогормональных маркеров sST2 и NT-proBNP, но не различались по результатам повторного теста с 6-минутной ходьбой. Наибольшей диагностической значимостью (площадь под ROC-кривой – 0,806) в отношении разделения больных между группами «Эффект» и «Без эффекта» обладало значение sST2 на фоне применения имплантируемых устройств. Данное явление характерно как для пациентов с имплантированными СРТ, так и для больных с имплантированными МСС.

Заключение. Динамические изменения уровня sST2 имеют наибольшую диагностическую ценность для выявления больных с положительными и отрицательными результатами применения CRTD и МСС у больных ХСН.

ДОСТОВЕРНОСТЬ ЭКГ-АМПЛИТУД В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ДЕТЕЙ

ГОЛУБИНА И.В., ЮЛДАШЕВА Н.Д.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан

Цель работы. Определение связи характеристик ЭКГ-амплитуд с формированием гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП).

Материал и методы. Было проведено когортное проспективное исследование, в котором обследовали 80 детей в педиатрических отделениях интенсивной терапии трех больниц по данным рентгенографии, ЭКГ, ЭхоКГ и по клиническим данным – аномальные отклонения в течении заболеваний по критериям Wilkinson и PELOD. Для верификации или исключения ГКМП все дети были оценены двухмерной эхокардиографией, включая доплеровское исследование. Были проведены измерения толщины стенки. В ходе исследования отобраны 20 детей, у которых была верифицирована ГКМП, и 60 детей с верифицированным отсутствием ГКМП.

Результаты. Изменения амплитуд ЭКГ и индекса Соколова – Лиона у всех пациентов с ГКМП выражены по сравнению с контролем (OP=2,1, KK=0,781, P=0,07–0,78). Ширина QRS-комплекса не увеличивается в когорте с ГКМП. Корреляционный анализ в когорте с ГКМП показал, что ЭКГ-признаки, которые показали значительную положительную корреляцию с наличием документированной желудочковой тахикардии на 24-часовой ЭКГ, были связаны с патологической инверсией Т-зубца (OP=1,8, KK=0,656, P=0,016), доминантой S-зубца в V4 (P=0,028) и QT-интервала (P=0,018). Инверсия Т-зубца в прекардиальных отведениях коррелировала с семейной историей внезапной смерти (P=0,013). Дети с ГКМП имеют значитель-

но более высокие значения амплитуды ЭКГ, чем в контрольной группе с удвоением сумм амплитуд в QRS-комплексах. Длительность QRS-комплекса существенно не отличалась, но QT-интервал был несколько длиннее в когорте с ГКМП. В когорте с ГКМП наблюдалось значительное увеличение случаев инверсии Т-зубцов (OP=2,2, KK=0,736, P=0,0003), депрессии ST-сегмента (OP=2,0, KK=0,791, P=0,0010) и доминантного S-зубца в V4 (OP=1,9, KK=0,673, P=0,0048). Отклонение оси QRS возможно увеличено (OP=1,7, KK=0,609, P=0,05). В то же время, частота блокад веток пучка Гиса, патологические Q-зубцы или большие отрицательные или положительные Т-зубцы не были существенно различны между группами. Наилучшими показателями с точки зрения чувствительности являются суммарный коэффициент амплитуд QRS-комплекса $\geq 7,7$ мВ (OP=2,9, KK=0,789, P<0,0001), высота амплитуд $\geq 2,2$ мВ в 12 отведениях (OP=3,2, KK=0,795, P<0,0001).

Выводы. Были обнаружены высокие риски между формированием ГКМП и некоторыми ЭКГ-показателями. Наши результаты показаний ЭКГ-амплитуды на ЭКГ с 12 отведениями показывают, что этот доступный тест является важным диагностическим критерием ГКМП у детей, который можно оценить уже на первичном осмотре, что позволит начать своевременные мероприятия обследований и раннюю соответствующую терапию.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИРОДНЫХ МАГНИЙСОДЕРЖАЩИХ СРЕДСТВ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ГУЩА С.Г.¹, НАСИБУЛЛИН Б.А.¹, ПЛАКИДА А.Л.², ВОЛЯНСКАЯ В.С.¹

¹ГУ «Научно-исследовательский институт медицинской реабилитации и курортологии МЗ Украины»; ²Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса. Украина

Цель работы. Экспериментальное исследование терапевтического воздействия бальнеологического средства «Магниевое масло» при сердечной недостаточности (СН).

Материал и методы. Модель сердечной недостаточности воспроизводилась у белых крыс-самок аутбредного разведения линии Вистар, массой тела 180–210 гр. путем однократного введения подкожно масляной суспензии фосфора и внутримышечного введения 1%-го раствора купороса. Верификацию модели СН осуществляли на 14-е сутки по определению частоты дыхания, сердечных сокращений, активности аденозинтрифосфатаз (АТФ-аз) и структурных изменений в ткани сердца. Бальнеологическое средство «Магниевое масло» общей минерализацией 350 г/дм³ и концентрацией магния (Mg^{2+}) 40,0 г/дм³ вводилось на следующие сутки после воспроизведения патологии, внутривенно в дозе 1% от массы животного, ежедневно в течение 12 суток. Группой сравнения служили интактные животные.

Результаты. У крыс с моделью СН на 14-е сутки установлено повышение частоты дыхания на 10% ($p < 0,01$) и частоты сердечных сокращений в минуту – на 5% ($p < 0,01$). Микроскопически в миокарде сохранена пучковая и послойная организация. Межпучковые слои набрякшие, утолщенные, сосуды резко гиперемированы. Кардиомиоциты бледноокрашенные, без поперечной штрихованности, пиктоничны, что свидетельствует о признаках дистрофических изменений в миокарде. Гистохимические исследования установили снижение активности сукцинатдегидрогеназы (СДГ) и лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в ткани миокарда на 50% ($p < 0,001$): активность СДГ составляла ($3,50 \pm 0,41$) у.е.оптической плотности против ($7,00 \pm 0,15$) в

норме. Аналогично, активность ЛДГ составляла ($3,00 \pm 0,27$) у.е. против ($6,00 \pm 0,19$) в норме. Это указывает на значительное угнетение активности окислительно-восстановительных ферментов. Также было обнаружено снижение активности АТФаз в ткани миокарда: Mg^{2+} зависимой Na^+/K^+ АТФазы на 77% ($p < 0,001$), а Mg^{2+} зависимой Ca^{2+} АТФазы – на 46% ($p < 0,01$), что указывает на подавление энергозависимых процессов трансмембранного транспорта.

Под влиянием курсового приема средства «Магниевое масло» наблюдалось снижение частоты дыхания и частоты сердечных сокращений до показателей группы контроля ($p > 0,1$). В миокарде восстановилась пучковая организация. Межпучковые слои достаточно плотные, тонкие, фибробласты с темными, овальными ядрами. Сосуды умеренного застойного кровенаполнения. Кардиомиоциты бледноокрашенные, но в большинстве из них наблюдается довольно четкая поперечная заштрихованность. Ядра кардиомиоцитов овальные, темноокрашенные. Значительно увеличилась активность Mg^{2+} зависимой Na^+/K^+ АТФазы и Mg^{2+} зависимой Ca^{2+} АТФазы в кардиомиоцитах, соответственно на 50% ($p < 0,01$) и 30% ($p < 0,01$). Повысилась активность окислительно-восстановительных ферментов: величина СДГ и ЛДГ составляла в кардиомиоцитах ($5,00 \pm 0,21$) и ($5,00 \pm 0,15$) у.е. соответственно.

Заключение. Таким образом, применение на фоне развития модели тяжелой сердечной недостаточности бальнеологического средства «Магниевое масло» оказывает заметное корректирующее воздействие на основные показатели патологического процесса.



ОПУХОЛИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

ДАДАБАЕВА Н.А., ХАЛМУХАМЕДОВ Б.Т., МАХМУДОВА М.С., КАСЫМДЖАНОВА Г.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан

Опухоли сердца встречаются редко – от 0,002 до 1,5% всех вскрытий. Делятся на доброкачественные и злокачественные, первичные и вторичные. Первичные чаще всего бывают доброкачественными, одиночными и множественными. Проявляются нарушениями ритма, симптомами коронарной и сердечной недостаточности.

Приводим историю болезни № 898. Больной Кадыров Хасатулла, 1951 года рождения, поступил в 1-кардиологическое отделение ТМА с направлятельным диагнозом: ИБС. Нестабильная стенокардия. ПИКС 2007, 2009 гг.

Жалобы при поступлении: сердцебиение, одышка, слабость, похудание.

Анамнез: В 2007 году появилась боль в области сердца. Со слов больного в 2007, 2008 годах перенес инфаркт миокарда. Неоднократно получал стационарное и амбулаторное лечение по поводу ИБС. Стенокардии. ПИКС. Ухудшение связывает с приступообразной одышкой и слабостью, в связи с чем обратился в приемное отделение 1-клиники ТМА и был госпитализирован в кардиореанимацию. В анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки. Курит много лет.

Объективно: Состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Нормостеник. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отеков нет. Грудная клетка симметричная, цилиндрической формы. Дыхание свободное, 18 раз в мин. Перкуторно ясный легочной звук. При аускультации ослабленное везикулярное дыхание. Границы относительной тупости сердца: увеличены влево. Тоны сердца глухие. АД – 120/80 мм рт.ст. ЧСС – 94 уд в мин. Язык обложен белым налетом. Печень выступает на 2 см.

Лабораторно-инструментальные исследования.

ОАК – анемия, ОАМ – без особых изменений. АЛТ – 0,65 ммоль/л, АСТ – 0,45 ммоль/л; общий билирубин – 11,7 мкмоль/л, мочевины – 6,6 ммоль/л; креатинин – 0,04 ммоль/л; общий белок – 74,3 г/л. Коагулограмма: гематокрит – 52%; фибриноген – 477 мг%; эталон тест-отр.; тромботест IV.

ЭКГ. Умеренная синусовая тахикардия. ЧСС – 95 уд/мин. ЭОС отклонена влево. QT – 0,34 сек. Очаговые изменения на переднеперегородочной области и коронарная недостаточность в области верхушечной и боковой стенки левого желудочка. Неполная блокада передней ветви ЛНПГ. Признаки гипертрофии левого желудочка.

ЭхоКС. КДР – 4,5 см, ФВ – 52,0%. ЛП – 3,4 см. Клапаны сердца, аорта и ЛА – возрастные изменения. Стенки левого желудочка уплотнены, дискинетичны по типу асинхронного сокращения. В толще миокарда левого желудочка, ближе к верхушечной области эхопозитивное образование размером 1,4×0,9 см с ровными контурами, а в области задней стенки левого желудочка размером 2,2×1,2 см. Допплер: без особенностей.

Заключение. Опухоли левого желудочка. Диастолическая дисфункция левого желудочка.

Рентгеноскопия: Хронический бронхит.

ЭГДФС: Язвенная болезнь 12 ПК, в стадии обострения.

Онколог: Опухоли левого желудочка.

Консультация окулиста: Катаракта обеих глаз.

Консультация эндокринолога: без патологии.

Полученное лечение: Бисопролол – 5 мг 1/2 таблетки 1 раз в день. Омега-3 – 20 мг 1 капсула 2 раза в день.

Калий хлорид – 4% – 20,0 в/в капельно. FDP – 5,0 в/в капельно. Нитроглицерин – 0,1% – 5,0 в/в капельно. Фуросемид – 1% – 2,0 в/в струйно.

На фоне лечения состояние больного несколько улучшилось. Направлен на консультацию к кардиохирургу. От биопсии отказался.

На основании данных ЭКГ больному в течение нескольких лет в Джиззакской области ставили диагноз ИБС. ПИКС. Очаговые изменения на ЭКГ появились в 2012 году и сохраняются до настоящего времени. Проведенная в клинике ЭхоКГ выявила два эхопозитивных образования в толще левого желудочка. Таким образом, изменения на ЭКГ были связаны с прорастанием опухоли в стенки левого желудочка. Опухоль первичная, доброкачественная, так как протекает много лет, и нет изменений со стороны других внутренних органов, нет увеличения СОЭ. Доброкачественные опухоли чаще бывают миксомы, но они в 82% локализируются в предсердиях, имеют желатинообразную форму и располагаются субэндокардиально. Без биопсии поставить морфологический диагноз не представляется возможным. Особенность опухоли в том, что имеются два образования в левом желудочке, которые расценивались на ЭКГ как рубцовые изменения. Был поставлен диагноз:

Основной: Опухоли (две) левого желудочка.

Сопутствующий: Язвенная болезнь 12-перстной кишки. Хронический бронхит.

Осложнение: ХСН IIБ. ФК III (по NYHA). Приступы сердечной астмы. НБПВЛНПГ.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**ДЖОШИБАЕВ С., ТУРТАБАЕВ Б.У., БЕГДИЛДАЕВ А.Т., НАРБАЕВ Д.А., АЗХОДЖАЕВ А.А.****Научно-клинический центр кардиохирургии и транспланталоги, г. Тараз. Казахстан**

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) на современном уровне медицинской науки и технологии является финальной стадией любых заболеваний сердца, соответственно широко распространена, где трансплантация сердца выступает радикальным методом лечения. Однако в связи с малым количеством донорских сердец она доступна ограниченному числу пациентов. Наряду с медикаментозной терапией внедрение в клиническую практику имплантируемых устройств желудочковой поддержки (ventricular assist devices – VAD) позволило по-новому взглянуть на проблему ХСН.

Цель исследования. На опыте одной клиники показать целесообразность применения высокотехнологической медицинской помощи в лечении ХСН.

Материал и методы. За последние 3 года в НКЦКТ под наблюдением на диспансерном учете находились 490 пациентов с диагнозом ХСН. Ежегодная летальность составила 25–30 человек. При этом причинами смертности были: тяжелая декомпенсация с полиорганной недостаточностью, высокая легочная гипертензия и жизнеугрожающая аритмия с фибрилляцией желудочков даже при наличии ИКД. Все пациенты принимали базовое медикаментозное лечение ХСН. Наряду с этим, пациентам (3) с выраженной митральной регургитацией проводились хирургические операции с целью улучшения качества жизни данной группы пациентов. Одному пациенту мужского пола в возрасте 55 лет с диагнозом: ХСН, ишемическая кардиомиопатия (INTERMACS III), была оказана высокотехнологическая помощь – имплантация LVAD (10.05.2018). Остальные пациенты со схожей стадией ХСН остаются в листе ожидания по причине дороговизны данного метода лечения.

Результаты. Медикаментозная терапия, практически, во всех случаях давала ремиссию до 3–6 месяцев в зависимости от исходной тяжести

состояния и соблюдения рекомендаций. В трех случаях коррекции митральной недостаточности путем замены (1) и аннулопластики (2) в течение двухлетнего наблюдения сохраняются удовлетворительные результаты. В одном случае пациенту 55 лет с ишемической кардиомиопатией был имплантирован искусственный левый желудочек HeartWare. 10-е месячные наблюдения показали разительные результаты. До операции: Тест 6-минутной ходьбы – менее 150 метров (ФК IV) ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС – 80 уд в мин. ЭОС отклонена влево. ЭхоКГ: Систолическое давление в легочной артерии – 60 mmHg, КДР – 7,0 см (КДО – 239 мл), КСР – 6,5 см (КСО – 182 мл), ФВЛЖ – 14 %, ФВ ПЖ – 50 % (TAPSE 2,0 см). КАГ: ПМЖВ стеноз – 60 %, ОА стеноз – 60 %. ПКА стеноз – 50 %. Катетеризация правых отделов сердца – BSA – 1,6, PVR – 2,9, SVR – 40 liter, транспульмональный градиент – 12, QP – 4,1/QS – 1,7, QP/QS – 1,2/1.

В послеоперационном периоде и амбулаторно пациент получает антикоагулянты+ антиагреганты и антигипертензивные препараты. Результаты динамического обследования: Тест 6-минутной ходьбы – 1, 3, 6, 9 месяцев более 500 метров (ФК I)

ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС – 75 уд в мин. ЭОС – отклонена влево. ЭхоКГ: Систолическое давление в легочной артерии – 25 mmHg, КДР – 6,0 см (КДО – 170 мл), КСР – 5,3 см (КСО – 140 мл), ФВЛЖ – 24 %, ФВ ПЖ – 40 % (TAPSE 1,8 см).

В целом через 10 месяцев после имплантации LVAD ФК по NYHA соответствует 1 классу.

Выводы. Таким образом, на примере изначального опыта нашего Центра доказана целесообразность развития высокотехнологической медицинской помощи в лечении ХСН, в частности имплантации искусственных желудочков сердца. Данный вид медицинской технологии оправдан в долгосрочном лечении ХСН, а так же как мост к трансплантации сердца.

**ОСТРАЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАТОЛОГИИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ****ДЗЫБИНСКАЯ Е.В., ВЛАСОВА Э.Е., ИЛЬИНА Л.Н., ВАСИЛЬЕВ В.П., ГАЛЯУТДИНОВ Д.М.,
ШИРЯЕВ А.А., АКЧУРИН А.А.****НМИЦ кардиологии Минздрава РФ, г. Москва. Россия**

Введение. На протяжении многих лет частота острой миокардиальной дисфункции остается высокой и во многом определяет риск кардиохирургических вмешательств. В настоящее время периоперационная острая сердечная недостаточность

(ОСН) ассоциирована с высоким риском летальности, увеличением длительности госпитализации и значительным удорожанием лечения.

Цель. Проанализировать методические подходы в предупреждении и лечении периоперацион-



ной сердечной недостаточности у кардиохирургических больных.

Материал и методы. Анализировали результаты лечения более 1500 пациентов, оперированных в условиях искусственного кровообращения (ИК). Спектр оперативных вмешательств включал операции реваскуляризации миокарда и коррекцию приобретенных пороков сердца. Всем пациентам интраоперационно выполняли инвазивный мониторинг параметров центральной гемодинамики с регистрацией показателей: систолического артериального давления, среднего артериального давления, диастолического артериального давления, давления правого предсердия, при необходимости катетеризировали правые отделы сердца с целью измерения давления в легочной артерии, заклинивающего давления в легочной артерии, сердечного индекса. Более чем у 500 пациентов выполняли интраоперационное чреспищеводное эхокардиографическое (ЧПЭхоКГ) обследование сердца с помощью ультразвукового аппарата Philips и мультипланового ультразвукового чреспищеводного датчика. Все ЧПЭхоКГ-исследования выполняли анестезиологи. В последние годы в нашу практику в качестве современного компонента стратификации риска ОСН был включен биохимический мониторинг натрийуретических пептидов В-типа (BNP). Схема профилактики и лечения периоперационной ОСН включала использование инодилатора-левосимендана.

Результат. С октября 2015 по май 2018 года левосимендан вводился 29 кардиохирургическим пациентам со сниженной фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ). В 11 наблюдениях решение о введении левосимендана принималось интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде (до 3 суток) в связи с развитием ОСН; 9 больных – с многососудистой коронарной болезнью и

обширным рубцовым поражением, 2 – с декомпенсированным аортальным стенозом. Все больные имели клинические признаки застойной сердечной недостаточности, средняя ФВЛЖ составила 29% (19–35%). После внедрения ЧПЭхоКГ мы установили, что предоперационный уровень BNP является предиктором снижения уровня ФИЛЖ, измеренной в трансгастральной позиции датчика до уровня менее 35%. При этом ROC-анализ продемонстрировал, что порогом отсечения такого выраженного снижения сократительной функции ЛЖ является уровень BNP выше 580 пг/мл, что вполне закономерно, учитывая наличие высокодоверенных корреляционных связей между уровнем BNP и конечной систолической площадью сечения левого желудочка (ЛЖ) и конечной диастолической площадью сечения ЛЖ, зарегистрированных в конце операции. Кроме того, уровень BNP оказался предиктором длительной инотропной терапии, продолжающейся более 2 суток. С целью профилактики периоперационной ОСН показанием к назначению левосимендана перед операцией считали сочетание сниженной ФВЛЖ с повышенным уровнем BNP до 600 пг/мл и выше. Отдельным редким и опасным осложнением кардиохирургических операций признана динамическая 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. Полагаем, что внедрение современных методик играет значимую роль в снижении летальности от ОСН, которая отчетливо прослеживается при хронологическом анализе.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У БОЛЬНОГО С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С РАЗЛИЧНЫМ ТИПОМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

ИБАТОВ А.Д.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва. Россия

Цель. Изучить эмоциональный статус у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и различными типами ремоделирования левого желудочка (ЛЖ).

Материал и методы. Обследован 91 мужчина с ИБС и ХСН (II–IV функциональный класс по NYHA), с фракцией выброса левого желудочка <45%, в возрасте от 42 до 65 лет (средний возраст – 56,5±0,5 года). 51 пациент с дезадаптивным ремоделированием левого желудочка (ДРЛЖ) (ин-

декс конечного диастолического размера >3,3 см/м² и относительной толщиной стенки ЛЖ <30) был включен в первую группу; 40 пациентов с адаптивным ремоделированием левого желудочка (АРЛЖ) (индекс конечного диастолического размера >3,3 см/м² и относительная толщина стенки ЛЖ <45, но >30) были включены во вторую группу. Уровень тревожности и депрессии изучали по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), психологические особенности личности – по опроснику MMPI.

Результаты. Группы не различались по возрасту, длительности ИБС, функциональному классу сердечной недостаточности (NYHA). Пациенты с ХСН и ДРЛЖ имели уровень тревожности и депрессии $4,8 \pm 0,7$ и $8,5 \pm 0,9$ баллов соответственно. Пациенты с ХСН с АРЛЖ имели уровень тревожности соответственно $4,7 \pm 0,4$ ($p > 0,05$) баллов и уровень депрессии – $5,2 \pm 0,5$ ($p < 0,05$) баллов. Пациенты с ХСН и ДРЛЖ имели такие параметры теста MMPI соответственно: по шкале ипохондрии – $62,3 \pm 2,1$ балла; по шкале депрессии – $51,4 \pm 3,9$ балла; по шкале истерии – $54,7 \pm 2,8$ балла; по шкале психопатии – $46,7 \pm 3,6$ балла; по шкале паранояльности – $46,4 \pm 1,9$ балла; по шкале психастении – $53,3 \pm 1,7$ балла; по шкале шизоидности – $47,2 \pm 1,9$ балла; по шкале гипомании – $43,8 \pm 3,3$ балла. Пациенты с ХСН с АРЛЖ имели следующие показатели теста MMPI соответственно: по шкале ипохондрии – $55,7 \pm 1,4$ балла ($p < 0,05$); по шкале

депрессии – $51,1 \pm 1,4$ балла ($p > 0,05$); по шкале истерии – $49,9 \pm 1,1$ балла ($p > 0,05$); по шкале психопатии – $44,5 \pm 0,9$ балла ($p > 0,05$); по шкале паранояльности – $50,6 \pm 1,4$ балла ($p > 0,05$); по шкале психастении – $46,8 \pm 1,6$ балла ($p < 0,05$); по шкале шизоидности – $45,9 \pm 1,0$ балла ($p > 0,05$); по шкале гипомании – $42,1 \pm 1,4$ балла ($p > 0,05$).

Заключение. У пациентов с ишемической болезнью сердца с хронической сердечной недостаточностью и дезадаптивным ремоделированием левого желудочка были более выраженные акцентуированные личностные характеристики и уровень депрессии по сравнению с пациентами с хронической сердечной недостаточностью с адаптивным ремоделированием левого желудочка, выявленные особенности могут негативно влиять на прогноз этих пациентов, поэтому полученные результаты необходимо учитывать при назначении лечения.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

ИБАТОВ А.Д.

ФГАОУ ВО первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва, Россия

Цель. Изучить факторы, влияющие на развитие сердечной недостаточности (СН) у больных после инфаркта миокарда.

Материал и методы. Обследованы 88 больных с постинфарктым кардиосклерозом длительностью более одного года, средний возраст пациентов составил $54,2 \pm 1,2$ года, из них 30 больных имели сердечную недостаточность II–III класса. Пациенты были разделены на две группы по наличию и отсутствию сердечной недостаточности. В первую группу вошли пациенты с сердечной недостаточностью, средний возраст составил $55,07 \pm 1,45$ года. Во вторую группу вошли 58 пациентов без СН, средний возраст составил $53,27 \pm 1,01$ года. Значимость различий между выборками оценивали с помощью t-критерия Стьюдента. Для идентификации предикторов использовался расчет отношения шансов (ОШ), надежность рассчитывалась с использованием таблиц сопряженности 2×2 , с расчетом двухстороннего точного критерия Фишера. Различия при $p < 0,05$ считаются значимыми. В расчетах использовались статистические программы «Statistica 10,0» и «Excel 2013».

Результаты. Группы не различались по полу и возрасту. Анализ выявленных предикторов с помощью таблиц сопряженности и расчет отношения шансов развития СН показали следующие результаты. Пациенты с инфарктом миокарда с зубцом

Q передней стенки имели высокий риск развития СН (ОШ=4,38, $P < 0,05$). Пациенты, у которых был инфаркт миокарда с зубцом Q, независимо от пораженной стены имели ОШ=2,78, $P < 0,05$ развития СН. Пациенты, у которых был повторный инфаркт миокарда, имели ОШ=15,43, $P < 0,05$ развития СН. Пациенты, перенесшие инфаркт миокарда в ночное время, имели ОШ=27,0 $P < 0,01$ развития СН. Пациенты с сахарным диабетом имели ОШ=10,18, $P < 0,01$ развития СН, а также высокий риск развития сердечной недостаточности имели пациенты с избыточным весом ($ИМТ \geq 25 \text{ кг/м}^2$) (ОШ=2,95, $P < 0,05$). В то же время такие прогностические негативные факторы, как курение, артериальная гипертензия в нашем исследовании не выявили дополнительного негативного риска развития сердечной недостаточности. В наших исследованиях не было прогностического неблагоприятного влияния таких факторов, как пол, пожилой возраст и предшествующая инфаркту миокарда стенокардия.

Заключение. Таким образом, по нашим данным, важными предикторами развития сердечной недостаточности у больных после инфаркта миокарда являются, в частности, время возникновения инфаркта миокарда (ночью во время сна) и нарушения обмена веществ (сахарный диабет и ожирение), а также размер поражения и локализация инфаркта миокарда.



ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

КАМИЛОВА У.К., РАСУЛОВА З.Д., МАШАРИПОВА Д.Р., ХАКИМОВА Р.А., БОБОЕВ К.Т.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент. Узбекистан

Цель. Изучить параметры сосудистого ремоделирования в зависимости от степени хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы. Были обследованы 52 больных с ишемической болезнью сердца с ХСН с I (19 больных), II (21 больной) и III (12 больных) функциональным классом (ФК) ХСН, согласно классификации Нью-Йоркской Ассоциации кардиологов. Средний возраст больных составил $62,5 \pm 7,96$ лет. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц. Всем пациентам проводили комплексное клиническое обследование, определяли уровень сывороточного креатинина, расчетным методом скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) по формуле CKD-EPI, исследование кровотока на уровне общей сонной артерии (ОСА) с определением: толщины комплекса интим-медиа (ТИМ), пиковой систолической скорости кровотока (V_{max}), максимальной конечной диастолической скорости кровотока (V_{min}), усредненной по времени скорости кровотока (V_{mean}), индекса резистентности (RI) и пульсативности (PI).

Результаты исследования. Анализ полученных данных доплерографии на уровне ОСА по сравнению с контролем показал, что у больных I ФК ХСН: ТИМ справа – на 13,1% ($p < 0,001$) и слева – на 12,8% ($p < 0,001$) больше, соответственно по сравнению с контролем; снижение скорости V_{mean} справа и слева – на 22,9% ($p < 0,001$) и

25,5% ($p < 0,001$) соответственно и увеличение PI – на 19,5% ($p < 0,001$) и 24% ($p < 0,001$), RI – на 4,5% ($p < 0,05$) и 5,7% ($p < 0,05$) соответственно, ($p < 0,05$) по сравнению с показателями контрольной группы. У больных II ФК ХСН на уровне правой и левой ОСА показано достоверное отличие от всех показателей контрольной группы со снижением кровотока V_{mean} справа и слева на 21,8% ($p < 0,001$) и 26,5% ($p < 0,001$) соответственно, V_{max} – на 9,4% ($p < 0,05$) и 8,6% ($p < 0,05$), V_{min} – на 9,4% ($p < 0,01$) и 8,6% ($p < 0,01$) соответственно, с увеличением индекса PI справа и слева на 13% ($p < 0,001$) и 26,2% ($p < 0,001$), индекса RI – на 4,2% ($p < 0,05$) и 6,8% ($p < 0,001$) соответственно по сравнению с контролем. У больных III ФК ХСН на уровне правой и левой ОСА было отмечено снижение скорости V_{mean} на 28,2% ($p < 0,001$) и 31,2% ($p < 0,001$), V_{max} – на 14,1% ($p < 0,01$) и 18,5% ($p < 0,001$), V_{min} – на 39,5% ($p < 0,01$) и 48,9% ($p < 0,001$) соответственно с увеличением индексов: PI – на 16,1% ($p < 0,001$) и 16,1% ($p < 0,01$), RI – на 5,6% ($p < 0,05$) и 6,3% ($p < 0,001$) соответственно по сравнению с контролем.

Заключение. Анализ показателей сосудистого ремоделирования на уровне ОСА показал достоверное утолщение стенки ТИМ, снижение скоростных показателей кровотока и повышение показателей сосудистого сопротивления по мере увеличения степени ХСН ишемического генеза.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С УЧЕТОМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ, РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК

КАМИЛОВА У.К., РАСУЛОВА З.Д., ЗАКИРОВА Г.А., УТЕМУРАТОВ Б.Б.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент. Узбекистан

Цель. Изучить взаимосвязь уровней аминотерминального участка мозгового натрийуретического пептида (МНУП) и альдостерона (Ал) в сыворотке крови с параметрами ремоделирования сердца, скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) и их роль в прогрессировании хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы. Были обследованы 52 больных с ишемической болезнью сердца с ХСН с I (19 больных), II (21 больной) и III (12 больных) ФК

ХСН, согласно классификации Нью-Йоркской Ассоциации кардиологов. Средний возраст больных составил $62,5 \pm 7,96$ лет. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц.

Всем больным проводили эхокардиографию (ЭхоКГ) с определением конечно-диастолического и конечно-систолического объемов (КДО и КСО), фракцию выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), определяли креатинин (Кр) в сыворотке крови,

расчетным методом СКФ (рСКФ) по формуле CKD-EPI, уровень МНУП и Ал.

Результаты исследований. Анализ данных ЭхоКГ показал, что ФВ ЛЖ у больных I, II, III ФК ХСН составила соответственно: $51,68 \pm 1,63$, $47,9 \pm 2,02$, $35,7 \pm 7,68$ %. У больных с II и III ФК ХСН отмечено снижение ФВ на 7,9% ($p < 0,001$) и 44,9% ($p < 0,001$) по сравнению с показателями I ФК ХСН. У больных I ФК ХСН ФВ ЛЖ сохранялась сохранной. Результаты исследования показали, что КСО у больных с II и III ФК ХСН на 24,3% ($p < 0,01$) и 52,5% ($p < 0,001$) больше по сравнению с показателями I ФК ХСН, а КДО у больных с II и III ФК ХСН на 19,2% ($p < 0,05$) и 40,3% ($p < 0,001$) больше по сравнению с показателями I ФК ХСН. При анализировании полученных показателей ФВ и их связи с СКФ у обследованных нами больных была выявлена достоверная прямая корреляционная зависимость ФВ и СКФ_{СКД-EPI} ($r = 0,953$). При анализе исходного уровня нейрогуморальных показателей у больных ХСН как II ФК, так и III ФК наблюдалось достоверное увеличение уровня NTproBNP и Ал в плазме крови по сравнению как с показателями группы контроля, так и показателями у больных с I ФК ХСН, что коррелировало с прогрессированием заболевания, при этом у больных со II ФК преобладали средневысокие уровни нейрогормонов, а у

больных с III ФК – высокие уровни этих показателей.

С целью оценки неблагоприятного течения ХСН и ДП был проведен математический анализ с учетом ремоделирования ЛЖ, СКФ и уровня нейрогормонов (NTproBNP и Ал). Прогностически значимыми для определения неблагоприятного течения ХСН были определены: ФВ – менее 50%, увеличение КДО – более 137 мл, КСО – более 83 мл, снижение СКФ – менее 60 мл/мин/1,73 м² и уровень NTproBNP – более 300 пг/мл, Ал – более 200 пг/мл.

Заключение. У больных ХСН достоверное увеличение нейрогуморальных факторов NTproBNP и Ал ассоциировано с ФК ХСН, степенью систолической дисфункции ЛЖ и дисфункцией почек. Выявлена корреляционная связь между уровнем NTproBNP, Ал и ФВ ($r = -0,70$ и $r = -0,72$ соответственно), между уровнем NTproBNP, Ал и КДО ЛЖ ($r = 0,78$ и $r = 0,70$ соответственно). Прогностически значимыми для определения неблагоприятного течения ХСН оказались наличие ФВ – менее 50%, увеличение КДО – более 137 мл, КСО – более 83 мл, снижение СКФ – менее 60 мл/мин/1,73 м² и уровень NTproBNP – более 300 пг/мл, Ал – более 200 пг/мл.

СТАДИИ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И МЕХАНИЗМЫ КОМПЕНСАЦИИ

КАПЕЛЬКО В.И., ЛАКОМКИН В.Л., АБРАМОВ А.А., ГРАМОВИЧ В.В., ВЫБОРОВ О.Н., ЛУКОШКОВА Е.В., ЕРМИШКИН В.В.

ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава РФ, ФГБУ «НМИЦ кардиологии» МЗ. Россия

Введение. Диастолическая дисфункция в настоящее время составляет более половины всех случаев хронической сердечной недостаточности (ХСН), она наблюдается при старении, артериальной гипертензии, ожирении, диабете. Ее место в патогенезе ХСН служит предметом дискуссии.

Цель и задачи. 1) Выяснение места диастолической дисфункции в патогенезе хронической сердечной недостаточности (ХСН). 2) Определение компенсаторных механизмов при диастолической и систолической дисфункции, позволяющих поддерживать насосную функцию сердца.

Материал и методы. Работа выполнена на крысах Wistar. Кардиомиопатию вызывали введением изопроterenолола или доксорубина в разных дозах. Сократительную функцию сердца оценивали методами эхокардиографии и катетеризации левого желудочка (ЛЖ) миникатетером, позволяющим одновременно измерять давление и объем ЛЖ. Изопроterenолол вызывал множественные микронекрозы миокарда, а эффективный

антиопухолевый антибиотик доксорубин – кардиомиопатию, подобную той, которая возникает у пациентов.

Результаты. Двукратное введение изопроterenолола (180 мг/кг) или 8-недельное введение доксорубина (2 мг/кг еженедельно) вызывало ХСН со снижением фракции выброса, снижением развиваемого ЛЖ давления, показателей сократимости и расслабимости миокарда, повышение диастолического давления в ЛЖ, т.е. систолическую дисфункцию (СД). Меньшие дозы изопроterenолола (120 мг/кг) или доксорубина (4 недели) в большинстве опытов вызывали диастолическую дисфункцию (ДД), проявлявшуюся замедлением расслабления и повышением диастолического давления в ЛЖ с нормальной фракцией выброса. Те крысы с ДД, которым после 4 недель переставали вводить доксорубин, через 8 недель имели СД. Результаты свидетельствуют, что ДД при кардиомиопатии является первой фазой ХСН. Поддержание нормальной фракции выброса



при ДД обеспечивается замедлением фазы расслабления миокарда, т.е. удлинением активного состояния миофибрилл и повышением диастолической упругости миокарда, облегчающей развитие давления. При прогрессировании ХСН эти механизмы компенсации уже оказываются недостаточными для сохранения фракции выброса, присоединяется снижение периферического сопротивления, что облегчает выброс и удлинение диастолической паузы при сниженной частоте сокращений, а так же обеспечивает лучшее напол-

нение ЛЖ. При недостаточности этих механизмов для поддержания минутного объема на приемлемом уровне мобилизуется последний механизм компенсации – дилатация сердца.

Заключение. Диастолическая дисфункция является первой фазой развития кардиомиопатии и ХСН. Сниженная сократимость миокарда при СД компенсируется снижением периферического сопротивления, удлинением активного состояния кардиомиоцитов и диастолической паузы, способствующей лучшему наполнению ЛЖ.

ПЕРЕНОСИМОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИСОПРОЛОЛА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

КИТУРА Е.М., ЖДАН В.Н., КИТУРА О.Е., БАБАНИНА М.Ю.

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава. Украина

Введение. На сегодня Европейское общество кардиологов рекомендует назначать β -АВ всем пациентам со стабильной хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II–IV ФК в качестве стандартного лечения вместе с иАПФ и диуретиками при отсутствии противопоказаний. Однако на практике многие врачи не выполняют данные рекомендации.

Цель. Изучить переносимость и эффективность бисопролола у пациентов с умеренной и тяжелой ХСН ишемического и неишемического происхождения.

Материал и методы. В исследование включены 55 пациентов в возрасте 38–74 года с ХСН III и IV ФК по классификации NYHA. В период пребывания в стационаре, при последующих амбулаторных визитах через 3, 6 месяцев лечения, пациенты проходили комплексное клиническое и эхокардиографическое обследование (дистанция 6-ти минутной ходьбы, оценка качества жизни с использованием иннесотского опросника, оценка внутрисердечной гемодинамики). После достижения состояния еуволемии дополнительно к базовой терапии (эналаприл, фуросемид, спиронолоктон) назначали β -АВ бисопролол. Дозу подбирали индивидуально методом титрования, начиная с 1/8 средней терапевтической дозы.

Результаты. Через 3 месяца средняя суточная доза бисопролола составляла $7,5 \pm 1,8$ мг, через 6 месяцев – $8,39 \pm 1,6$ мг. Эффективность терапии бисопрололом не зависит от происхождения ХСН. С продолжением длительности лечения отмечается увеличение доли пациен-

тов с меньшим ФК ХСН, уменьшается средне-недельная доза фуросемида. Динамика морфофункциональных показателей и систолической функции также не зависела от происхождения ХСН. Достоверное изменение показателей отмечено через 6 месяцев терапии: КДО уменьшился у больных с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) на $12,2 \pm 20\%$ ($p < 0,01$), с ишемической болезнью сердца (ИБС) – на $13,6 \pm 2,2\%$ ($p < 0,01$); фракция выброса выросла у больных с ДКМП – на $32,6 \pm 2,4\%$ ($p < 0,01$), у больных с ИБС – на $3,08 \pm 2,2\%$ ($p < 0,01$). Лечение β -АВ при ХСН необходимо начинать с осторожностью. Дозы следует увеличивать медленно (не чаще 1-го раза в неделю, а при сомнительной переносимости и чрезмерном снижении АД – один раз в 2 недели или даже месяц). В таких случаях необходимо стараться оптимизировать другую терапию – увеличить дозу диуретиков и, когда возможно, иАПФ, а также более медленно титровать дозы β -АВ. Следует избегать полной отмены β -АВ, так как это может привести к ухудшению течения ХСН. После стабилизации состояния пациента лечение β -АВ должно быть восстановлено в более низких дозах.

Заключение. Таким образом, независимо от этиологии ХСН, бисопролол положительно влияет на клиническое состояние пациентов, систолическую функцию сердца, позволяет улучшить прогноз пациентов с ХСН. Необходимо помнить, что титрования дозы β -АВ – процесс сугубо индивидуальный и у каждого пациента есть своя оптимальная доза.

НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

КОДИРОВА Г.И., ТАШТЕМИРОВА И.М., УЗБЕКОВА Н.Р., ЮЛДАШЕВА Г.Т.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

В патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) особое значение имеет нарушение метаболизма биогенных аминов. По литературным источникам при ишемической болезни сердца (ИБС) отмечается высокое содержание катехоламинов (КА) в плазме крови и повышенная их экскреция с мочой. КА, выделяясь в избыточном количестве, как биохимически активные вещества, могут оказывать существенное влияние на развитие заболевания и его осложнений сердечной недостаточности (СН).

Цель работы. Определение у больных СН летучих метаболитов биогенных аминов – вторичных алкиламинов (диэтиламин) в выдыхаемом воздухе (ВВ), образующихся в результате дезаминирования КА. Для определения диэтиламина в ВВ использовали колориметрические и газоаналитические методы.

Материал и методы. Исследуемые больные (40 чел.) в условиях стационара рандомизированы на 2 группы: первую группу (контрольная) составили 20 клинически здоровых мужчин в возрасте от 30 до 44 лет; вторую группу – 14 мужчин в возрасте 32–50 лет с СН.

Полученные пробы ВВ путем термодегазации оценивались с помощью газоанализатора аминов. Обследование больных СН проводилось при поступлении, далее при выписывании, на 10–12 сутки после лечения.

Результаты и заключение. В группе клинически здоровых мужчин показатель летучих аминов в ВВ составил $74 \pm 2 \times 10^{-9}$ г/л. Максимальный уровень летучих метаболитов биогенных аминов в ВВ во второй группе регистрировался на первые сутки и составил $207 \pm 42 \times 10^{-9}$ г/л, что на 179,7% превышает уровень контроля. А на 10–12 сутки уровень диэтиламина опустился до $160 \pm 37 \times 10^{-9}$ г/л.

Повышенное содержание диэтиламина в ВВ связано с нарушением функции симпатико-адреналовой системы (САС) при СН. В настоящее время принято считать, что в результате дезаминирования КА образуются вторичные алкиламины, в частности диэтиламин. В процессе перекисного окисления липидов образуются шиффовые основания (ШО). При клеточной гипоксии, в условиях сдвига САС и повышения концентрации адреналина (А), ШО превращаются во вторичные алкиламины. Как известно, стрессовая ситуация усугубляет гипоксию, которая способствует повышению концентрации А и одновременно стимулирует ПОЛ. Следовательно, увеличение концентрации ШО и А приводит к образованию вторичных аминов. Данный эффект существенно повышает концентрацию алкиламинов, в частности диэтиламина.

Заключение. Полученные нами результаты с учетом данных литературы свидетельствуют о необходимости ведения контроля за состоянием САС у больных СН.

ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ: ВЫЖИВАЕМОСТЬ И ИСХОДЫ В КОГОРТЕ БЕЛОРУССКИХ ПАЦИЕНТОВ

КОМИССАРОВА С.М.¹, ЗАХАРОВА Е.Ю.¹, СЕВРУК Т.В.¹, ГАЙДЕЛЬ И.К.¹, ЧАКОВА Н.Н.², НИЯЗОВА С.С.²

¹Республиканский научно-практический центр «Кардиология»;

²Институт генетики и цитологии НАН Беларуси, г. Минск. Беларусь

Цель работы. Оценка выживаемости и анализ факторов, ассоциированных с неблагоприятными исходами в когорте белорусских пациентов с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП).

Материал и методы. Комплексное обследование, включавшее ЭхоКГ, МРТ сердца, ХМ ЭКГ, выполнено 306 пациентам с ГКМП (199 мужчин и 107 женщин, средний возраст – $46,5 \pm 12,8$ лет), которые наблюдались в РНПЦ «Кардиология» от одного года до 10 лет (медиана – 5,5 лет). Генотипирование методом высокопроизводительного секвенирования (NGS) выполнено у 85 пациентов. Генетические дефекты выявлены у 82 (96,5%) пациентов в генах MYBPC3, MYH7, MYL2, TPM1,

ACTC1, TNNC1 и MYL3. За период наблюдения у 47 (15,4%) пациентов были зарегистрированы неблагоприятные события и исходы: внезапная сердечная смерть (ВСС) развилась у 16 пациентов, в том числе ВСС с успешной реанимацией и имплантацией КД – у 7 пациентов; летальные исходы вследствие прогрессирования хронической сердечной недостаточности (ХСН) – у 7 пациентов, в том числе в раннем периоде после трансплантации сердца – у 1 пациента; госпитализация вследствие прогрессирования ХСН до III ФК NYHA – у 24 (7,8%) пациентов. В анализе выживаемости оценивали такие исходы, как ВСС, смерть или госпитализация, связанные с прогрессирова-



нием ХСН, и комбинированную конечную точку, включающую все исходы и события.

Результаты. Пятилетняя ВСС-выживаемость в исследуемой когорте составила 92,2%. Многофакторный анализ показал, что наличие ФК ХСН III NYHA (ОР – 2,5; 95% ДИ – 0,9–7,0, $p = 0,05$), наличие фибрилляции предсердий (ОР – 4,6; 95% ДИ – 1,9–10,8; $p = 0,0005$) и балл риска ВСС по шкале ESC-2014 (ОР 1,2; 95% ДИ 1,1–1,3, $p = 0,0004$) были значимыми предикторами риска неблагоприятных исходов у пациентов с ГКМП. В дополнение к общепринятым факторам риска наибольшее влияние на риск развития ВСС оказывал показатель объема фиброза миокарда $\geq 15\%$ по данным МРТ сердца с отсроченным контрастированием

(ОР 12,0; 95% ДИ 1,6–91,0, $p = 0,002$). Кумулятивная выживаемость по кривой Каплана – Майера показала значимые различия в группах пациентов с объемом фиброза менее 15% и более 15% (log-rank, $p = 0,002$). Дополнительными факторами риска прогрессирования ХСН являлось увеличение объема фиброза миокарда по данным МРТ более 20% (ОР – 23,3; 95% ДИ – 7,3–74,8, $p = 0,001$). Генотип позитивные пациенты были независимыми факторами риска для всех исходов и событий (log-rank, $p = 0,01$ по кривой Каплана – Майера).

Выводы. Выявленные предикторы риска неблагоприятных исходов позволяют своевременно идентифицировать пациентов высокого риска и проводить им профилактические мероприятия.

ДИСФУНКЦИЯ ПОЧЕК И ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

МАЦКЕВИЧ С.А., БЕЛЬСКАЯ М.И.

ГУ РНПЦ «Кардиология», г. Минск. Беларусь

Цель исследования. Оценить изменения функции почек и эндотелия при хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы. Обследованы 132 пациента с ХСН II, III ФК ишемического генеза (средний возраст – $60,4 \pm 7,3$ года). Давность перенесенного крупноочагового (с зубцом Q) инфаркта миокарда – $4,05 \pm 3,25$ года. Всем пациентам проведено общеклиническое исследование. Ультразвуковое исследование сердца проведено на аппарате Vivid-7, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) составила $50,8 \pm 7,59\%$. Признаки ХСН ФК II определялись в 56,8% случаев (ФВ ЛЖ $52,1 \pm 5,08\%$), ФК III – в 43,2% случаев (ФВ ЛЖ $47,2 \pm 6,58\%$). Пациенты с заболеваниями почек и/или эндокринной патологией в исследование не включались. Уровень цистатина С определяли с использованием наборов Randox (норма до 1,05 мг/л), уровень альфа-1-микроглобулина (А1М) в моче – методом прямого твердофазного иммуноферментного анализа с использованием пары моноклональных антител ИФА-А1М (норма до 10 мг/л). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по цистатину С рассчитывали по формуле: $СКФ = -4,32 + 80,35 / \text{цистатин С}$. Исследование вазомоторной функции эндотелия проводилось по методу D.S.Celermajer, определение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) – с помощью компьютерного комплекса «Импекард-М» (норма до 10,2 м/с).

Результаты. У 63,6% обследованных пациентов выявлено нарушение клубочковой фильтрации почек – снижение СКФ (по цистатину С). В 91,6% случаев отмечалось нарушение вазомоторной функции эндотелия, что проявлялось

недостаточной вазодилатацией в ответ на реактивную гиперемию (55,3% пациентов), а также ее отсутствием (26,5% пациентов), наличием вазоконстрикторной реакции (18,2% пациентов) и турбулентностью потока (12,1% случаев). Коэффициент чувствительности плечевой артерии к напряжению сдвига был ниже нормы ($p < 0,05$). Выявлено также, что у 39,4% пациентов регистрировался повышенный уровень СРПВ. Повышенный уровень А1М определен у 15,9% пациентов. Выявлена корреляционная зависимость цистатина С с А1М ($R = 0,50$, $p < 0,01$) и с ФВ ЛЖ ($R = -0,56$, $p < 0,01$). В группе пациентов с ХСН ФК III выявлено снижение СКФ (68,4% случаев), нарушение вазомоторной функции эндотелия (96,5% больных), определялся повышенный уровень СРПВ (54,3% случаев). При ХСН ФК III выявлена зависимость между СРПВ и цистатином С ($R = 0,43$, $p < 0,01$), ФВ ЛЖ и цистатином С ($R = -0,86$, $p < 0,001$), А1М и коэффициентом чувствительности плечевой артерии к напряжению сдвига ($R = 0,41$, $p < 0,05$), А1М и скоростным показателем дисфункции эндотелия ($R = 0,45$, $p < 0,01$). Очевидно, это подтверждает зависимость между показателями дисфункции эндотелия, ФК ХСН и выраженностью протеинурии, измеренной по содержанию А1М в моче.

Заключение. Таким образом, у большинства пациентов с ХСН ишемического генеза выявлены признаки дисфункции почек при отсутствии клинических проявлений. При ХСН ФК III признаки дисфункции почек определяются на фоне дисфункции эндотелия и повышенной артериальной жесткости.

ЗНАЧИМОСТЬ ФИБРОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ МИОКАРДА В РАЗВИТИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

МЕДВЕДЕВ Н.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск. Россия

Цель исследования. Определить роль фиброзной трансформации миокарда, сформировавшейся на фоне артериальной гипертензии у больных пожилого возраста в развитии хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы исследования. Проведено эхокардиографическое и лабораторное обследование 172 больных артериальной гипертензией (АГ) II стадии пожилого возраста (средний возраст – $68,3 \pm 1,8$ года) и 52 лиц аналогичного возраста с нормальным уровнем артериального давления (АД), составивших группу сравнения. Для количественного расчета показателя объемной фракции интерстициального коллагена (ОФИК) в миокарде использована методика J. Shirani et al. (1992). Для суждения о выраженности системного фиброгенеза с помощью иммуноферментного анализа определены сывороточные концентрации его маркеров: трансформирующего фактора роста фибробластов β_1 (TGF- β_1), ответственного за превращение клеток соединительной ткани в миофибробласты, проматриксной металлопротеиназы – 1 типа (PRO-MMP1) и ее тканевого ингибитора (TIMP1), соотношение которых определяют сохранение или нарушение баланса между процессами коллагеносинтеза и коллагенодеградации. Функциональный класс (ФК) ХСН установлен по результатам теста 6-минутной ходьбы. Статистический анализ полученных результатов проведен методами описательной статистики в программе Microsoft Excel (2010). Для оценки различий между независимыми выборками использован t- критерий Стьюдента, достоверными признавали уровень значимости $p < 0,05$. О влиянии между интегральным показателем фиброзной трансформации миокарда на ФК ХСН судили по критерию сопряженности хи-квадрат.

Результаты исследования. По результатам эхокардиографического обследования выявлены достоверное превышение значений конечного си-

столического и диастолического объемов ($p < 0,05$), индекса массы миокарда левого желудочка ($p < 0,01$) у пожилых больных АГ, свидетельствующее о более выраженных структурных трансформациях в их сердечной мышце.

Сравнительная оценка выраженности системного и локального фиброобразования миокарда установила, что у пожилых больных АГ маркеры системного фиброза оказались достоверно выше, чем у пациентов с нормальным уровнем АД – наиболее значимые различия найдены по показателям TGF β_1 – $2103,4 \pm 57,6$ и $892,7 \pm 38,9$ пг/мл ($p = 0,0003$), что подтверждало существенную активацию коллагеносинтеза на фоне хронической гипертензии и ослабления коллагенодеградации, судя по уровню PRO-MMP1 – $409,5 \pm 30,5$ и $142,6 \pm 12,4$ нг/мл ($p = 0,0008$). Аналогичные результаты обнаружены при сравнении показателей ОФИК – $9,1 \pm 1,2\%$ у больных АГ и $4,7 \pm 0,4\%$ у нормотензивных пациентов ($p = 0,012$), свидетельствующие о незначительных инволютивных трансформациях в миокарде последних.

По результатам выполнения всеми обследованными теста 6-минутной ходьбы у 118 больных АГ установлен II ФК ХСН, у 54 – III ФК ХСН. Сопряженность изменений величин ОФИК и ФК ХСН подтверждена критерием хи-квадрат = 29,2, $p < 0,001$, свидетельствующим о достоверном потенцировании системной дисфункции кровообращения вследствие ускорения развития миокардиального фиброобразования.

Заключение. Ускорение процесса фиброзной трансформации миокарда как органа-мишени на фоне артериальной гипертензии, установленное у больных пожилого возраста, служит патогенетическим основанием более раннего формирования и последующего прогрессирования хронической сердечной недостаточности, определяет показания для назначения им антигипертензивной терапии с антифибротическим эффектом.



К МЕХАНИЗМУ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ КАРДИОМИОЦИТОВ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

НИКИФОРОВА Т.Д.

ФГБНУ «НИИ фармакологии имени В.В. Закусова», г. Москва. Россия

Введение. Результаты анализа структуры смертности от хронического алкоголизма свидетельствуют о том, что основной причиной соматической летальности этой категории больных является алкогольная кардиомиопатия (АМКП) – 51–64% случаев от всех аутопсий. К особенностям течения АМКП следует отнести тот факт, что у пациентов, страдающих данной патологией, крайне высок риск возникновения внезапной сердечной смерти (ВС), которая диагностируется у 30–40% пациентов, страдающих АМКП. Среди всех причин ВС АМКП занимает 2–3 место. Ранее на разработанной в НИИ фармакологии под руководством д.м.н. С.А. Крыжановского трансляционной модели АМКП у крыс было показано, что у животных с АМКП резко снижается электрическая стабильность кардиомиоцитов.

Цель исследования. Изучение молекулярных механизмов, лежащих в основе электрической нестабильности кардиомиоцитов при АМКП.

Материал и методы. Животных рандомизировали на две группы: 1 – контрольные крысы ($n=13$), которые имели свободный доступ к питьевой воде и корму; 2 – алкоголизованные крысы ($n=16$), которые в качестве единственного источника жидкости в течение 24 недель потребляли 10%-й водный раствор этанола. Особенности деполяризации предсердий и желудочков сердца оценивали методом множественной синхронной кардиоэлектротопографии. Экспрессию рецепторов и регуляторных белков в биоптатах тканей миокарда оценивали методом ПЦР в реальном времени. Статистическая обработка t -критерия Стьюдента – для независимых выборок. Результаты представляли в виде средних арифметических и их стандартных ошибок. Различия считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты. В исследованиях с использованием генетических модификаций Ерас1, Ерас2, рианодиновых рецепторов (RyR2) и Ca^{2+} /кальмодулин-зависимой протеинкиназы (CaMKII) было установлено, что в результате β_1 -AR-индуцированного Ерас2-зависимого сигнального каскада активируется CaMKII δ изоформа, необходимая для фосфорилирования сайта S2814 на RyR2, что приводит к усилению аритмогенных выбросов ионов Ca^{2+} из саркоплазматического ретикула (SR). Эхокардиографические исследования, проведенные через 24 недели алкоголизации, выявили па-

тономоничные для АМКП изменения геометрии полостей сердца и значимое ($p < 0,001$) снижение инотропной функции сердца. При помощи метода множественной синхронной кардиоэлектротопографии впервые показано, что у всех крыс с АМКП на субэпикарде предсердий через $5,60 \pm 1,81$ мс после возбуждения зоны проекции синусового узла в области лакун легочных вен в левом предсердии формируется дополнительный аномальный очаг ранней деполяризации, отсутствующий в контроле ($p < 0,0001$). В желудочках сердца выявлены многочисленные локальные блокады, задержки распространения волны возбуждения и аномальные очаги ранней деполяризации, отсутствующие в контроле. В биоптатах тканей миокарда, взятых из очагов аномальной деполяризации, выявлено увеличение по сравнению с контролем генов регуляторного белка Ерас1 (преимущественно в левом желудочке – $p < 0,003$), генов регуляторного белка Ерас2 (в левом и правом предсердиях – $p < 0,00001$, в левом желудочке – $p < 0,000001$) и генов регуляторного белка кальмодулина – CaM (преимущественно в левом предсердии – $p < 0,00001$ и левом желудочке – $p < 0,003$). Недавно открытые регуляторные белки Ерас (Exchange protein directly activated by cAMP), присутствующие в миокарде в двух изоформах – Ерас1и Ерас2, так же, как протеинкиназа А, являются эффекторами вторичного мессенджера сигнальной трансдукции β -адренорецепторов (β -AR) – cAMP. Известно, что Ерас1 преимущественно регулирует сигнальные каскады, ответственные за поддержание инотропной функции миокарда, а их гиперэкспрессия лежит в основе патологического ремоделирования сердца. Белки Ерас2 регулируют внутриклеточный обмен ионов Ca^{2+} . Показано, что в условиях гиперэкспрессии Ерас2 в результате избыточной активации Ерас2/PI3K/Akt/NOS1/CaMKII/RyR2 сигнального каскада инициируется патологическая утечка ионов Ca^{2+} из СПР, что является одним из основных пусковых механизмов аритмогенеза, интенсивность которого может быть увеличена посредством активации CaM/CaMKII δ сигнального каскада.

Заключение. Таким образом, можно полагать, что активированные белки Ерас2 и CaM являются триггерами аритмогенеза при АМКП вследствие их патологического синергического влияния на обмен ионов Ca^{2+} в кардиомиоцитах.

ОЦЕНКА СРАВНИТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СПИРИНОЛАКТОНА И ЭПЛЕРЕНОНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

НУРИТДИНОВ Н.А., КАМИЛОВА У.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент. Узбекистан

Цель. Оценить сравнительную эффективность спиронолактона и эплеренона на нейрогуморальные параметры у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. Обследованы 100 больных ХСН ишемического генеза с II и III ФК ХСН (мужчины в возрасте 38–60 лет, средний возраст – $54,51 \pm 6,89$ года) исходно и через 6 месяцев лечения. Для оценки сравнительной эффективности АМРК больные были разделены на 2 группы: первую группу (I) составили 54 больных со II ФК (28) и III ФК ХСН (23 больных), которые принимали в течение 6 месяцев на фоне стандартной терапии – спиронолактон; вторую группу (II) – 46 больных со II ФК (26) и III ФК ХСН (23 больных) – эплеренон. Доза спиронолактона титровали до 25–50 мг в сутки (средняя доза препарата составила $31,5 \pm 10,6$), эплеренона 25–50 мг в сутки (средняя доза препарата составила $29,4 \pm 11,5$).

Результаты. Анализ результатов изучения шестимесячной терапии на фоне комплексного лечения в группе спиронолактона на содержание нейrogормонов в крови у больных ХСН показал, что положительное влияние терапии на уровень нейrogормонов в большей степени проявляется у больных с ФК II. Так, в результате проводимой терапии у больных со II ФК содержание Ал снижалось на 26,6% ($p < 0,001$) от исходных значений, а содержание НА – на 20,2% ($p < 0,05$). У больных с III ФК наблюдалось достоверное снижение только уровня Ал на 20,2% ($p < 0,05$). Уровень НА снижался на 10,9% ($p > 0,05$) от исходного значения, что

оказалось статистически незначимым. Результаты изучения влияния шестимесячной терапии эплереноном на содержание НА и альдостерона в крови у больных ХСН ФК II и III показали, что в данной группе больных достоверно снижаются содержание нейrogормонов в крови у больных ХСН как ФК II, так и ФК III. В результате проводимой терапии у больных ФК II отмечалось достоверное снижение содержания Ал на 28,4% ($p < 0,01$), а НА, на 24,6% ($p < 0,01$) от исходных показателей. У больных ХСН ФК III уровень снижения НА был более значительным, чем при ФК II. В частности, в результате проводимой терапии содержание Ал снизилось на 32,1% ($p < 0,001$), а НА на 19,8% ($p < 0,05$) от исходных показателей. Результаты сравнительной эффективности спиронолактона и эплеренона показали, что эффективность комплексной терапии на уровень нейrogормонов почти аналогична в обеих группах у больных с ФК II. Однако у больных с ФК III имеется явное превосходство комплексной терапии с эплереноном, чем со спиронолактоном. В группе больных, принимавших эплеренон, уровень Ал и НА снижался на 32,1 и 19,8% соответственно, тогда как в группе спиронолактона – на 20,2% и 10,9% соответственно, и к тому же уровень снижения НА носил недостоверный характер от исходного показателя.

Заключение. Таким образом, комплексная терапия со спиронолактоном и эплереноном у больных ХСН способствовала снижению уровня нейrogормонов, при этом эффект эплеренона был более выражен как у больных II, так и III ФК.

ВЛИЯНИЕ ГИПОТЕРИОЗА НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН

ОРТИКБОВ Ж.О., САИПОВА Д.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан

Цель работы. Изучение данных ЭхоКГ и определение вариантов геометрии миокарда левого желудочка при гипотиреозе.

Материал и методы исследования. В основу исследования положены данные обследования 30 пациентов с гипотиреозом, их средний возраст составил $54,9 \pm 1,2$ лет. Длительность заболевания варьировала от 2 до 15 лет – $8,1 \pm 0,5$ года. Для сравнительного анализа влияния гипотери-

оза на сердечно-сосудистую систему была создана группа сравнения из 20 пациентов с диагностированной гипертонической болезнью II–III стадии, риск 3. Контрольную группу составили 40 практически здоровых людей аналогичного пола и возраста. Компенсация гипотиреоза оценивалась по уровню ТТГ, средний уровень которого составил $5,08 \pm 1,50$ мМЕ/л.



Показатели ЭхоКГ оценивались согласно совместным рекомендациям Американского эхокардиографического общества и Европейской эхокардиографической ассоциации.

Результаты исследования. По результатам у пациентов с гипотиреозом отмечено достоверное увеличение ММЛЖ ($195,66 \pm 9,65$ г) и существенное повышение индекса массы миокарда левого желудочка составил (ИММЛЖ) ($104,85 \pm 5,20$ г/м², $p < 0,005$) по сравнению с контролем массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) $177,69 \pm 7,04$ г; ИММЛЖ – $83,41 \pm 2,81$ г/м²). Индекс относительной толщины стенок левого желудочка (ИОТС ЛЖ) при гипотиреозе ($0,43 \pm 0,02$, $p > 0,05$) и в контроле ($0,40 \pm 0,01$) не отличался. По отношению к группе сравнения так же была установлена тенденция к повышению ММЛЖ ($195,66 \pm 9,65$ г против $184,56 \pm 6,52$ г) на фоне достоверного повышения

ИММЛЖ ($104,85 \pm 5,20$ г/м² против $95,68 \pm 4,32$ г/м², $p < 0,05$). ИОТС ЛЖ при гипотиреозе ($0,43 \pm 0,02$, $p > 0,05$) и в группе сравнения ($0,41 \pm 0,01$) не отличался. На основании полученных результатов были выявлены следующие модели ремоделирования миокарда ЛЖ: нормальная геометрия – у 12 (39,3%) при гипотиреозе и у 11 (55%) пациентов в группе сравнения, концентрическая гипертрофия – у 13 (42,85%) пациенток и у 7 (35%) больных из группы сравнения, эксцентрическая гипертрофия – у 5 (17,85%) и у 2 пациентов (10%) из группы сравнения.

Заключение. Таким образом, при гипотиреозе во всех случаях была установлена гипертрофия ЛЖ с преобладанием концентрической модели, что свидетельствует о неблагоприятном прогнозе развития сердечно-сосудистых осложнений.

ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ ФНО-А, ИЛ-1В, ИЛ-6 И VEGF В ГРУППЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СРАВНЕНИИ СО ЗДОРОВЫМИ ЛИЦАМИ

РАДЖАБОВА Д.И., АЛЯВИ А.Л., ТУЛЯГАНОВА Д.К., ШОДИЕВ Ж.Д., НУРИТДИНОВА С.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент. Узбекистан

Введение (цели/задачи). Сравнить уровень цитокинов, эндотелина-1 типа А и фактора роста эндотелия у больных с различными классами хронической сердечной недостаточности (ХСН) с группой здоровых лиц.

Материал и методы. Под наблюдением находились 54 пациента ИБС. Из них 42 мужчины (78%) и 12 женщин (22%) в возрасте от 34 до 81 года. Средний возраст составил $62,2 \pm 1,38$ лет. Группу контроля составили 20 человек (средний возраст – $54,7 \pm 3,2$ лет) без сердечно-сосудистой патологии и тяжелых хронических заболеваний. Определение ИЛ-1β, ИЛ-6, VEGF, ФНО-α в плазме крови проводилось методом иммуноферментного анализа на твердофазном анализаторе «Humareader Single» (Германия).

Результаты. Оказалось, что у больных ХСН уровень ИЛ-1β в крови достоверно превышал таковой в группе контроля и возрастал по мере увеличения ФК тяжести заболевания ($p < 0,05$). Так, у пациентов с ФК 2 уровень ИЛ-1β превышал таковой (в 2,0 раза) в группе контроля. У пациентов с ФК 3 данный показатель составил $17,9 \pm 0,6$ пг/мл, что значительно превышало его содержание в группе контроля (в 2,4 раза) ($p < 0,05$). Уровень ФНО-α в группе с ХСН 2–3 ФК значительно превышал та-

ковой в контрольной группе (2 ФК – в 2,0 раза, 3 ФК – в 3,0 раза). Характерно, что уровень ФНО-α в плазме крови возрастал с увеличением ФК заболевания. Так, у больных ХСН 3 ФК уровень этого цитокина умеренно превышал ($p < 0,05$) таковой у пациентов 2 ФК ХСН. Концентрация цитокина ИЛ-6 в крови у больных с 2 ФК ХСН существенно не отличалась от его содержания в контрольной группе, тогда как у пациентов с 3 ФК значительно превышала физиологический уровень ($p < 0,05$). Установлено, что у больных с ХСН уровень VEGF в плазме крови в зависимости от ФК существенно отличался от контрольных значений. При этом у пациентов с 2 ФК ХСН по сравнению со здоровыми лицами выработка данного фактора возрастала в 1,3 раза ($p = 0,0093$), с 3 ФК – значительно не отличалась. Следовательно, представляется не рациональным использовать данный показатель в качестве прогностического маркера течения ХСН.

Заключение. Учитывая полученные результаты, наиболее прогностически значимыми показателями являются ФНО-α, ИЛ-1β, ИЛ-6 и представляется нерациональным использование показателя VEGF в плазме в качестве прогностического маркера течения ХСН.

ОЦЕНКА СРАВНИТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛОЗАРТАНА И ЛИЗИНОПРИЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

РАСУЛОВА З.Д., КАМИЛОВА У.К., ИБАБЕКОВА Ш.Р., ТАГАЕВА Д.Р.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Сравнить влияние лозартана и лизиноприла на почечный кровоток у больных I–III функциональным классом (ФК) ХСН.

Материал и методы исследования. Всего были обследованы 172 больных с ИБС с I–III ФК ХСН исходно и через 6 месяцев лечения. Первую группу (I) составили 82 больных с I–III ФК ХСН, принимавших в течение 6 месяцев в составе стандартной терапии – лизиноприл; вторую группу (II) – 90 больных с I–III ФК ХСН (27 больных) – лозартан (средняя доза лизиноприла – $6,8 \pm 2,6$ мг/сут, лозартана – $76,3 \pm 25,6$). Средний возраст больных составил $62,3 \pm 5,6$ лет. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц. Всем пациентам исследован почечный кровоток по данным доплерографии почечных артерий, с определением пиковой систолической скорости кровотока (Vs), максимальная конечная диастолическая скорость кровотока (Vd), усредненная по времени скорость кровотока (Vmean), резистентный индекс (RI), пульсационный индекс (PI) на уровне правой и левой почечной артерии, а также внутриорганных (сегментарных, долевых) артериях, определяли уровень сывороточного креатинина (Кр) и скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) высчитывалась по расчетной формуле MDRD.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что средние показатели СКФ у больных с II–III ФК ХСН соответствуют 2 и 3 стадиям хронической болезни почек (ХБП). Анализ данных почечной гемодинамики показал, что у всех пациентов с I–III ФК ХСН первой и второй групп на уровне правой и левой почечных, а также сегментарных и долевых артерий отмечено достоверное

повышение RI, снижение Vs и Vd, по сравнению с контролем, полученные данные в обеих группах были сопоставимы. Шестимесячное лечение с включением лозартана и лизиноприла у больных ХСН I–III ФК привело к улучшению показателей почечного кровотока на уровне правой и левой почечной артерии, а также сегментарных почечных артерий у больных ХСН первой группы на уровне правой и левой почечных артерий было отмечено снижение RI на 12,3 и 11,8% ($p < 0,05$) и PI – на 17,8 и 16,5% ($p < 0,05$) индекса, увеличение Vs – на 12,3 и 12,9% и Vd – на 14,2 и 12,2% ($p < 0,05$) по сравнению с исходными показателями; у больных второй группы тенденция снижения показателей RI на 9,9 и 7% и PI – на 15,5 и 13,5% ($p < 0,05$ и $p < 0,05$), увеличение Vs – на 9,9 и 11,9% и Vd – на 13,5 и 11,5% ($p < 0,05$) по сравнению с исходными показателями. Отмечено улучшение показателей почечного кровотока на уровне сегментарных и долевых артерий в обеих группах.

Заключение. Таким образом, у больных ХСН I–III ФК на уровне правой и левой почечной артерии, а также внутриорганных (сегментарных, долевых) артерий было отмечено наряду с увеличением резистивных параметров снижение скоростных показателей в период систолы и диастолы по сравнению с показателями контроля. Снижение СКФ и изменения почечной гемодинамики у больных с ХСН могут использоваться для ранней диагностики функционального состояния почек и являются ранними предикторами дисфункции почек. Шестимесячное лечение у больных ХСН I–III ФК с включением лозартана и лизиноприла улучшает показатели почечного кровотока.

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРИТМИЙ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

РОЩЕВСКАЯ И.М.¹, СМЕРНОВА С.Л.², ЦОРИН И.Б.¹, СТОЛЯРУК В.Н.¹, ВИТИТНОВА М.Б.¹, КОЛИК Л.Г.¹, КРЫЖАНОВСКИЙ С.А.¹

¹ВНЭБС – филиал ФИЦ Коми научный центр Уральского отделения Российской академии наук;
²ФГБНУ «НИИ фармакологии имени В.В. Закусова», г. Москва. Россия

Введение. Хронический алкоголизм – одно из наиболее распространенных заболеваний, занимающее в структуре летальности третье место. Основной причиной летальности больных с хроническим алкоголизмом является алкогольная

кардиомиопатия (АКМП), протекающая с высоким риском внезапной сердечной смерти, которая диагностируется у 30–40% пациентов, страдающих АКМП. В связи с малой изученностью механизмов, ответственных за формирование электрической



нестабильности миокарда при алкогольной кардиомиопатии, экспериментальное исследование механизмов изменения электрической активности сердца, выявление факторов риска внезапной сердечной смерти на трансляционной модели алкогольной кардиомиопатии у крыс является актуальным.

Цель исследования. Экспериментальное исследование прямыми методами последовательности деполяризации предсердий и желудочков у животных с алкогольной кардиомиопатией.

Материал и методы. Кардиоэлектрическое поле на поверхности тела, последовательность деполяризации субэпикарда предсердий и желудочков сердца у крыс с алкогольной кардиомиопатией исследовано методом множественной синхронной кардиоэлектротопографии. АМКП вызывали по ранее разработанной экспериментальной трансляционной модели, формирующейся через 6 месяцев принудительного приема 10%-го раствора этанола.

Результаты. У крыс с АМКП выявили формирование в правом и левом предсердиях независимых источников ранней деполяризации, приводящих к образованию нескольких автономно распространяющихся фронтов волны возбуждения. Области ранней деполяризации формируются на субэпикарде предсердий в области синусно-предсердного узла и в области лакун легочных вен. У крыс с АМКП выявлена последовательность деполяризации предсердий, существенно отличная от контрольных животных, не употреблявших алкоголь, несмотря на отсутствие различий в длитель-

ности деполяризации субэпикарда предсердий ($12 \pm 4,0$ и $11,2 \pm 3,4$ мс соответственно). Субэпикард предсердий контрольных животных, получавших воду, деполяризуется последовательно от области синоатриального узла. Длительность возбуждения субэпикарда желудочков сердца у животных с АМКП практически не отличается от контрольных ($9,53 \pm 1,58$ и $9,05 \pm 2,1$ мс, соответственно), однако выявлены изменения хронотопографии деполяризации, локальные задержки распространения волны возбуждения. Области прорыва волны возбуждения на субэпикард желудочков у крыс с АМКП и контрольных формируются на верхушке правого и/или левого желудочка. У 20 % животных с АМКП волна возбуждения одновременно прорывается на субэпикард верхушечной части обоих желудочков, что не встречается у контрольных животных. Выявлено увеличение неоднородности последовательности деполяризации правого и левого желудочков сердца, изменение соотношения последовательностей деполяризации субэпикарда правого и левого желудочков сердца.

Заключение. Алкогольная кардиомиопатия приводит к существенному увеличению неоднородности деполяризации предсердий и желудочков сердца, формированию дополнительных областей ранней деполяризации, значимым изменениям пространственных и временных параметров электрического поля сердца на начальных этапах деполяризации предсердий и желудочков, что является источником электрической нестабильности миокарда и вероятной причиной возникновения фибрилляции и аритмий.

МРТ СЕРДЦА В ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

РУСТАМОВА Я.К.¹, АЗИЗОВ В.А.О.¹, ИМАНОВ Г. Г.О.¹, МАКСИМКИН Д.А.²

¹Азербайджанский медицинский университет, г. Баку, Азербайджан;

²Московский университет дружбы народов, г. Москва. Россия

Цель. Оценить эффективность эндоваскулярных вмешательств у больных сахарным диабетом 2 типа с многососудистым поражением коронарного русла и сопутствующей хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы. В исследовании участвовали 102 пациента, которых распределили в 2 группы: 1 группу (n=48) – больные сахарным диабетом и 2 группу (n=54), в которую вошли больные ИБС и ХСН без диабета. Критерии включения: инфаркт миокарда в анамнезе; стенокардия II–IV функционального класса (CCS); безболевая ишемия миокарда; многососудистое поражение коронарного русла по данным цифровой ангиографии (SYNTAX score I<32); наличие сегментов с нару-

шенной локальной сократимостью миокарда левого желудочка; недостаточность кровообращения I–III функционального класса (NYHA); фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) менее 45 %. Визуализация постинфарктных изменений миокарда проводилась с помощью метода МРТ сердца как до операции, так и во время оценки отдаленных результатов. Всем больным выполнялось стентирование коронарных артерий в зоне жизнеспособного миокарда стентами с лекарственным покрытием II и III поколения. Отдаленные результаты лечения прослежены через 24 месяца после PCI с помощью метода МРТ сердца. Первичные конечные точки: MACE (смерть, ИМ, повторные вмешательства).

Результаты. Отдаленные результаты прослежены у всех пациентов из 1 группы и у 49 пациентов (90,7%) из 2 группы. Суммарная частота сердечно-сосудистых осложнений составила в 1 и 2 группах 10,4 и 8,1% соответственно ($p=0,264$). После выполненного ЧКВ в обеих группах отмечается достоверное снижение количества сегментов с нарушенной локальной сократимостью в зоне гибернированного миокарда, по сравнению с исходными данными ($p<0,05$). У пациентов с СД 2 типа так же, как и у пациентов без СД, отмечается достоверное увеличение ФВ ЛЖ уже к 12 месяцу после PCI, а также уменьшение показателей КДО и КДР левого желудочка. Аналогичная устойчивая тенденция сохраняется и к 24 месяцу наблюдения. Средние показатели индекса трансмуральности в 1 группе снизились по сравнению с дооперационными значениями с $0,39\pm0,07$ до $0,32\pm0,02$. Средняя разница составила $0,07$ [$0,02-0,08$; 95% ДИ, $p=0,01$]. У больных СД количество выявленных патологических сегментов в зоне гибернированного миокарда напрямую коррелирует с показателем индекса трансмуральности. Чем меньше индекс трансмуральности, тем меньше выявляется количество патологических сегментов и тем лучше происходят процессы восстановления дисфункционального миокарда. У пациентов с СД при индек-

се трансмуральности 0,5 и более восстановление функции гибернированного миокарда не происходит. В отличие от индекса трансмуральности показатель объема кардиального фиброза не коррелирует с количеством патологических сегментов в зоне гибернации. Факторы, ассоциированные с развитием MACE у больных СД: HbA $1c\geq 6,5\%$ до PCI, глюкоза плазмы натощак $\geq 6,0$ ммоль/л, общий холестерин $\geq 5,2$ ммоль/л, триглицериды $\geq 1,7$ ммоль/л, ХС ЛПНП $\geq 2,5$ ммоль/л. Кроме того, выполнение ЧКВ позднее 30 дней от момента перенесенного ИМ, а также неполная реваскуляризация миокарда, SYNTAX score >25 , индекс трансмуральности $\geq 0,45$, объем кардиального фиброза $\geq 45\%$ были также прогностически неблагоприятными факторами риска развития MACE. При этом сниженная ФВ ЛЖ не являлась предиктором неблагоприятного прогноза ЧКВ у таких больных.

Заключение. Частота MACE, а также динамика восстановления функции гибернированного миокарда у больных сахарным диабетом 2 типа и хронической сердечной недостаточностью сопоставима с таковой у больных без сахарного диабета. При этом, чем меньше величина индекса трансмуральности, тем лучше происходят процессы восстановления дисфункционального миокарда.

ОЦЕНКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

САБИРЖАНОВА З.Т., РАИМКУЛОВА Н.Р., КАРДАШОВА М.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан

Цель работы. Оценить систолическую и диастолическую функции левого желудочка с помощью эхокардиографии у больных с гипертрофической кардиомиопатией.

Материал и методы. Обследованы 26 пациентов (16 муж. и 10 жен.) с гипертрофической кардиомиопатией в возрасте от 19 до 50 лет (средний возраст – $45,7\pm 2,58$ лет). У 17 (65,4%) больных была обструктивная форма заболевания. ЭхоКГ проводили в одномерном и двухмерном сканировании датчиками 2,5 и 5 МГц по стандартной методике. Допплер-ЭхоКГ проводили в стандартных позициях – апикальной четырехкамерной и пятикамерной с использованием датчика 2,5 МГц, в постоянно-волновом и импульсном режимах. Стандартные измерения левого желудочка (ЛЖ), межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки (ЗС) проводили на уровне хорд митрального клапана, а также на уровне проксимальных отделов клапанов и свободной полости ЛЖ, измеряли также толщину стенки ЛЖ в области верхушки. У больных выявляли обструкцию выносящего тракта левого желудочка (ВТЛЖ) при

помощи доплеровского исследования, вычисляли внутрижелудочковый градиент давления по пиковой скорости кровотока. С помощью основных параметров трансмитрального потока оценивалась диастолическая функция ЛЖ (максимальная скорость трансмитрального кровотока в период раннего диастолического наполнения ЛЖ (пик E); максимальная скорость трансмитрального кровотока в период позднего диастолического наполнения (пик A); ранняя и поздняя пиковые скорости E и A, их соотношение E/A, время изоволюмического расслабления (IVRT, isovolumic relaxation time), время замедления E- волны – DT, deceleration time).

Результаты. По данным эхокардиографии были получены следующие показатели: ЛП – $4,42\pm 0,1$ см; ПЖ – $2,6\pm 0,06$ см; КДО – $90,9\pm 3,5$ мл; КСО – $29,5\pm 1,7$ мл; ФВ – $67,7\pm 1,1\%$; УО – $61,5\pm 2,2$ мл; Толщина МЖП в диастолу – $2,06\pm 0,08$ см; Толщина ЗСЛЖ в диастолу – $1,23\pm 0,05$ см; ММ ЛЖ – $392,6\pm 28,1$ г; МЖП/ЗСЛЖ – $1,69\pm 0,07$; E-пик $0,42\pm 0,03$ м/с; A-пик – $0,66\pm 0,03$ м/с; E/A – $1,03\pm 0,1$; DT – $231,9\pm 17,5$ мс;



IVRT $82,5 \pm 2,7$ мс; Max V ВТЛЖ – $2,3 \pm 0,5$ м/с; Max PG ВТЛЖ – $19,5 \pm 4,1$ мм рт.ст.

Заключение. Из приведенных данных можно сделать вывод, что у больных ГКМП имеет место нарушение диастолической функции ЛЖ. У большинства больных отмечалась диастолическая дисфункция по I типу. У ряда больных ГКМП диа-

столическая дисфункция левого желудочка сочеталась с нарушением его систолической функции. Полученные показатели систолической и диастолической функции левого желудочка дают возможность оптимизировать лечение больных с гипертрофической кардиомиопатией на ранних стадиях заболевания.

СПОСОБ КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ СЕПТАЛЬНОЙ МИОЭКТОМИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОБСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

САДОВОЙ В.И.¹, ПОВОРОЗНЫЙ А.О.¹, ЗАХАРЬЯН Е.А.²

¹ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А.Семашко»; ФГАОУ ВО «Крымский Федеральный университет им. В.И. Вернадского»;

²Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь. Россия

ГКМП с обструкцией выходного отдела левого желудочка является одной из причин внезапной смерти, особенно среди больных молодого, трудоспособного возраста. С целью уменьшения симптомов и улучшения качества жизни, а также для предотвращения риска развития внезапной смерти необходимы своевременная диагностика и выбор правильного метода лечения данного вида кардиомиопатии. Золотым стандартом в хирургическом лечении ГКМП с обструкцией ВОЛЖ считается септальная миозектомия, однако до сих пор остается нерешенным вопрос точного определения объема иссечения миокарда. Большинство хирургов предпочитают эмпирический путь, другие используют технические средства. В данной работе предлагается методика предварительного расчета глубины и толщины резекций по данным чреспищеводной эхокардиографии (ЧПЭхоКГ).

Цель. Разработка метода интраоперационного контроля при выполнении септальной миозектомии.

Материал и методы. Для исследования были отобраны 50 пациентов в возрасте от 18 до 70 лет (включительно) с наличием показаний к хирургическому лечению, согласно национальному руководству по ведению пациентов с обструктивной формой ГКМП. Всем проводилась расширенная септальная миозектомия на базе ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова» МЗ. Способ контроля результатов септальной миозектомии при хирургическом лечении ГКМП заключался в предварительном расчете объема удаляемого миокарда. Взяв за основу методику операции, предложенную A.Morrow (1960), была создана модель расчета массы миокарда. С помощью данных ЧПЭхоКГ для расчета объема удаляемого миокарда используется усред-

ненная модель прямоугольного параллелепипеда, длина которого соответствует протяженности зоны иссечения миокарда МЖП, ширина соответствует ширине зоны резекции, высота соответствует усредненной глубине зоны иссечения. Имея эти данные, рассчитывается объем получившегося прямоугольного параллелепипеда. Рассчитав объем, мы умножали его на плотность миокарда, взяв ее за константу – $\rho = 1,1$ г/см³, и получали расчетную массу удаляемого миокарда. Во время операции определяли массу фактически удаленного миокарда и сравнивали ее с расчетной массой миокарда; достаточная степень септальной миозектомии констатировалась тогда, когда разница между фактической и расчетной массами удаляемого миокарда составляла не более 30% от расчетной массы; недостаточная степень септальной миозектомии – если масса фактически удаленного миокарда меньше расчетной более чем на 30%; избыточная степень – когда масса фактически удаленного миокарда больше расчетной на 30 и более процентов.

Результаты. В группе пациентов, у которых разница между фактической и расчетной массами удаленного миокарда составляла не более 30% от расчетной массы, средний градиент давления в ВОЛЖ составлял $15,4 \pm 6,8$ мм рт.ст. ($p < 0,005$). В другой группе, где разница составляла более 30% от массы фактически удаленного миокарда, средний градиент давления в ВОЛЖ был равен $28,8 \pm 6,4$ мм рт.ст. ($p < 0,005$).

Заключение. Описанный метод может быть предложен в качестве способа объективного контроля результатов септальной миозектомии на остановленном и разгруженном сердце.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ И СОСТОЯНИЕ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

САДЫКОВА Г.А., АРИПОВ Б.С., ЯКУБОВ М.М., КАРИМОВА Г.В.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Выявить электронейромиографические (ЭНМГ) изменения респираторных мышц и состояние правых отделов сердца у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материал и методы. Исследованы 28 пациентов ХОБЛ II–III степени тяжести в возрасте от 53 до 69 лет. Среди обследованных больных преобладали мужчины (77%) по сравнению с женщинами (23%). Для оценки функционального состояния респираторных мышц и диафрагмы проводили ЭНМГ на аппарате Myograph Synapsis Neurotech Россия. Использовались режимы работы аппарата: мышечный ответ (М-ответ), латентность (мс). Определяли: амплитуду (мВ), М-ответ диафрагмальных и длинных грудных нервов: латентность (мс) нервов Phrenicus (обл. грудиноключично – сосцевидной мышцы); и N.Thorocisus longus справа и слева. Анализировали скорость проведения импульса (СПИ-дистальные). Исследование функции внешнего дыхания (ФВД) осуществлялось с помощью компьютерного спирографа Shiller и пикфлоуметра с оценкой полученных результатов по системе должных величин. Измерение пиковой скорости выдоха (ПСВ) проводилось по общепринятой методике. Рассчитывались следующие показатели ФВД: FVC (л); FEV_{1,0} л; FEV_{1,0}/FVC- %; FEF 25–75 %; PEFл/с; MEF75 %; MEF50 %; MEF25 %. Допплерэхокардиографические исследования проводились в соответствии с рекомендациями Американского общества эхокардиографистов по методу Хатле и Ангельсону. Изучались поперечный размер правого желудочка (ПЖ), толщина стенок (ПЖ), доплерографические параметры (ПЖ).

Результаты. Больные имели умеренно выраженные изменения клинко-лабораторных данных и результатов инструментального обследования.

Полученные результаты ЭНМГ подтверждают, что изменения латентности-скорости расслабления мышечной части ($5,65 \pm 0,2$ против нормы $7,4 \pm 0,6$ мс) сочетались со снижением амплитуды мышечных ответов и скорости сокращения дыхательных мышц ($0,43 \pm 0,1$ против нормы $0,8 \pm 0,4$ мВ). Проявления даже умеренных утомлений с последующей слабостью дыхательной мускулатуры за счет истощения резервов ведет к дальнейшему прогрессированию патологического процесса и усугублению дыхательной недостаточности (ДН). При обследовании ФВД выявлялись значительные нарушения по рестриктивному типу, с выраженной обструкцией бронхов на уровне в основном средних ($42,7 \pm 1,9\%$) и мелких бронхов ($43,1 \pm 3,0\%$), со снижением FEV_{1,0} ($56,02 \pm 3,0\%$); PEF ($48,0 \pm 7,2\%$) на фоне снижения FVC ($50,04 \pm 2,8\%$). Выявленные изменения указывали на увеличение степени бронхиальной обструкции у больных, которые коррелировали с функциональной гипотонией диафрагмы, что создавало предпосылки для развития и прогрессирования (ДН). Выявлено увеличение толщины стенок ПЖ до 0,88 см, особенно у больных ХОБЛ III степени тяжести ($P=0,02$) против 0,5 см в группе здоровых лиц, что свидетельствует о повышенной нагрузке давлением. Диастолическая дисфункция ПЖ выражалась уменьшением соотношения скорости раннего наполнения к скорости предсердного наполнения – PE/PA, увеличением продолжительности изоволюметрического расслабления ПЖ, что указывает на нарушения как диастолического наполнения, так и функции активно-го расслабления ПЖ сердца.

Заключение. Таким образом, выявленные нарушения коррелируют с установленными нарушениями ЭНМГ, ФВД и ДЭхоКГ, в значительной степени взаимно усугубляя прогрессирование и степень тяжести дыхательных расстройств.



ПОКАЗАТЕЛИ ФЕРРОКИНЕТИКИ И ПАРАМЕТРЫ ЭХОКАРДИОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

СМИРНОВА М.П., ЧИЖОВ П.А.

ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет,
Ярославская область. Россия

Введение. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – наиболее частое осложнение заболеваний сердечно-сосудистой системы. ХСН встречается приблизительно у 1–3% взрослой популяции, с увеличением риска до 10% среди людей старше 70 лет. У многих пациентов с ХСН и сахарным диабетом II типа (СД) выявляется анемический синдром. При ХСН распространенность анемии составляет от 4 до 61%, при СД – около 23%. Анемия существенно влияет на качество жизни пациентов с ХСН и СД, снижая работоспособность и толерантность к физической нагрузке.

Цель работы. Изучить показатели обмена железа и параметры Эхо-кардиоскопии (ЭхоКС) у пациентов с ХСН и СД.

Материал и методы. Обследован 51 пациент с ХСН и СД (39 женщин (Ж) и 12 мужчин (М)), средний возраст – $69,82 \pm 8,40$ лет. Всем обследованным проводили тест 6-минутной ходьбы для оценки функционального класса (ФК) ХСН, общий анализ крови с определением уровня гемоглобина (HGB) в г/л, средний объем эритроцита (MCV) в фл, среднее содержание (MCH) в пг и среднюю концентрацию (MCHC) HGB в эритроците в г/л. Уровень железа (Fe) в мкмоль/л, ферритина (FER) в мкг/л, трансферрина (TRF) в г/л определяли в сыворотке крови фотометрическим методом по конечной точке. Процент насыщения трансферрина железом (STRF) рассчитывали по формуле: $STRF = \text{железо сыворотки, мкмоль/л} \times 398 / \text{трансферрин, мг/дл, в \%}$. Всем пациентам была проведена ЭхоКС на аппарате экспертного класса GE VIVID-7 (США) в стандартных позициях по общепринятой методике. Оценивали размер левого предсердия (ЛП), конечные диастолический (КДР) и систолический размеры (КСР) в мм, конечные диастолический (КДО) и систолический (КСО) объемы в мл, ударный объем (УО) в мл, размер правого желудочка (ПЖ) в мм. Фракцию выброса оценивали по методу Симпсона в%. Сократительную способность ЛЖ и ПЖ определяли в тканевом доплеровском режиме по скорости движения фиброзных колец митрального (SV МК) и трикуспидального (SV ТК) клапана в м/с.

Результаты. У 11 человек выявлена ХСН II ФК, у 24 – III ФК, у 16 – IV ФК. У пациентов с ХСН и СД отмечалось достоверное снижение уровня HGB по мере увеличения ФК ХСН, средние значения со-

ставляли, соответственно, при II ФК $144,27 \pm 6,82$ г/л, III ФК $131,21 \pm 13,94$ г/л, IV ФК $124,31 \pm 18,02$ г/л. У пациентов с СД и ХСН III ФК выявлено снижение RBC по сравнению с лицами с II ФК, $4,47 \pm 0,41$ против $4,78 \pm 0,38$ соответственно. У пациентов с IV ФК ХСН достоверно уменьшаются MCH и MCHC: $27,62 \pm 3,11$ пг и $331,40 \pm 21,83$ г/л против $29,25 \pm 1,71$ пг и $353,04 \pm 28,03$ г/л при III ФК соответственно. Концентрация Fe и sTR также достоверно снижались по мере нарастания степени тяжести ХСН с $19,37 \pm 4,51$ мкмоль/л и $41,03 \pm 8,25\%$ при II ФК до $10,39 \pm 3,99$ мкмоль/л и $20,80 \pm 10,24\%$ при IV ФК соответственно. При оценке параметров ЭхоКС по группе в целом было выявлено достоверное увеличение КДО и КСО и размеров ПЖ, а также уменьшение УО и ФВ у пациентов с ХСН IV ФК и СД по сравнению с лицами с II и III ФК. Сократительная способность ЛЖ и ПЖ по данным SV МК и SV ТК у пациентов с IV ФК была достоверно ниже по сравнению с обследованными со II ФК. Латентный ДЖ (FER < 100 мкг/л или sTR < 25% при FER 100–300 мкг/л) выявлен у 59% пациентов с ХСН и СД. При этом у Ж ДЖ встречался достоверно чаще, чем у М – 65 против 41%. Средние значения по группе в целом составили, соответственно, Fe – $13,48 \pm 5,48$ мкмоль/л, FER – $54,37 \pm 29,61$ мкг/л, sTR – $27,94 \pm 12,37\%$, HGB – $129,83 \pm 17,02$ г/л. У М с ДЖ MCH достоверно меньше, чем у женщин, – $25,85 \pm 4,89$ пг против $28,77 \pm 2,11$ пг. По группе обследованных с ДЖ так же выявлено достоверное снижение уровня HGB при сравнении лиц с II и III ФК, средние значения составили, соответственно, при II ФК – $144,83 \pm 7,27$ г/л, III ФК – $127,30 \pm 14,00$ г/л. Концентрация Fe и sTR в группе с ДЖ также достоверно снижались по мере нарастания степени тяжести ХСН с $19,10 \pm 3,79$ мкмоль/л и $42,53 \pm 10,83\%$ при II ФК до $9,96 \pm 3,68$ мкмоль/л и $19,74 \pm 10,86\%$ при IV ФК соответственно. По группе с ДЖ выявлено достоверное увеличение размеров ЛП и ПЖ, а также уменьшение УО и ФВ у пациентов с ХСН и СД с IV ФК по сравнению с лицами с II ФК.

Заключение. У пациентов с ХСН и СД при увеличении ФК ХСН отмечается снижение HGB, Fe, sTR. Латентный ДЖ встречается у 59% обследованных. У пациентов с ХСН и СД отмечаются увеличение размеров ЛП и ПЖ и снижение сократительной способности ЛЖ и ПЖ.



ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ У БОЛЬНЫХ С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

ТАШКЕНБАЕВА Э.Н., ХАСАНЖАНОВА Ф.О., КАДЫРОВА Ф.Ш., МИРЗАЕВ Р.З., МУХИДДИНОВ А.И., КАСЫМОВА Б.С., МАРДОНОВ У.А.

*Самаркандский государственный медицинский институт;
Самаркандский филиал республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи, г. Самарканд. Узбекистан*

Цель. Изучить клиническое течение нестабильной стенокардии (НС) с хронической сердечной недостаточностью с сохранной фракцией выброса левого желудочка (ХСН–сФВ).

Материал и методы. Обследованы 92 пациента (45 мужчин, 47 женщин) с ХСН – сФВ I–II А стадии, I–III ФК, в сочетании с НС, в возрасте 44–76 лет (средний возраст $58,0 \pm 7,8$ лет). У всех пациентов проводился сбор анамнеза, антропометрия, общеклиническое обследование с оценкой симптоматики ХСН по шкале ШОКС. Тolerантность к физической нагрузке определялась с помощью теста 6-минутной ходьбы (ТШХ). Проводились ЭКГ, ЭхоКГ-исследования.

Результаты. Субстратом для развития ХСН–сФВ у 50 % пациентов была прогрессирующая стенокардия напряжения, у оставшихся 50 % – АГ в сочетании с ИБС. У женщин ХСН–сФВ чаще развивалась на фоне нестабильной стенокардии (73 % случаев), у мужчин – на фоне сочетания АГ с ИБС (73,3 % случаев). Абдоминальное ожирение (ОТ ≥ 80 см у женщин и ≥ 94 см у мужчин) наблюдалось у 79,3 % пациентов. Доля пациентов с АО среди мужчин и женщин была 80 и 85 % соответственно. При общеклиническом обследовании все пациенты предъявляли жалобы на одышку при физической нагрузке; у 55 (59,7 %) отмечалась пастозность стоп и голеней, у 10 (23,8 %) были от-

еки; застойные хрипы в легких выслушивались у 8 (19,0 %); также у 8 (19,0 %) была увеличена печень. При корреляционном анализе получена связь между суммарным баллом по ШОКС и КЖ ($r=0,43$; $p=0,003$), а также ШОКС и результатом ТШХ ($r=-0,46$; $p=0,002$). На тяжесть клинического состояния по ШОКС также оказывали влияние толщина МЖП ($r=0,47$; $p=0,002$), ЗС ($r=0,34$; $p=0,03$), ММ ЛЖ ($r=0,38$; $p=0,03$) и ИММ ЛЖ ($r=0,35$; $p=0,04$). Пациенты с АГ и ИБС имели более высокий суммарный балл по ШОКС, чем пациенты с прогрессирующей стенокардией: $4,0 \pm 1,6$ против $3,3 \pm 0,8$ ($p=0,08$); а также хуже переносили физическую нагрузку: дистанция, проходимая ими при проведении ТШХ, соответственно составила $376,3 \pm 82,2$ м и $415,4 \pm 78,6$ м ($p=0,09$).

Выводы. Наиболее часто ХСН–сФВ страдают женщины с нестабильной стенокардией, подавляющее большинство которых имеет АО. Ведущей жалобой является одышка при физической нагрузке. С увеличением суммарного балла по ШОКС ухудшается КЖ и толерантность к физической нагрузке. Выраженность клинических проявлений ХСН коррелирует со степенью гипертрофии ЛЖ. Пациенты с АГ и ИБС имеют более выраженную симптоматику ХСН, хуже переносят физические нагрузки и имеют более высокую степень гипертрофии ЛЖ.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

ТАШКЕНБАЕВА Э.Н., НАСЫРОВА З.А., ШАРАПОВА Ю.Ш., КАДЫРОВА Ф.Ш., ТОГАЕВ Д.Х., КУРБАНОВА Ю.Ю.

*Самаркандский государственный медицинский институт;
Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи, г. Самарканд. Узбекистан*

Цель работы. Изучить особенности нарушения функции печени у больных с нестабильной стенокардией в зависимости от уровня мочевой кислоты (МК) в крови.

Материал и методы. Обследованы 119 больных с НС, поступивших в 2016–2018 гг. в отделение соматической реанимации (МК) Самаркандского филиала РНЦЭМП в первые 2–6 ч от начала

ангинозных приступов. Особое внимание обращали на связь уровня МК в крови с тяжестью клинического течения НС.

В зависимости от содержания МК в крови при поступлении в клинику были выделены две условных группы больных с НС: с умеренно высоким содержанием в крови МК – $401,7 \pm 14,8$ ммоль/л ($P<0,001$), который находится в пределах верх-



них границ контроля, и чрезмерно высоким содержанием ($581,0 \pm 23,2$ ммоль/л), превышающим среднее значение контроля на 116,5% ($P < 0,001$). До лечения протокол обследования включал оценку клинических параметров (ЭхоКГ, ЭКГ); одновременно в сыворотке крови определяли уровень КФК, МВ КФК и СОД, активность NOS и НАДФН-зависимой НР, содержание глюкозы, в мембранах эритроцитов – стабильных метаболитов NO (NO_2^- и NO_3^-), ONOO $^-$. Функцию печени оценивали по уровню АСТ, АЛТ, мочевины, ЩФ, ГТП, протромбиновому индексу, содержанию общего белка, креатинина, билирубина (прямого и непрямого), ОХ и его фракций, ТГ.

Результаты. У больных с НС до проведения интенсивной терапии с умеренно высоким содержанием МК уровень креатинина (КН) в сыворотке крови превышал контроль на 14,2% ($P < 0,05$), а у больных с чрезмерно высоким содержанием МК – на 12,0%, глюкозы – соответственно на 17,0 ($P < 0,05$) и 38,5 ($P < 0,001$) на фоне снижения концентрации мочевины – на 18,8 и 17,9% ($P < 0,01$) и увеличения количества СКФ – на 8,3 ($P < 0,05$) и 27,0% ($P < 0,01$). У больных с чрезмерно высоким содержанием МК активность АСТ и АЛТ превышала контроль на 108,6 и 88,6% ($P < 0,001$), уровень билирубина (общий и прямой) и ЩФ – на 94,2, 118,2 и 62,9% ($P < 0,001$), содержание общего белка снизилось на 22,0% ($P < 0,02$), ОХ и ЛПНП

увеличилось на 32,3 и 60,1% ($P < 0,001$), а ЛПВП снизилось на 36,6% ($P < 0,001$), на фоне уменьшения протромбинового индекса на 19,8% ($P < 0,05$) и увеличения показателя тимоловой пробы на 93,5%. Изменения уровня кардиоспецифических ферментов крови МВ КФК также были связаны с различным уровнем МК в крови. Так, у больных с умеренно высоким содержанием МК активность КФК и МВ КФК превышала контроль на 21,8 и 15,2% ($P < 0,05$ и $P > 0,05$), а у больных с чрезмерно высоким содержанием МК – на 37,9 и 85,3%. Действительно, у больных с НС с чрезмерно высоким содержанием МК в крови отмечаются более низкие показатели ЭхоКГ. В среднем по группе у больных с НС ФВЛЖ составила $38,8 \pm 1,20\%$, КДИ – $65,5 \pm 2,42$ мл/м ^{2} , КСИ – $33,6 \pm 2,21$ мл/м ^{2} .

Заключение. Таким образом, необходимо отметить, что наиболее выраженные изменения изучаемых показателей отмечались у больных с чрезмерно высоким содержанием МК. Следовательно, глубина нарушений функций печени у больных с НС зависит от уровня МК в крови и обусловлена, по-видимому, сочетанием элементов циркуляторной и тканевой гипоксии, что существенно увеличивает риск развития рецидива НС, острой левожелудочковой недостаточности. Полученные данные обосновывают необходимость использования в этот период заболевания гепатопротекторов и урикодепрессантов.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

УСМАНОВ Б.Б., ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А., УЗБЕКОВА Н.Р., УСМАНОВА Д.Н., ТАШТЕМИРОВА И.М.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Цель работы. Выявить и оценить особенности клинко-функциональных и гемодинамических проявлений заболевания у больных со стресс-индуцированной кардиомиопатией (СКМП).

Материал и методы. Проведено комплексное клинко-функциональное обследование 10 больных (средний возраст $68,5 \pm 3,7$ года) с СКМП, верифицированной ЭКГ-и ЭхоКГ-методами. Всем больным проведено суточное Холтеровское мониторирование ЭКГ аппаратом «Schiller MT-101» (Швейцария), ЭхоКГ аппаратом «Sono-Scare» (Китай) на кафедре факультетской терапии АГМИ.

Результаты. Установлено, что наиболее частыми клиническими проявлениями являются боль за грудиной (90%), менее частыми симптомами – одышка (20%), отек легких (2%), редко встречаются – кардиогенный шок (1 больная), желудочковые аритмии (10%). Также отмечаются неспецифические симптомы – синкопе, слабость, кашель (5%). Часто провоцирующими факторами являются смерть близкого человека, публичное выступление, волнение, тревога. Другие ситуации встречаются менее часто, но также являются

триггерным фактором СКМП, например, тиреотоксикоз. СКМП диагностирован у 2% пациентов с элевацией сегмента ST на ЭКГ – это были 60–75-летние женщины в постменопаузальный период. На ЭКГ данный синдром также «мимикрирует» под острый инфаркт миокарда передней стенки с подъемом или без подъема сегмента ST. При поступлении 56% этих пациентов имели подъем сегмента ST, в то время как 17% пациентов имели инверсию зубца T, а 10% имели зубец Q или изменения зубца R. Примечательно то, что 17% этих пациентов имели нормальную ЭКГ. В 90% случаях подъем сегмента ST был ассоциирован с удлинением интервала QT и преходящими зубцами Q в антеросептальных отведениях. Однако вначале дифференцировать острый инфаркт миокарда от СКМП было затруднительно. Тем не менее, изменения на ЭКГ преходящие и в большинстве случаев исчезали в течение первых двух недель. Мы предполагаем, что отсутствие реципрокных изменений на ЭКГ, отсутствие Q, зубца T, отношение подъема сегмента ST-в отведениях V 4–6 к подъему в V 1–3 > 1 могут быть высокоспецифичными

для СКМП. На ЭхоКГ выявляются гипокинез или акинез средних и апикальных сегментов ЛЖ, топически локализованные вне зоны распределения какой-либо одной коронарной артерии. Отмечается также снижение фракции выброса в острой стадии до 20–49% с последующим повышением до 59–76%, в среднем, к 20-му дню от начала заболевания. Вторым важным критерием является вовлечение верхушки ПЖ. Данный критерий выявляется примерно у 25% обследованных пациентов.

Закключение. Несмотря на большое разнообразие современных методов диагностики, СКМП остается малоизученным заболеванием. Повышение частоты заболевания наблюдается у женщин в период постменопаузы, на фоне эмоционального стресса, клинически проявляющийся стенокардической болью за грудиной, подъемом сегмента ST. Характерны изменения на ЭКГ и ЭхоКГ.

ИНФАНТИЛЬНАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ ПОМПЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

ХАБИБРАХМАНОВА З.Р.¹, САДЫКОВА Д.И.¹, САБИРОВА Д.Р.¹, ФИРСОВА Н.Н.²,
КУЧЕРЯВА А.А.², СЛАСТНИКОВА Е.С.²

¹ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России; ²ГАУЗ «ДРКБ» МЗ РТ, г. Казань. Россия

Цель работы. Своевременная постановка педиатрами диагноза «Болезнь Помпе».

Материал и методы. Описание случая диагностики пациента с инфантильной формой болезни Помпе.

Результаты. Ребенок Х., от 1-й беременности, протекавшей на фоне ОРВИ легкой степени в 1-ом триместре. Семейный анамнез не отягощен. При плановом ультразвуковом исследовании плода патологии не выявлено. Роды самостоятельные, в срок. Аспирация меконием при рождении. Оценка по шкале Апгар – 1/2/4 балла. ИВЛ – в течение 30 часов. Проведена ЭхоКГ в возрасте 8 дней, выявлена гипертрофия миокарда (межжелудочковая перегородка, МЖП – 12 мм). В динамике, в 1 мес. 6 дней, по данным ЭхоКГ сохраняется утолщение миокарда: МЖП 11 мм, задняя стенка левого желудочка, ЗСЛЖ – 10 мм. В возрасте 1 мес. 9 дней ребенок впервые поступил в ДРКБ в тяжелом состоянии с диагнозом: Гипертрофическая кардиомиопатия? Некомпактный миокард обоих желудочков? Высокая легочная гипертензия. НК II. При осмотре обращали на себя внимание вялость ребенка, бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, отеки на лице, перкуторно расширение границ сердца, тахикардия до 160 уд в мин, систолический шум 3/6 над всей областью сердца, стонущее дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, тахипноэ до 64 в мин, снижение сатурации кислорода до 90%, гепатомегалия (печень +5 см). Данные обследования: ЭхоКГ – дилатация левых и правых отделов сердца, гипертрофия миокарда ЛЖ и ПЖ (МЖП – 11 мм, ЗСЛЖ – 11 мм, передняя стенка ПЖ – 6 мм), подозрение на некомпактный миокард обоих желудочков, снижение фракции выброса левого желудочка до 48%, недостаточность на обоих атриовентрикулярных клапанах 3 степени, при-

знаки выраженной легочной гипертензии (СДЛА – 113 мм рт.ст.). ЭКГ-признаки гипертрофии миокарда правых и левых отделов сердца, грубые нарушения процессов реполяризации. Рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции: выраженная кардиомегалия. В биохимическом анализе крови – повышение уровня ферментов: АСТ – 106 Ед/л, ЛДГ – 690 Ед/л, КФК – 324 Ед/л, с нарастанием показателей в динамике. В крови значительно повышен уровень NT-proBNP – 32642,0 пг/мл. Учитывая клиническую картину заболевания, данные обследования, на 9-е сутки пребывания в стационаре заподозрена младенческая форма болезни Помпе. Анализ крови методом тандемной масс-спектрометрии выявил снижение активности альфа-глюкозидазы. Диагноз «Болезнь Помпе» стал высоковероятным. В период обследования в клинике и ожидания результатов генетического обследования проводилась симптоматическая терапия сердечной недостаточности. Состояние ребенка прогрессивно ухудшалось в виде нарастания вялости, мышечной гипотонии, регресса моторных навыков, прогрессирования сердечной недостаточности. К сожалению, в данном случае агрессивное течение заболевания привело к летальному исходу до генетического подтверждения диагноза и назначения патогенетического лечения. Выполнена ДНК-диагностика, обнаружены мутации с.2104С>Т и с.2269С>Т гена GAA (исследование проводилось в лаборатории наследственных болезней обмена веществ ФГБНУ «Медико-генетический научный центр», Москва). Диагноз «Болезнь Помпе» был подтвержден.

Закключение. Более ранняя дифференциальная диагностика кардиомиопатий в клинической практике принципиально важна, так как при подтверждении болезни Помпе в настоящее время доступна эффективная ферментозаместительная терапия.



ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ЧАПАУ А.Х., МУХАММЕДОВА Н.А.

*Государственный медицинский университет Туркменистана;
Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, г. Ашхабад. Туркменистан*

Цель работы. Оптимизации лечения дисфункции левого желудочка у больных хронической сердечной недостаточностью ишемического генеза.

Материал и методы. Обследованы 98 больных ХСН ишемического генеза. Больные распределялись по функциональным классам: II ФК – 34 %, III ФК – 30 %, IV ФК – 36 %. Все пациенты принимали патогенетическую антиангинальную, дезагрегантную, гиполипидемическую терапию. Кроме того, больные I группы получали фуросемид + эналаприл; больные II группы – фуросемид + дигоксин. До назначения и в течение 6 месяцев оценивали клиническое состояние: степень периферических отеков, одышки и влажных хрипов в легких, функциональный класс (ФК) ХСН по классификации NYHA, шкале оценки клинического состояния (ШОКС в модификации В.Ю. Мареев), теста шестиминутной ходьбы (ТШХ). Статистический анализ полученных данных был выполнен при помощи компьютерного пакета программы statistica (версия 6.0). Количественные показатели при нормальном распределении представлены как $M \pm SD$. Для установления достоверности статистических различий между группами использовались параметрический и непараметрический методы сравнения. Достоверными считали результат ста-

тистических исследований при вероятности ошибки $p < 0,05$.

Результаты. Сравнивали клиническое состояние больных за 6 мес. после начала терапии. Так, положительная динамика терапии отмечалась в обеих группах, однако в I группе больных результаты лечения были достоверно значимыми. Улучшение клинического состояния включало уменьшение периферических отеков, одышки и влажных хрипов в легких, стабилизацию артериального давления, ЧСС, а также ФК по классификации NYHA, ШОКС и ТШХ. Так, функциональный статус улучшился на один класс у 75,4 % больных. Отмечено уменьшение частоты госпитализаций в связи с декомпенсацией ХСН в течение 6 мес., в частности, особенно значительно уменьшилась потребность в госпитализации у больных I группы – с 18,7 до 2,2 %. У больных с сопутствующей артериальной гипертензией достоверно снизилось как систолическое, так и диастолическое АД, в то время как у больных с исходно нормальным АД оно практически не изменилось.

Заключение. Полученные результаты позволяют разработать дифференцированный подход к лечению больных ХСН.

ОСОБЕННОСТИ СУБПОПУЛЯЦИОННОГО СОСТАВА МОНОЦИТОВ КРОВИ И СОДЕРЖАНИЯ ГИПОКСИЕЙ ИНДУЦИРУЕМОГО ФАКТОРА-1АЛЬФА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

ЧУМАКОВА С.П.¹, ВИНС М.В.¹, УРАЗОВА О.И.¹, МАЙНАГАСHEBA E.C.¹, ПОГОНЧЕНКОВА Д.А.¹, ШИПУЛИН В.М.², ПРЯХИН А.С.², НОВИЦКИЙ В.В.¹

¹ФГБОУ ВО Сибирский государственный университет Минздрава РФ;

²ФГБНУ «Томский НИМЦ РАН» «Научно-исследовательский институт кардиологии», Россия

Введение. Диагностика ишемической кардиомиопатии (ИКМП) крайне затруднительна, и ее патогенез, ассоциированный с гипоксией, точно не установлен, что демонстрирует необходимость поиска отличительных особенностей ИКМП от других форм ишемической болезни сердца (ИБС).

Цель работы. Выявить изменения содержания классических, промежуточных, неклассических, переходных моноцитов и гипоксией индуцируемого фактора-1альфа (HIF-1альфа) в крови у больных ИКМП в отличие от больных ИБС.

Материал и методы. В исследование вошли 33 больных ИБС (все мужчины): с недостаточностью кровообращения II–III функционального класса по NYHA: 15 больных в возрасте 51–62 года, страдающих ИКМП (группа ИКМП), и 18 больных ИБС в возрасте 54–65 лет без таковой (группа ИБС). Группу контроля составили 12 практически здоровых донора, сопоставимых по полу и возрасту ($54,76 \pm 6,81$ лет) с пациентами обеих групп. В забранной натошак венозной крови больных и здоровых доноров определяли относительное

содержание классических (CD14⁺⁺CD16⁻), промежуточных (CD14⁺⁺CD16⁺), неклассических (CD14⁺CD16⁺) и переходных (CD14⁺CD16⁻) моноцитов методом проточной цитофлуориметрии (цитофлуориметр «Accuri C6» «BD Biosciens», США), принимая за 100% все клетки, положительные по CD14. Для идентификации моноцитов использовали моноклональные антитела CD14-FITC и CD16-PE («BD Biosciens», США). Концентрацию HIF-1α в плазме крови оценивали методом иммуноферментного анализа с помощью набора «Human HIF-1α ELISA Kit» («Clou-Clone-Corp», США). Для статистического описания результатов исследования вычисляли медиану, 25-й и 75-й процентиля. Для сравнительного анализа использовали критерий Манна – Уитни. Различия считали достоверными при уровне статистической значимости $p < 0,05$.

Результаты. В ходе исследования было показано, что у больных ИБС определялось увеличение численности промежуточных (25,27 [15,78; 31,39]%, $p < 0,05$) и снижение доли переходных моноцитов (2,68 [2,63; 4,09]%, $p < 0,05$) в крови по отношению к группе здоровых доноров (14,36 [12,06; 14,98] и 6,80 [5,03; 6,87]% соответственно). У пациентов с ИКМП отмечался только дефицит неклассических клеток в крови (5,05 [4,08; 6,58]%, $p < 0,05$ против 10,07 [9,34; 13,84]% у здоровых доноров) при нормальном количестве промежуточных и переходных форм, что было установлено впервые. Содержание классических моноцитов в крови в обеих группах больных не отличалось от нормы (67,75 [64,34; 70,65]%). Различия в субпопуляционном составе моноцитов крови у больных ИБС и пациентов с ИКМП, вероятно, обусловлены особенностями ре-

агирования иммунной системы на модифицированные атерогенные липиды, обладающие свойствами аутоантигенов. Поскольку антигенпрезентирующая способность присуща промежуточным моноцитам [Rojas J. et al, 2015], то увеличение их численности у больных ИБС вполне закономерно. У пациентов с ИКМП число моноцитов данной субпопуляции оставалось без изменений, очевидно, вследствие иммуносупрессии. Последнюю можно предположить в виду дефицита HIF-1α у больных ИКМП (0,037 [0,020; 0,045] нг/мл, $p < 0,05$) в отличие от его нормальных значений у больных ИБС (0,080 [0,052; 0,096] нг/мл). Недостаток HIF-1 в лимфоцитах растормаживает дифференцировку Treg, обладающих иммуносупрессорной функцией [Hsiao H.W. et al., 2015]. При этом отсутствие увеличения содержания HIF-1α в крови на фоне гипоксии у больных обеих групп объясняется ее хроническим характером, что переключает синтез HIF с HIF-1 на HIF-2 [Hsiao H.W. et al., 2015]. Таким образом, дефицит HIF-1α у пациентов с ИКМП является, очевидно, результатом нарушений процессов адаптации и механизмов внутриклеточного сигналинга при гипоксии.

Заключение. Для ИКМП характерно снижение концентрации HIF-1α и доли неклассических моноцитов в крови, что отличает ИКМП от ИБС, при которой отмечаются нормальные значения данных параметров на фоне профицита промежуточных и дефицита переходных моноцитов в крови. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (договор №18-015-00160/18) и Совета по грантам Президента Российской Федерации (соглашение №075-02-2018-538).

РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА

ЯРМУХАМЕДОВА С.Х., БЕКМУРАДОВА М.С.

Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд. Узбекистан

ХСН является наиболее частым и серьезным осложнением сердечно-сосудистых заболеваний. Артериальная гипертензия служит самой частой причиной развития ХСН. Вместе с тем диагностика СН на ранних стадиях важна для предотвращения дальнейшего ее прогрессирования. В последние годы в качестве маркера ранней (доклинической) стадии ХСН у больных с АГ появился натрийуретический пептид группы В (BNP). BNP в сыворотке крови становится стандартом в диагностике ХСН.

Материал и методы исследования. Исследование было проведено в кардиологическом

отделении I Клиники Самаркандского медицинского института. В исследование были включены лица ($n=48$) в возрасте от 45 до 65 лет, с повышенным АД без клинических проявлений СН ($n=28$) и лица с повышенным АД с клиническими признаками ХСН ($n=20$), такими как: отеки на ногах, одышка, никтурия, сердцебиение и т.д. Всем больным были проведены общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, ЭКГ, ЭхоКГ и рентгенография грудной клетки. Наряду с общеклиническими методами обследования у всех больных был изучен уровень BNP методом иммуноферментного анализа.



Результаты исследования. Показатели сердечной гемодинамики изучались методом доплер-эхокардиографии. Оценивались систолическая и диастолическая функции сердца в зависимости от уровня BNP. У 9 (18,8%) больных первой группы выявилось умеренное повышение уровня BNP в среднем 101–123 пг/мл. У остальных больных уровень BNP оставался в пределах нормы. Во второй группе больных АГ с клиническими признаками ХСН уровень BNP значительно повышался и составил в среднем 340–480 пг/мл. Показатель мозгового натрийуретического пептида типа В (BNP) в норме 100 пг/мл. BNP синтезируется миоэндокринными клетками желудочков, преимущественно левого. Стимулом для высвобождения BNP является повышение конечно-диастолического давления в камерах сердца и их перегрузка объемом. Главным фактором, регулирующим секрецию BNP, считается высокое артериальное давление, увеличение объема циркулирующей

крови и повышенная концентрация катехоламинов в крови. Для BNP общепринятой границей разделения нормы и патологии является концентрация 100 пг/мл – значения показателя ниже этого уровня позволяют считать сердечную недостаточность маловероятной.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что у первой группы больных с АГ без клинических признаков ХСН у 9-ти больных было повышено количество НУП в плазме крови, то есть была выявлена группа больных со скрытой формой ХСН с АГ. Это говорит о том, что полученные результаты свидетельствуют, что применение лабораторного критерия BNP позволяет объективно диагностировать дисфункции миокарда с высокой аналитической чувствительностью и специфичностью. В настоящее время определение BNP служит прогностическим маркером и показателем эффективности лечения, является стандартным методом диагностики СН.



ВИЗУАЛИЗАЦИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЦА И СОСУДОВ

HYPOTROPHY OF THE HEART AND REDUCTION OF INTRACARDIAC HEMODYNAMICS IN LOW BLOOD PRESSURE IN YOUNG WOMEN

BAEV V.M., KUDRYAVCEVA E.N., IGUMNOVA O.A., AGAFONOVA T.YU., VAGNER E.A.

Perm state medical university, Perm, Russia

Purpose of the study. The aim of the study was to study echocardiographic parameters in young women with idiopathic arterial hypotension (IAH).

Materials and methods. A comparative analysis of the results of echocardiography between 210 women with IAH and 96 women with normal arterial pressure was performed. Patients were aged 18–24 years. The IAH criterion was the SBP level of 98 mmHg. art. and less. BP was measured after a 5-minute rest with an A & D UA-777 tonometer. Echocardiography was performed on SonoScapeS6. The research plan was approved by the Ethics Committee of the PSIU.

Results. In women with hypotension, the sizes, volumes and indices of the left atrium and left ventricle were smaller (LVEDD, LVESD, LVESV, LVEDV). When hypotension is significantly less than RVEDD. With the

YAG, the indicators RVWT, IVSd and IVSs, LVPWd and LVPWs are less. Parameters such as LVM and LV Mass Index associated with cardiac hypotrophy were significantly lower with IAG than with normal arterial pressure. When hypotension was increased LVFSend, as well as VCF of the left ventricle, Vmax and P_{gmax}. The values of SV, CO and CI for hypotension were less than the normal parameters of echocardiography, and the time of expulsion of blood from the left ventricle is greater than in women with normal arterial pressure.

Conclusions. For hypotension, young women are characterized by cardiac remodeling according to the type of cardiac hypotrophy, reduction in the pump function of the heart and speed parameters of intracardiac hemodynamics.

PATIENTS WITH DECOMPENSATION OF CHRONIC PULMONARY HEART- REMODELING PARAMETERS OF THE RIGHT ATRIUM AND RIGHT VENTRICLE

KOYIROV A.K.¹, KENJAEV S.R.¹, KHAITOV S.SH.¹, GANIEV U.SH.¹, EGAMOVA N.T.¹, MIRMAKSUDOV M.S.²

¹Republican scientific center for emergency medical Care., Tashkent. Uzbekistan

²Tashkent medical academy, Tashkent. Uzbekistan

Relevance. Precapillary pulmonary hypertension (PH) encompasses a range of diseases characterized by a mean pulmonary arterial pressure of ≥ 25 mm Hg and a pulmonary arterial wedge pressure ≤ 15 mm Hg determined by right heart catheterization.¹ The term «precapillary PH» may include group 1 (pulmonary arterial hypertension), group 3 (PH due to lung diseases and/or hypoxia), group 4 (chronic thromboembolic PH), and group 5 (PH associated with unclear or multifactorial mechanisms).

Precapillary PH is associated with a rise in pulmonary vascular resistance that finally leads to right ventricular (RV) pressure overload and failure. The latter is associated with the high morbidity and

mortality rates of the disease. In the past, the right ventricle has attracted most of the attention when assessing the impact of precapillary PH on the heart. Recently, however, focus has shifted toward the right atrium, with increased right atrial (RA) size included in the diagnostic and prognostic algorithms for patients with pulmonary arterial hypertension. The right atrium has a triple role in cardiac function: it acts as a reservoir, receiving deoxygenated blood from the venae cavae during ventricular systole; as a conduit that transfers blood through the tricuspid valve to the right ventricle during early diastole (passive RV filling); and as a pump that pushes blood to the right ventricle during late diastole (atrial contraction).



The role of the right atrium in contributing to cardiac output is well established in patients with precapillary PH and becomes manifest when patients go into atrial fibrillation, which can lead to acute decompensation.

Purpose of the study – echocardiography parameters remodeling of the right atrium, RV in COPD patients with decompensating of CPH to evaluate correlation remodeling PKC with systolic, diastolic RV function.

Materials and methods: included 30 COPD patients with decompensating of CPH (43–77 years). In the apical four-chamber, subcostal positions are measured linear dimensions of the PP the area, end-diastolic diameter of the RV free wall thickness of the RV, RV area and the ratio of RV to area LV

Results. study identified following parameters, RV remodeling RA size – $40,6 \pm 6,9$ mm; RA area –

$17,3 \pm 3,0$ cm²; RV – $38,9 \pm 5,2$ mm; RV wall thickness – $8,3 \pm 1,7$ mm; the ratio of RV to LV area – $0,8 \pm 0,2$. Correlation analysis revealed a statistically significant correlation between the horizontal size of the RA and the RV ejection fraction ($r = -0,65$; $P = 0,006$); RA and the tricuspid annulus fibrosus ($r = -0,66$; $P = 0,01$); TSF ($r = 0,56$; $P = 0,01$); area PP, DTE ($r = 0,46$; $P = 0,03$); end-diastolic diameter RV, tricuspid annulus fibrosus ($r = 0,41$; $P = 0,035$); RV wall thickness tricuspid fibrous ring ($r = -0,45$; $P = 0,02$); wall thickness of the RV, EF ($r = -0,50$; $P = 0,01$).

Conclusions. Patients with COPD, CPH remodeling occurs right camera characterized by increasing their linear dimension, moderate hypertrophy of RV wall, increase ratio area RV ,LV.

ПРИМЕНЕНИЕ 2D И 3D СПЕКЛ-ТРЕКИНГ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ СУБКЛИНИЧЕСКОЙ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КУМУЛЯТИВНОЙ ДОЗЫ ДОКСОРУБИЦИНА

АВАЛЯН А.А., САИДОВА М.А., ШИТОВ В.Н., ОЩЕПКОВА Е.В., ЧАЗОВА И.Е.

ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России. Россия

Введение (цели/задачи). Изучение субклинической кардиотоксичности двух антрациклин-содержащих режимов химиотерапии у больных раком молочной железы (РМЖ) с нормотензией и артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. В исследование включены 119 больных раком молочной железы (средний возраст – $48,8 \pm 10,9$ лет), получавших один из двух вариантов химиотерапии. В зависимости от варианта химиотерапии больные были разделены на две группы: I группа ($n = 54$) – длительность лечения ≤ 8 нед., кумулятивная доза доксорубицина составила 200 мг/м², II группа ($n = 65$) – длительность лечения ≤ 16 нед., кумулятивная доза доксорубицина составила 320 мг/м². В каждой группе была выделена подгруппа больных РМЖ с АГ. До начала химиотерапии и после ее завершения у всех больных выполнялось ультразвуковое исследование сердца, включая метод спекл-трекинг эхокардиография в двумерном и трехмерном режимах (2D и 3D Speckle Tracking Imaging).

Результаты. У больных, получивших более высокую кумулятивную дозу доксорубицина (группа II), отмечалось статистически значимое снижение показателя GLS по данным двумерного ($s - 20,4 \pm 0,4\%$ до $-16,8 \pm 0,4\%$, $p < 0,05$) и трехмерного режимов ($s - 11,6 \pm 0,5\%$ до $-7,8 \pm 0,5\%$, $p < 0,05$) спекл-трекинг эхокардиографии и показателя GAS

по данным трехмерного режима ($s - 19,7 \pm 0,7\%$ до $-14,5 \pm 0,8\%$, $p < 0,05$). Частота диагностического снижения показателя GLS более чем на 15% от исходного уровня, характеризующая субклиническую кардиотоксичность, была существенно (в 1,8 раза) выше у больных II группы: 33,3 и 18,5% больных соответственно, $p < 0,05$. Наиболее выраженные изменения показателей деформации наблюдались у больных с артериальной гипертензией в анамнезе, особенно во II группе больных РМЖ и АГ. Так, у больных РМЖ и АГ I группы ($n = 18$) снижение GLS по данным двумерного режима составило $s - 19,6 \pm 1,1\%$ до $-17,4 \pm 0,5\%$, $p = 0,06$, а по данным трехмерного режима – $s - 9,9 \pm 0,5\%$ до $-6,6 \pm 0,4\%$, $p < 0,05$, снижение показателя GAS по данным трехмерного режима составило $s - 18,4 \pm 0,6\%$ до $-13,2 \pm 0,7\%$, $p < 0,05$. У больных АГ II группы ($n = 13$) снижение GLS по данным двумерного режима составило $s - 18,5 \pm 1,1\%$ до $-15,6 \pm 0,6\%$, $p < 0,05$, а по данным трехмерного режима – $s - 9,7 \pm 0,6\%$ до $-6,5 \pm 0,5\%$, $p < 0,05$, снижение показателя GAS по данным трехмерного режима составило $s - 17,0 \pm 0,9\%$ до $-12,3 \pm 0,9\%$, $p < 0,05$.

Заключение. Повышение риска развития субклинической кардиотоксичности ассоциировалось с более высокой кумулятивной дозой доксорубицина (320 мг/м²), а также у больных РМЖ с АГ.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

АМИНОВ С.А., БЕКМЕТОВА Ф.М., АЛИЕВА Р.Б., ДЖАББАРОВА Д.Х.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии», г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Изучение взаимосвязи показателей стресс-эхокардиографии (стресс-ЭхоКГ) с результатами коронароангиографии (КАГ) у пациентов со стабильной стенокардией напряжения.

Материал и методы. Были обследованы 37 больных со стабильной стенокардией напряжения, поступившие в клинику Республиканского специализированного научно-практического центра кардиологии для проведения диагностической КАГ. На 1–2 сутки пребывания в клинике больным проведена исходная стресс-ЭхоКГ с применением нагрузочной пробы на велоэргометре (ВЭМ). Изучались показатели стресс-ЭхоКГ, такие как исходная частота сокращений сердца (исхЧСС) и максимальная переносимая частота сокращений сердца (максЧСС), исходное систолическое артериальное давление (САД) и максимальная САД, разница между исходным САД и максимальным САД; фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) исходно и на высоте нагрузки; максимальная переносимая нагрузка на ВЭМ, измеряемая на Вт. При отсутствии противопоказаний всем больным проведена КАГ. По результатам КАГ определено количество пораженных артерий со стенозами более 60%, требующих реваскуляризации. Результаты данного исследования сопоставили с результатами стресс-ЭхоКГ

с определением коэффициента корреляции Пирсона (r) и достоверности данных.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов составил $57,8 \pm 8,4$ лет. Количество пораженных коронарных сосудов – от 1 до 4, также у 7 больных гемодинамически значимых стенозов не выявлено. Переносимая нагрузка составила от 75 Вт до 150 Вт. При этом были выявлены взаимосвязь количества пораженных артерий с возрастом больного ($r=0,54$; $p<0,05$); обратная корреляция с максимальным ЧСС ($r=-0,54$; $p<0,05$); обратная корреляция с переносимой нагрузкой ($r=-0,59$; $p<0,05$); обратная корреляция с разницей между исходным и максимальным САД ($r=-0,59$; $p<0,05$); обратная корреляция ФВ ЛЖ при нагрузке ($r=-0,61$; $p<0,05$). Увеличение количества пораженных коронарных артерий сопровождалось снижением максимально переносимой ЧСС, максимально переносимым САД, а также максимально переносимой нагрузкой. Увеличение количества пораженных коронарных артерий приводит к снижению сократительной способности левого желудочка со снижением ФВ ЛЖ во время нагрузки.

Выводы. Низкая толерантность к физическим нагрузкам, достижение положительной пробы при низких ЧСС, снижение прироста САД и ФВ ЛЖ при Стресс-ЭхоКГ являются признаками многососудистых поражений коронарных артерий.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МЕТОДЫ В ИССЛЕДОВАНИИ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

АНДРЕЕВСКАЯ М.В., КАБАРДИЕВА М.Р., КОМЛЕВ А.Е., НАУМОВ В.Г.,
ИМАЕВ Т.Э., САИДОВА М.А., АКЧУРИН Р.С.

НМИЦ кардиологии. Россия

Введение (цели/задачи). Используя ультразвуковое исследование оценить качественные и количественные характеристики аортальной стенки у пациентов с аневризмой до и после операции эндопротезирования с целью определения потенциальных предикторов разрыва аорты.

Материал и методы. В исследовании приняты участие 57 пациентов с аневризмой брюшного отдела аорты (1-я группа) в возрасте 68 ± 8 лет, из которых 5 – женского пола. Впоследствии эндоваскулярному протезированию аорты (ЭВПА) подверглись 25 пациентов (2-я группа) в возрасте 69 ± 7 лет, из которых одна пациентка женского

пола. Ультразвуковым методом были измерены аортальная скорость пульсовой волны (аСПВ) у пациентов с аневризмой, в том числе до и после ЭВПА. Локальная жесткость брюшной аорты (индекс жесткости β) в области максимального диаметра аневризматического мешка (S) и в области шейки (N) была измерена только у пациентов с аневризмой до операции.

Результаты. В группе пациентов с аневризмой аСПВ составила $10,3 \pm 2,8$ м/с, что является верхней границей возрастной нормы для пациентов 7-й возрастной декады. Если использовать универсальное пороговое значение аСПВ (8 м/с), то



можно говорить о повышении региональной жесткости у пациентов с аневризмой брюшного отдела аорты. Локальная жесткость, измеренная в области максимального диаметра аневризматического мешка, βS $17,4 \pm 4,4$ в этой группе пациентов была достоверно выше по сравнению с жесткостью в области шейки аневризмы, βN $9,1 \pm 2,5$ ($p < 0,0001$). Наблюдалась умеренная достоверная корреляция диаметра аневризматического мешка ($37,7 \pm 7,5$ мм) и индекса жесткости βS , измеренного в этой области $r = 0,35$ ($p = 0,01$). У пациентов после ЭВПА (через 0–6 месяцев) аСПВ была достоверно выше

$12,6 \pm 3,9$ м/с, чем у этих же пациентов до протезирования $9,9 \pm 3,0$ м/с ($p < 0,01$).

Заключение. У пациентов с аневризмой аорты была выявлена повышенная региональная жесткость аорты (аСПВ). Локальная жесткость в области аневризматического мешка оказалась значительно выше в сравнении с областью шейки. Обнаружена умеренная корреляция диаметра аорты в области аневризмы (признанного фактора риска разрыва аневризмы) с индексом жесткости βS . Показатели жесткости аорты могут быть рассмотрены как предикторы развития аневризмы аорты и предикторы риска ее разрыва.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ДОБУТАМИНОМ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ВЫСОКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО РИСКА, ПОДЛЕЖАЩИХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

БЕКМЕТОВА Ф.М.¹, ЯРБЕКОВ Р.Р.¹, МУРАДОВ М.¹, ОМОНОВ С.Х.¹, ЖАЛИЛОВ А.К.²

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии;

²Филиал РСНПМЦК, г. Ташкент. Узбекистан

Введение (цели/задачи). Ишемическая болезнь сердца (ИБС) рассматривается как одна из главных причин левожелудочковой дисфункции, приводящая к инвалидности и смертности взрослого населения в мире. В основе левожелудочковой дисфункции может лежать обратимая миокардиальная дисфункция, в виде «гибернации» и «оглушенности» миокарда, которые в свою очередь вызывают нарушения региональной и глобальной сократительной функции ЛЖ. Данный вид миокарда при адекватной перфузии сохраняет возможность для улучшения сократимости. Стресс-эхокардиография с добутамином (СТРЕСС-ЭхоКГ) и методы визуализации перфузии миокарда наиболее часто используются для обнаружения жизнеспособного миокарда у больных ИБС со сниженной фракцией выброса (ФВ) и систолической дисфункцией ЛЖ.

Материал и методы. В 2018 году на базе двух отделений РСНПМЦК (функциональная диагностика, кардиохирургия) были обследованы, а далее прооперированы 40 пациентов с ИБС, высокого хирургического риска, с ФВ $< 40\%$. Все пациенты имели стенокардию напряжения 3–4 ФК, ХСН IIa–IIб ст, ФК III по NYHA. На коронароангиографии трехсосудистое поражение коронарного русла. Выполнили СТРЕСС-ЭхоКГ-исследование в состоянии покоя, в 4 стандартных позициях (парастернальных по длинной и короткой осям сердца и апикальных – 4- и 2-х камерных). Раствор добутамина вводили внутривенно капельно. Скорость введения рассчитывали индивидуально исходя из массы тела обследуемого. По окончании пробы повторно регистрировали ЭКГ в 12 отведениях и

контролировали ЧСС, систолическое и диастолическое АД.

Результаты. У 37 пациентов пробу считали положительной (жизнеспособный миокард) при улучшении сократительной способности не менее, чем в двух сегментах ЛЖ, которые исходно оценивали как гипо- или akinетичные. Количественно это выражалось в уменьшении показателя WMSI и увеличении ФВ ЛЖ на максимуме нагрузки. У 3 пациентов пробу считали отрицательной, так как за время ее проведения не было зафиксировано какой-либо положительной динамики со стороны миокарда ЛЖ, и ухудшалась сократительная способность ЛЖ (увеличение WMSI, снижение ФВ ЛЖ). На фоне проведенного коронарного шунтирования у 35 пациентов состояние стабилизировалось, о чем свидетельствовали функциональные и лабораторные показатели. Предъявляемые ранее жалобы на боли в области сердца, одышку, чувство нехватки воздуха, слабость уменьшились, увеличилась ТФН в виде легкопроходимой дистанции более 300 м в сутки.

Заключение. Таким образом, для улучшения диагностики и успешного хирургического лечения больного с ИБС со сниженной сократительной функцией миокарда СТРЕСС-ЭхоКГ с добутамином является доступным и эффективным методом диагностики, позволяющим провести дифференциацию рубцовых и ишемических изменений миокарда, тем самым давая возможность своевременно выбрать какой-либо из методов хирургической реваскуляризации.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕФОРМАЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

БЕКМЕТОВА Ф.М.¹, АМИНОВ С.А.¹, АЛИЕВА Р.Б.¹, ДЖАББАРОВА Д.Х.¹, ЮЛДАШОВ Б.А.¹,
ДОНИЕРОВ Ш.Н.²

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии;

²Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Оценка параметров глобальной продольной деформации левого желудочка у больных ИБС.

Материал и методы. В исследовании участвовали 66 пациента со стабильной стенокардией напряжения, ФК II–III по Канадской классификации. Средний возраст пациентов составил $53,9 \pm 5,6$ лет. Анализ систолической функции ЛЖ проводился из апикальной четырехкамерной позиции и из парастернальной позиции по короткой оси на уровне папиллярных мышц с помощью традиционной эхокардиографии (методом Симпсона) и программы Velocity Vector Imaging (VVI). Анализировали показатели скорости движения миокарда (SR), деформацию -стрейн (S), фракцию выброса (ФВ) и объемы ЛЖ (КДО и КСО). ЭхоКГ-исследование выполняли на аппарате Siemens Acuson x 700 (Германия) секторным датчиком с частотой 4,0 МГц в В-, М-, D-режимах и режиме цветного доплеровского картирования. Изображение (CDMI) было записано на протяжении трех сердечных циклов в соответствии с рекомендациями Американского общества эхокардиографии (ASE). Изображения были сохранены в цифровом виде в формате кинопетли в памяти сканера. Сохраненные в цифровом виде наборы данных CDMI обрабатывались

в автономном режиме с помощью программного обеспечения Tomtec (Германия). Пациенты были разделены на две группы: в первую группу вошли 45 пациентов с ишемической болезнью сердца; во вторую группу – 21 здоровый пациент. В обеих группах пациенты были сопоставимы по полу и возрасту.

Результаты. При анализе систолической функции ЛЖ выявлено статистически значимое различие между двумя группами при сравнении объемов ЛЖ, индексов объемов ЛЖ и показателей ФВ в 4-и 2-камерных позициях. В первой группе больных отмечалась умеренная систолическая дисфункция ЛЖ: ФВ – $50,6 \pm 8,2\%$. Показатели продольного стрейна были статистически значимо ниже в группе пациентов с ИБС по сравнению со здоровыми лицами: $S = -15,71 \pm 3,58\%$ ($p = 0,0001$). Аналогично показателям деформации у больных ИБС установлено снижение показателей скорости деформации по сравнению со здоровыми лицами: $SR = -1,10 \pm 0,32$ с-1 ($p = 0,05$).

Заключение. У пациентов ИБС с сохранной систолической функцией определяются нарушения деформационных свойств миокарда левого желудочка, что подчеркивает информационность и важность изучения параметров VVI.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

БЕКМЕТОВА Ф.М., АМИНОВ С.А., АЛИЕВА Р.Б., ДЖАББАРОВА Д.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,
г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Изучение взаимосвязи показателей стресс-эхокардиографии (стресс-ЭхоКГ) с результатами коронароангиографии (КАГ) у пациентов со стабильной стенокардией напряжения.

Материал и методы. Были обследованы 37 больных со стабильной стенокардией напряжения, поступившие в клинику Республиканского специализированного научно-практического центра кардиологии для проведения диагностической КАГ. На 1–2-е сутки пребывания в клинике больным проведена исходная стресс-ЭхоКГ с применением нагрузочной пробы на велоэргометре (ВЭМ). Изучались показатели стресс-ЭхоКГ,

такие как исходная частота сокращений сердца (исхЧСС) и максимальная переносимая частота сокращений сердца (максЧСС), исходное систолическое артериальное давление (САД) и максимальная САД, разница между исходным САД и максимальным САД; фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) исходно и на высоте нагрузки; максимальная переносимая нагрузка на ВЭМ, измеряемая на Вт. При отсутствии противопоказаний всем больным проведена КАГ. По результатам КАГ определено количество пораженных артерий со стенозами более 60%, требующих реваскуляризации. Результаты данного исследования сопоставили с результатами стресс-ЭхоКГ



с определением коэффициента корреляции Пирсона (r) и достоверности данных.

Результаты. Средний возраст пациентов составил $57,8 \pm 8,4$ лет. Количество пораженных коронарных сосудов – от 1 до 4, также у 7 больных гемодинамически значимых стенозов не выявлено. Переносимая нагрузка составила от 75 Вт до 150 Вт. При этом были выявлены взаимосвязь количества пораженных артерий с возрастом больного ($r = 0,54$; $p < 0,05$); обратная корреляция с максимальным ЧСС ($r = -0,54$; $p < 0,05$); обратная корреляция с переносимой нагрузкой ($r = -0,59$; $p < 0,05$); обратная корреляция с разницей исходного и максимального САД ($r = -0,59$; $p < 0,05$); обратная

корреляция ФВ ЛЖ при нагрузке ($r = -0,61$; $p < 0,05$). Увеличение количества пораженных коронарных артерий сопровождалось снижением максимально переносимой ЧСС, максимально переносимым САД, а также максимально переносимой нагрузкой. Увеличение количества пораженных коронарных артерий приводит к снижению сократительной способности левого желудочка со снижением ФВ ЛЖ во время нагрузки.

Заключение. Низкая толерантность к физическим нагрузкам, достижение положительной пробы при низких ЧСС, снижение прироста САД и ФВ ЛЖ при Стресс-ЭхоКГ являются признаками многососудистых поражений коронарных артерий.

ВОЗМОЖНОСТИ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

БЕКМЕТОВА Ф.М., АМИНОВ С.А., АЛИЕВА Р.Б., ДЖАББАРОВА Д.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,
г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Изучение возможностей высокотехнологического метода диагностики стресс-эхокардиографии (стресс-ЭхоКГ) в выявлении нарушений локальной сократимости миокарда и зоны ишемического поражения у пациентов со стабильной стенокардией напряжения перед коронароангиографией (КАГ).

Материал и методы. Были обследованы 23 больных со стабильной стенокардией напряжения, поступившие в клинику Республиканского специализированного научно-практического центра кардиологии для проведения КАГ. Все пациенты прошли общеклинические обследования, лабораторные исследования. На 1–2 сутки пребывания в клинике больным проведена исходная стресс-ЭхоКГ с применением нагрузочной пробы на велоэргометре. По результатам исследования больные были разделены на 2 группы: в 1 группу вошли 11 пациентов с положительной пробой стресс-эхокардиографии. Во 2 группу вошли 12 пациентов с отрицательной или сомнительной пробой стресс-ЭхоКГ. При отсутствии противопоказаний всем больным проведена КАГ. Результаты данного исследования сопоставили с результатами стресс-ЭхоКГ.

Результаты. Средний возраст пациентов составил $60,3 \pm 6,2$ лет в 1 группе; $51,4 \pm 10,7$ лет – во 2 группе. Длительность ишемической болезни сердца (ИБС) составила $3 \pm 0,5$ лет в 1 группе; $2 \pm 1,6$ лет – во 2 группе. Отмечена статистически значимая ($p < 0,05$) встречаемость перенесенно-

го в анамнезе ИМ в клинических исследованиях в 1 группе (55%, $n=6$) по сравнению со 2 группой (17%, $n=2$). В 1 группе отмечалась статистически значимая ($p < 0,05$) низкая толерантность к физическим нагрузкам ($75 \pm 13,4$ Вт; $4,8 \pm 0,6$ МЕТ) в сравнении со 2 группой ($100 \pm 29,6$ Вт; $5,3 \pm 0,9$ МЕТ). При стресс-ЭхоКГ конечно-диастолический объем левого желудочка после нагрузки в обеих группах незначительно снизился (с $112,6 \pm 24,8$ мл до $104,8 \pm 30,6$ мл – в 1 группе, с $117,8 \pm 71,2$ мл до $106 \pm 65,3$ мл – во 2 группе), но конечно-систолический объем левого желудочка после нагрузки увеличился в 1 группе, в этой же группе отмечено снижение ФВ ЛЖ (с $60,4 \pm 6,7\%$ до $58,0 \pm 5,2\%$ – в 1 группе и с $57,7 \pm 14,0\%$ до $60,3 \pm 13,0\%$ – во 2 группе). Во 2 группе после КАГ выявлено статистически значимое многососудистое поражение коронарных артерий (стеноз на 70% и более), из которых 4 больным в последующем проведено стентирование коронарных артерий, 7 больным проведено аортокоронарное шунтирование. В 1 группе у 2 больных выявлено однососудистое поражение коронарных артерий, которым не требовалось проведение реваскуляризации.

Заключение. При выявлении достоверных признаков ишемии при стресс-эхокардиографии в виде снижения сократимости левого желудочка, участков дискинезии высока вероятность многососудистых поражений коронарных артерий, что требует проведения различных способов реваскуляризации.

РОЛЬ СПЕКЛ-ТРЕКИНГ ЭХОКГ В ОЦЕНКЕ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС

БЕКМЕТОВА Ф.М., АМИНОВ С.А., АЛИЕВА Р.Б., ДЖАББАРОВА Д.Х.,
ЮЛДАШОВ Б.А., ДОНИЕРОВ Ш.Н.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,
г. Ташкент. Узбекистан*

Цель исследования. Оценка диагностической точности глобальной продольной деформации левого желудочка для прогнозирования степени поражения коронарных артерий у больных ИБС.

Материал и методы. В исследовании участвовали 45 пациентов со стабильной стенокардией напряжения, ФК II–III по Канадской классификации. Средний возраст пациентов – $57,2 \pm 5,6$ лет. Анализ систолической функции ЛЖ проводился с помощью традиционной эхокардиографии (методом Симпсона). Определяли фракцию выброса (ФВ) и объемы ЛЖ (КДО и КСО). Показатели механики миокарда изучались с помощью спекл-трекинг ЭхоКГ. При этом изучались деформация-стрейн (S) и скорость движения миокарда (SR). ЭхоКГ-исследование выполняли на аппарате Siemens Acuson x 700 (Германия) секторным датчиком с частотой 4,0 МГц в В-, М-, D-режимах и режиме цветного доплеровского картирования. Всем пациентам была выполнена коронарография (КАГ) с последующей реваскуляризацией миокарда. Согласно полученным результатам КАГ пациенты были распределены на 2 группы: 1 группу составили 26 пациентов, у которых было обнаружено одно- или двухсосудистое поражение коронарного русла; во 2 группу были включены 19 пациентов с многососудистым поражением коронарных артерий.

Результаты. При анализе систолической функции ЛЖ выявлено статистически значимое различие между двумя группами при сравне-

нии объемов ЛЖ, индексов объемов ЛЖ и показателей ФВ в 4-и 2-камерных позициях. Степень выраженности систолической дисфункции у пациентов ИБС и многососудистым поражением КА была достоверно ниже, чем у пациентов ИБС с одно- или двухсосудистым поражением: $ФВ = 54,7 \pm 8,2\%$ и $46,9 \pm 8,2\%$ соответственно ($p < 0,01$). Объемные показатели ЛЖ также достоверно выше во 2 группе больных. Показатели систолического стрейна были статистически значимо ниже в группе пациентов ИБС с многососудистым поражением КА по сравнению с 1 группой: $S = -13,1 \pm 4,8\%$ ($p < 0,01$). Статистически значимое снижение показателей циркулярного стрейна у пациентов 1 группы обнаружено во всех сегментах. Аналогично показателям деформации у больных 2 группы установлено достоверно более выраженное снижение показателей систолической скорости деформации по сравнению с 1 группой: $SR = -0,97 \pm 0,12$ с–1 и $SR = -1,17 \pm 0,19$ с–1 соответственно ($p = 0,05$).

Заключение. Использование системы VVI позволяет обнаружить нарушения деформационных свойств миокарда левого желудочка у пациентов ИБС, посредством которой можно предопределить вероятность степени поражения коронарных артерий, что для получения более точных результатов требует изучения этой гипотезы на большей выборке больных.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АТЕРОСКЛЕРОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С СУТОЧНЫМ КОЛЕБАНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

БЕКМЕТОВА Ф.М., МАХКАМОВА Н.У., ХАШИМОВ Ш.У.

*Республиканский научно-практический специализированный центр кардиологии,
г. Ташкент. Узбекистан*

Цель исследования. Изучить влияние изменений суточного профиля артериального давления на ремоделирование экстракраниальных сосудов у больных с артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы исследования. Обследованы всего 218 больных обоего пола АГ, осложненной хроническими цереброваскулярными заболеваниями (ХЦЗ – дисциркуляторной энцефалопатией I, II, III стадий. Средний возраст составил $54,4 \pm 9,2$ лет, средняя длительность заболевания – $10,5 \pm 7,3$ лет. Контрольную группу составили 59 здоровых

лиц, сопоставимых по возрастной категории. Диагноз ХЦЗ устанавливался по градациям стадий дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ), основываясь на классификации, предложенной Е.В. Шмидтом и соавт. (1971), НИИ неврологии РАМН (Шток О.С., 2006, Кадыков А.С., 2006). Проводились анамнестические, клинико-лабораторные исследования липидного метаболизма, суточного мониторингирования артериального давления, оценка толщины комплекса интима-медиа (КИМ) каротидных артерий методом дуплексного сканирования.



Результаты исследования. По данным СМАД среднесуточные САД и ДАД нарастали по нарастанию тяжести ДЭ. Статистически значимые различия САД наблюдались между I и III стадиями ДЭ. Наблюдалась тенденция нарастания САД при высоких грациях ДЭ. Среди больных ЦВЗ значительно чаще наблюдались «нон-дипперы» (130–59,6%; ОШ – 7,79; 95% ДИ – 4,0–15,1; $p=0,0000$), чем «дипперы» (39–17,9%), «найт-пикеры» (41–18,8%) и «овер-дипперы» (8–3,7%). При анализе этого показателя по степени ДЭ выявлено преобладание «нон-дипперов» во всех группах: ДЭ – I (56,9%), ДЭ – II (59,6%) и ДЭ – III (62,0%). При ультразвуковом исследовании среди больных у 50,5% обнаружены гемодинамически незначимые атеросклеротические бляшки (АСБ), у здоровых старших возрастных категорий – 11,9%. Толщина КИМ сонных артерий у всех больных достоверно превышала, чем у здоровых. В сравнительном аспекте между стадиями ДЭ выявили тенденцию к увеличению значения КИМ с нарастанием стадии ДЭ. Так, толщина КИМ в груп-

пе ДЭ III стадии значимо выше, чем в группах ДЭ I и ДЭ II. Сравнительный анализ показателей ремоделирования магистральных артерий головы и мозгового кровотока в группах с различной степенью снижения ночного АД выявил большую выраженность атеросклеротических изменений у больных с меньшей степенью снижения ночного АД – «нон-дипперов». Так, у этих пациентов значительно чаще обнаруживали атеросклеротические бляшки, регистрировали достоверно большую частоту стенозов сонных артерий, а также деформаций сонных артерий.

Заключение. Выявлена взаимосвязь степени ремоделирования сонных артерий с изменениями суточного профиля артериального давления, преимущественно со снижением его в ночное время. Следовательно, нарушение нормального суточного профиля АД способствует прогрессированию недостаточности мозгового кровообращения и развитию цереброваскулярных расстройств.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ С КАЛЬЦИНОЗОМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И АОРТЫ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА СО СНИЖЕННОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТЬЮ КОСТНОЙ ТКАНИ

БЛАНКОВА З.Н.¹, САМСОНОВА Н.С.¹, ФЕДОТЕНКОВ И.С.¹, ШАРИЯ М.А.¹, ТЕРНОВОЙ С.К.¹, ОРЛОВСКИЙ А.А.², СВИРИДА О.Н.¹, АГЕЕВ Ф.Т.¹

¹ФГБУ «НМИЦ кардиологии» МЗ РФ;

²ФГБОУ ВО МГУ имени М.В. Ломоносова, г. Москва. Россия

Введение. Результаты исследований последних лет демонстрируют повышение риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у пациентов с остеопорозом. Реализацию кардиологических осложнений у таких больных связывают с процессами атеро- и атеросклероза, протекающих, вероятно, с более выраженной степенью кальцификации.

Цель работы. Оценить взаимосвязь артериальной жесткости с кальцинозом коронарных артерий (КА) и грудного отдела аорты (ГА) у пациентов высокого риска ССО со сниженной минеральной плотностью костной ткани (МПКТ).

Материал и методы. Обследованы 68 пациентов высокого риска ССО (возраст – 65 ± 9 года) с остеопенией (Т-критерий – от –1 до –2,5 SD ($n=48$)) и остеопорозом (Т-критерий $\leq -2,5$ SD ($n=20$)) по данным DEXA шейки бедра и поясничного отдела позвоночника, без ишемической болезни сердца, с гемодинамически незначимым атеросклерозом брахиоцефальных артерий. Методы: скорость пульсовой волны (СПВ, объемная

сфигмография), кальциевый индекс (КИ, мульти-спиральная компьютерная томография).

Результаты. У пациентов с наличием кальциноза КА (72%, $n=49$) наблюдались более высокие значения СПВ (14,2 (12,6; 15,8) м/сек) по сравнению с пациентами без кальциноза КА (28%, $n=19$) – 12,8 (11,6; 14,4) м/сек, $p<0,05$. Выявлена положительная корреляция величины КИ в ГА с уровнем СПВ ($r=0,34$, $p<0,05$). Разделяющее значение СПВ, при котором с чувствительностью 63% и специфичностью 61% можно предполагать наличие кальциноза коронарных артерий, составило 13,2 м/сек. Для обнаружения кальциноза ГА с чувствительностью 74% и специфичностью 68% разделяющее значение СПВ оказалось равным 12,7 м/сек.

Заключение. У пациентов высокого сердечно-сосудистого риска со сниженной МПКТ повышенные значения СПВ ассоциировались с обнаружением кальциноза КА и выраженностью кальциноза ГА. Предсказующие значения СПВ для обнаружения кальциноза у таких пациентов составили 13,2 м/сек и 12,7 м/сек – для КА и ГА соответственно.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЛИНЫ ТЕЛОМЕР ЛЕЙКОЦИТОВ СО СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ВИЦЕНЯ М.В.¹, ДОРОЩУК Н.А.¹, ПОТЕХИНА А.В.¹, ИБРАГИМОВА Н.М.¹, ПЕСТОВА А.Б.¹,
БАРИНОВА И.В.¹, СТЕНИНА М.Б.², ЧАЗОВА И.Е.¹, АГЕЕВ Ф.Т.¹

¹ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России;

²ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России. Россия

Введение. Укорочение длины теломер лейкоцитов (ДТЛ) – маркер биологического старения. Имеются свидетельства взаимосвязи ДТЛ с рядом ассоциированных с возрастом сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и злокачественных новообразований.

Цель. Оценить взаимосвязь ДТЛ со структурно-функциональными показателями сердечно-сосудистой системы (ССС) у больных раком молочной железы (РМЖ) до начала противоопухолевого лечения.

Материал и методы. Обследованы 66 женщин (50 [40; 57] лет) с HER2+РМЖ I–III стадии без значимых ССЗ. Из них 22 (33,9%) больных РМЖ страдали артериальной гипертензией (АГ). До начала противоопухолевого лечения проведены общеклиническое обследование, эхокардиография с определением фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) и общей продольной деформации ЛЖ (GLS), оценка толщины комплекса интима-медиа (ТИМ) методом ультразвукового дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий, скорости пульсовой волны на каротидно-фemorальном (СПВкф) и плече-лодыжечном (СПВпл) сегментах методами аппланационной тонометрии и объемной сфигмографии, соответственно, сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (CAVI) методом объемной сфигмографии, уровня высокочувствительного тропонина (Тн в/ч), СРБ, общего холестерина (ХС), глюкозы. У больных РМЖ и сопоставимых по возрасту женщин без онкологических заболеваний (группа сравнения, n=66) определяли ДТЛ методом полимеразной цепной реакции в реальном времени.

Результаты. У больных РМЖ до начала противоопухолевого лечения отмечено уменьшение ДТЛ по сравнению с женщинами без онкологических заболеваний соответствующего возраста – (57,6 [50,2; 62,7] против 65,4 [58,9; 75,0] относительных единиц (о.е.), $p < 0,001$). Группы больных РМЖ с наличием и отсутствием АГ значительно различались по ДТЛ (51,6 [45,2; 60,2] против 60,0 [55,1; 63,1] о.е., $p = 0,01$), возрасту (56 [52; 62] против 42 [35; 52,5] лет, $p < 0,0001$), индексу массы тела (ИМТ) (28 [25,3; 31,6] против 23,9 [20,2; 28] кг/м², $p < 0,01$), уровню систолического артериального давления (САД) 136,5 [120; 150] против 110 [100; 117,5] мм рт.ст., $p < 0,0001$), диастолического ар-

териального давления (ДАД) (85 [80; 90] против 70 [65; 75] мм рт.ст., $p < 0,0001$), GLS (–19,2 [–18,5; –21] против –22 [–20,5; –23,1]%, $p < 0,001$), ТИМ 0,65 [0,56; 0,76] против 0,51 [0,5; 0,58] мм, $p < 0,001$), СПВкф (8,8 [8,2; 9,7] против 7,3 [6,8; 8] м/с, $p < 0,001$), СПВпл (14,8 [13,8; 15,5] против 10,9 [10,1; 11,6] м/с, $p < 0,001$), CAVI (6,7 [6,5; 8] против 6,4 [6,1; 7,2], $p = 0,03$), ХС (5,9 [5,4; 6,3] против 5,4 [4,7; 6,2] ммоль/л, $p < 0,05$), глюкозы (6 [5,5; 6,5] против 5,2 [5; 5,8] ммоль/л, $p < 0,001$), Тн в/ч (2,3 [1,7; 2,5] против 0,9 [0,2; 2,0] пг/мл, $p = 0,0001$), соответственно. Для исключения влияния возраста на исследуемые параметры были сформированы 2 группы сопоставимых по возрасту больных РМЖ с наличием и отсутствием АГ (54,5 [50; 59] лет, $n = 17$ и 54,4 [50; 59] лет, $n = 17$, соответственно). После подобной коррекции по возрасту помимо уровня АД между группами сохранились различия по ДТЛ (50,5 [44,9; 57,8] против 59,5 [52,9; 63] о.е., $p = 0,03$), GLS (–19,8 [–19,2; –22] против –22,4 [–20,4; –23,8]%, $p = 0,04$), СПВкф (8,5 [7,7; 8,7] против 7,5 [7,1; 7,9] м/с, $p = 0,04$), СПВпл (13,8 [13; 15,5] против 11,4 [10,6; 12,2] м/с, $p < 0,001$), глюкозы 5,9 [5,6; 6,3] против 5,2 [5; 5,4] ммоль/л, $p < 0,001$. Не выявлены различия по ИМТ, ФВ ЛЖ, CAVI, ТИМ, ХС, СРБ, Тн в/ч. Корреляционный анализ выявил положительную взаимосвязь ДТЛ с GLS ($r = 0,33$), отрицательную – с возрастом ($r = -0,43$), ИМТ ($r = -0,38$), ТИМ ($r = -0,33$), СПВкф ($r = -0,27$), СПВпл ($r = -0,4$), Тн в/ч ($r = -0,31$), $p < 0,05$ во всех случаях. Не отмечено взаимосвязи ДТЛ с уровнем САД, ДАД, CAVI, СРБ, ХС и глюкозы. При проведении двухфакторного регрессионного анализа с введением в модель возраста ДТЛ не показала себя независимым предиктором величины изученных показателей.

Заключение. Продemonстрировано относительное укорочение ДТЛ у больных РМЖ до начала противоопухолевого лечения по сравнению с сопоставимыми по возрасту здоровыми лицами. У больных РМЖ наличие АГ ассоциируется с дополнительным независимым от возраста уменьшением ДТЛ, нарушением деформационных свойств миокарда ЛЖ, повышением жесткости артерий и уровня глюкозы. Существует взаимосвязь ДТЛ с показателями структурно-функционального состояния ССС у больных РМЖ, однако ДТЛ не является независимым от возраста параметром, определяющим эти показатели.



ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНЫХ КОНТРОЛИРУЕМЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА УПРУГОЭЛАСТИЧНЫЕ СВОЙСТВА АРТЕРИЙ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНТРАКОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ

ГАЙШУН Е.И., ЗАРАДЕЙ И.И., ЗАЯЦ М.В.

УЗ «1 городская клиническая больница», г. Минск. Беларусь

Цель исследования. Оценить влияние длительных контролируемых физических тренировок на упругие свойства артерий пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС), перенесших интракоронарное стентирование.

Материал и методы. В данном исследовании мы использовали методы оценки локальной жесткости и упругости артерий и придерживались следующей терминологии. Под растяжимостью артерии мы понимали ее способность увеличивать диаметр при возрастании давления, жесткость артерии – это величина обратная растяжимости. Эластичность означает способность материала сосудистой стенки деформироваться под действием какой-либо силы. Под наблюдением находилась группа из 45 мужчин в возрасте 45–56 лет с ОКС, перенесших интракоронарное стентирование. Пациенты были разделены на группы по 25 и 20 человек, сопоставимых по возрасту, уровню артериального давления (АД), характеру сопутствующей патологии, полноте реваскуляризации и проводимой медикаментозной терапии ($p < 0,05$). Критериями исключения были: стенотические поражения брахиоцефальных артерий и нарушение сосудистой геометрии. Все пациенты проходили реабилитацию в медицинских учреждениях республики Беларусь, где изначально физические тренировки выполнялись под контролем медицинского персонала по специально разработанным программам. На амбулаторном этапе пациенты первой группы выполняли ежедневные физические тренировки средней интенсивности (50–60% от выполняемой мощности при велоэргометрической пробе) продолжительностью

не менее 45 минут. Срок наблюдения составил 24 месяца. Пациенты включались в исследование на 3–4 сутки после чрескожного коронарного вмешательства. У всех пациентов измерялось АД методом Короткова и путем ультразвукового сканирования проводилось исследование (определение в М-режиме диаметров в систолу и диастолу и измерения толщины комплекса интимомедиа (КИМ) общей сонной артерии (ОСА). Растяжимость и эластичность ОСА оценивались с помощью известного индекса жесткости β и его модификации В, разработанной первым автором, которая описывается как отношение к β толщине КИМ.

Результаты. Для пациентов обеих групп были рассчитаны показатели β и В в начале исследования. По исходным оценкам эластичности и растяжимости пациенты были сопоставимы ($p < 0,05$). Кроме того, сравнение полученных показателей с нормативными значениями приводит к выводу, что у пациентов обеих групп была значимо ($p < 0,05$) повышена жесткость ОСА. Через 12 и 24 месяца вновь были проведены расчеты значений показателей и их изменений для ОСА в каждой группе. В обеих группах произошли позитивные изменения оценок эластичности и растяжимости ОСА. Однако если в первой группе изменения показателей достаточно велики (11–20%), то во второй группе они заметно меньше (3,2 – 9%).

Заключение. Регулярные контролируемые физические тренировки позитивно влияют на упругие свойства артерий и являются эффективным методом реабилитации и вторичной профилактики у данной категории пациентов.

ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

ДЖУРАЕВА Н.М., МАХКАМОВ Н.К., БАБАДЖАНОВ С.А., АНВАРОВ Ж.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени акад. В. Вахидова», г. Ташкент. Узбекистан

Цель. Оценить характер особенностей МСКТ-ангиографии у больных с МФА.

Материал и методы. Проведен анализ результатов обследования и эндоваскулярного лечения 47 больных с мультифокальным поражением ко-

ронарных и экстракраниальных артерий. МСКТ-ангиография выполнена по стандартной методике у 47 пациентов. Возраст пациентов колебался от 56 до 80 лет (в среднем – $58,2 \pm 1,2$ лет). Из них 38 (80,8%) пациентов были мужского и 9 (19,14%)

женского пола. Степень сужения ВСА варьировала от 70 до 95%, в среднем составив $86,7 \pm 8,2\%$.

У 28 (62,2%) пациентов в анамнезе отмечались ОНМК, у 17 (37,7%) больных имели место общемозговые симптомы нарушения кровообращения. Стенокардия напряжения III функционального класса (ФК) отмечалась у 40 (85,1%) пациентов, IV ФК – у 7 (14,8%) больных, инфаркт миокарда в анамнезе перенесли 28 (59,5%) пациентов, артериальная гипертензия – у всех пациентов. У 42 пациентов (89,3%) отмечался сахарный диабет.

Результаты. У большинства (83,0%) пациентов при МСКТ-ангиографии имел место равномерный тип коронарного кровоснабжения, реже – правый и левый типы (12,8 и 4,3%). Атеросклеротические бляшки, не вызывающие гемодинамически значимого сужения, выявлены у 61,7% пациентов в 101 артерии, в 190 сегментах. Они располагались чаще в проксимальных (51,1%) и в медиальных (29,8%), реже в дистальных (6,4%) сегментах и в боковых ветвях (10,6%). Гемодинамически значимые стенозы обнаружены у 44 пациентов в 62 артериях, в 83 сегментах, из которых медиальные составляли 46,8%, проксимальные – 29,8%, дистальные – 6,4%, боковые ветви – 10,6%.

С целью определения факторов, влияющих на изменение плотности бляшки каротидного и ко-

ронарного русла, был проведен регрессионный анализ в отношении традиционных факторов риска развития атеросклероза и ИБС. В результате для обоих бассейнов отмечена достоверная сильная связь плотности бляшки лишь с возрастом ($r=0,562$) и наличием сопутствующего сахарного диабета ($r=0,448$).

Рентгеновская плотность бляшек коронарных артерий, измеренная в единицах Хаунсфилда, в группах достоверно не различалась независимо от возраста. При этом эквивалентная плотность бляшек была достоверно ниже у молодых пациентов в обеих сравниваемых группах. Преимущественно это происходит за счет увеличения количества кальцинированных БЦА у пациентов старше 60 лет. В первой подгруппе среднее количество кальцинированных БЦА – $0,40 \pm 0,07$, во второй подгруппе – $1,12 \pm 0,22$. Прогрессирование кальциноза каротидного русла в старшей возрастной группе связано с множеством традиционных факторов: АГ, курение, дислипидемия, нарушения углеводного обмена.

Выводы. В результате исследования отмечена высокая распространенность кальциноза сосудистого русла у больных МФА, особенно в старшей возрастной группе.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

ЖМУРОВ Д.В., ЖМУРОВ В.А., КОВАЛЬЧУК Д.Е., ТОЛСТОУХОВА Н.В.

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень. Россия

Введение. Замедление прогрессирования сердечно-сосудистых осложнений у больных с хронической болезнью почек (ХБП) остается важнейшей проблемой.

Цель работы. Установить особенности ремоделирования левого желудочка у больных ХБП в сочетании с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследованы 117 больных с ХБП С1-С4, работников железнодорожного транспорта с АГ 1-2 степени (48 и 52% соответственно). Обследование включало сбор жалоб, анамнез, физикальное исследование по органам и системам, измерение артериального давления аппаратом Microlife BP AG-10 (Швейцария), ЭхоКГ проводили на аппарате Phillips (США), типы ремоделирования левого желудочка выделяли по Ganau A. et al. (2007).

Результаты. Анализируя типы ремоделирования левого желудочка в зависимости от стадии ХБП, отмечено, что нарушение геометрической адаптации нарастает по мере увеличения стадии

ХБП. Нормальная геометрия левого желудочка встречается только в 25% случаев у пациентов с ХБП С4. Концентрическое ремоделирование миокарда также увеличивается по мере прогрессирования ХБП, достигая максимальных значений (25%) у больных с ХБП С4. Концентрическая гипертрофия левого желудочка выявляется у больных ХБП, начиная со 2 стадии заболевания и достигает максимальных значений у больных с ХБП С3. Эксцентрическая гипертрофия левого желудочка выявляется у больных уже с 1 стадией ХБП (25%) и достигает максимальных значений у больных с ХБП С3 (39,1%), несколько снижаясь у больных с ХБП С4 (35%).

Заключение. Проведенные исследования выявили высокий процент прогностически неблагоприятного варианта ремоделирования левого желудочка – эксцентрической гипертрофии у больных с АГ и ХБП, что определяет высокий риск сердечно-сосудистых событий у данной категории пациентов.



ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗИ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ

ИВАНОВА О.С., МАЙЧУК Е.Ю., ВОЕВОДИНА И.В., ПЕРЕДЕРКО А.В.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗ РФ. Россия

Цель исследования. Изучение взаимосвязи факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний с показателями артериальной ригидности у женщин в различных возрастных группах.

Материал и методы. Среди медицинских работников обследованы 105 женщин, которые были разделены на 3 группы: I группа – 25 пациенток (24%) в возрасте от 18 до 30 лет (средний возраст – $23 \pm 2,5$ лет); II группа – 38 пациенток (36%) – от 31 года до наступления менопаузы (средний возраст – $40,9 \pm 6,0$ лет); III группа – 42 пациентки (40%) в периоде постменопаузы, из них: IIIa группа – 33 женщины (79%) с естественной менопаузой (средний возраст – $56,2 \pm 5,0$ лет) и IIIб группа – 9 женщин (21%) с хирургической менопаузой (средний возраст – $52 \pm 7,7$ лет). Всем женщинам проведено анкетирование, определение антропометрических параметров, исследование артериальной ригидности, суточное мониторирование артериального давления с определением динамики центрального аортального давления.

Результаты. Курение встречалось с одинаковой частотой во всех группах (64, 50, 56% соответственно), кроме пациенток IIIa группы (39%). Отягощенная наследственность в отношении сердечно-сосудистых заболеваний выявлена у 76% женщин I группы, 61% – II группы, в IIIa и IIIб группах – 64 и 78% соответственно. Избыточная масса тела отмечена у 8% пациенток I группы; у 15,8% женщин II группы, из них ожирение I ст. выявлено у 21% обследуемых, ожирение II ст. – у 7,9%, ожирение III ст. – у 5,3% женщин. 29% женщин данной группы имели абдоминальный тип ожирения. В IIIa группе у 33,3% пациенток отмечено ожирение I ст., у 36% – избыточная масса тела, у 9% – ожирение II ст. Абдоминальный тип ожирения у 45% женщин данной группы. В IIIб группе у 33,3% женщин выявлено ожирение I ст., которое не всегда сочеталось с его абдоминальным типом (44%). Избыточная масса тела – у 44,4% пациенток. Артериальная гипертензия отсутствовала у пациенток I группы, в большем проценте (91%) была выявлена у женщин IIIa группы, 67% – IIIб группы и у 47% пациенток II группы. Патологическое течение беременности было выявлено во всех группах обследуемых: у 16% I группы; у всех рожавших (84%) II группы;

в IIIa группе из 94% рожавших женщин у 71% отмечена патология. В IIIб группе среди 78% рожавших женщин патологию беременности имели 38%. В I группе аборт совершали 8% женщин, во II группе – 50%, в IIIa группе – 76%, IIIб группе – 25% женщин. Среднее значение каротидно-фemorальной скорости пульсовой волны (кфСПВ) в I группе составило 7,5 м/с, у 12% показатель превысил пороговое значение (10 м/с). Во II группе кфСПВ 10,4 м/с, пороговое значение превышено у 37%. В IIIa группе кфСПВ 12,6 м/с, пороговое значение превышено у 64%. В IIIб группе кфСПВ 11,8 м/с, пороговое значение превышено у 67%. Среднесуточное значение СПВ в аорте (PWVao) в I группе составило 9,2 м/с, у 20% показатель превышал пороговое значение 10 м/с. Во II группе PWVao 11,1 м/с, пороговое значение превышено в 79%. В IIIa группе PWVao 12 м/с, пороговое значение превышено в 94%. В IIIб группе PWVao 11,7 м/с, пороговое значение превышено в 88%. Среднее значение сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (CAVI) в I группе составило $5,9 \pm 0,56$, расчетный возраст сосудов превышает фактический в 8%. Во II группе CAVI – $6,76 \pm 1,12$; превышение фактического возраста у 13% женщин. В IIIa группе CAVI – $7,7 \pm 0,82$; расчетный возраст сосудов превышает фактический у 18%. В IIIб группе CAVI $7,55 \pm 1,09$; превышение фактического возраста у 22%. Отмечено увеличение значений всех вышеперечисленных показателей артериальной ригидности с возрастом. Отмечена средняя и высокая положительная корреляция показателей среднесуточной PWVao и кфСПВ с ИМТ во всех группах. Во всех группах обследуемых выявлена отрицательная корреляция CAVI с ИМТ. Высокая положительная корреляция вышеперечисленных показателей артериальной ригидности с наличием абдоминального ожирения получена только в группе женщин с хирургической менопаузой.

Заключение. Вне зависимости от возраста выявлена высокая частота встречаемости факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний во всех группах. С возрастом отмечено прогрессирование и увеличение количества факторов риска в сочетании с ростом артериальной ригидности. Выявлено различное влияние метаболических факторов на СПВ и CAVI.

СВЯЗЬ ЛОКАЛИЗАЦИИ СТЕНОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И ПРОДОЛЬНОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ МИОКАРДА В КОМБИНАЦИИ С ИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ У ПОСТИНФАРКТНЫХ ПАЦИЕНТОВ

КАРПОВА И.С., АТРОЩЕНКО Е.С., КОЗЛОВ И.Д.

Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск. Беларусь

Эхокардиография (ЭхоКГ) является основным методом определения глобальной и сегментарной сократимости сердца. Определение продольной систолической деформации миокарда (ПСДМ) левого желудочка (ЛЖ) может являться чувствительным маркером его дисфункции.

Цель работы. Изучение нарушений локальной сократимости миокарда при постинфарктном кардиосклерозе с помощью спекл-трекинг ЭхоКГ на фоне пробы с кистевой изометрической нагрузкой в зависимости от локализации стенотического поражения бассейнов коронарных артерий.

Материал и методы. В исследование включены 116 пациентов среднего возраста – 63,9 (61,0; 67,0) с постинфарктным кардиосклерозом, с фракцией выброса левого желудочка $\geq 50\%$. Пациенты проходили общеклиническое обследование, включая трансторакальную ЭхоКГ на ультразвуковом аппарате Vivid-9 (GENC, США). Также выполнялась КАГ либо КТ коронарография на томографе премиум-класса Siemens Somatom Force. Пациенты были разделены на 2 группы: коронарные стенозы бассейна левой коронарной артерии (ЛКА) – I группа (50 человек) и коронарные стенозы бассейна правой коронарной артерии (ПКА) – II группа (66 человек). ПСДМ ЛЖ определялась во время ЭхоКГ в двух-, трех и четырехкамерной позициях сердца в исходном состоянии и на высоте кистевой изометрической нагрузки. Изометрическую нагрузку проводили с помощью двух кольцевых кистевых эспандеров, которые пациенты с максимальным усилием сжимали в каждой руке в течение 3 минут. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью пакета программ STATISTICA 7.0. Данные представлены в виде медианы и 25-й и 75-й перцентилей (LQ-UQ).

Результаты. Среди пациентов обеих групп было одинаковое число лиц с многососудистым поражением и наличием значимых стенозов коронарных артерий (40% в I и 41% во II группе). Нарушения сегментарной сократимости миокарда по данным спекл-трекинг ЭхоКГ были более выраженными в группе пациентов с коронарными стенозами бассейна ЛКА как в исходном состоянии, так и на высоте кистевой изометрической нагрузки, в сравнении с лицами с коронарными стенозами бассейна ПКА. У них определялось достоверно больше зон гипокинезов ($p=0,0001$) и был достоверно выше индекс локальной сократимости (ИЛС) как в исходном состоянии ($p=0,002$), так и на высоте кистевой изометрической нагрузки ($p=0,00001$). Кистевая изометрическая проба по выявлению ишемической реакции оказалась положительной у 96% пациентов I группы и 94% пациентов II группы. Однако ухудшение локальной сократимости как ишемическая реакция произошло в 169 сегментах у пациентов I группы (в среднем в 3–4 сегментах) и в 194 сегментах II группы (в среднем в 2–3 сегментах). Напротив, несколько больше участков жизнеспособного миокарда по данным динамики ПСДМ на фоне изометрической нагрузки наблюдалось у лиц II группы (236 сегментов) против 159 в I группе.

Заключение. Таким образом, по данным спекл-трекинг пациенты с коронарными стенозами бассейна ЛКА характеризуются более выраженными нарушениями сегментарной сократимости миокарда, меньшим числом жизнеспособных сегментов и, напротив, более значимым числом сегментов с ухудшением локальной сократимости в ответ на кистевую изометрическую нагрузку.

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ, ПРИЧАСТНЫХ К РЕГУЛЯЦИИ СОКРАТИМОСТИ СОСУДОВ И МИОКАРДА

КОЖЕВНИКОВА Л.М.¹, ЦОРИН И.Б.², ВИТИТНОВА М.Б.², КРЫЖАНОВСКИЙ С.А.²

¹ФГБНУ «НИИ общей патологии и патофизиологии»;

²ФГБНУ «НИИ фармакологии имени В.В. Заварова». Россия

Введение. С возрастом в тканях и органах происходят различные структурные и функциональные изменения, предшественниками или проявлением которых являются изменения на уровне экспрессии генов, связанных с сигналь-

ными каскадами. Понимание, в какой степени эти изменения способствуют адаптации или развитию сердечно-сосудистых заболеваний, ассоциированных с возрастом, является чрезвычайно важным.



Цель исследования. Изучение влияния возраста на экспрессию рецепторных и регуляторных белков, участвующих в регуляции сократимости и в процессах ремоделирования сосудов и миокарда.

Материал и методы. Объектом исследований были рецепторы для ангиотензина II (AT1AR), катехоламинов (α 1-AR), эндотелина-1 (ETAR и ETBR), вазопрессина (V1AR), серотонина (5HT2AR), глюкокортикоидов (GR). Оценивали экспрессию сигма рецепторов (Sig-R), белков Ерас и кальмодулина (CaM). Исследования проводили на беспородных крысах-самцах в возрасте 4, 12, 24 и 30 месяцев. Выделение РНК из тканей сердца и аорты проводили с помощью реактива TRI® Reagent, синтез кДНК с помощью набора RevertAid™ H Minus First Strand cDNA Synthesis Kit согласно протоколу производителей. ПЦР-РВ проводили на амплификаторе CFX96™ Real-Time PCR Detection Systems.

Результаты. Установлено, что с возрастом повышается чувствительность сосудов к вазоконстрикторному действию серотонина, что обусловлено высоким уровнем экспрессии гена 5HT2AR, посредством которого осуществляется вазоконстрикторный эффект моноамина. Уровень мРНК 5HT2AR в аорте стареющих крыс был в 2–2,5 раза выше по сравнению с аналогичными величинами у молодых животных (4 мес). Гиперэкспрессия гена V1A-R в аорте наблюдается только у крыс старше 24 месяцев (более чем в 3 раза по сравнению с контролем). В то же время в процессе старения у крыс (24 мес) существенно не меняется уровень экспрессии гена ангиотензиновых рецепторов AT1A-типа, напротив, наблюдается тенденция к его снижению, незначительно возрастает (в 1,5 раза) уровень мРНК для α 1-AR. Выявлено, что в процессе старения (12, 24 мес) в аорте крысы нарушается баланс в экспрессии генов, ответственных за синтез эндотелиновых рецепторов: в 2 раза снижается уровень мРНК ETA-R, и, напротив, в 2 раза увеличивается для ETB-R. Эффекты эндотелина-1 в сердечно-сосудистой системе определяются соотношением активно-

стей рецепторов ETA-/ETB-типа, и дисбаланс этих рецепторов является патогенетическим фактором развития целого ряда заболеваний. Полученные данные о разнонаправленном характере изменения экспрессии этих рецепторов свидетельствуют о важной роли локальной эндотелиновой системы в механизмах старения сосудов. В аорте стареющих крыс (12, 24 мес) выявлено умеренное повышение (в 1,5 раза) уровня экспрессии генов белков Ерас1 и Ерас2 и значительное – в сосудах крыс-долгожителей (30 мес) (в 4,2 и 2,4 раза, соответственно по сравнению с сосудах молодых крыс). Сосуды крыс-долгожителей характеризуются высоким уровнем экспрессии гена α 1-AR, превышающим более чем в 8 раз уровень их экспрессии в сосудах крыс в возрасте 12 и 24 месяцев. В аорте крыс-долгожителей уровень экспрессии гена ETB-R был в 4 раза выше, чем у старых крыс (24 мес), и в 3 раза возрастала, а не снижалась экспрессия гена ETA-R. Является ли это проявлением возрастных физиопатологических процессов или особенностями регуляции сосудистого тонуса у крыс-долгожителей еще предстоит выяснить. Значительные возрастные изменения выявлены и в сердце крыс. В процессе старения в предсердиях и левом желудочке крыс повышается экспрессия генов, причастных к ремоделированию миокарда, таких как β -AR, V1A-R и ETA-R. У крыс-долгожителей наблюдается низкий уровень мРНК для β 1-AR, что может являться одной из причин снижения сократительной функции миокарда. Выявленная в стареющем сердце гиперэкспрессия белков Ерас2 и CaM свидетельствует о высокой степени риска развития аритмий.

Заключение. Таким образом, с возрастом в сосудах и сердце развиваются значительные изменения на уровне экспрессии рецепторных и регуляторных белков, которые могут лежать в основе нарушения сократительной функции сосудов и миокарда, и быть одним из механизмов развития заболеваний, ассоциированных с возрастом.

КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫЕ НАГРУЗОЧНЫЕ ТЕСТЫ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО РИСКА

КУЛАГИНА Т.Ю., НИКОДА В.В., ВЫЖИГИНА М.А.

ФГБНУ «РНЦХ им акад. Б.В. Петровского». Россия

Введение. Исследование посвящается чрезвычайно актуальной и важной проблеме: обеспечению безопасности некардиохирургических вмешательств у пациентов. По данным разных авторов, показатель смертности при больших внесердечных операциях вследствие сердечно-сосудистой патологии колеблется от 0,5 до 2,1%, а частота

послеоперационных осложнений со стороны сердца – от 2 до 4,4%.

Цель. Изучить роль кардиореспираторного нагрузочного теста в предоперационной оценке риска у больных перед большими абдоминальными и торакальными вмешательствами.

Материал и методы. В рамках настоящего исследования мы провели кардиореспираторный нагрузочный тест (КАРЕН-тест) у 87 пациентов, средний возраст – 68(8) лет. Заболевания бронхолегочной системы были у 35%, заболевания ЖКТ – у 65% больных. Сопутствующие заболевания: ИБС – у 57% больных; постинфарктный кардиосклероз – у 10%; артериальная гипертензия – у 43%; нарушения ритма различной степени выраженности – у 7% и др. Всем обследованным пациентам выполнены радикальные хирургические вмешательства. Нагрузочный тест проводили в формате ВЭМ с газоанализом и стресс-эхокардиографией по протоколу WHO (25*2') или ramp.

Результаты. Продолжительность КАРЕН-теста у всех больных была более 6 мин. На пике нагрузки у всех больных наблюдалась субмаксимальная ЧСС. В зависимости от потребления кислорода на

уровне вентилаторного порога (ВП) все больные были разделены на две группы: I – VO_2 /кг ВП1 <11 мл/кг/мин – 37 человек (43%), II – VO_2 /кг ВП1 >11 мл/кг/мин – 50 человек (57%). Отношение пикового потребления кислорода к максимальному расчетному потреблению кислорода в группе I составило 64(13)%, а в группе II – 73(14)%. В группе I время в реанимации – 0,4–28 дней, госпитальный послеоперационный период от 10 до 54 дней; в группе II время в реанимации – 0,4–4 дней, госпитальный послеоперационный период – от 3 до 12 дней. Наиболее частые осложнения в периоперационном периоде: нарушения ритма сердца, дыхательная недостаточность, НМК.

Заключение. КАРЕН-тесты должны стать одним из ключевых звеньев для определения прогноза, выработки лечебной тактики.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕФОРМАЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

КУРБАНОВ Р.Д., БЕКМЕТОВА Ф.М., АЛИЕВА Р.Б., ЮЛДАШЕВ Б.А., АМИНОВ С.А.,
ДОНИЕРОВ Ш.Н., ДЖАББАРОВА Д.Х.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан*

Цель исследования. Оценка параметров глобальной продольной деформации левого желудочка у больных ИБС.

Материал и методы исследования. В исследовании участвовали 66 пациентов со стабильной стенокардией напряжения, ФК II–III по Канадской классификации. Средний возраст пациентов – $53,9 \pm 5,6$ лет. Анализ систолической функции ЛЖ проводился из апикальной четырехкамерной позиции и из парастернальной позиции по короткой оси на уровне папиллярных мышц с помощью традиционной эхокардиографии (методом Симпсона) и программы Velocity Vector Imaging (VVI). Анализировали показатели скорости движения миокарда (SR), деформацию-стрейн (S), фракцию выброса (ФВ) и объемы ЛЖ (КДО и КСО). ЭхоКГ-исследование выполняли на аппарате Siemens Acuson x 700 (Германия) секторным датчиком с частотой 4,0 МГц в В-, М-, D-режимах и режиме цветного доплеровского картирования. Изображение (CDMI) было записано на протяжении трех сердечных циклов в соответствии с рекомендациями Американского общества эхокардиографии (ASE). Изображения были сохранены в цифровом виде в формате кинопетли в памяти сканера. Сохраненные в цифровом виде наборы данных CDMI обрабатыва-

лись в автономном режиме с помощью программного обеспечения Tomtec (Германия).

Пациенты были разделены на две группы: в первую группу вошли 45 пациентов с ишемической болезнью сердца; во вторую группу – 21 здоровый пациент. В обеих группах пациенты были сопоставимы по полу и возрасту.

Результаты исследования. При анализе систолической функции ЛЖ выявлено статистически значимое различие между двумя группами при сравнении объемов ЛЖ, индексов объемов ЛЖ и показателей ФВ в 4-и 2-камерных позициях. В 1 группе больных отмечалась умеренная систолическая дисфункция ЛЖ: ФВ – $50,6 \pm 8,2\%$. Показатели продольного стрейна были статистически значимо ниже в группе пациентов с ИБС по сравнению со здоровыми лицами: $S = -15,71 \pm 3,58\%$ ($p = 0,0001$). Аналогично показателям деформации у больных ИБС установлено снижение показателей скорости деформации по сравнению со здоровыми лицами: $SR = -1,10 \pm 0,32 \text{ с}^{-1}$ ($p = 0,05$).

Заключение. У пациентов ИБС с сохранной систолической функцией определяются нарушения деформационных свойств миокарда левого желудочка, что подчеркивает информационность и важность изучения параметров VVI.



ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС И КАРДИОРЕНАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

МУРКАМИЛОВ И.Т.¹, АЙТБАЕВ К.А.², ФОМИН В.В.³

¹КГМА им. И.К. Ахунбаева; ²НИИ молекулярной биологии и медицины;
³ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова, г. Москва. Россия

Введение. Во всем мире наблюдается увеличение продолжительности жизни населения, а следовательно, и рост удельного веса сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). При этом в развитии ССЗ у лиц пожилого и старческого возраста играют роль также почечная дисфункция и цитокиновый статус.

Цель исследования. Изучить цитокиновый статус и кардиоренальные взаимоотношения у лиц пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. Методом сплошной выборки в исследование были включены 139 пациентов в возрасте от 60 до 88 лет (средний возраст – 67 ± 6 года). Из них мужчины – 62 (44,6%), женщины – 77 (55,4%). Всем пациентам, помимо общеклинического обследования, была проведена эхокардиография (ЭхоКГ) с оценкой конечного систолического размера (КСР), конечного диастолического размера (КДР), толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП), толщины задней стенки (ТЗС), фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) и размера левого предсердия (ЛП) на аппарате «Vivid Q» датчиком 3,5–5,0 МГц. Измерение центрального артериального давления (ЦАД) выполнено на аппарате «АнгиоСкан». Исследовали концентрацию фактора некроза опухоли – альфа (ФНО-а), интерлейкина (ИЛ)-10, цистатина С и общего холестерина (ОХС) сыворотки крови. Для оценки почечной функции рассчитывали скорость клубочковой фильтрации (СКФ) на основе содержания цистатина С плазмы крови по методике F.J. Ноек. В зависимости от показателя СКФ пациенты были разделены на 2 подгруппы: 1 подгруппа ($n=76$) с расчетной СКФ (рСКФ) менее 60 мл/мин; 2 подгруппа ($n=63$) с рСКФ более 60 мл/мин. Число женщин составило в 1 подгруппе 37 и во 2 подгруппе – 40. Обследованные подгруппы по гемодинамическим параметрам были схожими. Статистический анализ проводился с помощью Statistica 10.0.

Результаты. В результате обследования лиц пожилого и старческого возраста со снижением рСКФ менее 60 мл/мин. были выявлены следующие

показатели: возраст – 68 ± 7 лет, систолическое артериальное давление (САД) – 141 ± 27 мм рт. ст., диастолическое артериальное давление (ДАД) – 84 ± 12 мм рт.ст., ЦАД – 138 ± 25 мм рт.ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) – 79 ± 17 уд/мин., индекс массы тела (ИМТ) – $28,1 \pm 5,59$ кг/м², КДР ЛЖ – $5,16 \pm 0,62$ см, КСР ЛЖ – $3,36 \pm 0,71$ см, ТМЖП – $1,0 \pm 0,16$ см, ТЗС ЛЖ – $0,99 \pm 0,15$ см, размер ЛП – $4,10 \pm 0,56$ см, ФВ ЛЖ – $62 \pm 11\%$, содержание ОХС – $4,46 \pm 1,25$ ммоль/л. Медиана межквартильного диапазона составила для концентрации цистатина С – 1,68 (1,42; 2,96) мг/л, ФНО-а – 1,03 (0,50; 4,16) пг/мл, ИЛ 10 – 3,33 (0,80; 14,92) пг/мл, рСКФ – 43,3 (22,7; 52,0) мл/мин. У обследованных подгрупп пожилого и старческого возраста с рСКФ более 60 мл/мин. (2 подгруппа) были выявлены следующие показатели: возраст – 65 ± 5 лет, САД – 139 ± 24 мм рт.ст., ДАД – 87 ± 11 мм рт.ст., ЦАД – 139 ± 24 мм рт.ст., ЧСС – 75 ± 14 уд/мин., ИМТ – $27,8 \pm 5,72$ кг/м², КДР ЛЖ – $5,02 \pm 0,38$ см, КСР ЛЖ – $3,14 \pm 0,45$ см, ТМЖП – $0,94 \pm 0,14$ см, ТЗС ЛЖ – $0,93 \pm 0,12$ см, размер ЛП – $3,79 \pm 0,42$ см, ФВ ЛЖ – $66 \pm 7\%$, содержание ОХС – $4,74 \pm 0,94$ ммоль/л. Медиана межквартильного диапазона составила для концентрации цистатина С 1,06 (0,94; 1,13) мг/л., ФНО-а – 1,00 (0,50; 1,76) пг/мл., ИЛ 10 – 2,04 (1,08; 5,67) пг/мл., рСКФ – 71,4 (67,7; 81,1) мл/мин. Корреляционный анализ показал, что между ЧСС и концентрацией цистатина С ($r=0,244$; $p=0,006$), между содержанием ФНО-а и ЧСС ($r=0,253$; $p=0,004$) имеется положительная взаимосвязь и обратная связь между ФНО-а и величиной рСКФ ($r=-0,227$; $p=0,011$).

Заключение. Сравнительный анализ показал, что у пациентов пожилого и старческого возраста со снижением СКФ отмечается достоверное увеличение левого предсердия ($p<0,05$), конечного систолического размера ($p<0,05$), толщины межжелудочковой перегородки ($p<0,05$) и задней стенки левого желудочка ($p<0,05$) по сравнению с пациентами при отсутствии снижения СКФ.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АДАПТИВНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ БОРЦОВ В ЖАРКОМ КЛИМАТЕ

МУХАММЕТГУЛЫЕВА О.С.¹, ПАТЫШАГУЛЫЕВ А.А.², САЙФУЛЛАЕВА Г.А.¹

¹Больница с научно-клиническим центром физиологии;

²Туркменский государственный медицинский университет

Введение. При определении степени адаптации высококвалифицированных спортсменов к различным факторам внешней среды основное внимание уделяется сердечно-сосудистой системе (ССС). Ремоделирование сердца (РС) служит универсальным индикатором компенсаторно-приспособительных реакций при адаптации к экстремальным спортивным нагрузкам в жарком климате. В последние годы при оценке дезадаптивности РС в связи с неоднозначностью представлений о нормальных и патологических значениях массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и его гипертрофии (ГЛЖ) распространение получила концепция «непропорционально высокой (НВ) ММЛЖ» и было введено понятие коэффициента диспропорциональности (КД) увеличения ММЛЖ. При оценке функционального состояния ССС у элитных спортсменов в нашей стране подобные исследования ранее не проводились.

Цель работы. Изучение значений КД увеличения ММЛЖ в динамике тренировочного процесса у элитных спортсменов в национальных видах борьбы и его сопряженности с остальными показателями РС и взятыми интегральными показателями функционального состояния организма.

Материал и методы. Обследован 21 спортсмен в возрасте в среднем $22 \pm 1,0$ лет, со стажем занятий национальными видами борьбы в среднем $9,3 \pm 3,4$ лет. Эхокардиография (ЭхоКГ) проводилась в пред- и постсоревновательный периоды тренировочного процесса. ГЛЖ устанавливалась в случае увеличения толщины межжелудочковой перегородки (Тмжп) и задней стенки ЛЖ (Тзслж) более 11мм, величины индекса ММЛЖ (ИММЛЖ) – более 110 г/м^2 . КД увеличения ММЛЖ вычисляли по формуле G. Simone et al. (1998), и согласно его индивидуальным значениям борцы были разбиты на 2 группы: 1-ая с $<128\%$, т.е. с пропорциональной ММЛЖ и 2-ая – с $>128\%$, т.е. с НВ ММЛЖ.

Результат. Согласно индивидуальным значениям ЭхоКГ-показателей, у наших элитных борцов выявлено 2 варианта адаптивного РС со следующими особенностями: на фоне сохраненных значений размеров ЛЖ, его фракций выброса и сократимости, ИММЛЖ и значений относительной толщины стенок (ОТС) до 0,47 найден рост свыше 12 мм толщины стенок ЛЖ, который при 1-ом варианте касался Тмжп, а при 2-ом – Тзслж. В предсоревновательный период борцы с НВ ММЛЖ составили 18, а с пропорциональной ММЛЖ лишь

3 человека. Причем умеренный КД увеличения ММЛЖ был найден у 8, сильно выраженный – у 6 и слабовыраженный – у 4 борцов. При многовариантном корреляционном анализе обнаружилась следующая ситуация: со значением НВ ММЛЖ коррелировали значения индекса Кетле (ИК) ($r=0,50$); конечно-диастолического размера (КДР) ЛЖ ($r=0,60$); коэффициента выносливости (КВ) ($r=0,50$) и адаптационного потенциала системы кровообращения (АПСК) ($r=0,40$). У лиц с пропорциональной ММЛЖ были выявлены связи КД увеличения ММЛЖ со значениями ИК ($r=0,80$); размеров устья аорты (Ао) ($r=-0,80$) и левого предсердия (ЛП) ($r=-0,80$); КДР ЛЖ ($r=0,40$); ОТС ЛЖ ($r=0,60$); ОТмжп ($r=0,60$) и ОТзслж ($r=0,70$). Интересным было нахождение его связей в 67 % с гипокинетическим типом кровообращения (ТК) с $r=-0,96$ и в 33 % случаев с эукинетическим ТК с $r=0,91$. В постсоревновательный период борцы с НВ ММЛЖ составили 15 и с пропорциональной ММЛЖ 6 человек. Причем умеренный КД увеличения ММЛЖ был найден у 7, сильно выраженный – у 3 и слабовыраженный – у 5 борцов. Со значением НВ ММЛЖ тесно коррелировали значения ИК ($r=0,70$); КДР ЛЖ ($r=0,60$); индекса напряжения ($r=0,60$); АПСК ($r=0,60$); уровня испытываемого стресса и гипокинетический ТК (оба с $r=0,50$). У лиц с пропорциональной ММЛЖ были выявлены разнонаправленные связи КД увеличения ММЛЖ со значениями Ао ($r=0,50$); КДР ($r=0,90$) и конечно-систолического размера ЛЖ ($r=0,80$); ОТС ЛЖ ($r=-0,60$); ОТмжп ($r=-0,60$) и ОТзслж ($r=-0,50$) и в 67 % случаев выявилась связь с гипокинетическим ТК ($r=-0,90$). Борцам с выявленными дезадаптивными состояниями были проведены оздоровительные мероприятия и внесены индивидуальные коррекции в тренировочный процесс, что привело к быстрой их регрессии и позволило достичь призовых мест в турнире «Азиада – 2017».

Заключение. Показатель КД увеличения ММЛЖ может быть рекомендован в качестве дополнительного надежного ЭхоКГ-критерия оценки текущего функционального состояния высококвалифицированных спортсменов и раннего маркера дезадаптивных изменений ССС. Выявленные варианты адаптивных реакций ССС были определены не только характером и стажем тренировочного процесса, но и индивидуальными, генетически детерминированными особенностями организма борцов. Результаты исследования согласовывались с кон-



цепцией «синдрома аридного напряжения» и дополнили данные о физиологических особенностях механизмов долговременной адаптации ССС элит-

ных спортсменов к особенностям тренировочного процесса в национальных видах борьбы в жарком климате.

ВЛИЯНИЕ ЖИРОРАСТВОРИМОЙ ФОРМЫ ВИТАМИНА В1 СУЛЬБУТИАМИНА НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА И УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У СПОРТСМЕНОВ-ПАРАШЮТИСТОВ

ПОПОВА М.А., ЛОШКАРЕВ А.М., МЫЛЬЧЕНКО И.В.

Сургутский государственный педагогический университет, г. Сургут. Россия

Введение. Необходимым условием эффективности парашютного спорта является повышение влияния симпатoadренальной системы на регуляцию ритма сердца в соревновательный период. В свою очередь, симпатическая активизация вегетативной нервной системы определяется особенностями энергетического обмена головного мозга и необходимостью усиления утилизации глюкозы. Перспективным направлением в отношении влияния на энергетический обмен головного мозга и снижения утомления спортсменов представляется применение жирорастворимой формы аналога тиамин – сульбутиамина, зарегистрированного для лечения функциональной астении, но этот вопрос недостаточно изучен в отношении влияния на регуляторные системы и гемодинамические реакции при таких сложнотехнических видах деятельности, как парашютный спорт.

Цель исследования. Изучение функционального состояния вегетативной нервной системы парашютистов и уровня артериального давления (АД) при использовании жирорастворимой формы витамина В1 сульбутиамина у спортсменов-парашютистов.

Материал и методы. Проведено проспективное двухнедельное исследование влияния жирорастворимой формы витамина В1 сульбутиамина на вариабельность ритма сердца (ВРС) и уровень АД у спортсменов-парашютистов в предсоревновательный период. Обследованы 18 парашютистов в возрасте от 19 до 49 лет. После двухнедельного периода без использования каких-либо лекарственных препаратов, биологически активных добавок и поливитаминных комплексов спортсмены-парашютисты получали сульбутиамин в дозе 800 мг в сутки в течение двух недель. Функциональное состояние вегетативной нервной системы парашютистов оценивали методом кардиоритмографии с использованием компьютерных тестовых программ диагностического комплекса «Полиспектр-8» отечественного производства. Показатели оценивали в фоновом режиме и при активной ортостатической пробе (АОП), анализировали связанные со спортивным результатом спектральные характеристики вариабельности

сердечного ритма (ВРС), главным образом низкочастотную составляющую спектра. На протяжении исследования ежедневно проводили клиническое измерение АД. Динамику показателей оценивали по степени изменения в процентах от исходных величин (Δ , %). Спортивный результат оценивали в условных единицах (у.е.) по количеству перестроений в купольной акробатике и точности приземления и, связанные со спортивным результатом парашютистов, низкочастотная фракция спектра кардиоритмограммы LF в покое (LFf) и при АОП (LFa). Систематизацию и статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета программ Statistica 13.0 (USA). Определяли медиану (Me) и квартили (Q1, Q3). Для сравнения показателей при проспективном наблюдении применяли тест Уилкоксона (W). Критическим уровнем значимости (p) считали 0,05.

Результаты. Выявлено, что применение в течение двух недель сульбутиамина 800 мг/сут способствует оптимизации функционирования ВНС парашютистов, вызывает значимое усиление симпатического влияния на регуляцию ритма сердца при проведении АОП и сопровождается улучшением спортивного результата парашютистов, особенно в купольной акробатике (увеличивается количество перестроений в единицу времени). После двухнедельного приема сульбутиамина отмечено значимое увеличение LFf в покое – с 22,7 (18,3–29,6) до 30,5 (29,4–34,6) % ($\Delta=34,4\%$, $p=0,022$); и LFa при АОП – с 51,7 (44,7–55,8) до 61,8 (57,2–68,0) % ($\Delta=19,5\%$, $p=0,038$). Выявлено увеличение ЧСС – с 72,5 (63,5–77,0) до 79,0 (76,0–91,0) в мин ($\Delta=8,9\%$, $p=0,048$); САД – с 120,5 (118,0–123,5) до 125,0 (114,0–132,0) мм рт.ст. ($\Delta=3,7\%$) и ДАД – с 76,5 (71,0–79,5) до 80,0 (76,0–91,0) мм рт.ст. ($\Delta=3,7\%$).

Заключение. Применение сульбутиамина сопровождается активизацией симпатического отдела вегетативной нервной системы, при этом уровень систолического и диастолического артериального давления существенно не повышается. Активация регуляторных процессов сопровождается улучшением спортивного результата парашютистов через 2 недели применения сульбутиамина.

ВЫЯВЛЕНИЕ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ МИОКАРДИАЛЬНОЙ КонтРАСТНОЙ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПО СРАВНЕНИЮ СО СТАНДАРТНОЙ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЕЙ

САИДОВА М.А., ШИТОВ В.Н., АТАБАЕВА Л.С.

ФГБУ НМИЦ кардиологии Минздрава РФ. Россия

Введение. Стресс-эхокардиография (стресс-ЭхоКГ) является одним из основных методов выявления ишемии миокарда, получившим широкое распространение ввиду его высокой информативности, безопасности и относительно небольшой стоимости. Тем не менее, у 20–30 % пациентов плохое качество визуализации существенно снижает информативность результатов исследования. Решением этой проблемы стало внедрение в клиническую практику новых ультразвуковых контрастных препаратов, которые при внутривенном введении с током крови заполняют камеры сердца, позволяя более четко визуализировать границу эндокарда и полости ЛЖ и оценить региональную систолическую функцию.

Цель исследования. Определить возможности миокардиальной контрастной стресс-эхокардиографии (МК стресс-эхоКГ) в выявлении ишемии миокарда.

Материал и методы. Обследованы 36 больных ИБС (612 сегментов ЛЖ) в возрасте от 43 до 78 лет (33 мужчины и 3 женщины) со стенозами коронарных артерий более 50% по данным КАГ. Всем пациентам проводилась стресс-ЭхоКГ с велоэргометрией по стандартному протоколу, а также с введением ультразвукового контрастного препарата SonoVue (Bracco, Швейцария) исходно и на максимуме нагрузки. При МК стресс-ЭхоКГ помимо региональной сократимости оценивалась также перфузия миокарда. Использованная аппаратура: ультразвуковой прибор экспертного класса EPIQ 7 (Philips – Германия), полугоризонтальный велоэргометр, автоматизированный комплекс «Кардио ЭФИ – Астрокард» (Медитек, Россия).

Результаты. Из 612 проанализированных сегментов при стандартной стресс-ЭхоКГ неудовлетворительная визуализация границ эндокарда отмечалась в 156 (26%) сегментах, при МК стресс-ЭхоКГ – в 32 сегментах (5%). Исходно при стандартном исследовании отмечались нарушения сократимости в 102 сегментах (60 – гипокинез, 34 – акинез, 8 – дискинез), при исследовании с

контрастным препаратом – в 122 сегментах (72 – гипокинез, 40 – акинез, 10 – дискинез). Снижение перфузии миокарда было выявлено в 136 сегментах. На пике нагрузки при стандартном исследовании нарушения сократимости были выявлены в 164 сегментах (92 – гипокинез, 60 – акинез, 12 – дискинез), а в 28 сегментах динамика сократимости вызывала сомнения («неоднозначные сегменты»). После введения контрастного препарата зоны нарушения локальной сократимости были выявлены в 213 сегментах (129 – гипокинез, 68 – акинез, 16 – дискинез). Из 28 «неоднозначных» сегментов динамика сократимости подтвердилась в 19 сегментах. Снижение перфузии было выявлено в 232 сегментах. Из 36 обследованных пациентов у 25 проба с физической нагрузкой при МК стресс-ЭхоКГ была положительной, у 8 – отрицательной, у 3 – не доведена до субмаксимальной ЧСС (на фоне достигнутой ЧСС-признаков ишемии миокарда выявлено не было). У 24 из 25 пациентов с положительной пробой локализация зон нарушения локальной сократимости ЛЖ соответствовала бассейну пораженной коронарной артерии по данным КАГ (стенозы более 70%, хронические окклюзии), у одного пациента гемодинамически значимых стенозов выявлено не было. Из 8 пациентов с отрицательной пробой 7 имели стенозы коронарных артерий до 60%, 1 – до 80%. Двоим пациентам проводилось инвазивное измерение фракционного резерва кровотока, результаты которого соответствовали данным МК стресс-ЭхоКГ.

Заключение. Использование при стресс-ЭхоКГ ультразвуковых контрастных препаратов значительно повышает информативность исследования за счет более четкой визуализации границ эндокарда ЛЖ. Дополнительным преимуществом метода является возможность выявления нарушений перфузии миокарда, которые предшествуют возникновению нарушений сократимости, что может повышать чувствительность стресс-ЭхоКГ, особенно у пациентов с «пограничными» стенозами коронарных артерий.



ТРАНСТОРАКАЛЬНАЯ И ЧРЕСПИЩЕВОДНАЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЯ В ОПЕРАЦИОННОЙ И РЕАНИМАЦИИ

САНДРИКОВ В.А., КУЛАГИНА Т.Ю., ФЕДУЛОВА С.В.

ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского». Россия

Цель. Значимость комплексного исследования с помощью трансторакальной и чреспищеводной эхокардиографии в операционной и реанимации у кардиохирургических больных.

Материал и методы. В рамках исследования проводили анализ операций в операционном и раннем послеоперационном периоде у пациентов, оперированных при заболеваниях сердца и сосудов. В исследование включены 3659 пациентов, которые оперированы в условиях искусственного кровообращения с 2012 по 2018 год. Практически, в 50 % наблюдений пациенты нуждались в дополнительном исследовании в отделении реанимации (n – 2777). Интраоперационно и в реанимации использованы различные диагностические ультразвуковые аппараты экспертного класса с чреспищеводными датчиками частотой 5,0-7,5 МГц. Протокол исследования в операционной условно подразделялся на три этапа. Первый этап – после интубации пациента с целью уточнения предоперационного диагноза; второй этап – непосредственно после окончания искусственного кровообращения с целью оценки адекватности коррекции и оценки функции миокарда в результате нагрузки сердца объемом из аппарата искусственного кровообращения; третий этап – эвакуация воздуха из полостей сердца и окончательного диагноза по устранению патологии и функции миокарда. В отделении реанимации оценивали функцию миокарда, выпот в перикарде, дисфункцию протезированных клапанов сердца, давление в малом круге кровообращения, а также размеры полостей сердца (предсердий и желудочков), рассчитывали фракцию изгнания (ФИ), конечный диастолический и конечный систолический объемы желудочков

(КДО и КСО), давление в легочной артерии (Рср.), регургитацию, градиенты на клапанах сердца (ΔР). По скоростям векторов сокращения миокарда, по потокам крови в желудочке оценивалась энергия миокарда.

Результаты. Основными задачами чреспищеводной (ЧПЭхоКГ) и трансторакальной (ТТЭхоКГ) эхокардиографии в операционном и послеоперационном периодах является уточнение предоперационного диагноза, оценка радикальности выполненных операций, визуализация удаления воздуха из полостей сердца после искусственного кровообращения, изменение геометрии сердца и оценка функции миокарда. ЧПЭхоКГ в операционной позволяет проводить исследование сердца, не мешая работе хирургов, и обеспечивает быструю и качественную диагностику. ЧПЭхоКГ крайне актуальна в оценке результатов хирургического лечения пороков сердца, т.к. имеет определенные особенности, которые связаны с характером операции. Это дает более объективную характеристику состояния не только клапанного аппарата, контрактивной функции миокарда, но и раннее выявление осложнений, что определяет показания к направлению в лечение с объективным прогнозом в послеоперационном периоде.

Заключение. ЧПЭхоКГ имеет неоспоримые преимущества использования ее в операционной и в отделении реанимации, так как позволяет не только оценить гемодинамику, но и провести мониторинг состояния клапанного аппарата правых и левых отделов сердца, визуально оценить работу запирающего элемента, функцию правого и левого желудочка, и выявлять зоны повреждения миокарда.

СООТНОШЕНИЕ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗЛИЧИЙ ФАКТИЧЕСКОГО И ДОЛЖНОГО МИНУТНОГО ОБЪЕМА КРОВИ

СПИЦИН Е.П.

Кировский медицинский университет, г. Киров. Россия

Цель исследования. Изучение особенностей гемодинамики у студентов первого курса в зависимости от фактического минутного объема.

Материал и методы. В исследование были включены 77 студентов первого курса (47 девушек и 30 юношей) медицинского университета в возрасте от 16 до 22 лет ($18,5 \pm 0,1$). Систолическое и диастолическое артериальное (САД и ДАД соответственно) и частота сердечных сокращений

(ЧСС) измеряли с помощью автоматического тонометра Омрон 7051Т (Япония). Традиционными расчетными методами определяли минутный объем крови (МОК), ударный объем крови (УОК), сердечный индекс (СИ), среднее гемодинамическое артериальное давление (СрГД), периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС). Рассчитывали также вегетативный индекс Кердо по формуле: $ВИ = (1 - ДАД / ЧСС)$, где ВИ – вегетативный индекс,

ДАД – диастолическое артериальное давление. При значениях ВИК <0 вегетативная реактивность характеризуется как парасимпатикотония, при ВИК >0 – симпатикотония, при ВИК=0 как вегетативное равновесие (эутония). Проведен анализ различий показателей гемодинамики в зависимости от фактического и должного минутного объема крови (ДМОК). Статистическая обработка полученных данных была проведена с использованием компьютерных пакетов Excel и Statistica Advanced 10 for Windows RU

Результаты. Интегральные показатели гемодинамики при МОК>ДМОК (симпатотоники). У юношей оказалось выше пульсовое давление, СрГД, ОПСС. В то же время СИ у юношей был достоверно меньше по сравнению с девушками. Также следует отметить, что МОК у юношей оказался достоверно меньше, чем у девушек. Обращает на себя внимание, что ОПСС у юношей было значительно больше, чем у девушек. В то же время не выявлено статистически значимых различий по ЧСС и УОК. Интегральные показатели гемодинамики при МОК<ДМОК. САД у девушек оказалось достоверно выше, чем у юношей, но в то же время ДАД и ЧСС у мужчин были больше. Также следует отметить, что у девушек пульсовое давление больше, чем у лиц мужского пола. В свою очередь у девушек было достоверно меньше СрГД, минутный объем крови, удельное периферическое сопротивление. Обращает на себя внимание, что у лиц женского пола происходит преобладание ударного объема крови, ударного индекса, сердечного индекса над мужчинами. Сравнение фактических показателей с должными значениями гемодинамики выявило ряд особенностей в зависимости от исходного типа АНС. Так, у лиц женского пола с симпатическим отделом АНС средняя ЧСС по группе составляла $88 \pm 2,01$, в то время как долж-

ная ЧСС должна составлять $69,35 \pm 0,6$. У лиц мужского пола ЧСС достигала $93,86 \pm 2,25$ и $67,53 \pm 1,14$ соответственно. Минутный объем крови у женщин превышал должные значения на 20,54%, а у мужчин только на 14,56%. В то же время фактические значения УОК у женщин составляли $67,5 \pm 1,73$, у мужчин – соответственно $65,8 \pm 2,15$. Общее периферическое сопротивление сосудов у лиц женского пола составляло 83,73% от должного, у мужчин – 88,12%. При преобладании парасимпатического отдела АНС различия между фактическими и должными значениями показателей гемодинамики были следующими. Так, у лиц женского пола средняя ЧСС составляла $74 \pm 1,7$, в то время как должная ЧСС – $68,3 \pm 0,41$. У юношей ЧСС достигала соответственно $73 \pm 2,6$ и $64,5 \pm 0,68$. В то же время УОК крови, как у мужчин ($57,3 \pm 1,32$ мл против $80,45 \pm 2,92$ мл), так и у женщин ($57 \pm 1,43$ мл и $69,66 \pm 1,7$ мл) соответственно был ниже должных значений. Общее периферическое сопротивление у лиц женского пола составляло 123,6% от должного, а у мужчин – 141,1%. Минутный объем крови у лиц женского пола составлял 82,21%, а у мужчин только 72,55% от должных значений. У лиц женского пола СИ составлял 82,43% от должной величины, а у мужчин только 72,77%.

Заключение. Здоровые лица молодого возраста неоднородны по интегральным показателям гемодинамики. Значимые отклонения показателей сердечно-сосудистой системы от их должных значений наблюдаются у юношей с ваготоническим типом АНС. Это выражалось в снижении показателей кровенаполнения сердца (УОК, МОК, СИ), а также увеличением общего и удельного периферического сосудистого сопротивления. У лиц с симпатическим типом АНС отклонения интегральных показателей гемодинамики от их должных значений были незначимыми.

ПРЕДИКТОРЫ ГУМОРАЛЬНОГО ОТТОРЖЕНИЯ С ИДЕНТИФИЦИРОВАННЫМИ ЛЕЙКОЦИТАРНЫМИ ДОНОРСКИМИ АНТИТЕЛАМИ НА ОСНОВЕ ПАРАМЕТРОВ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ И МЕТОДИКИ 2D-SPECKLE-TRACKING ECHOCARDIOGRAPHY

ТХАТЛЬ Л.К., КОСМАЧЕВА Е.Д., СТАВЕНЧУК Т.В.

ФГБОУ ВО «КубГМУ». Россия

Цель работы. Выявление предикторов гуморального отторжения с идентифицированными антителами к лейкоцитарным донорским антигенам (HLA антитела) с помощью стандартной трансторакальной эхокардиографии (ТТЕ) и 2D-speckle-tracking echocardiography (2D-STE).

Материал и методы. На базе «ГБУЗ –НИИ ККБ №1 им. профессора С.В. Очаповского» в течение 7 лет проводилось наблюдение 132 реципиентов сердца. Выделены 2 группы на основании криза

гуморального отторжения по данным эндомиокардиальной биопсии и наличия посттрансплантационных (de novo) антител к HLA. Группа 1 (n=28) – реципиенты, перенесшие криз гуморального отторжения, и группа 2 (n=104) – пациенты без признаков отторжения. Пациентам проводились: иммунологическое исследование в 1–3–6–12 месяцев, а также при подозрении на криз отторжения; 2D-speckle-tracking echocardiography; трансторакальная эхокардиография; статистические мето-



ды, включающие критерий Манна – Уитни, Краскела – Уоллиса, Вилкоксона. корреляции Спирмена, ROC-анализ.

Результаты. Из 28 реципиентов группы 1 у 17 (60,71%) выявлены антитела к HLA de novo. В группе без криза гуморального отторжения из 104 реципиентов – 17 (16,35%) с антителами к HLA de novo. Межгрупповые различия параметров в первый год наблюдения выявили однородность исследуемых групп практически по всем показателям TTE и 2D-STE ($p < 0,05$). После перенесенного криза гуморального отторжения в группе 1 выявлено статистически значимое ($p < 0,05$) увеличение левого предсердия (ЛП) на 4,8 мм ($39,200 \pm 0,997 < 44,00 \pm 0,816$ мм). Конечный систолический объем левого желудочка (КДО ЛЖ) увеличивается на 5,1 мм, толщина задней стенки левого желудочка (Т ЗСЛЖ) – на 1,3 мм, увеличение правых отделов сердца (ПЖ) – на $2,3 \times 6$ мм и повышение систолического давления легочной артерии (СДЛА) в среднем до $30,6 \pm 0,635$ мм рт.ст. В группе 2, без признаков перенесенного гуморального отторжения, за весь период мониторинга реципиентов статистически значимых изменений не произошло. Корреляционный анализ показал статистически значимое отличие в группах для ЛП, конечный диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ), толщину межжелудочковой перегородки (ТМЖП), ПЖ и фракции выброса (ФВ). Все показатели можно использовать в качестве предикторов моделей прогнозирования. В той же последовательности проведен анализ параметров 2D-STE для первого наблюдения, в момент криза и последний период наблюдения. В первый период выявлена однородность исследуемых двух групп практически по всем показателям. В момент криза гуморального отторжения у

28 реципиентов выявлены изменения параметров деформации и механики. Так, возможными диагностическими критериями гуморального отторжения являются: глобальный пиковый систолический стрейн (GLPS LV, %) – $9,94 \pm 1,37\%$, чувствительность (Ч) – 86,2%, специфичность (С) – 90,4%; радиарный систолический стрейн (RadS LV, %) – $19,36 \pm 3,66\%$, Ч – 75,8%, С – 84,5% рисунок; циркулярный систолический стрейн (Cir SLV, %) – $17,83 \pm 4,79\%$, Ч – 78,6%, С – 84,4%; скручивание левого желудочка – ($8,90 \pm 1,85\%$), Ч – 66,7%, С – 94,2% при $p < 0,001$. При учете показателей глобального пикового стрейна левого желудочка и продольного пикового стрейна правого желудочка увеличивается Ч до 91,9%, С – 94,6%, при $p < 0,001$. К последнему периоду наблюдения пациенты группы 1 перенесли криз гуморального отторжения. Корреляционный анализ по параметрам деформации и механики сердца, с выявлением предикторов показал статистически значимое изменение параметров: GLPS LV, RadS LV, Cir SLV. Эти показатели могут выступать хорошими предикторами адекватной модели предсказания возможности развития криза.

Заключение. С помощью многомерного статистического анализа выявлены предикторы гуморального отторжения, при обследовании с помощью трансторакальной эхокардиографии такие, как конечный диастолический размер левого желудочка, толщина межжелудочковой перегородки, фракция выброса и объем правого желудочка. Методика 2D-speckle-tracking echocardiography позволяет предположить механизм отторжения сердечного трансплантата, показывает взаимосвязь между иммунопатологическими и гистологическими изменениями в миокарде и параметрами деформации.

ОБНОВЛЕННЫЕ ДАННЫЕ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И СПЕЦИФИЧНОСТИ ЭКГ-МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ИБС

ЦОКОЛОВ А.В., НАСТАЕВА М.В., КРЫЛОВ В.А.

ФГБУ МО РФ «1409 Военно-морской клинический госпиталь», г. Калининград. Россия

Цель исследования. В настоящее время, при выполнении диагностических исследований у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), складываются такие ситуации, когда диагностическая ценность методик, описываемая в конце XX столетия, не соответствует заявленным значениям. С целью уточнения данного феномена была предпринята попытка оценить чувствительность и специфичность ВЭМ-пробы и Холтеровского мониторинга ЭКГ, применяемых в амбулаторной диагностике ИБС.

Материал и методы. В исследование были включены 115 пациентов (средний возраст – $61,2 \pm 8,6$ года), кому в течение ближайшего ме-

сяца выполнялась коронароангиография (КАГ). Процент стенозирования коронарных артерий (КА) составил: левой коронарной артерии (ЛКА) – $31,3 \pm 32,3\%$; правой коронарной артерии (ПКА) – $63,6 \pm 35\%$; огибающей артерии (ОА) – $38,1 \pm 37,5\%$; диагональной ветви (ДВ) – ($15,6 \pm 28,3\%$); достигнутая при Холтеровском мониторинге ЭКГ (Schiller, Швейцария) величина ЧСС в $100 \pm 8,8$ ударов/мин. оказалась меньше субмаксимальных значений у большинства пациентов; депрессия сегмента ST более 1 мм при ВЭМ-исследовании (Mortara, США) регистрировалась в 31,3% случаев, тогда как реальная частота поражения хотя бы одной КА ($> 50\%$) составляла 81,3%. Статистическая

обработка данных проводилась при помощи программы Statistica 6.0.

Результаты. Установлено, что реальная чувствительность методики ВЭМ находится на уровне 40,7%, специфичность – 76,5%, тогда как для методики Холтеровского мониторирования ЭКГ – 38 и 100%, соответственно, что ниже значений, приводимых в доступной литературе. Для методики нагрузочного тестирования корреляционная зависимость величины депрессии сегмента ST от характера поражения КА оказалась средней ($r=0,42$; $p<0,01$). Зависимость величины депрессии сегмента ST от % стенотического поражения коронарных артерий оказалась следующей: для ЛКА $r=0,39$ $p<0,01$; для ОА $r=0,26$ $p>0,05$; для ПКА $r=0,38$ $p=0,01$. Максимально достигнутая ЧСС составила $92,1\pm 15,2\%$ (от максимальной возрастной ЧСС), или $135,6\pm 21,3$ удара в 1 мин. Для методики Холтеровского ЭКГ-мониторирования корреляционная зависимость результатов проб была установлена на уровне от слабой до средней (для ДВ), но незначимой для всех остальных КА (при $p>0,05$). Причина выявленных расхождений в описываемой и реально полученной диагностической ценности методик кроется в изменении приоритетов в лечении основного заболевания и сопутствующей патологии, выражающаяся в: 1)

наличии способности новых препаратов влиять на NO-зависимую вазодилатацию; смена приоритетов в лечении сердечно-сосудистой патологии за последние 20 лет выразилась в преобладающем назначении бета-адреноблокаторов (81,1%), ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (78,8%) и статинов (71,9%); 2) формировании коллатерального кровотока, который влияет на результаты нагрузочных проб; 3) широком использовании статинов, с улучшением функционального состояния эндотелия; 4) приеме пролонгированных препаратов (для полного прекращения действия последних требуется до 3–5 суток).

Заключение. Таким образом, в свете современных подходов к медикаментозной профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний следует пересмотреть подходы к проведению Холтеровского мониторирования ЭКГ с целью верификации ИБС. Предпочтение следует отдавать более точным неинвазивным методикам, таким как ВЭМ/третмил либо стресс-ЭхоКГ, позволяющим достичь субмаксимальной ЧСС, помня о том, что длительный прием современных статинов, антиангинальных и гипотензивных препаратов снижает диагностическую ценность последних. Поздняя предтестовая отмена подобных препаратов накануне обследования влияет на результат тестирования.

СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЯ НА ВЕЛОЭРГОМЕТРЕ В ДИАГНОСТИКЕ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ В ВОЗРАСТЕ 70 ЛЕТ И СТАРШЕ

ЧЕРНОВА О.В., КОЗЛОВ С.Г., МАТВЕЕВА М.А., АЛЕКСЕЕВА И.А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» МЗ РФ. Россия

Цель исследования. Определение значимости результатов стресс-эхокардиографии на велоэргометре для диагностики стабильной ишемической болезни сердца (ИБС) у пациентов в возрасте 70 лет и старше

Материал и методы. Под наблюдением находились 179 пациентов обоего пола, в возрасте 70 лет и старше, последовательно госпитализированных с подозрением на наличие стабильной ИБС, и которым в плановом порядке была проведена коронароангиография (КАГ). Из 179 пациентов, которым была проведена проба, у 134 (75%) больных имела место атипичная стенокардия или неангинозная боль. В зависимости от результатов проб и с учетом данных КАГ рассчитывали чувствительность, специфичность, предсказующую ценность положительного (ПЦ+) и предсказующую ценность отрицательного (ПЦ-) результата, предсказующую точность результатов, а также отношение правдоподобия положительного (ОП+) и отрицательного (ОП-) результата в диагностике стабильной ИБС, обусловленной стенозирующим коронарным атеросклерозом у пациентов с атипичной стенокардией и неангинозной болью в грудной клетке.

Результаты. Из 134 пациентов с атипичной стенокардией и неангинозной болью стресс-ЭхоКГ с физической нагрузкой не была доведена до диагностических критериев у 23 (17%) больных. Из 111 пациентов, у которых проба была доведена до диагностических критериев, 69 (62%) больных имели стенозирующее поражение коронарных артерий. Чувствительность пробы составила 89%, специфичность – 95%, ПЦ+ результата – 97%, ПЦ- результата – 85%, предсказующая точность результатов – 98%. ОП+ результата было равно 17,8, ОП- результата – 0,1. Положительный результат пробы увеличивал вероятность наличия стенозирующего коронарного атеросклероза с 62 до 95%, отрицательный результат уменьшал вероятность до 16%.

Заключение. ОП+ и ОП- результата стресс-ЭхоКГ с физической нагрузкой на велоэргометре равны соответственно 17,8 и 0,2, что в первом случае свидетельствует о выраженном различии, во втором случае – об умеренно выраженном различии между предтестовой и послетестовой вероятностью наличия стенозирующего коронарного атеросклероза.



ВЛИЯНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРА НА ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ЧЕРНЯК С.В., НЕЧЕСОВА Т.А., ПАВЛОВА О.С., ЛИВЕНЦЕВА М.М.

РНПЦ «Кардиология». Россия

Введение (цели/задачи). Оценить влияние антигипертензивной терапии Бета-адреноблокатором (бисопролол) на показатели периферического и центрального артериального давления: систолического, диастолического артериального давления (САД, ДАД), центрального систолического (ЦСАД), центрального пульсового артериального давления (ЦПАД), индекса аугментации (ИА), скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) и сосудистого возраста у пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Бисопролол назначили 39 пациентам с АГ I ст. Средний возраст составил $47,1 \pm 10,5$ лет; мужчин было 59%, женщин – 41%. Показатели центральной гемодинамики и жесткости сосудистой стенки определялись с использованием системы «SphygmoCor» (Австралия). Оценивались параметры, характеризующие ригидность (жесткость) артерий: ИА и СРПВ, сосудистый возраст исходно и через 6 месяцев лечения.

Результаты. В результате проведенной антигипертензивной терапии и динамического наблюдения в течение 5 месяцев уровень САД и

ДАД снизился с $146,5 \pm 11,4/92,4 \pm 3,5$ мм рт.ст. до $127,3 \pm 7,2/80,3 \pm 3,5$ мм рт.ст. ($p < 0,001$). Целевой уровень САД и ДАД был достигнут у 85 и 89% всех пациентов. Уровень ЦСАД снизился с $144,7 \pm 2,27$ до $123,0 \pm 2,27$ мм рт.ст. ($p < 0,001$), ЦПАД – с $51,2 \pm 1,9$ до $39,4 \pm 1,8$ мм рт.ст. ($p < 0,001$), ИА – с $27,4 \pm 2,21$ до $23,1 \pm 1,71\%$ ($p < 0,05$). По СРПВ достоверного снижения не наблюдалось ($10,3$ до $9,4$ м/с). Целевой уровень ЦСАД и ЦПАД был достигнут у 87 и 90% всех пациентов соответственно. Исходно сосудистый возраст составил $55,3 \pm 2,7$ года и достоверно снизился через 6 месяцев – $48,1 \pm 2,8$ года ($p < 0,05$).

Заключение. Применение бета-адреноблокатора (бисопролол) позволяет добиться адекватного контроля АД у большей части пациентов с АГ, приводит к достоверному снижению периферического и центрального АД и ведет к снижению риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Не оказывает существенного влияния на некоторые показатели (СРПВ) сосудистой жесткости, отражающие состояние артериальной стенки.

РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ КУЛЛЯРНАЯ

ASSESSMENT OF THE CLOPIDOGREL ACTION WITH REGARD TO CYP2C19 GENE POLYMORPHISMS IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE AFTER IMPLANTATION OF DES STENTS

UZOKOV J.K., ALYAVI B.A., ABDULLAEV A.X.

*Republican specialized scientific practical medical center of therapy
medical rehabilitation, Tashkent, Uzbekistan*

Aim of the work to assess the impact of CYP2C19 polymorphisms, including those of CYP2C19*1, CYP2C19*2, CYP2C19*3 and CYP2C19*17 on clopidogrel response variability in patients undergoing percutaneous coronary intervention (PCI) following DES implantation.

Materials and Methods: 45 patients undergoing PCI with the following implantation of DES were enrolled in the study. All patients were diagnosed with coronary heart disease and were admitted for elective coronary intervention (aged 46–65 years; mean age $52 \pm 11,6$; male $n=28$). Blood samples for platelet function testing were collected before clopidogrel administration (baseline) and at the 36 hours after the loading dose. Platelet aggregation was performed in a two-channel aggregometer and assessed by inhibition of platelet aggregation (IPA). Genotyping of the CYP2C19* polymorphisms was performed using polymerase chain reaction (PCR).

Results: Among 45 patients, 42% of patients had CYP2C19*1, 20% CYP2C19*2, 9% CYP2C19*3 and 29% CYP2C19*17 genetic polymorphisms. Only 84% of patients had a response to clopidogrel. Most of the non-responders were subjects with CYP2C19*2 and CYP2C19*3 genotypes. IPA significantly increased in 36 hours after loading dose in CYP2C19*17 genotype with 5 mmol/L and 20 mmol/L ADP ($P<0,01$), and normal increased in 36 hours after loading dose in CYP2C19*1 genotyping subjects ($P<0,05$) whereas IPA did not changed significantly in subjects with CYP2C19*2 and CYP2C19*3 genotypes with 5 mmol/L and 20 mmol/L ADP ($P>0,05$).

Conclusion: Carriers of the CYP2C19*2 and CYP2C19*3 single nucleotide polymorphisms are a predictor of the clopidogrel non-responders whilst CYP2C19*17 polymorphisms are strong responders in our population.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ОКС-ST, ОБУСЛОВЛЕННОГО СУБОККЛЮЗИЕЙ ОДНОЙ ИЗ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕТВЕЙ ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ПРИ НАЛИЧИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ ПРАВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

ГОЛОЩАПОВ – АКСЕНОВ Р.С., КУЗЬМИН А.И.

Научный клинический центр ОАО «РЖД», г. Москва. Россия

Введение (цели/задачи). Изучить результаты чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКС-ST) с многососудистым поражением коронарного русла.

Материал и методы. Результаты инвазивного лечения изучены у 1760 больных с ОКС-ST за период с 2011 по 2017 годы, у которых при коронарографии (КГ) была выявлена хроническая окклюзия правой коронарной артерии (ПКА) и субокклюзия синдром-связанной одной из магистральных ветвей левой коронарной артерии (ЛКА). Средний

возраст пациентов – $65 \pm 8,1$ лет. Мужчин в исследовании было 1276, женщин – 484. Пациентов с ОКС среднего и высокого степеней риска по GRACE было 1016 человек, очень высокого риска – 744. Всем больным КГ и ЧКВ выполняли в течение 60 минут после госпитализации через правую лучевую или плечевую артерию. Стратегия ЧКВ заключалась в антеградной реканализации хронической окклюзии ПКА; при успешной реканализации – этапное или одномоментное стентирование субокклюзии синдром-связанной магистральной ветви ЛКА. При невозможности восстановить про-



ходимость ПКА больным с нестабильной стенокардией выполняли аортокоронарное шунтирование (АКШ), больным с очень высоким риском по GRACE – стентирование синдром-связанной магистральной ветви ЛКА. Оценивали непосредственные и однолетние результаты лечения по критериям эффективности (купирование ангинозного статуса), конечным точкам (острый инфаркт миокарда, инсульт, смерть, тромбоз стента), критериям безопасности (значительное кровотечение) и частоте развития рестеноза.

Результаты. Рентгенэндоваскулярную антеградную реканализацию ПКА успешно выполнили 1698 пациентам (96,5%). При выполнении первичной ЧКВ стентирование синдром-связанной ветви ЛКА одномоментно выполнили 33% больных ($n=560$), остальным выполняли этапное стентирование в сроки 1–3 месяца после выписки из стационара и АКШ ($n=26$). В группе больных, которым не удалось выполнить реканализацию ПКА ($n=36$),

стентирование синдром-связанной ветви ЛКА успешно выполнили 28 пациентам, 8 пациентов умерли. Летальность составила 22,2%, общая – 0,45%. Причины конечной точки – острая сердечно-сосудистая недостаточность в результате тромбоза ветвей ЛКА ($n=7$), нарушение ритма сердца ($n=2$). В течение года наблюдали 1225 пациентов, которым выполняли ЧКВ (71%). Частота рестеноза в течение первого года наблюдения составила 0,8% ($n=11$). Рестеноз выявляли у больных в сегментах коронарных артерий, в которые имплантировали только голометаллический стенты.

Заключение. Результаты свидетельствуют об эффективности выбранной инвазивной стратегии лечения больных с ОКС-СТ и выполнении первичной реканализации хронической окклюзии правой коронарной артерии. Дальнейшее наблюдение за пациентами и накопление научного материала позволит сделать более аргументированные выводы.

АТРИОСЕПТОСТОМИИ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У 79 БОЛЬНЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ И СХОЖИМИ ФОРМАМИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**ГОРБАЧЕВСКИЙ С.В., ШМАЛЬЦ А.А., ДАДАБАЕВ Г.М., НИШОНОВ Н.А.,
ХАЧАТУРОВА И.Ю., ПУРСАНОВ М.Г.**

ФГБУ НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева Минздрава России, г. Москва. Россия

Цель. Оценить эффективность атриосептостомии у больных ИЛАГ.

Материал и методы. С января 2003 г. по январь 2019 г. в Центре выполнена АСС со стентированием МПП у 79 пациентов с идиопатической и схожими формами ЛАГ. Возраст больных колебался от 3,5 до 63,2 лет (в среднем – $25,3 \pm 14,5$). С ИЛАГ было 66 (83,6%) пациентов, с семейной формой ЛАГ – 2 (2,5%), с резидуальной ЛАГ после радикальной коррекции ВПС – 8 (10,1%), с портопульмональной ЛАГ – 2 (2,5%), с ЛАГ ассоциированным заболеванием соединительной ткани – 1 (1,3%) пациент. Пациенты в зависимости от ФК были поделены на 3 группы: 1 группа – 16 пациентов 2 ФК, 2 группа – 52 пациентов 3 ФК, 3 группа – 11 пациентов 4 ФК. Все вмешательства выполнялись под общей анестезией и ЧП ЭхоКГ-контролем.

Результаты. АСС со стентированием прошла без каких-либо технических осложнений в 77 (97,5%) случаях. Непосредственно после АСС давление в ПП во 2-й (3 ФК) и 3-й (4 ФК) группах снизилось (с $13,8 \pm 2,8$ до $11,8 \pm 2,6$ $p < 0,001$; с $17,4 \pm 4,1$ до $14,2 \pm 2,6$ $p = 0,05$ соответственно). В 1-й (2 ФК) группе давление в предсердиях достоверно не изменилось (давление ПП – с $7,8 \pm 1,4$ до $7,2 \pm 1,2$ $p = 0,251$; давление ЛА – с $6,4 \pm 1,8$ до $7,0 \pm 1,4$ $p = 0,348$). Двое пациентов из 3-й группы умерли на 2-е и 10-е сутки после АСС на фоне рецидивирующих ЛГ-кризов. В ближайшем периоде (7–10 дней) после АСС клиническое состояние

большинства пациентов значительно улучшилось: исчезли синкопе, уменьшились одышка, отеки и размеры печени. После процедуры во 2-й и 3-й группах достоверно снизились ФК ЛАГ, уровень BNP и недостаточность ТК, повысилась дистанция 6МХ. В 1-й группе снизились уровень BNP и недостаточность ТК; ФК ЛАГ и дистанция 6МХ достоверно не изменились. При этом SatO_2 в покое ни у кого из пациентов не была ниже 84%, а в среднем в 1-й, 2-й и 3-й группах составляла $94,8 \pm 3,1\%$, $91,1 \pm 3,2\%$ и $88,6 \pm 2,3\%$ соответственно. В сроки от 1,0 до 13,5 (в среднем $4,5 \pm 2,9$) лет обследованы 62 (80,5%) из 77, перенесших АСС, пациентов. Из них одному (1,6%) пациенту через 1,5 года после АСС в связи с клиническим ухудшением был успешно выполнен легочно-аортальный анастомоз Поттса. Двое (3,2%) больных через 3,1 и 4,3 лет после АСС успешно перенесли трансплантацию легких. В различные сроки после АСС на фоне прогрессирования ЛАГ умерли 12 (19,4%) больных.

Заключение. АСС со стентированием МПП – безопасная в опытных руках и эффективная паллиативная процедура при различных формах ЛАГ. У больных с 3–4 ФК АСС позволяет достичь значительного клинического и гемодинамического улучшения. Выполнение АСС у больных с 1–2 ФК следует признать дискуссионным в силу положительных эффектов в виде снижения уровня BNP и недостаточности ТК, но и возможности артериовенозного сброса.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭТАПНОЙ КОРРЕКЦИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И СОПУТСТВУЮЩЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА

ГРИГОРЬЕВ В.С.¹, ГОЛУХОВА Е.З.¹, БУЗИАШВИЛИ Ю.И.¹, ПЕТРОСЯН К.В.¹, АБРОСИМОВ А.В.¹,
АЛЕКЯН Б.Г.², БОКЕРИЯ О.Л.¹, БОКЕРИЯ Л.А.¹

¹ФГБУ «НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ;

²ФГБУ «НМИЦХ им. А.В. Вишневского» МЗ РФ, г. Москва. Россия

Введение (цели/задачи). Ишемическая болезнь сердца часто сочетается с сопутствующей патологией, требующей хирургической или эндоваскулярной коррекции. Целью нашего исследования являлась оценка отдаленных результатов выполнения чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) и возможность разделения вмешательств на этапы в качестве «моста» к коррекции сопутствующей сердечно-сосудистой патологии.

Материал и методы. В исследование включены 267 пациентов со стабильной стенокардией, которым ранее не выполнялась прямая реваскуляризация миокарда и операции в условиях ИК. Все этапы лечения выполнялись в ФГБУ «НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ с имплантацией стентов с лекарственным покрытием второго поколения. Включались случаи как трехсосудистого поражения, так и вовлечения ствола левой коронарной артерии с доступностью оценки отдаленных результатов с повторным обследованием. Длительность наблюдения составила $2,67 \pm 1,66$ лет. Средний возраст пациентов – $63,9 \pm 9,9$ лет. Из них 71,9% пациентов были мужчины, 28,1% пациентов – женщины. ЧКВ выполнялись в один этап (65,2%), два этапа (31,5%) или три этапа (3,3%). Этапная коррекция сопутствующей сердечно-сосудистой патологии выполнена 32 (12,0%) больным. В отдаленном периоде данные вмешательства выполнены 47 (17,6%) пациентам. Проведен анализ частоты развития неблагоприятных исходов на различных этапах лечения.

Результаты. Исходно были запланированы и выполнены следующие виды этапных вмешательств: радиочастотная абляция (РЧА) аритмий ($n=9$), имплантация электрокардиостимулятора (ЭКС) ($n=6$), каротидная эндартэктомия (КЭЭ) ($n=3$), хирургия аорты и артерий нижних конечностей

($n=4$), эндоваскулярное лечение патологии брахиоцефальных, почечных и артерий нижних конечностей ($n=12$). Госпитальная летальность при выполнении первичной коррекции имела место в 1 (0,37%) случае. Повторная реваскуляризация миокарда выполнена в 19,8% случаев. В 78,4% ($n=40$) случаев выполнялись повторные ЧКВ, в 21,6% ($n=11$) случаев выполнено аортокоронарное шунтирование (АКШ). В отдаленном периоде выполнены эндоваскулярные вмешательства ($n=11$), имплантация ЭКС ($n=5$), РЧА аритмий ($n=13$), КЭЭ ($n=6$), хирургия аорты и артерий нижних конечностей ($n=7$), протезирование клапанов сердца ($n=8$), реконструкция грудной аорты ($n=2$) реконструкция ЛЖ ($n=2$), в сочетании с АКШ в двух случаях. Отдаленная госпитальная летальность составила 3 (1,12%) случая.

Выводы. ЧКВ является эффективным и безопасным методом лечения пациентов с тяжелым поражением коронарного русла и различной коморбидностью, сопровождается низкой частотой развития неблагоприятных событий при оценке непосредственных и отдаленных результатов. Выполнение ЧКВ позволяет эффективно осуществлять этапную реваскуляризацию миокарда, сочетая этапы с запланированной коррекцией сопутствующей сердечно-сосудистой патологии как в рамках малоинвазивных эндоваскулярных, так и открытых хирургических вмешательств. Достижение оптимального объема реваскуляризации миокарда, в том числе с учетом повторных вмешательств, позволяет ЧКВ служить эффективным «мостом» к хирургической коррекции сочетанной сердечно-сосудистой патологии, снижая потенциальные риски кардиальных осложнений и операционной летальности в данной когорте больных.



ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА И ОТЯГОЩЕННЫМ КОМОРБИДНЫМ ФОНОМ С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ОБЪЕМА РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПО ДАННЫМ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ И МЕТОДА ОЦЕНКИ ФРАКЦИОННОГО РЕЗЕРВА КРОВОТОКА

ГРИГОРЬЕВ В.С., АБРОСИМОВ А.В., ПЕТРОСЯН К.В., БОКЕРИЯ О.Л.

ФГБУ «НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ, г. Москва. Россия

Цель. Представить клинический случай успешного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) с определением объема реваскуляризации по данным оптической когерентной томографии (ОКТ) и метода оценки фракционного резерва кровотока (ФРК) у пациента старческого возраста с тяжелым поражением коронарного русла и отягощенным коморбидным фоном.

Материал и методы. Больной В., 81 год, обратился с клиническими проявлениями стенокардии покоя на фоне длительного течения артериальной гипертензии, длительно персистирующей фибрилляции предсердий, повышенной массы тела (индекс массы тела 30,3), значительного ограничения как подвижности, так и возможности длительного нахождения в статическом положении вследствие множественных травм позвоночного столба. По данным коронарографии отмечается выраженный кальциноз, выявлены сужения тела ствола левой коронарной артерии (ЛКА) – 60%, стеноз проксимальной трети передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) – 90%, диффузные изменения средней трети ПМЖВ – до 80%, сужения ветви тупого края (ВТК) – 90%, правой коронарной артерии (ПКА) на границе проксимальной и средней трети – 70% при правом типе кровоснабжения миокарда. SYNTAX Score=43. EuroScore II=3,36%. Учитывая коморбидный фон пациента, в том числе трудности реабилитации при выполнении открытого хирургического вмешательства, принято решение о выполнении этапного ЧКВ. Использован лучевой доступ 6Fr. После последовательной ТЛБАП проксимального и среднего сегментов ПМЖВ 2,5×10 мм развивается диссекция в области поражения. В среднюю

треть имплантирован стент 2,5×32 мм. Далее из-за трудностей при проведении длинного стента 3,5×38 мм применена техника глубокого проведения параллельного проводника в септальные ветви, после удаления выполнена последовательная имплантация стентов 3,5×38 мм и 4,0×26 мм в проксимальный и средний сегмент ПМЖВ и ствол ЛКА с переходом на ПМЖВ, соответственно. Выполнена ОКТ, по результатам которой признаков дистальной диссекции не выявлено, отмечается мальапозиция ячеек стента в стволе ЛКА. Принято решение выполнить kissing-дилатацию бифуркации ствола ЛКА баллонами высокого давления 3,0×15 и 3,5×15 мм с последующей проксимальной оптимизацией стента баллоном 5,0×10 мм. При контрольной ОКТ – адекватное прилегание стента и раскрытие ячеек в устье ОВ. Через двое суток выполнена ТЛБАП стеноза ВТК с последующей имплантацией стента 2,75×26 мм. Выполнена оценка ФРК стеноза ПКА (0,73). Выполнена имплантация стента 3,5×26 мм. Пациенту имплантированы стенты с лекарственным покрытием второго поколения. На третьи сутки пациент выписан из стационара.

Результаты. Отсутствие клинических проявлений стенокардии в сроки до 18 месяцев.

Выводы. Эндоваскулярное лечение продемонстрировало свою эффективность и безопасность в когорте пациентов старческого возраста с тяжелым поражением коронарного русла и отягощенным коморбидным фоном. Представленный случай позволяет рассматривать ОКТ и ФРК в качестве важных инструментов при определении объема реваскуляризации и контроля результатов лечения в данной группе больных.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ МОСТИКОВ МИОКАРДА НАД ВЕТВЯМИ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

ДМИТРИЕВА Е.Г.

Уральский государственный медицинский университет Минздрава, г. Уральск. Россия

Введение. По мнению ряда авторов, мостики миокарда (ММ) создают предпосылки к развитию безболевых форм инфаркта миокарда и внезапной коронарной смерти. ММ – это совокупность волокон желудочкового миокарда, расположенных поверх определенного участка субэпикардальной ветви правой (ПВА) или левой (ЛВА) венечной артерии.

Цель работы. Установить закономерности распределения ММ над ветвями венечных артерий.

Материал и методы. Исследование проводили на 65 препаратах сердца людей зрелого и пожилого возраста, умерших от несердечных причин. Сосуды без предварительной инъекции препарировали до погружения в миокард, сохраняя

мышечные образования над ними. Изучали распределение ММ над ветвями венечных артерий.

Результаты. Мостики были обнаружены на 44 (67,6%) сердцах. Как правило, ММ располагались над передней межжелудочковой ветвью (ПМЖВ), левой краевой ветвью и диагональной ветвью из системы ЛВА, их количество составило 65 из 71 (91,5%). В оставшихся шести наблюдениях они были отмечены над конусной артерией и задней межжелудочковой ветвью из системы ПВА. Над ПМЖВ было выявлено 56 ММ (78,87%). В основном ММ располагались в пределах проксимальной и средней трети передней межжелудочковой борозды (ПМЖБ). В проксимальной трети борозды мостики были отмечены в 30 случаях (42%), в ее средней трети определялись в два раза реже. На границе проксимальной и средней трети борозды было выявлено три ММ. Всего на пяти препаратах ММ располагались в ее дистальной трети. На двух сердцах ПМЖВ погружалась в миокард в проксимальной трети борозды и выходила в субэпикардальную клетчатку у верхушки

сердца, находясь, таким образом, интрамиокардиально на всем своем протяжении. На 22 сердцах над ПМЖВ были отмечены изолированные мостики. В 10 наблюдениях имелось несколько мостиков над ПМЖВ: на девяти препаратах – по два, на одном – три. На 10 сердцах наличие мостиков над ПМЖВ было ассоциировано с их расположением над другими артериями: левой краевой ветвью, диагональной ветвью, конусной артерией и задней межжелудочковой ветвью. Наибольшее количество ММ на одном препарате составило четыре, при этом по одному мостику располагалось над ПМЖВ и диагональной артерией и два – над левой краевой ветвью.

Заключение. Результаты настоящего исследования позволяют утверждать, что в локализации ММ над ветвями ВА наблюдается относительное постоянство: в большинстве случаев «ныряющий» ход имеет ПМЖВ, над которой ММ встречаются изолированно или в сочетании с мостиками над ветвями ПВА или огибающей ветвью ЛВА.

ИЗМЕНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСЛЕ ПЛАНОВЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

ЗАФИРАКИ В.К., КОСМАЧЕВА Е.Д.

ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар. Россия

Введение (цели/задачи). Оценить с помощью Сиятлского опросника качество жизни при стенокардии (СОКЖС), изменение качества жизни у больных стабильной стенокардией напряжения (ССН) в сочетании с сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) после выполнения им планового чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) со стентированием.

Материал и методы. В проспективное исследование включили 135 последовательно отобранных больных с сочетанием ССН и ХОБЛ, которым было выполнено плановое ЧКВ. Диагноз ССН подтверждали нагрузочным тестом под контролем электрокардиограммы (ЭКГ), либо сцинтиграфией миокарда с изотопом Тс 99-м. Диагноз ХОБЛ устанавливали в соответствии с критериями GOLD 2011 с помощью спирографии с бронхолитической пробой. Для измерения одышки применяли шкалу одышки mMRC до выполнения ЧКВ. Легочную гиперинфляцию (ЛГИ) выявляли с помощью бодиплетизмографии, принимая за ЛГИ значения функциональной остаточной емкости легких (ФОЕ), превышающие 120% от должных величин. До выполнения планового ЧКВ и через месяц после него заполняли СОКЖС. Статистический анализ: критерий Уилкоксона, кластерный анализ методом К-средних.

Результаты. У больных с сочетанием ССН и ХОБЛ после выполнения планового ЧКВ было за-

регистрировано значительное улучшение показателей по всем шкалам, которые входят в опросник СОКЖС. Изменения по шкале ограничений физических нагрузок произошли с исходных 51,1 [46,7; 55,6] до 75,6 [62,2; 77,8] баллов; по шкале стабильности приступов – с 50 [50; 75] до 100 [75; 125] баллов; по шкале частоты приступов – с 50 [50; 60] до 80 [70; 90] баллов; по шкале удовлетворенности лечением – с 42,5 [36,25; 53,75] до 81,25 [63,75; 93,75] баллов; по шкале отношения к болезни – с 33,3 [25; 41,7] до 75,0 [58,3; 83,3] баллов; в сумме по всем шкалам – с 48,3 [42,9; 55,2] до 81,6 [69,3; 97,1] баллов ($P < 0,001$ для всех сравнений). Кластерный анализ выявил, что больные ХОБЛ в зависимости от величины изменений по шкалам опросника СОКЖС, наступивших после выполнения планового ЧКВ, формируют два кластера: первый характеризуется наличием ЛГИ и выраженной одышкой по шкале mMRC > 2 баллов при отсутствии заметного прироста качества жизни, второй – менее выраженной одышкой, отсутствием ЛГИ или слабой ее выраженностью и значительным приростом качества жизни по опроснику СОКЖС.

Заключение. Выполнение планового ЧКВ больным с сочетанием ССН и ХОБЛ, имеющим одышку более 2 баллов по шкале mMRC в сочетании с ЛГИ, не сопровождается улучшением качества жизни по опроснику СОКЖС.



ТРАНСКАТЕТЕРНОЕ ЗАКРЫТИЕ ДЕФЕКТОВ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ С ПОМОЩЬЮ ОККЛЮДЕРОВ

ЗУФАРОВ М.М., ИСКАНДАРОВ Ф.А., МАХКАМОВ Н.К., КАРИМОВ С.С., ХАМДАМОВ С.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан

Цель. Представить наш опыт транскатетерного закрытия вторичных дефектов межпредсердной перегородки (ДМПП).

Материал и методы. У 105 больных с вторичным ДМПП в возрасте от 5 до 40 лет (в сред. $19,5 \pm 2,1$) было произведено транскатетерное закрытие окклюдерами Амплатцера. У 72 (68,6%) больных имелась недостаточность кровообращения (НК) I степени, у 33 (31,4%) – НК II степени. По данным ЭКГ гипертрофия ПЖ имелась у всех больных, перегрузка правых отделов сердца – у 49 (46,7%) больных. Легочная гипертензия I ст. – выявлена у 71 (67,6%), II ст. – у 28 (26,7%) больных. У 70 (66,7%) больных, кроме трансторакальной ЭхоКГ, выполнена транспищеводная ЭхоКГ. У всех больных выявлен вторичный ДМПП. Из них у 5 больных выявлен дефицит верхнего края, еще у 2 обнаружены множественные дефекты МПП. Размер ДМПП колебался от 12 до 36 мм. Были использованы окклюдеры фирм «AGA» (США), «LifeTech» и «SSHMA» (Китай) размерами от 16 до 44 мм. У пациентов всех использовался доступ через правую бедренную вену. Использовались доставляющие системы «Delivery System» тех же производителей диаметром от 10 до 14 F.

Результаты. Непосредственный успех составил 96,2% (101 больной). У 4 больных не удалось закрыть ДМПП. У двух из них после имплантации в операционной наступила миграция окклюдера в ПЖ. В обоих случаях окклюдеры удалось удалить с помощью ловушки «Snare». У одного пациента после закрытия большого ДМПП с дефицитом верхнего и переднего краев после имплантации окклюдера 40 мм на 2-е сутки обнаружена миграция окклюдера в ПЖ. Последний удален хирургическим путем, и выполнена открытая коррекция порока. Остальные 100 (95,2%) больных выписаны в удовлетворительном состоянии. На контрольной ЭхоКГ у всех отмечена хорошая позиция окклюдера. В отдаленные сроки – от 6 мес. до 5 лет у всех больных отмечены хорошие результаты с нормализацией объемно-функциональных показателей сердца и давления в легочной артерии.

Выводы. 1. Транскатетерное закрытие ДМПП окклюдерами Амплатцера является высокоуспешным (95,2%) вмешательством.

2. В отдаленные сроки у всех больных отмечаются хорошие результаты с нормализацией объемно-функциональных показателей сердца.

РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ БИФУРКАЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ЗУФАРОВ М.М., ИСКАНДАРОВ Ф.А., БАБАДЖАНОВ С.А., МАХКАМОВ Н.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан

Цель. Оценка результатов ангиопластики и стентирования коронарных артерий при бифуркационных поражениях.

Материал и методы. Анализ были подвергнуты результаты ангиопластики и стентирования бифуркационных стенозов у 138 пациентов в возрасте от 35 до 76 лет (средний возраст – $54,3 \pm 3,4$ года). Мужчин было 107 (77,5%), женщин – 31 (22,5%). При распределении типов бифуркационных стенозов нами использована классификация «Medina»: тип 1.0.0. был отмечен у 16 (11,6%) больных, тип 1.1.0. – у 31 (22,5%), тип 1.1.1. – у 41 (29,7%), тип 0.1.1. – у 28 (20,3%), тип 1.0.1. – у 22 (15,9%).

Применены следующие методики стентирования бифуркационных поражений: при бифурка-

ционном стенозе типа 1.0.0. и 1.1.0. произведено стентирование основного сосуда без вмешательств на боковых ветвях; при типе 1.1.1. – «Т-стентирование», модифицированное «Т-стентирование», «Crush», «Kissing»; при типе 0.1.1. – V-стентирование.

Результаты. У всех больных с бифуркационными стенозами выполнено успешное стентирование коронарных артерий. Стентирование основного сосуда без вмешательств в боковых ветвях выполнено у 47 (34,1%) больных, Т-стентирование – у 13 (9,4%), модифицированное Т-стентирование – 19 (13,8%), «Crush» – у 9 (6,5%), «Kissing» – у 7 (5,1%), V-стентирование – у 28 (20,3%), «Culotte» – у 14 (10,2%).

После операции у всех больных отмечено улучшение клинического состояния, толерантность к физической нагрузке повысилась, жалобы исчезли.

У 2 (3,5%) больных со стентированием основного сосуда без вмешательств на боковых ветвях отмечен отрицательный Т-зубец в соответствующей области стенок ЛЖ, на коронарографии обнаружен тромбоз боковых ветвей. У обоих больных проведена реканализация и баллонная ангиопластика с восстановлением кровотока до уровня TIMI III. Дальнейший послеоперационный период протекал гладко.

По данным ЭхоКГ, ФВ ЛЖ возросла в среднем с $46,3 \pm 4,8\%$ до $50,1 \pm 6,1\%$, КДО ЛЖ снизилась в среднем со $196,6 \pm 11,6$ до $180,2 \pm 14,7$ мл.

Все больные выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии на 2–3-е сутки после вмешательства.

Выводы. Ангиопластика и стентирование бифуркационных поражений коронарных артерий, несмотря на относительную техническую сложность выполнения, являются эффективным вмешательством.

ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ ОБЪЕМНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ РАННЕЙ ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

ЗУФАРОВ М. М., БАБАДЖАНОВ С.А., ИСКАНДАРОВА Ф. А., УМАРОВ М.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан

Цель. Оценка изменений объемно-функциональных показателей левого желудочка (ЛЖ) после коронарного стентирования (КС) у больных ранней постинфарктной стенокардией (РПС).

Материал и методы. Проанализированы изменения объемно-функциональных показателей ЛЖ после КС у 125 больных с РПС в возрасте от 42 до 72 лет (в среднем – $53 \pm 2,1$ лет). Пациенты имели в анамнезе инфаркт миокарда (ИМ) сроком от 4 дней до одного мес., в среднем – $13,2 \pm 0,8$ суток. Из них с зубцом Q–59 (47,2%), без зубца Q–66 (52,8%) пациентов. Всем 125 больным успешно выполнено стентирование коронарных артерий, в т.ч. стентирование одной артерии у 66 (52,8%) больных, двух артерий – у 37 (29,6%), трех – у 22 (17,6%) больных.

Результаты. По данным ЭхоКГ, после ТЛБАП и стентирования коронарных артерий ФВ ЛЖ возросла в среднем с $41,3 \pm 1,1\%$ до $54,1 \pm 0,9\%$. После коронарного стентирования у 24 (19,2%) пациентов с исходной ФВ ЛЖ ниже 30% ОФВ ЛЖ повысилась в среднем с $26,4 \pm 1,9\%$ до $39,1 \pm 0,8\%$, у 47 (37,6%) с исходной ФВ ЛЖ от 30 до 40% – с $36,9 \pm 2,2\%$ до $47,1 \pm 1,2\%$, у 32 (25,6%) с исходной ФВ ЛЖ от 41 до 50% – с $45,1 \pm 1,7\%$ до $53,6 \pm 0,7\%$, у 22 (17,6%) с исходной ФВ ЛЖ выше 50% – с $53,7 \pm 2,7\%$ до $61,9 \pm 0,8\%$.

У 26 (20,8%) больных зоны гипокинезии уменьшились, а у 71 (56,8%) – сократимость полностью восстановилась. В 8 (6,4%) случаях появилась кинетика ранее выявленных зон акинезии, в 11 (8,8%) – зоны акинезии уменьшились. Среднее число зон гипокинезии после стентирования коронарных артерий снизилось с $2,1 \pm 0,2$ до $0,6 \pm 0,1$ сегмента, число зон акинезии – с $1,14 \pm 0,5$ до $0,7 \pm 0,2$ сегментов.

Также отмечено достоверное уменьшение КДО ЛЖ – с $198,6 \pm 5,7$ до $167,4 \pm 3,8$ мл. При этом у больных с исходной КДО более 200 мл (в среднем $213,1 \pm 3,5$ мл) в эти сроки динамика была умеренно выражена и в среднем составила $195,2 \pm 3,7$ мл. У 6 (4,8%) пациентов в ближайшие сутки после вмешательства динамика КДО не наблюдалась, но у них отмечено увеличение ОФВ ЛЖ.

Выводы:

1. У большинства (95,2%) больных с РПС после коронарного стентирования наблюдается улучшение объемно-функциональных показателей ЛЖ.

2. У больных с РПС в ближайшие сроки после успешной ТЛБАП и стентирования коронарных артерий отмечается достоверное увеличение ФВ ЛЖ – в среднем с $41,3 \pm 1,1\%$ до $54,1 \pm 0,9\%$ и уменьшение КДО ЛЖ – со $198,6 \pm 5,7$ до $167,4 \pm 3,8$ мл.



РОЛЬ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

ЗУФАРОВ М.М., МАХКАМОВ Н.К., АНВАРОВ Ж.О.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан

Основными механизмами возникновения острого коронарного синдрома (ОКС) являются разрыв атеросклеротической бляшки (РАБ), эрозия атеросклеротической бляшки (ЭАБ), острый тромбоз коронарных артерий, малапозиция, краевая диссекция стента.

Цель исследования. Анализ результатов морфологической особенности коронарной артерии у больных ОКС с помощью оптической когерентной томографии (ОКТ).

Материал и методы. Были обследованы 35 пациентов с ОКС в возрасте от 58 до 78 лет (в сред. – $63,8 \pm 3,2$), которым была проведена ОКТ для визуализации и определения морфологической структуры поражения коронарных артерий, из них у 29 (82,8%) пациентов с элевацией сегмента ST. Всем больным ЧКВ было выполнено радиальным доступом. Из 35 больных разрыв АБ был выявлен у 28 (80%) пациентов: у 3 (8,5%) выявлено поражение правой коронарной артерии (ПКА), у 19 (54,2%) – передней межжелудочковой артерии (ПМЖА), у 5 (14,2%) больных – поражение огибающей артерии (ОА). У 5 (14,2%) больных была выявлена эрозия АБ, и все случаи выявлены в ОА. В одном случае у больного после стентирования была выявлена малапозиция стента, которая и привела к острому тромбозу ранее установленного стента. РАБ ассоциировался с более высокой частотой отсутствия дистального кровотока (no reflow), замедлением кровотока

(slow flow) или дистальной эмболизацией коронарной артерии.

Результаты. ЧКВ была эффективной, всем больным установлены стенты с лекарственным покрытием, антеградный кровоток по коронарным артериям был восстановлен – TIMI III. Летальных случаев и осложнений не отмечено. У 3 (9,3%) пациентов отмечалось отсутствие дистального кровотока: из них в 2 случаях симптомзависимая артерия была ПМЖА. У 1 (3,1%) пациента отмечалась дистальная эмболизация, и у 8 (25%) – замедление кровотока. Из 35 пациентов 4 (11,4%) больным была выполнена эффективная тромболизисная терапия препаратом «Алтеплаза – 100 мг». В одном случае у пациента с ранее установленным стентом была выполнена постдилатация для устранения малапозиции стента. В среднем «Door to Balloon» составил 32 минуты. У всех больных после ангиопластики и стентирования отмечалось улучшение гемодинамических показателей, и на 3–4-е сутки после вмешательства они были выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Оптическая когерентная томография является высокоинформативным методом идентификации разрыва, эрозии АБ, малапозиции, краевой диссекции in vivo у больных с ОКС. ОКТ позволяет идентифицировать, определить морфологическую структуру, механизм возникновения ОКС и дифференцированно подойти к выбору тактики лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ СТЕНОЗА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

ЗУФАРОВ М.М., ИСКАНДАРОВ Ф.А., КАРИМОВ С.С.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан

Цель. Анализ результатов БВ у больных со СЛА. Баллонная вальвулопластика стеноза легочной артерии (СЛА) выполнена у 425 больных в возрасте от 6 дней до 39 лет (в сред. – $14,6 \pm 8,9$ лет). Пациентов женского пола было 240 (56,5%), мужского – 185 (43,5%).

Материал и методы. Общее состояние у большинства пациентов было удовлетворительным, у 86 (20,25%) больных оно расценено как средней тяжести, у 20 (4,7%) – как тяжелое. Умеренная артериальная гипоксемия наблюдалась у 18 (4,2%) пациентов. У 24 (5,6%) больных имелась недостаточность кровообращения (НК) I степени, у

21 (5,0%) – НК II степени, у остальных отсутствовали признаки НК.

Результаты. Показанием к проведению баллонной вальвулопластики (БВ) являлось наличие стеноза ЛА с градиентом систолического давления (ГСД) между правым желудочком (ПЖ) и легочной артерией (ЛА) – 50 мм рт.ст. и более. Во всех случаях использован доступ через бедренную вену, проводилась тензиометрия, правая вентрикулография (ПВГ) до и после БВ. Эффективность БВ оценивалась на основании снижения ГСД между ПЖ и ЛА. Хорошим результатом БВ считали остаточный градиент менее 30 мм рт.ст.,

удовлетворительным – от 31 до 50 мм рт.ст., неудовлетворительным – более 50 мм рт.ст.

У 325 (76,4%) больных выявлен клапанный, комбинированный клапанно-подклапанный – у 74 (17,4%), клапанно-надклапанный СЛА – 9 (2,12%), подклапанный СЛА – 17 (4%) больных. Надклапанный компонент в обоих случаях представлял собой тонкую мембрану, располагавшуюся в стволе ЛА на расстоянии от 1 до 2 см выше уровня клапанного кольца.

Анализ результатов БВ в зависимости от типа сужения показал, что у больных с клапанным СЛА ($n=325$) хорошие результаты получены у 276 (85%) пациентов, удовлетворительные – у 40 (12,3%), неудовлетворительные – у 9 (2,76%). В то же время в группе больных с комбинированным клапанно-подклапанным СЛА ($n=74$) хорошие результаты получены у 36 (48,64%) пациентов, удовлетворительные – у 22 (29,7%), неудовлетворительные – у 16 (21,6%). У 4 пациентов с клапанно-надклапанным СЛА в возрасте 8 и 32 лет после баллонного расширения ГСД между ПЖ и ЛА снизился соответственно со 123 до 20 мм рт.ст. и со 133 до 34 мм рт.ст.

У всех больных после баллонной вальвулопластики наблюдалась положительная динамика клинического состояния.

В отдаленные сроки (от 6 мес. до 8 лет) обследованы 230 (80%) пациентов. У всех больных отмечалось дальнейшее улучшение общего состояния, переносимости физических нагрузок, улучшение ЭКГ-показателей. При катетеризации правых отделов сердца у 14 пациентов с высоким остаточным ГСД (более 50 мм рт.ст.) после БВ отмечено прогрессивное снижение градиента. Из них у 14 больных с КСЛА отмечено достоверное снижение ГСД между ПЖ и ЛА до $19,8 \pm 5,6$ мм рт.ст. ($p < 0,01$), а у 6 больных с КПСЛА – до $28,4 \pm 7,2$ мм рт.ст. ($p < 0,01$). Ангиокардиография показала уменьшение степени остаточной подклапанной обструкции выводного тракта правого желудочка в отдаленные сроки после БВ у больных с клапанно-подклапанным СЛА.

Выводы:

1) БВ СЛА является высокоэффективным как у больных с клапанным, так и у больных с комбинированным клапанно-подклапанным СЛА.

2) В группе пациентов с комбинированным СЛА, несмотря на относительно высокий остаточный ГСД непосредственно после баллонной вальвулопластики, в отдаленные сроки наблюдается прогрессивное его снижение, что свидетельствует о регрессе подклапанного компонента обструкции.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗАМИ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ

ЗУФАРОВ М.М., МАХКАМОВ Н.К., БАБАДЖАНОВ С.А., ИСКАНДАРОВА Ф.А.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
хирургии имени академика В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан*

Цель исследования. Анализ результатов ССА у больных с симптомными и асимптомными течениями заболевания.

Материал и методы. В исследовании представлен анализ результатов стентирования внутренних сонных артерий (ВСА) у 57 пациентов. Возраст пациентов колебался от 42 до 86 лет, в среднем составив $62 \pm 8,5$ лет. Степень стеноза ВСА варьировала от 50 до 99%, в среднем составив $80 \pm 10\%$. У 4 (12%) пациентов в анамнезе отмечалось острое нарушение мозгового кровообращения. Большинство больных имели сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия – у 30 (90%) и у 5 (15%) пациентов – сахарный диабет. Всем больным за 10 дней до стентирования назначалась комбинированная антиагрегантная терапия: клопидогрель (75 мг в день) и аспирин (75–150 мг в день).

Результаты. Всего у 57 пациентов было выполнено стентирование 58 внутренних сонных артерий. Показанием к ССА у бессимптомных больных являлся стеноз более 80% и у симптомных – более 50%. Во всех случаях были имплантиро-

ваны самораскрывающиеся нитиновые стенты Protégé™ RX. Все процедуры выполнялись с применением устройств для защиты головного мозга «Robin» («Balton»).

Технический успех процедуры составил 100%. У двух больных выполнялась предилатация с помощью коронарного баллона диаметром 2,0 – 2,5 мм в связи с критическим сужением внутренней сонной артерии. Одному пациенту с бикаротидным поражением было выполнено двухэтапное стентирование обеих ВСА. У всех больных вмешательство прошло без осложнений, нарушений нейростатуса также не наблюдалось. Все больные в удовлетворительном состоянии, выписаны на 2–3-е сутки после РЭВ. В отдаленные сроки – до 2 лет только у одного (1,69%) больного на доплерографии и МСКТ-ангиографии экстра-и интракраниальных артерий обнаружен рестеноз до 35%.

Выводы. Стентирование сонных артерий является эффективным и безопасным малоинвазивным методом профилактики мозгового инсульта у пациентов со стенозами сонных артерий и может стать альтернативой хирургическому методу.

**ТАКТИКА РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ПОРАЖЕНИЕМ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ****ЗУФАРОВ М.М., МАХКАМОВ Н.К., БАБАДЖАНОВ С.А., ИСКАНДАРОВ Ф.А.****Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
хирургии имени академика В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан**

Цель. Изучить результаты рентгенэндоваскулярных вмешательств (РЭВ) у больных с сочетанными атеросклеротическими поражениями коронарных и каротидных артерий.

Материал и методы. Проанализированы результаты сочетанных РЭВ на каротидных и коронарных артериях у 75 больных. Возраст больных составлял от 56 до 80 лет (в среднем $58,2 \pm 1,2$ лет). В исследовании не включались пациенты с острым коронарным синдромом (ОКС), острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК). Показанием к ССА являлись стенозы более 80% при асимптомном и более 50% – при симптомном течении.

Результаты. В зависимости от проведенного лечения больные подразделены на три группы: I группа – больные, которым проведено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) и стентирование сонной артерии (ССА) – 35 больных. При этом одноэтапное вмешательство проведено у двух пациентов. У остальных 33 больных поэтапно проведено ЧКВ и ССА.

II группа (24 больных) – проведено ССА и в последующем операция коронарного шунтирования (КШ). Такая тактика была связана с высоким интраоперационным риском развития ОНМК при открытой операции на коронарных артериях.

III группа (16 больных) – проведена ССА и медикаментозная тактика лечения ИБС. В эту группу вошли больные с гемодинамически незначимыми стенозами коронарных артерий.

Во всех трех группах было успешно выполнено ССА. Одностороннее ССА выполнено у 73 (97,3%), двухстороннее – у 2 (2,6%) больных. Все эндоваскулярные вмешательства выполнены на фоне применения двойной дезагрегантной терапии клопидогрелем и аспирином. Всем пациентам с поражением СА были использованы самораскрывающиеся стенты «Protégé™RX; Acculink; Xact; Mer» (колбовидный и прямой тип). У 68 (90,6%) использовалась нейпропротекторные системы «Robin» от 5 до 7 мм, у 6 (8%) – «NAV6» и у 1 (1,3%) – «Filter Ezwire». При стентировании коронарных артерий всем 35 (46,6%) пациентам были имплантированы стенты с лекарственным покрытием (DES) – «Xince Prime», «Biomatrix Flex», «Resolute Integrity», «Ultimaster». 24 (32,0%) пациента с многососудистым поражением КА были направлены на операцию КШ.

Перед и послеоперационный периоды у всех 75 больных, которым были проведены РЭВ, протекали без осложнений. Только у одного больного в отдаленные сроки через один год на МСКТ обнаружен ре-стеноз стента до 35%.

Выводы:

1. Рентгенэндоваскулярные вмешательства у больных ИБС с сочетанным поражением каротидных артерий являются высокоэффективным методом лечения при мультифокальном атеросклерозе.

2. Проведенный анализ позволяет разработать алгоритм рентгенэндоваскулярного лечения у больных при сочетанных поражениях каротидных и коронарных артерий.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЧРЕСКОЖНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В СТОЛЕ ЛЕВОЙ КАРОТИДНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ИБС**ЗУФАРОВ М.М., ИСКАНДАРОВ Ф.А., БАБАДЖАНОВ С.А., МАХКАМОВ Н.К., АНВАРОВ Ж.О.****Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
хирургии имени академика В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан**

Цель. Оценка непосредственных клинико-ангиографических результатов стентирования ствола левой коронарной артерии у больных с различными формами ИБС.

Материал и метод. В исследование были включены 43 пациента с различными формами ИБС, которым выполнены эндоваскулярные вмешательства на стволе ЛКА. Возраст пациентов колебался от 43 до 80 лет, в среднем – 65 ± 15 лет. Из анамнеза у 19 пациентов (44,2%) имелся острый коронарный синдром, и у 24 больных (55,8%) стабильная стенокардия напряжения. Из факторов риска

ИБС чаще наблюдали артериальную гипертензию у 39 (90,7%), сахарный диабет – 12 (28%), гиперлипидемию – 15 (34,9%), ожирение – 9 (20,9%), курение – 26 (60,4%) больных. Операция коронарного шунтирования в анамнезе у 7 (16,2%) больных и у 11 (25,6%) – ЧКВ коронарных артерий.

На ЭхоКГ фракция выброса левого желудочка была от 35 до 60% (в среднем – $41,6 \pm 2,7\%$). Изолированное поражение ствола ЛКА – у 13 (30,2%) пациентов. У 30 (69,8%) пациентов выявляли бифуркационное поражение ствола ЛКА с переходом на крупные ветви. У большинства пациентов

(90,7%) обнаружены гемодинамически значимые изменения в других коронарных артериях. Среднее значение индекса Syntax составило $22,7 \pm 2,6$, при этом у 21 пациента его значение было ≤ 22 , у 13 – 23–32, у 9 – ≥ 32 .

Результаты. Всем пациентам были проведены успешные эндоваскулярные вмешательства. В зависимости от локализации поражения ствола ЛКА выбиралась различная тактика эндоваскулярного поражения ствола ЛКА выполнялось у 13 (30,2%) пациентов, а стентирование ствола ЛКА и поражений других локализаций от 1 до 3 коронарных артерий – у 30 (67,8%) больных. В зависимости от методики вмешательства распределялись следующим образом: в 11 (25,5%) случаях применяли процедуру с дилатацией боковой ветви, в 9 – Т-стентирование, в 6 – технику «Crush» и 4 – «V»-стентирование.

В ствол имплантированы стенты с лекарственным покрытием (DES), у 2 больных биорассасывающийся скаффолд «Absorb».

Умер один больной, поступивший с ОИМ, кардиогенным шоком, несмотря на удачную имплантацию стента, не удалось купировать острую сердечно-сосудистую недостаточность и отек легких. У остальных операции прошли без осложнений, все больные выписаны в удовлетворительном состоянии для дальнейшего лечения по месту жительства.

Выводы: Стентирование ствола левой коронарной артерии является относительно безопасной и эффективной процедурой, обеспечивающей стойкий положительный клинический результат у пациентов со стабильной стенокардией и при остром коронарном синдроме. Четкая отработка техники стентирования и использование стентов с лекарственным покрытием повышает эффективность и безопасность процедуры.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЧРЕСКОЖНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ МНОГОСОСУДИСТОМ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

ИСКАНДАРОВА Ф.А., ЗУФАРОВ М.М., БАБАДЖАНОВ С.А., МАХКМОВ Н.К., АНВАРОВ Ж.О., УМАРОВ М.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Сравнительная оценка эффективности чрескожного вмешательства (ЧКВ) и медикаментозной терапии у больных стабильной стенокардией напряжения и многососудистым поражением коронарных артерий.

Материал и методы. У 126 больных ИБС с клиникой стабильной стенокардии ФК III и IV и многососудистым поражением коронарных артерий (МПКА) проведен сравнительный анализ результатов ЧКВ и оптимальной медикаментозной терапии. МПКА считались стенозы $\geq 70\%$ в двух и более сосудах. Данное исследование было ограничено наблюдением в течение первых 24 месяцев после проведения рентгенэндоваскулярных вмешательств (РЭВ) или диагностической коронарографии и инициации стандартизированной медикаментозной терапии. Первую группу составили 78 больных (средний возраст – $64,8 \pm 7,6$), которым было выполнено поэтапное стентирование коронарных артерий, а вторую группу 48 больных (средний возраст $67,8 \pm 8,3$), которые отказались от проведения рентгенэндоваскулярного вмешательства и продолжали принимать стандартную медикаментозную терапию, включающую препараты ацетилсалициловой кислоты (АСК), клопидогрель, бета-блокаторы, статины, по показаниям ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, нитраты,

диуретики. Конечными точками исследования являлись большие кардиальные события (MACE-Major Adverse Cardiac Events): смерть, острый инфаркт миокарда, повторная реваскуляризация (РЭВ или операция коронарного шунтирования), госпитализация по поводу острого коронарного синдрома.

Результаты. Частота комбинированного показателя MACE была несколько меньше в группе стентирования и составляла 15,4% ($n=12$) против 18,8% ($n=9$), однако различие не достигало достоверности ($p \geq 0,05$). Достоверное различие ($p \geq 0,05$) выявлено при сравнении частоты комбинированного показателя смерть+инфаркт миокарда, который оказался достоверно больше в группе медикаментозной терапии и составил 10,4% ($n=5$) против 3,8% ($n=3$) во 2 и 1 группах соответственно.

Выводы. Поэтапное выполнение РЭВ при многососудистом поражении коронарных артерий у больных стабильной стенокардией в сравнении с медикаментозной терапией способствует уменьшению частоты больших кардиальных событий. При этом различие по частоте комбинированного показателя смерть+инфаркт миокарда оказалось достоверным.



ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЯХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ИСКАНДАРОВ Ф.А., МАХКАМОВ Н.К., АНВАРОВ Ж.О.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан

Цель. Оценка эффективности эндоваскулярного лечения хронических окклюзий коронарных артерий (КА).

Материал и методы. Проведен анализ результатов механической реканализации окклюзий на 52 сегментах КА у 49 больных хронической ИБС в возрасте от 44 до 69 лет, в сред. $57 \pm 6,1$ лет. Мужчин было 38 (77,6%), женщин – 11 (22,5%). У 46 (93,9%) пациентов попытка реканализации проводилась на одной КА, у 3 (6,1%) – на двух КА. Стабильная стенокардия третьего функционального класса (ФК III) по NYHA имела у 45 (91,8%), ФК IV – у 4 (8,2%) больных. Инфаркт миокарда в анамнезе имелся у 41 (83,7%) пациента.

Традиционная методика реканализации применена у 18 (36,7%) пациентов, вошедших в первую группу анализируемых больных. Методика реканализации с помощью поддержки коронарным баллоном и селективного углубления кончика проводникового катетера под постоянным мониторингом инвазивного давления была применена у 31 (63,3%) больного (вторая группа).

Результаты. Из 53 попыток у 49 больных механическая реканализация удалась в 44 (84,6%) случаях – у 42 (85,7%) пациентов. В 9 (17,3%) попытках у 7 (14,3%) пациентов процедура реканализации оказалась неэффективной. Реканализация передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) выполнена у 27 (64,3%) больных, правой коронарной артерии (ПКА) – у 11 (26,2%), огибающей ветви (ОВ) – у 4 (8,2%). Одномоментная реканализация ПМЖВ и ПКА с последующей ангиопластикой и стентированием выполнена у 1 (2,0%) пациента, ПМЖВ и ОВ – у 1 (2,0%) больного. В 5 (11,4%) случаях реканализация была завершена баллонной ангиопластикой. В 39 (88,6%) реканализация ангиопластики была дополнена стентированием.

В группе больных с традиционным методом реканализации процедура оказалась успешной в 12 (66,7%) случаях. Реканализация с баллонной поддержкой была успешной в 31 (91,2%) случае.

Непосредственных осложнений во время вмешательства не наблюдалось, у всех больных реваскуляризация была полной. Спазм коронарной артерии после стентирования имел место в 3 (7,7%) случаях, что было купировано внутрикоронарным введением изокета. У 4 (10,3%) пациентов была отмечена окклюзия мелкой боковой ветви, которая не сопровождалась какой-либо отрицательной клинической симптоматикой или развитием инфаркта миокарда. Летальных случаев не отмечено. У всех 42 пациентов отмечались клиническое улучшение, повысилась толерантность к физической нагрузке. На 2–3 сутки после вмешательства пациенты были выписаны из стационара.

В отдаленные сроки (от 6 мес. до 5 лет) обследованы 34 пациента. У 19 (55,9%) пациентов не было приступов стенокардии даже при значительных физических нагрузках. У 8 (23,5%) пациентов имела стенокардия напряжения ФК I, а у 6 (17,6%) – ФК II. На протяжении периода наблюдения не отмечено случаев смерти. У 1 (2,4%) пациента через два года после вмешательства имел место мелкоочаговый инфаркт миокарда в области верхушки левого желудочка. Возврат стенокардии напряжения ФК III имел место у 3 (7,1%) пациентов.

Выводы. Эндоваскулярная реканализация хронических окклюзий является безопасным и эффективным методом лечения, позволяющим значительно улучшить состояние и повысить толерантность к физической нагрузке у больных хронической ИБС.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

КАДЫРОВ Б.А., СЕЙИТМУХАММЕДОВ М.Д., АМАННЕСОВ Н.К.

Международный кардиологический центр, г. Ашхабад. Туркменистан

Цель. Анализ результатов эндоваскулярного лечения хронических (сроком свыше 3 месяцев) тотальных окклюзий нативных эпикардиальных коронарных артерий.

Материал и методы. В исследование были включены больные со стабильной стенокардией напряжения и нестабильной стенокардией,

с ангиографически подтвержденным наличием хронической (≥ 3 мес.) окклюзии как минимум одной крупной эпикардиальной коронарной артерии при условии выполнения эндоваскулярного вмешательства (реканализация и транслюминальная баллонная ангиопластика) с имплантацией стентов с лекарственным покрытием. В соот-

ветствии с этим в исследование на ретро- и проспективной основе были включены 54 пациента, у которых была выполнена успешная реканализация. 43 (79,6%) пациента были мужского пола, 11 (20,6%) – женского. Возраст колебался от 44 до 82 лет (в среднем – $54,9 \pm 6,1$ года). У 51 (94,4%) пациента отмечалась стабильная стенокардия напряжения III–IV ФК (CCS), у 3 (5,5%) – нестабильная стенокардия. У пациентов ФВ ЛЖ колебалась от 25 до 39% (в среднем – $32 \pm 4,0$ %). Многососудистое поражение было выявлено у 37 (68,5%) пациентов, однососудистое – у 18 (33,3%). Всего у 54 пациентов имелось 81 окклюдизирующее поражение (в среднем – 1,5 окклюзии в расчете на 1 пациента). Протяженность окклюдизированных сегментов колебалась от 15 до 83 мм и в среднем составляла $41,2 \pm 4,5$ мм. Предполагаемые сроки окклюзии колебались от 3 месяцев до 12 лет и в среднем составляли $78,3 \pm 35,2$ мес. Окклюдизированные артерии были представлены: передняя межжелудочковая ветвь (ПМЖВ) – в 21 (38,8%), правая коронарная артерия (ПКА) – в 24 (44,4%), огибающая ветвь (ОВ) – в 9 (16,6%) случаев.

Результаты. Всего был имплантирован 151 стент с лекарственным покрытием (в среднем 2,8 в расчете на одного пациента), средняя протяженность стентированного сегмента составила $75,2 \pm 5,3$ мм. Наряду с реканализацией, дополнительные вмешательства при поражениях другой

локализации выполнялись у 28 (51,8%) пациентов. У 1 (1,8%) пациента при выполнении реканализации окклюдизированных артерий произошли перфорация артерии, гемиперикард, при котором ограничилось динамическим наблюдением и консервативной терапией.

В отдаленном периоде (средний срок наблюдения составил $19 \pm 4,3$ мес.) общая выживаемость составила 96,5%. Большие коронарные осложнения встречались со следующей частотой: повторные инфаркты миокарда составили 2,3%, частота коронарной летальности – 0%, повторной реваскуляризации подверглись 9,0% больных. Общая частота коронарных осложнений – 11,3%. Контрольная коронарография выполнялась у 27 (50,0%) пациентов. Частота рестенозов составила 3%, реокклюзий – 0%, частота позднего тромбоза составила 1,0% (не принимал плавокс).

Заключение. Эндоваскулярная хирургия является достаточно эффективным (клиническая эффективность 91,6%) методом лечения группы больных ИБС с хроническими окклюзиями коронарных артерий. Применение стентов с лекарственным покрытием позволило улучшить отдаленные результаты эндоваскулярного лечения в данной группе больных за счет значительного снижения частоты рестенозирования и возобновления стенокардии в отдаленном периоде.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

КУРБАНОВ А.Ч.^{1,2}, КАРИМОВА Ф.А.², ОДИНАЕВ Ш.Ф.¹, БОБОАЛИЕВ С.М.³

¹ТГМУ; ²ГКБ-2; ³Клиника «Сино»

Цель. Изучение качества жизни до и после стентирования коронарных артерий у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Материал и методы. За 2017 г. в условиях клиники «Сино» проведен анализ качества жизни у 60 пациентов со стабильной стенокардией до и после стентирования коронарных артерий. До- и послегоспитальные процедуры выполнены согласно рекомендациям Американской ассоциации кардиологов (ACC) и Всероссийского Научного Общества кардиологов. Среди обследованных преобладали мужчины – 46 (76,6%) больных (средний возраст – $56,1 \pm 1,8$ года) и 24 (23,4%) – женщины (средний возраст – $58,0 \pm 1,9$ года). Всем пациентам устанавливались не более 2 стентов, покрытых сиролимусом (Taxus). Для оценки качества жизни (КЖ) был использован опросник SF-36, адаптированный к больным с сердечно-сосудистой патологией. В исследование не включались больные, перенесшие ангиопластику или аортокоронарное шунтирование, жизнеугрожающие нарушения ритма сердца. Обработку материала проводили методами описательной статистики: вычисляли среднюю величину

(M), стандартное отклонение (σ) и стандартную ошибку (m).

Результаты. После стентирования коронарной артерии пациентов, страдающих ИБС, отмечались положительные сдвиги в клинической симптоматике, выражающиеся в исчезновении болей, улучшении настроения, больные ощущали прилив бодрости и сил, исчезновении одышки и сердцебиения. Помимо улучшения клинической симптоматики у большей части пациентов отмечалась нормализация зубца Т и сегмента ST. Результаты оценки качества жизни показали, что большинство параметров имеют отчетливую тенденцию к увеличению суммарного количества баллов. Психологические компоненты здоровья улучшились (MH) – с $46,4 \pm 2,5$ до $71,3 \pm 2,0$. Основными параметрами улучшения психологического компонента является улучшение жизненной активности (VT) – с $37,0 \pm 1,5$ до $52,0 \pm 1,2$ балла, а также психического компонента здоровья (MH) – с $58,0 \pm 2,5$ до $85,5 \pm 2,1$ балла. В меньшей степени улучшаются компоненты социального функционирования (SF) – с $50,5 \pm 3,2$ до $55,0 \pm 1,5$ и эмоционального со-



стояния (RE) – с $57,0 \pm 2,0$ до $61,0 \pm 2,5$ балла. Компонент физического функционирования (Physical Health) повысился с $34,4 \pm 2,0$ до $45,5 \pm 1,5$ баллов. Следует отметить, что частота и интенсивность болевого фактора (BR) снизилась, отражаясь повышением активности с $55 \pm 1,0$ до $72 \pm 2,0$ баллов. Компонент общего состояния здоровья (GH) и ролевого функционирования (RP) также имели достоверную картину к увеличению.

Заключение. Результаты исследования свидетельствуют о том, что стентирование коронарных артерий на сегодняшний день является наиболее успешным методом лечения ишемической болезни сердца. Это обстоятельство оправдано не только улучшением клинического состояния, но и улучшением психологического и физического компонентов качества жизни.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭТАПНОЙ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ ВЕТВЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

МАРУКЯН Н.В., СИМАКОВА М.А., ПРИВОРОТСКИЙ В.В., ЗВЕРЕВ Д.А., МОИСЕЕВА О.М.

НМИЦ им В.А. Алмазова, г. Санкт-Петербург. Россия

Введение (цели/задачи). Хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия (ХТЭЛГ) – один из вариантов легочной артериальной гипертензии (ЛАГ), развивающейся вследствие неполного разрешения эпизода тромбоэмболии легочной артерии. Золотым стандартом в лечении таких пациентов является тромбэндартерэктомия из легочной артерии, при этом, по данным международных регистров, до 36% больных, с так называемым «дистальным» типом поражения легочной артерии признаются неоперабельными, и пятилетняя выживаемость в этой группе крайне низкая и составляет 30–40%. Альтернативой медикаментозной терапии в случае неоперабельных пациентов с ХТЭЛГ является транскатетерная баллонная ангиопластика легочной артерии (БАП ЛА) с уровнем рекомендаций на сегодняшний момент II (класс рекомендаций В). Согласно японским данным, выполнение этой процедуры в нескольких последовательных сессиях позволяет достигнуть значительного снижения среднего давления в легочной артерии вплоть до его нормализации с уменьшением функционального класса легочной гипертензии при летальности всего 1,5%. Таким образом, транскатетерная баллонная ангиопластика является современным, перспективным интервенционным методом лечения ХТЭЛГ, являю-

щимся альтернативой дорогостоящей медикаментозной ЛАГ-специфической терапии.

Материал и методы. В исследование включены 10 пациентов с ХТЭЛГ (6 мужчин, 4 женщины, средний возраст – 55 ± 11 лет), с дистальным типом поражения, которым было отказано в выполнении тромбэндартерэктомии из легочной артерии и выполнена этапная БАП ЛА. Все пациенты исходно получали специфическую терапию силденафилом.

Результаты. По данным манометрии правых камер сердца у пациентов выраженная прекапиллярная легочная гипертензия с ДЛА сист. $95 \pm 12,7$ мм рт.ст. Всем пациентам выполнено 4–6 этапов баллонной ангиопластики ветвей легочной артерии со снижением функционального класса легочной гипертензии с $3,2 \pm 0,5$ до $1,9 \pm 0,2$ ($p < 0,001$). В послеоперационном течении отмечено снижение ДЛАСр с $54 \pm 14,2$ мм рт.ст. до $30 \pm 10,2$ мм рт.ст. ($P = 0,007$) и снижение ЛСС с $15 \pm 3,3$ ед. Вуда до $2,5 \pm 0,7$ ед. Вуда ($P = 0,007$). Частота возникших осложнений (реперфузионный отек легкого) не превысил 23%.

Заключение. Баллонная ангиопластика легочной артерии – эффективная и безопасная процедура при соблюдении алгоритма отбора пациента и методологии выполнения процедуры.

РОЛЬ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ В ПЛАНИРОВАНИИ ДВОЙНОЙ ДЕЗАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

МАХКАМОВ Н.К., АНВАРОВ Ж.О.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии
имени академика В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан*

Цель. Оценить клинические возможности оптической когерентной томографии (ОКТ) в планировании комбинированной дезагрегантной терапии у больных ИБС после чрескожного вмешательства.

Материал и методы. В период с февраля 2017 г. по января 2019 г. было выполнено 68 внутрисосудистых исследований с использованием оптической когерентной томографии (ОКТ). По результатам этих исследований было оценено состояние 35 СЛП «Ultimaster» (Terumo) у 31 больного, ранее имплантированных в сроки от 3-х до 20 месяцев.

Результаты. При оценке СЛП у 7 больных выявлены признаки частичной эпителизации балок стентов (имплантированных в сроки до 3 месяцев), пациентам рекомендовано продолжить двойную дезагрегантную терапию. У 9 пациентов по результатам ОКТ была выявлена полная эпителизация СЛП, имплантированных в сроки 6 месяцев, двойная дезагрегантная терапия была отменена, пациентам рекомендовано принимать только ацетилсалициловую кислоту (аспирин) в дозе 75–100

мг. А также у 11 пациентов была выявлена полная эпителизация балок стента (имплантированных в сроки до 16 месяцев), которым тоже отменена двойная дезагрегантная терапия. У 3 пациентов обнаружился неoaтеросклероз (фиброзного характера) ранее имплантированного СЛП, в связи с чем рекомендовано увеличить дозу статинов. Так же у одного пациента после имплантации СЛП до 12 месяцев выявлены неполная эпителизация балок стента и перед плановой операцией стентирования сонной артерии больной рекомендовано продолжать двойную дезагрегантную терапию.

Выводы. ОКТ как метод «тонкой» внутрисосудистой визуализации позволяет определить степень эпителизации стентов, что в свою очередь, определяет тактику дальнейшей эндоваскулярной коррекции объема и необходимости в продолжении двойной дезагрегантной терапии. Исходя из полученных данных следует отметить, что у пациентов без высокого риска кровотечения не рекомендуется отменять двойную дезагрегантную терапию в течение 12 месяцев.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ МАЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

МУМИНОВ И.А., КОДИРОВА Г.И., УЗБЕКОВА Н.Р., ДУСМУРАТОВА Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Введение. Термин «малые повреждения миокарда» (МПМ) в литературе появился относительно недавно. МПМ встречаются в 8–15% случаев после плановых чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) и проявляются только повышением уровня кардиоспецифических маркеров, без клинических и электрокардиографических признаков повреждения миокарда.

Цель исследования. Диагностика, выявление факторов риска развития малых повреждений миокарда и оценка их влияния на результаты планового чрескожного коронарного вмешательства у пациентов с ишемической болезнью сердца: стенокардией.

Материал и методы исследования. Исследуемые пациенты были подразделены на группы по уровню содержания кардиоспецифических маркеров в сыворотке крови: группа исследования – 15 пациентов (мужчин) с ИБС: стенокардией напря-

жения функциональный классы II–III после ЧКВ, осложненных малыми повреждениями миокарда; группа сравнения – 10 пациентов (мужчин) с ИБС: стенокардией напряжения II–III функциональный классы после ЧКВ, не осложненные МПМ. Все пациенты с ИБС (групп сравнения и исследования) получали одинаковую медикаментозную терапию. Так же пациенты продолжали прием рекомендованной терапии на амбулаторном этапе лечения. Во время ЧКВ и стентирования коронарных артерий использовались металлические стенты и стенты с лекарственным антипролиферативным покрытием.

Результаты и обсуждение. При обследовании пациентов с ИБС: стенокардия напряжения II–III функциональных классов, подвергнутых ЧКВ и стентированию коронарных артерий, в первые сутки выявлено наличие жалоб в группе исследования на незначительный дискомфорт за грудиной



у 3,2% пациентов, тем временем пациенты группы сравнения жалобы не предъявляли ($p < 0,05$). У пациентов с ИБС группы исследования и сравнения после выполнения им ЧКВ и стентирования коронарных артерий, по показателям биохимического анализа крови, таким как: гемоглобин, креатинин, холестерин – различий не выявлено. Однако наблюдается повышение в общем анализе крови уровня содержания лейкоцитов выше нормы – $10,23 \times 10^9/\text{л}$, у пациентов группы исследования, что не наблюдается у пациентов группы сравнения ($p < 0,05$). Инструментальные данные для выявления МПМ незначительны – к ним относятся ЭКГ-признаки в виде возникновения ранней реполяризации желудочков, которые регистрируются только в группе исследования (17,1%) после планового ЧКВ ($p < 0,05$). По показателям ЭхоКГ между группами пациентов различий не выявлено. При анализе данных в группе исследования отмечается повышение уровня содержания миоглобина в сыворотке крови по сравнению с группой исследования в 2,5 раза ($p < 0,05$). В первые сутки после ЧКВ и стентирования коронарных артерий отмечен рост уровня содержания КФК-МВ в сыворотке

крови у пациентов группы исследования, превышающий показатели группы сравнения в 1,7 раза ($p < 0,05$). Нами получены данные о превышении уровня содержания тропонина Т в группе исследования над группой сравнения в 74 раза ($p < 0,05$). На первые сутки после выполнения чрескожных коронарных вмешательств и стентирования артерий у пациентов с ИБС при уровне содержания тропонина Т О – 0,030 нг/мл, КФК-МВ 0,10–4,94 нг/мл, миоглобина 25,0–72,0 нг/мл прогнозируется благоприятное течение послеоперационного периода без развития малых повреждений миокарда; а при уровне содержания тропонина Т 0,030–0,072 нг/мл, КФК-МВ 4,94–5,58 нг/мл, миоглобина 72,0–93,6 нг/мл прогнозируется как неблагоприятное течение послеоперационного периода с развитием малых повреждений миокарда.

Заключение. По результатам нами определена связь взаимодействий между кардиоспецифическими маркерами: тропонином Т, креатинфосфокиназой-МВ и миоглобином, что свидетельствует о развитии малых повреждений миокарда в первые сутки после чрескожных коронарных вмешательств и стентирования коронарных артерий.

МЕТОДИКА СОКРАЩЕНИЯ ЧАСТОТЫ ОККЛЮЗИИ ЛУЧЕВОЙ АРТЕРИИ ПОСЛЕ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ЛУЧЕВЫМ ДОСТУПОМ

ОГНЕРУБОВ Д.В., ПРОВАТОРОВ С.И., МЕРКУЛОВ Е.В., ТЕРЕЩЕНКО А.С., КРАСНОЩЕКОВ И.В., СИЛИН Н.А., ОСОКИНА А.К., САМКО А.Н.

ФГБУ «НМИЦ кардиологии» МЗ РФ, г. Москва. Россия

Введение. Радиальный доступ более предпочтителен пациентами в связи с удобством, отсутствием необходимости постельного режима после процедуры и низким уровнем периоперационных осложнений. Однако, использование радиального доступа сопряжено с определенным риском окклюзии лучевой артерии (ОЛА). Это осложнение не приводит к ишемии кисти и легко переносится пациентами, однако ограничивает использование лучевой артерии, тем самым повышая частоту применения феморального доступа в будущем.

Цель работы. Сравнить частоту осложнений места доступа при применении короткого гемостаза (3–5 ч) и традиционного (6–24 ч) после коронароангиографии (КАГ) и чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ). Изучить механизмы развития окклюзии лучевой артерии при использовании радиального доступа и сравнить успех реканализации окклюзии лучевой артерии (ОЛА) в этих группах пациентов.

Материал и методы. Обследованы 1000 пациентов в возрасте $62,2 \pm 10,1$ лет (81,8% мужчин), с диагнозом хроническая ишемическая болезнь сердца, которым было выполнено КАГ или ЧКВ

радиальным доступом, проспективно включены в исследование и разделены на две группы. В группе 1 (500 пациентов) компрессионная повязка с места пункции удалялась во временном промежутке от 6 до 24 часов после процедуры. В группе 2 (500 пациентов) повязку удаляли через 3–5 часов. Для проверки проходимости лучевой артерии и регистрации ее окклюзии использовался обратный Barbaeu's-тест с пульсоксиметром. При обнаружении окклюзии пациентам выполнялась компрессия ипсилатеральной локтевой артерии устройством дозированной компрессии в течение 60 мин., с последующим повтором Barbaeu's-теста. Через сутки пациентам с окклюзией выполнялось ультразвуковое исследование артерий предплечья.

Результаты. Частота острой окклюзии лучевой артерии в первой и второй группах составила 51 (10,2%) и 16 (3,2%) соответственно ($P < 0,0001$). Частота стойкой окклюзии – 51 (10,2%) и 7 (1,4%) ($P < 0,0001$). В первой группе методикой компрессии ипсилатеральной локтевой артерии не удалось реканализировать ни одну ОЛА, во второй группе у 9 пациентов проходимость лучевой арте-

рии удалось восстановить. Частота кровотечений достоверно не различалась. Методом биномиальной регрессии установлено, что предиктором возникновения стойкой ОЛА являлись сахарный диабет (ОШ – 0,45, 95% ДИ – 0,25–0,83, $P=0,009$) и длительный гемостаз (ОШ – 8,78, 95% ДИ – 4,19–21,5, $P<0,0001$). Предиктором возникновения ранней ОЛА является сахарный диабет (ОШ – 0,6, 95% ДИ – 0,34–1,08, $P=0,0912$) и курение (ОШ – 0,64, 95% ДИ – 0,38–1,08, $P=0,0812$). Эти факторы влияют на уровне статистической тенденции. Взаимодействие обоих факторов повышает вероятность выявления ранней ОЛА (ОШ – 18,1, 95% ДИ – 12,7–26,7, $P<0,0001$). Предикторами кровотечения места пункции являлись проведение ЧКВ

(ОШ – 0,12, 95% ДИ – 0,01–0,67, $P=0,05$) и низкий вес пациента (ОШ – 1,09, 95% ДИ – 1,02–1,18, $P=0,01$).

Заключение. Для снижения частоты возникновения ОЛА после КАГ и ЧКВ необходимо снижать время гемостаза менее 4 часов. Компрессия ипсилатеральной локтевой артерии – простой метод нефармакологической реканализации остро возникшей ОЛА у пациентов с коротким временем гемостаза. Курильщики и пациенты, страдающие сахарным диабетом, больше подвержены риску возникновения ОЛА после интервенционного вмешательства, выполненного радиальным доступом. Пациенты после ЧКВ и с низким весом имеют больший риск кровотечения из места пункции.

БАЛЛОННАЯ АНГИОПЛАСТИКА СТЕНОЗОВ ВЕТВЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ПЕТРОСЯН К.В., ГОРБАЧЕВСКИЙ С.В., ПУРСАНОВ М.Г., СОБОЛЕВ А.В., ДАДАБАЕВ Г.М., ЖЕБЛАВИ ИССА, ЛОСЕВ В.В., БОКЕРИЯ Л.А.

НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева МЗ РФ, г. Москва, Россия

Введение (цели/задачи). Оценить возможности и эффективность транслюминальной баллонной ангиопластики субсегментарных сужений ветвей легочной артерии (ЛА) у больных с хронической тромбоэмболической легочной гипертензией (ХТЭЛГ).

Материал и методы. С июля 2015 по январь 2019 г. в ФГБУ НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева у 55 больных с диагнозом ХТЭЛГ выполнены ТЛБАП 110 пораженных сегментов правого и левого легкого. Возраст больных колебался от 30 до 80 лет (в среднем $52,8 \pm 9,7$ лет). Интервал между первичным эпизодом тромбоэмболии в ЛА и развитием ХТЭЛГ составил от 4 до 36 месяцев (в среднем – $33,8 \pm 25,1$ месяца). У 25 (45,5%) пациентов отмечались признаки сердечной недостаточности в виде отеков нижних конечностей разной степени, а у 26 (47,2%) – снижение насыщения кислородом артериальной крови в среднем $82,4 \pm 3,7\%$ (от 81 до 85%) ($p>0,01$). Во II функциональном классе (ФК) по классификации NYHA были 6 пациентов, в III – 22 и в IV – 27 пациентов. Для ТЛБАП ЛА бедренный доступ был выбран у 52 пациентов, а у 3 – пункционно через правую внутреннюю яремную вену. Применялась система коаксиальных катетеров в виде Mullens sheath проводниковых катетеров для облегчения проведения баллонных катетеров в пораженный сегмент. Использовались различные баллонные катетеры, которые по диаметру не превышали размер непораженного сегмента ЛА. Для оценки анатомо-морфологических особенностей поражений ЛА у 4 пациентов

до эндоваскулярного вмешательства суженных ЛА выполнялась оптическая когерентная томография (ОКТ), а у 1 – внутрисосудистое ультразвуковое исследование (ВСУЗИ).

Результаты. У 27 пациентов поражение располагалось в левой ЛА, у 23 – в правой, а у 5 – в обоих легких. В нижней доле правого легкого выполнена ТЛБАП 54 пораженных сегментов ЛА, в средней доле – 4, в верхней доле – 6. В нижней доле левого легкого выполнена ТЛБАП 40 пораженных сегментов ЛА, а верхней доли – у 6. У 22 пациентов ТЛБАП ЛА выполнялась в одном сегменте, у 23 – в двух сегментах, у 9 – в трех сегментах, а у 1 – в четырех. В среднем на одного больного приходилось 2,0 сегмента ЛА, подвергнутых ТЛБАП. Двум пациентам ТЛБАП ЛА выполнялась этапно с интервалом вмешательства 6 и 12 мес. после первой процедуры. Характер и морфология поражения оценены по классификации Kawakami T. Результаты ТЛБАП ЛА оценены как хорошие у 32 пациентов, удовлетворительные – у 18, неудовлетворительные – у 5. У 50 пациентов градиент систолического давления на суженном сегменте ЛА снизился в среднем с $26,7 \pm 12,5$ до $9,6 \pm 4,2$ мм рт.ст. ($P<0,05$), а диаметр пораженного сегмента увеличился в среднем с $3,6 \pm 1,14$ до $6,4 \pm 1,16$ мм и увеличение насыщения артериальной крови кислородом в среднем – с $91,7 \pm 3,4\%$ до $93,8 \pm 1,9\%$ ($p>0,01$). Субъективно у всех больных отмечается улучшение клинического состояния (уменьшение одышки, увеличение физической активности), при этом 32 пациента находились во II



ФК и 8 – в III и 5 – в IV и 10 – в I ФК. Отдаленные результаты изучены у 14 пациентов в сроки от одного до 14 месяцев (в среднем – $7,7 \pm 4,0$ месяцев) после ТЛБАП. Летальные осложнения были в двух случаях: в одном – в виде разрыва стенки ЛА с развитием массивного кровотечения в трахеобронхиальное дерево, а у другого пациента вследствие развития тяжелого реперфузионного синдрома с отеком легкого. Нефатальный реперфузионный синдром выявлен в 10 случаях, с регрессом клинической симптоматики после проведенного консервативного лечения. У 2 пациентов при ТЛБАП возникли повреждения в дистальной

части ЛА проводником, сопровождающихся кратковременным кровохарканьем. После проведенного лечения больные выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии.

Заключение. ТЛБАП пораженных сегментов ЛА – альтернативный, высокоэффективный метод лечения ХТЭЛА. Адекватно выполненная ТЛБАП ЛА даже одного сегмента приводит к улучшению клинического статуса и качества жизни пациентов. Тем не менее ТЛБАП ЛА при ХТЭЛГ – остается поисковой операцией из-за возможного развития серьезных осложнений.

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ КАК МЕТОДА ВНУТРИСОСУДИСТОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КОРОНАРНЫХ ШУНТОВ

ПЕТРОСЯН К.В., БОКЕРИЯ Л.А., ЛОСЕВ В.В., КАРАЕВ А.В., БОКЕРИЯ О.Л.

НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева МЗ РФ, г. Москва. Россия

Введение (цели/задачи). Оценить возможности и эффективность оптической когерентной томографии (ОКТ) как метода улучшения результатов хирургической реваскуляризации миокарда.

Материал и методы. С июня 2017 по апрель 2018 года в институте кардиохирургии им. В.И. Бураковского НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева МЗ РФ 52 пациентам было наложено 140 шунтов (в среднем – $2,7 \pm 0,8$ на одного больного), 72 (51,4%) из которых были подвергнуты ОКТ-сканированию во время операции КШ. Данные ОКТ сопоставлялись с данными интраоперационной шунтографии. Возраст больных варьировал от 44 до 72 лет (в среднем составляя $62,6 \pm 5,7$ лет), 42 (64%) пациента были мужского, а 10 (36%) – женского пола. По данным коронарографии у всех 23 пациентов было выявлено многососудистое поражение коронарных артерий. У всех пациентов операция коронарного шунтирования выполнялась в условиях искусственного кровообращения.

Результаты. Из 72 шунтов, подвергнутых ОКТ-сканированию, 55 – венозные кондуиты (в систему

ОВ – 35, а систему ПКА – 20) и 17 – артериальные (МКШ к ПМЖВ – 14, а. radialis к ВТК – 3). У 7 пациенток с варикозной болезнью вен нижних конечностей ОКТ-сканирование большой подкожной вены также выполнялось *ex vivo*, сразу после выделения, для определения оптимального участка для будущего кондуита. По результатам анализа данных ОКТ-сканирования и ИШГ 18 (25%) шунтов были проходимы, без патологических изменений, включая 7 пациенток со сканированием БПВ *ex vivo*. В оставшихся 54 шунтах были выявлены специфические изменения и образования, условно разделенные на 2 группы: сопряженные и не сопряженные с данными, полученными при интраоперационной шунтографии. Интраоперационная коррекция была выполнена в 24 случаях.

Заключение. Использование ОКТ интраоперационно, в качестве внутрисосудистого метода визуализации, позволит получить исчерпывающие данные относительно возможных предикторов развития дисфункций шунтов на раннем и позднем послеоперационных периодах.

ПРИМЕНЕНИЕ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ЭТИОЛОГИИ ПОРАЖЕНИЯ И КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТА ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТА С ФИБРОЗНО-МЫШЕЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ

ПЕТРОСЯН К.В., ГРИГОРЬЕВ В.С., БОКЕРИЯ О.Л., КОАСАРИ А.К.

ФГБУ «НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ, г. Москва. Россия

Введение (цели/задачи). Фиброзно-мышечная дисплазия (ФМД) почечных артерий (ПА) – достаточно редкая причина вторичной артериальной гипертензии и диагностируется менее, чем у 1–2% пациентов с артериальной гипертензией. ФМД ПА встречается преимущественно у женщин 25–50 лет с мультифокальным поражением в виде четок вследствие медиальной (80%) или перимедиальной (10–15%) дисплазии. Транслюминальная баллонная ангиопластика (ТЛБАП) является методом выбора при лечении данной патологии. Представлен клинический случай успешной ТЛБАП при локальной односторонней форме ФМД ПА, в котором оптическая когерентная томография (ОКТ) применялась для дифференциального диагноза этиологии поражения ПА, а также позволила выявить редкую морфологическую форму ФМД.

Материал и методы. Больная Б., 30 лет, с длительным течением артериальной гипертензии (АГ), резистентной к проводимой антигипертензивной терапии, с повышением артериального давления (АД) до 220/120 мм рт.ст., что исходно считали следствием преэклампсии в ходе трех беременностей за последние 4 года. Однако артериальная гипертензия сохранялась после последней беременности, завершившейся выкидышем. По данным мультиспиральной компьютерной томографии выявлен стеноз левой почечной артерии. Ультразвуковое исследование выявило признаки нарушения кровотока в левой почечной артерии, однако визуализация была снижена вследствие избыточной массы тела пациента. По данным ангиографического исследования подтверждено наличие локального сужения в средней части левой почечной

артерии при отсутствии патологических изменений коронарного русла. Наиболее вероятным диагнозом выступала ФМД, тем не менее у пациента имелись компоненты метаболического синдрома, а именно представленный ранее избыточный вес пациента, артериальная гипертензия, дислипидемия, что послужило основанием для применения ОКТ для верификации этиологии поражения. По данным ОКТ выявлено двухуровневое сужение средней части почечной артерии вследствие утолщения меди. Успешно выполнена ТЛБАП с хорошим ангиографическим результатом, что также было подтверждено данными контрольной ОКТ без признаков диссекции. На третьи сутки пациент выписан из стационара.

Результаты. АД стабилизировалось на уровне 120/80 мм рт.ст. при полной отмене антигипертензивных препаратов в течение 18 месяцев наблюдения.

Выводы. ФМД является достаточно редкой причиной вторичной АГ. В свою очередь локальный односторонний стеноз ПА редкой формой ФМД, а морфологический вариант в виде медиальной гиперплазии считается наиболее редким вариантом с частотой встречаемости менее 1% случаев. Представленный случай позволяет рассматривать ОКТ в качестве важного инструмента дифференциальной диагностики этиологии поражения, определения морфологии ФМД и контроля результатов эндоваскулярного лечения. ТЛБАП в очередной раз продемонстрировала свою безопасность и эффективность в лечении ФМД ПА в отдаленные сроки наблюдения.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ПУЛАТОВА Ш.Х., АЗИМОВ Б.К., ТОИРОВ И.Р.

Бухарский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Бухара. Узбекистан

Актуальность. В нашей Республике общая заболеваемость болезнями системы кровообращения в 2017 г. составила 219,6 на 1000 населения, из них ИБС – 51,1, смертность от болезней ССС – 47,4%.

Цель исследования. Оценить эффективность эндоваскулярного лечения у больных ИБС.

Материал и методы. Обследованы 18 пациентов с ИБС, (ср. возраст – 57 лет), из них 45 – муж-

чины. Все больным проводилось СКАГ, которые лечились в РНЦЭМП Бухарского филиала. У 27 больных проведена контрольная СКАГ в период от одного года до 3 лет. Обследование включало: ЭКГ, ЭхоКГ, ХМЭКГ; лабораторные анализы.

Результаты исследования. У 21 пациента выявлена стенокардия II ФК, у 25 – III ФК (у 5-х был ПИКС), у 2-х – безболевого ишемия (по ХМЭКГ). У большинства больных было несколько ФР и со-



путствующие заболевания – СД, АГ и МС, без выраженной ХСН. По результатам СКАГ было выявлено: трехсосудистое поражение – в 59% случаев, двухсосудистое – 29%, однососудистое – 12,2%. Чаще поражались ПМЖ, ПК, ОА. По данным ХМЭКГ нередко регистрировались безболевые эпизоды ишемии миокарда, нарушение ритма – экстрасистолия, пробежки суправентрикулярной тахикардии, преходящая АВ-блокада I, II степени. По данным ЭхоКГ у 6 пациентов было снижение ФВ (54% в ср.), у 7 больных выявлены зоны гипокинеза. Указанные изменения не всегда связаны с ПИКС, имел место гибернирующий миокард на фоне длительной гипоперфузии коронарного

русла. Стенты установлены в ПМЖА (63%), в ПК (20%), ОА (14,2%). Из осложнений отмечался рестеноз стента, в связи с чем у 7 больных проведена ТЛБАП, в одном случае при окклюзии стента – АКШ. У большинства пациентов отмечено исчезновение приступов стенокардии и потребности в нитратах, повышение толерантности к физической нагрузке, уменьшение и исчезновение нарушений ритма и проводимости.

Заключение. Эндоваскулярное лечение – эффективный метод лечения ИБС, отличающийся низкой вероятностью развития осложнений, малотравматичностью и улучшением качества жизни пациента.

ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЧКВ НА ФОНЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ

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

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», г. Симферополь. Россия

Введение. Анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР) широко применяется в современной кардиологии и, в частности, используется в качестве независимого предиктора неблагоприятного исхода у больных с острым коронарным синдромом и тяжелыми формами ИБС. Абдоминальное ожирение в большинстве случаев оказывает влияние на показатели ВСР.

Цель исследования. Изучение ВСР при ОКС и стенокардии III–IV ф.кл. в условиях абдоминального ожирения.

Материал и методы. Обследованы 34 больных ИБС, среди которых 28 были госпитализированы с острым коронарным синдромом и 6 – со стабильной стенокардией III–IV функционального класса. Всем пациентам выполнена ПТКА с установкой 1 или 2-х стентов. На 7–9 дни после вмешательства больным проводилось 24-часовое Холтеровское мониторирование ЭКГ. Пациенты были рандомизированы на 2 группы. В 1 группу включены пациенты ($n=21$) с индексом массы тела (ИМТ) более 30 кг/м^2 , средний возраст больных в этой группе составил $61 \pm 13,2$ года, мужчин – 15, женщин – 6. Во 2 группу вошли больные ($n=13$) с ИМТ – $18\text{--}24 \text{ кг/м}^2$, мужчин – 9, женщин – 4. Средний возраст во 2 группе составил $58 \pm 14,5$ лет. Средние показатели ИМТ в 1 группе были $31,02 \pm 1,9 \text{ кг/м}^2$, а во 2 – $20,87 \pm 3,1 \text{ кг/м}^2$. Всем пациентам проводилось измерение окружности талии (ОТ) и окружности бедер (ОБ). Показатели ОТ в 1 группе превышали 94 см для мужчин и 80 см для женщин и в среднем составляли, соответственно, $97,4 \pm 12,9$ см и $86,6 \pm 12,07$ см, а среднее соотношение ОТ/ОБ у мужчин достигало $0,97 \pm 0,06$, у женщин – $0,86 \pm 0,07$. В контрольной

группе ОТ была $68,67 \pm 10,06$ см, а соотношение ОТ/ОБ – $0,74 \pm 0,07$, не превышая для мужчин 0,9, а для женщин 0,85. Для анализа ВСР использовались следующие показатели: стандартное отклонение NN-интервалов (SDNN), квадратный корень средних квадратов разницы между смежными NN-интервалами (RMSSD), количество случаев, в которых разница между длительностью последовательных NN превышает 50 мсек. (NN50), пропорция интервалов между смежными NN, превосходящих 50 мсек., к общему количеству NN интервалов в записи (pNN50). Указанные показатели используются для определения высокочастотных колебаний (HF) ВСР. Стандартное отклонение средних NN, вычисленных за пятиминутные промежутки времени (SDANN). Триангулярный индекс (TI) – это отношение интеграла плотности распределения к максимуму плотности распределения. Эти показатели наиболее зависимы от низкочастотных колебаний (LF). Кроме того, определялась мощность высоких и низких частот (HF и LF) и их соотношение.

Результаты. SDNN снижалось в обеих группах по сравнению с нормами, установленными для пациентов старше 50 лет: так, в 1 группе SDNN было $3,4 \pm 9,9$ мс, а во 2 – $39,3 \pm 9,7$ мс. Также отмечено снижение RMSSD – $21,2 \pm 3,0$ мс и $28,2 \pm 9,21$, соответственно в 1 и 2 группах. У больных 1 группы наблюдалось выраженное снижение pNN50 – $6,5 \pm 2,2\%$ против $14,46 \pm 8,2\%$ во 2 группе при ($p < 0,05$). Среднее значение показателя LF $23,0 \pm 9,01\%$ в 1 группе и $25,5 \pm 6,5\%$ – во 2 группе. Показатель HF был более значительно снижен в 1 группе и составлял $17,7 \pm 7,3\%$, тогда как во 2 группе – $26,3 \pm 5,0\%$. Коэффициент баланса симпатической

и парасимпатической составляющих вегетативного спектра (LF/HF) в 1 группе отражал достоверно более существенное смещение спектра в сторону симпатикотонии (при $p < 0,05$): 1,3 против 0,97 во 2 группе. При корреляционном анализе отмечена достоверная (при $p < 0,05$) положительная корреляция между показателями ОТ/ОБ и LF $r = 0,38$ и между соотношениями ОТ/ОБ и LF/HF $r = 0,42$.

Заключение. Таким образом, у пациентов после перенесенного ЧКВ на фоне инфаркта миокарда или тяжелой стенокардии отмечалось снижение высокочастотного и повышение низко-

частотного спектра в сочетании с повышением отношения LF/HF, что отражало смещение вагусно-симпатического баланса в сторону симпатикотонии. У пациентов с абдоминальной формой ожирения наблюдались более существенные сдвиги в сторону симпатикотонии, что является предиктором неблагоприятного исхода заболевания. Отмечена достоверная корреляционная связь между показателями, характеризующими абдоминальный тип ожирения, и изменениями спектральных компонентов BCP.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПОСЛЕ КОРОНАРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

СВАРОВСКАЯ А.В.¹, ТЕПЛЯКОВ А.Т.¹, ХАРИТОНОВА И.А.², ГАРГАНЕЕВА А.А.¹

¹НИИ кардиологии, Томский НИМЦ; ²ФГБОУ ВО «СибГМУ» МЗ РФ. Россия

Введение (цели/задачи). Выявить совокупность факторов, наиболее значимо связанных с риском развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у пациентов с ИБС, ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа (СД), перенесших коронарную реваскуляризацию.

Материал и методы. Обследованы 68 пациентов с ИБС, ассоциированной с СД 2 типа, в возрасте 48–75 лет. Пациентов наблюдали в течение 12 месяцев. Проанализировали следующие конечные точки: показатели общей и сердечно-сосудистой смертности, повторные инфаркты миокарда, а также острое нарушение мозгового кровообращения, повторную коронарную реваскуляризацию, рецидивы стенокардии, декомпенсацию хронической сердечной недостаточности, госпитализацию по поводу коронарных событий – данные события расценивали как неблагоприятный исход. Отсутствие или наличие конечных точек определяло разделение пациентов на две группы: с благоприятным и неблагоприятным течением. Определяли уровни инсулина, провоспалительных цитокинов: фактора некроза опухолей α (ФНО α), интерлейкина-6 (ИЛ-6), а также липопротеинассоциированной фосфолипазы А2 (ЛП-ФЛА2). Вычисление индекса инсулинорезистентности (НОМА-IR) осуществляли по формуле [инсулин натощак (мкМЕ/мл) $\times$ глюкоза крови натощак (ммоль/л)]/22,5. При значении

индекса НОМА-IR $> 2,77$ диагностировали инсулинорезистентность.

Результаты. В 1 группе больных с неблагоприятным течением ИБС наблюдалось статистически значимое повышение уровня HbA1c, инсулина, индекса НОМА-IR, ЛП-ФЛА2, ФНО α . Установлены корреляционные связи между концентрацией ЛП-ФЛА2 и уровнями ОХС ($r = 0,45$, $p = 0,0003$), ТГ ($r = 0,35$, $p = 0,005$), ХС ЛПНП ($r = 0,52$, $p = 0,001$), базальной глюкозы ($r = 0,34$, $p = 0,006$), НОМА-IR ($r = 0,27$, $p = 0,03$). Для расчета индивидуального риска развития неблагоприятных кардиоваскулярных событий у пациентов с ИБС, ассоциированной с СД 2 типа и перенесших эндоваскулярную реваскуляризацию, проведен многофакторный анализ, в результате которого создана математическая модель для прогнозирования течения заболевания у изучаемой категории больных. В модель вошли 4 показателя: HbA1c, инсулин, ЛП-ФЛА2, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ). Процент правильной классификации составил 86,67%.

Заключение. Совокупностью факторов, наиболее значимо связанных с риском развития неблагоприятных кардиоваскулярных событий у пациентов, перенесших эндоваскулярную реваскуляризацию, являются HbA1c, инсулин, ЛП-ФЛА2, ФВ ЛЖ с процентом правильной классификации 86,67%.



СОСТОЯНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ В ТЕЧЕНИЕ 6-МЕСЯЧНОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ УСПЕШНО ВЫПОЛНЕННОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ ТОТАЛЬНЫХ ОККЛЮЗИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

СТЕЛЬМАШОК В.И., МРОЧЕК А.Г., БУЛГАК А.Г., ПОЛОНЕЦКИЙ О.Л., СТРИГО Н.П.

ГУ ГНПЦ «Кардиология»

Введение (цели/задачи). Оценить состояние качества жизни пациентов в течение 6-месячного периода после успешно выполненной реканализации хронических тотальных окклюзий коронарных артерий.

Материал и методы. Исследование являлось одноцентровым, проспективным, нерандомизированным и включало 114 пациентов, которым была проведена успешная реканализация хронических тотальных окклюзий коронарных артерий за период времени с 2009 по 2012 годы. Все пациенты дважды заполняли форму опросника SF-36: за день до проведения реваскуляризации (исходные данные), а также через $6,1 \pm 0,9$ месяцев после выполненного вмешательства. Оценивались показатели, характеризующие физический и психологический компоненты здоровья.

Результаты. Через $6,1 \pm 0,9$ месяцев после успешно выполненной реканализации хронических тотальных окклюзий коронарных артерий наблюдалось достоверное увеличение значений показателей, характеризующих физическое и психическое здоровье пациентов ($P < 0,01$ по сравнению с исходными данными). Наличие сопутствующей патологии (сахарного диабета, артериальной гипертензии, избыточного веса тела) не оказывало влияния на изменение качества жизни пациентов

($p > 0,05$). У мужчин наблюдались достоверно более высокие значения отдельно взятых показателей, характеризующих состояние физического здоровья (физическое функционирование и интенсивность боли). По шкале физического функционирования исходные значения у лиц мужского пола составляли 45,0 (25,0; 60,0) баллов, 22,5 (15,0; 30,0) баллов – у женщин, $P < 0,01$, увеличившись к концу первого полугодия после выполнения рентгеноэндоваскулярной коррекции до 65,0 (47,5; 75,0) баллов (до 55,0 (45,0; 60,0) баллов у женщин, $p = 0,013$). Аналогичные изменения были характерны для показателя интенсивности боли: как исходно 41,0 (22,0; 51,5) баллов у мужчин и 12,0 (0; 31,0) баллов – у женщин, $P < 0,01$, так и через $6,1 \pm 0,9$ месяцев после проведенного чрескожного коронарного вмешательства (62,0 (51,0; 84,0) баллов у мужчин и 51,0 (41,0; 61,0) баллов – у женщин, $p = 0,015$).

Заключение. Полученные данные демонстрируют улучшение состояния качества жизни через $6,1 \pm 0,9$ месяцев после реканализации хронических тотальных окклюзий коронарных артерий, что свидетельствует об эффективности использования рентгеноэндоваскулярных методов для лечения данного типа поражений коронарного русла.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ВЧСРБ В ОТНОШЕНИИ ПОВТОРНОГО СТЕНОЗИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПОСЛЕ ПЛАНОВЫХ СТЕНТИРОВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ПО ДАННЫМ ОДНОЦЕНТРОВОГО РЕГИСТРА

ФИЛАТОВА А.Ю., РОМАСОВ И.В., ПОТЕХИНА А.В., ОСОКИНА А.К., НОЕВА Е.А.,
МЕРКУЛОВ Е.В., САМКО А.Н., ПРОВАТОРОВ С.И.

ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России, г. Москва, Россия

Введение. Стентирование коронарных артерий в настоящее время является наиболее широко применяемым методом лечения стабильной стенокардии напряжения.

Цель исследования. Определение частоты и причин развития повторного стенозирования коронарных артерий, приведших к повторному выполнению коронароангиографии (КАГ).

Материал и методы. В исследование включены 3732 пациента (в том числе 2897 мужчин), перенесших стентирование коронарных артерий по поводу стабильной стенокардии 1–3 ф.к. в

2010–2014 гг. Было имплантировано 6438 стентов. В течение последующих 4-х лет повторная КАГ была выполнена у 712 пациентов (в том числе 544 мужчин, 63 (56; 70) лет, в среднем через 20 (12; 37) месяцев в связи с возобновлением клиники стенокардии. Повторная реваскуляризация выполнена в 438 случаях. Рестеноз определялся как появление 50 % или более выраженного стеноза в стентированном участке, прогрессирование коронарного атеросклероза – при формировании «нового» стеноза более 50 % либо увеличении степени имевшегося > 30 % стеноза на 20 % и более.

Результаты. При повторной КАГ рестенозирование стентированного сегмента выявлено в 84 (5,6%) случаях (I), прогрессирование коронарного атеросклероза в 306 (20%) (II), сочетание рестенозирования и прогрессирования атеросклероза в 63 (4,2%) (III), отсутствие указанных событий в 245 (16,3%) случаях (IV). По исходным значениям общего холестерина (ХС), триглицеридов, ХС липопротеидов высокой плотности, ХС липопротеидов низкой плотности все группы больных не различались. Исходный уровень высокочувствительного С-реактивного белка (вЧСРБ) был значительно выше в группе III по сравнению с остальными группами. Исходный уровень вЧСРБ ≥ 2 мг/л обладал прогностической значимостью для развития сочетанного события (AUC 0,65 (0,50–0,75), ОШ 3,0 (1,1–7,9), $p < 0,05$). При подгрупповом анализе была выявлена прогностическая значимость вЧСРБ у пациентов без сахарного диабета ($n=583$) (AUC 0,65 (0,53–0,77), ОШ 4,6 (1,4–14,6), $p < 0,05$). Рестенозирование ра-

нее стентированного сегмента выявлено в 143 стентах из 1113 подвергнутых повторному контрастированию. Концентрация вЧСРБ исходно и при повторном обращении была выше у пациентов с рестенозом по сравнению с пациентами без рестеноза (2,4 (0,6; 5,5) против 1,9 (1,2; 3,7), $p = ns$ и 2,3 (1,2; 5,0) против 1,3 (0,7; 2,3), $p < 0,05$, соответственно). вЧСРБ ≥ 2 мг/л при повторном обращении являлся фактором риска развития рестенозирования стентов с диаметром < 3 мм и длиной > 25 мм (AUC 0,67 (0,51–0,84), $p < 0,05$, ОШ 3,7 (1,1–12,1), $p < 0,05$).

Заключение. Исходный уровень вЧСРБ ≥ 2 мг/л обладает прогностической значимостью в отношении развития рестенозирования ранее стентированного сегмента и прогрессии коронарного атеросклероза у пациентов без сахарного диабета. Уровень вЧСРБ ≥ 2 мг/л при повторном обращении является фактором риска развития рестенозирования стентов с диаметром < 3 мм и длиной > 25 мм.

ЧКВ У БОЛЬНЫХ ИБС С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

ЧАРЫЕВ Х.Э., СЕЙИТМУХАММЕДОВ М.Д., КАДЫРОВ Б.А., АМАННЕПЕСОВ Н.К.

Международный кардиологический центр, г. Ашхабад. Туркменистан

Цель исследования. Анализ возможностей эндоваскулярной хирургии в лечении больных ИБС с многососудистым поражением коронарных артерий.

Материал и методы. В Международном кардиологическом центре 123 больным с многососудистым поражением коронарных артерий за период с 2013 по 2017 гг. выполнено стентирование. Стентирование всех 3-х коронарных артерий проведено 87 (70,7%) больным. У 45 (36,6%) пациентов отмечалась стабильная стенокардия напряжения III–IV ФК (CCS), у 34 (27,6%) – нестабильная стенокардия. Возраст пациентов колебался от 31 до 82 лет (в среднем $63 \pm 7,3$ года), 85 (69,1%) больных были мужского пола, а 38 (30,9%) – женского. Величина ФВ ЛЖ колебалась от 16 до 62% и в среднем составила $42,3 \pm 7,3\%$. Средний показатель по SYNTAX SCORE – $24,3 \pm 5,3\%$, по шкале Euro score – $10,3 \pm 3,3\%$. Поражение ствола ЛКА наблюдалось у 7 больных. Оклюзия ПМЖВ отмечалась в 23 (18,7%) случаях. Оклюзия двух эпикардальных коронарных артерий – в 15 (12,2%) случаях, поражение ствола двух и более коронарных артерий – в 9 (7,3%) случаях. Бифуркационное поражение имело место у 34 (27,6%) пациентов. У всех 123 больных вмешательство выполнялось под местной анестезией. Трансрадиальный доступ использовался в 89 (72,35%) случаях, трансфеморальный – у 34 (27,5%) пациентов. У 78 (63,4%) больных выполнялось стентирова-

ние с имплантацией «Integrity Resolute» стентов, у 45 (36,58%) – имплантация стентов с антипролиферативным покрытием «Orsiro» и «Xience Prime».

Результаты. В группе пациентов с нестабильной стенокардией ангиографический успех составил 100%, летальность – 0% и клинический эффект – 98,8%. В группе пациентов со стабильной стенокардией ангиографический успех составил 100%, летальность – 0% и клинический успех – 94,7%. Отдаленные результаты (от 3 до 24 месяцев, в среднем – $10 \pm 12,6$ месяцев) изучены у 35 (44,8%) из 78 больных, которым имплантировались «Integrity Resolute» стенты, а также у 18 (40%) из 45 больных, которым имплантировались стенты «Orsiro» и «Xience Xpedition». Контрольная коронарография выполнялась 53 (43%) больным. В группе пациентов, где имплантировались «Orsiro» и «Xience Prime» стенты, контрольная коронарография была проведена 18 пациентам. Ни в одном случае не был диагностирован рестеноз. В группе больных, которым выполнялась имплантация стентов Integrity Resolute, контрольная коронарография проводилась 35 пациентам, у 1 (1%) из них был диагностирован рестеноз ПМЖВ, у 2 (1,0%) пациентов – рестеноз в месте ранее имплантированных стентов, в ОВ – у 5 (0,4%) пациентов наблюдалось прогрессирование атеросклероза в коронарных артериях. Также для изучения отдаленных результатов проводились неинвазивные методы диагностики, при анализе которых ухуд-



шение состояния здоровья, повторные госпитализации в лечебные учреждения по поводу ишемической болезни сердца не отмечались.

Заключение. Выполнение стентирования при многососудистом поражении коронарных артерий является эффективным методом лечения. Применение стентов нового поколения позволи-

ло улучшить отдаленные результаты эндоваскулярного лечения, особенно при низкой фракции выброса левого желудочка и многососудистом поражении коронарных артерий. Когда выполнения АКШ не возможно, стентирование может рассматриваться в качестве альтернативы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТЕНТИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

ЧАРЬЕВ Х.Э., ОРАЗМАМЕДОВА Ш.С., АННАЕВА Ж.А., АННАЕВ Б.Х., ЯГШЫСАХЕДОВ Ш.Я.

Госпиталь с научно-клинический центром кардиологии, г. Ашхабад. Туркменистан

Повышение артериального давления является причиной многих проблем со здоровьем у человека. Наиболее распространенными являются инсульт и инфаркт. Встречаются случаи, когда гипертензия бывает обусловлена такой патологией, как стеноз почечной артерии. Она поражает как мужчин, так и женщин. Может быть врожденной. Причиной ее чаще всего являются сосудистые нарушения.

Цель работы. Изучить анализ результатов эндоваскулярного лечения больных с вазоренальной гипертензией.

Материал и методы. Обследованы 47 пациентов в возрасте $57,6 \pm 7,6$ лет, страдающих вазоренальной гипертонической (ВГ) болезнью. Все пациенты были распределены на 2 группы: 1 группу ($n=19$) составили пациенты с ВГ без поражения почек; 2 группу ($n=28$) – больные ВГ со стенозом почечной артерии. На момент поступления цифры АД колебались от 165/85 до 255/140 мм рт. ст. У 15 больных (53,6%) на проекции почечных артерий (ПА) выслушивался систолический шум. Всем пациентам проводили: общепринятые клиничко-лабораторные исследования, ЭКГ, ЭхоКГ, ЭКГ Холтеровское исследование и коронарография почечных артерий.

Результаты. В большинстве случаев (96,4%) доступ к ПА осуществлялся через правую бедренную артерию по методу Сельдингера. Лишь в одном наблюдении, когда пациенту исходно

планировалось стентирование и коронарных, и почечных артерий, сосудом доступа была правая плечевая артерия. По данным ангиографии в 11 случаях имело место поражение правой, в 13 наблюдениях – левой и у 4 пациентов выявлено двустороннее поражение ПА. Степень стенозирования ПА варьировала в пределах 70–99%. Всем больным удалось выполнить прямое стентирование ПА. Длина и диаметр стентов колебались от 12 до 29 мм и от 4 до 7 мм соответственно. Во всех наблюдениях получен удовлетворительный ангиографический результат: остаточных стенозов более 15% не было. Трем больным с двусторонним поражением выполнено поэтапное стентирование с интервалами 1, 2 и 4 месяца. У 19 пациентов поражение контралатеральной почечной артерии было гемодинамически незначимым и не требовало вмешательства. В общей сложности 28 пациентам имплантирован 31 почечный стент. Летальных исходов не отмечено. У 18 больных непосредственно после процедуры отмечено снижение цифр АД в среднем на 29%.

Заключение. Таким образом, в первые 1–2 суток после стентирования ПА отмечается снижение артериального давления. Артериальное давление начинает снижаться, стабилизируясь через 7–20 дней, возможно, это происходит в результате изменения установившихся условий кровоснабжения, почка должна «приспособиться» к новому перераспределению кровотока.

ДИНАМИКА АГРЕГАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА УСТАНОВЛЕННЫХ ИМПЛАНТОВ

ЮЛДАШЕВ Н.П.

*Республиканский специализированный научно-практический центр кардиологии,
г. Ташкент. Узбекистан*

Цель. Изучение взаимосвязи агрегации тромбоцитов с ангиографическими показателями у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с различными типами имплантов.

Материал и методы исследования. Из 200 респондентов, включенных в исследование, у 91 (45,5%) на исходном этапе был проведен анализ агрегационной способности тромбоцитов (АСТ). Всем пациентам была проведена коронароангиография (КАГ) с анализом ангиометрии. Этапы исследования проводились через 3, 6, 12 и 24 месяца после проведения чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) и имплантации устройств (BVS-каркасов или DES-стентов). Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. При оценке взаимосвязи спонтанной АСТ с показателями КАГ нами был проведен корреляционный анализ между спонтанной АСТ с одной стороны и длиной атеросклеротического поражения ($p=0,257$; $r=-0,120$; $t=-1,139$); диаметром артерии ($p=0,573$; $r=-0,059$; $t=-0,564$) и количеством сосудистых поражений ($p=0,778$; $r=-0,029$; $t=-0,283$) – с другой, однако рассматриваемые взаимозависимости не достигали уровня достоверности. Тем не менее, был установлен тот факт, что по мере усугубления тяжести ИБС отмечалось увеличение уровня спонтанной АСТ ($p=0,488$; $r=0,074$; $t=0,697$).

К 3 месяцу обсервации после проведения ЧКВ у всех больных имело место достоверное сниже-

ние всех показателей АСТ (спонтанная агрегация, степень и скорость агрегации), которое сохранялось до 12 и 24 месяцев наблюдения. Оценка динамики спонтанной АСТ в зависимости от типа установленных имплантов выявила достоверное снижение уровня АСТ в обеих группах пациентов, на исходном этапе имела статистически достоверная межгрупповая разница по уровню спонтанной агрегации и степени агрегации ($p=0,015$ и $p=0,005$, соответственно), однако к концу первого года наблюдения эта разница нивелировалась, и данная тенденция сохранялась и через 2 года обсервации.

Выводы. Все пациенты (независимо от формы ИБС) на исходном этапе характеризовались повышенной агрегацией тромбоцитов, при этом по мере усугубления тяжести ИБС отмечался рост спонтанной агрегации тромбоцитов, не достигавший уровня достоверности. Выявленная на исходном этапе повышенная агрегация тромбоцитов спустя уже 3 месяца после проведенного ЧКВ нивелировалась, и данная тенденция сохранялась на дальнейших этапах наблюдения. Респондентам с высоким уровнем спонтанной агрегации тромбоцитов были имплантированы BVS-каркасы, однако динамика данного показателя к концу первого года наблюдения оказалась сопоставима с аналогичным показателем пациентов с установленными DES-стентами.

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ИБС С БИОРАСТВОРИМЫМИ КАРКАСАМИ «ABSORB» И СТЕНТАМИ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ DES

ЮЛДАШЕВ Н.П., ЮЛДАШЕВ Б.А., ХОЛИКУЛОВ С.Ш., МАДРАХИМОВ Н.К.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан*

Цель. Провести оценку динамики качества жизни (КЖ) пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС) до и после процедуры стентирования при использовании различных типов имплантов (BVS-каркасы или DES-стенты).

Материал и методы исследования. Были обследованы 200 больных ИБС, которым было проведено ЧКВ со стентированием различных типов стентов. Всем проводились: физикальный осмотр, клинично-функциональные и лабораторные общеклинические исследования. Для оценки КЖ использовался международный опросник SF-36, при

этом анализировались: физическое функционирование (ФФ), физическое ролевое функционирование (ФРФ), интенсивность боли (ИБ); общее здоровье (ОЗ); жизненная активность (ЖА), социальное функционирование (СФ), эмоционально-ролевое функционирование (ЭРФ) и психическое здоровье (ПЗ). Различия считались достоверными при $p < 0,005$.

Результаты. Оценка показателей КЖ выявила, что на исходном этапе у всех пациентов имелись значительные ограничения со стороны не только физического компонента здоровья [это – ФФ, ФРФ,



ИБ и ОЗ], но и психологического [это ЖА, СФ, ЭРФ и ПЗ]. При этом медиана всех показателей, за исключением ИБ, была ниже 60 баллов. Среднее количество баллов по ИБ составило $82,73 \pm 14,05$. Спустя 7–10 дней после проведенного ЧКВ средние значения показателей КЖ несколько улучшились. А именно, уровень ФФ увеличился на 6,1 балла; ФРФ – на 5,9 балла; ОЗ – на 18,0 баллов; ЖА – на 6,3 балла и СФ – на 0,8 балла (все $p > 0,05$). При этом показатель ИБ уменьшился на 50,5 баллов ($p = 0,000$). Через 6 мес. показатели КЖ также выявили положительные сдвиги в целом у всех обследуемых, однако обращала на себя внимание тенденция к стабилизации со стороны эмоционально-социального статуса пациентов. Динамика КЖ через 12 мес. после стентирования

установила статистически значимое восстановление не только физического компонента КЖ, но и психологического, что сохранялось и через 24 мес. наблюдения, при этом уровень ИБ практически сошел на нет по сравнению с исходными данными.

Выводы. Оценка динамики КЖ в зависимости от типа установленных имплантов не выявила каких-либо существенных различий, все $p > 0,05$. Это, в свою очередь, свидетельствовало о том, что КЖ значительно улучшается после интервенционного вмешательства со стентированием независимо от типа установленных имплантов, и в данном аспекте BVS-каркасы оказались сопоставимыми с DES-стентами.

СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ТРАНСКАТЕТЕРНОГО ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

ЮЛДАШЕВ Н.П., ЮЛДАШОВ Б.А., САБИРОВА Ш.А.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан*

Цель. Оценить эффективность и безопасность транскатетерного закрытия (ТКЗ) дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП) у больных врожденными пороками сердца.

Материал и методы исследования. С января 2017 г. по февраль 2018 года нами было выполнено 16 эндоваскулярных вмешательств по закрытию ДМПП. Средний возраст больных с ДМПП составил $29,3 \pm 6,9$ лет; количество женщин было 9 (56,3%) и мужчин – 7 (43,7%). У всех больных имелся центральный вторичный ДМПП. Клинически у всех 16 пациентов выслушивался систолический шум во II межреберье слева от грудины. На ЭКГ у 13 больных (81,3%) отмечались признаки гипертрофии правого предсердия и правого желудочка, на рентгенограмме – расширение дуги легочной артерии (ЛА) по левому контуру сердца и усиление бронхосудистого рисунка за счет гиперволемии малого круга кровообращения. По данным ЭхоКГ, у 6 пациентов (37,5%) среднее давление в ЛА составило в пределах 35–45 мм рт. ст., у 10 пациентов (63,5%) – в пределах 45–50 мм рт. ст.; диастолический градиент давления на ЛА варьировал в пределах от 7 до 19 мм рт. ст. Значения коэффициента $Q_p/Q_s = 1,8–2,7$.

Ангиографические результаты. У всех 16 больных с ДМПП окклюзию проводили с помощью самоцентрирующегося устройства HeartR ASD Occluder (фирма Lifetech, Китай). Путем пункции правой общей бедренной вены выполняли катетеризацию правых отделов сердца. Точные

размеры ДМПП измерялись с помощью специального измерительного баллона. Под рентгеноскопическим и ЭхоКГ-контролем в левом предсердии раскрывали левый диск окклюдировочного устройства. Ретроградной тракцией проверяли адекватное зацепление левого диска за края дефекта, затем оценивали положение диска относительно митрального клапана на ЭхоКГ и раскрывали правый диск в правом предсердии. Затем повторно под ЭхоКГ-контролем проверяли адекватность расположения окклюдера, и только после этого отделяли последний от доставочного устройства. У всех пациентов с ДМПП после имплантации устройства HeartR ASD Occluder на операционном столе было констатировано отсутствие сброса крови слева направо на уровне межпредсердной перегородки. При проведении контрольного ЭхоКГ через 3, 12 и 24 часа соответственно, герметичность окклюдера сохранялась. Осложнения при имплантации окклюдера у наших пациентов не отмечались.

Заключение. ТКЗ оказалось высокоэффективным методом радикального лечения ДМПП. При правильном подборе больных и скрупулезном соблюдении технологии данная операция является безопасной процедурой. Малая операционная травма, косметический эффект и существенное сокращение сроков госпитализации (до 3–4 дней) свидетельствуют о неоспоримых преимуществах ТКЗ ДМПП перед традиционной хирургической коррекцией данного порока.

НАШ ОПЫТ ПО СТЕНТИРОВАНИЮ ЛЕВОЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ УСТЬЯ ЛЕВОЙ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

ЮЛДАШЕВ Н.П., АТАМУРАТОВ Б.Р., САБИРОВА Ш.А., ЮЛДАШЕВ Б.А., МАДРАХИМОВ Н.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Оценить непосредственные результаты, безопасность и возможность стентирования сонных артерий (СА) у пациентов с патологической извитостью устья общей сонной артерии (ОСА).

Материал и методы. С января 2014 по февраль 2018 года в условиях клиники РСНПМЦК эндоваскулярные вмешательства на внутренних сонных артериях (ВСА) были проведены у 40 пациентов. Из них патологическая извитость устья ОСА была выявлена у 15 (37,5%) человек (из них 10 – мужчины). Средний возраст пациентов составил $61,3 \pm 7,7$ (от 47 до 77) лет. Все поражения имели атеросклеротический генез. Асимптомных пациентов не было; ОНМК в анамнезе отмечали 10 (80%) больных; ПНМК – 5 (20%) пациентов. Основные методы выявления значимого стенозирования сонных артерий включали ультразвуковое доплеровское исследование и селективную ангиографию. У 8 (53,3%) пациентов для исследования зоны поражения каротидных артерий использовалась контрастная КТ-ангиография.

Результаты. Доступ осуществлялся во всех 15 случаях через правую общую бедренную артерию. В условиях нашей клиники не имелось технической возможности конюлировать устье левой ОСА с помощью направляющего проводникового катетера. Для установки гайд катетера нами ис-

пользовался метод «баллонная поддержка». Для этого коронарный проводник 0,14 мм был проведен в С/З левой наружной СА (НСА). Через проводник был проведен баллонный катетер 3×20 мм и раздут (8атм) в просвете левой НСА. С помощью поддержки баллонного катетера проводниковый катетер установлен в С/З ОСА, выполнено стентирование левой ВСА и стент постдилатирован. Во время стентирования использовалось устройство (фильтры-ловушки Spider) защиты дистальной эмболизации артерий головного мозга. Во всех случаях (100%) использовались нитиновые самораскрывающиеся стенты («Acculink» Abbott Vascular, «Protégé Rx» EV3) и различные устройства («Filterwire» Boston Scientific, «Spider FX» EV3) защиты от дистальной эмболизации.

У пациентов с патологической извитостью устья левой ОСА во всех случаях был достигнут непосредственно хороший ангиографический и клинический успех. Осложнений в виде инсульта и летальных исходов не было.

Выводы. По-видимому, эндоваскулярные вмешательства при симптомных стенозах ВСА с патологической извитостью устья ОСА имеют положительные перспективы использования, безопасны и возможно, будут способствовать улучшению мер профилактики ишемического инсульта при данной патологии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОРОНАРНО-ЛЕГОЧНОЙ ФИСТУЛЫ

ЮЛДАШЕВ Н.П., ХОЛИКУЛОВ С.Ш., АТАМУРАТОВ Б.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан

Коронарная фистула – это врожденная аномалия, при которой коронарная артерия (КА) впадает в камеры сердца или близлежащие сосуды, что приводит к шунтированию крови и синдрому обкрадывания. Коронарная фистула встречается с частотой 0,2–2% случаев среди всех пороков сердца.

Материал и методы исследования. В условиях клиники РСНПМЦК была обследована и пролечена 1 пациентка 59 лет. Из анамнеза: в январе 2018 г. перенесла острый инфаркт миокарда

(ОИМ) левого желудочка (ЛЖ) без зубца Q. При поступлении предъявляла жалобы на стенокардитические боли, возникающие при умеренной физической нагрузке. Больной были проведены общеклинические исследования, в ходе которых было обнаружено, что у пациентки имеется дислипидемия IIa типа по Фредриксону; на ЭКГ признаки очаговых изменений, связанных с перенесенным ОИМ без зубца Q. Учитывая характер болей и сохраняющиеся очаговые изменения на ЭКГ, пациентке провели коронароангиографию (КАГ). По



данным КАГ в правой КА выявлена фистула между правой КА и стволом легочной артерии.

Протокол КАГ и результаты. В устье фистулы установлен гайд-катетер. Коронарный проводник Whisper проведен до дистальных отделов коронарно-легочной фистулы. Далее суперселективно до уровня дистального сегмента фистулы проведен микрокатетер Headway 17 advanced. Выполнена последовательная эмболизация коронарно-легочной фистулы спиралями AXIUM 8 mm×20 cm и AXIUM 9 mm×30 cm. Проведена эмболизация микроспиралями до полного стаза контраста в коронарно-лёгочной фистуле. После проведенного лечения у пациентки отмечалось улучшение

клинического состояния: увеличилась дистанция ходьбы, уменьшилась одышка и исчезли боли за грудиной.

Заключение. Исходя из вышеизложенного очевидно, что у пациентки имелся гемодинамически значимый сброс коронарного кровотока в легочную артерию из русла правой венечной артерии, что приводило к возникновению синдрома обкрадывания и было причиной возникновения ОИМ по задней стенке ЛЖ. Проведенная эндоваскулярная эмболизация коронарных фистул с помощью спиралей оказалась клинически высокоэффективной и явилась безопасным методом лечения в данном конкретном случае.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОРОТИДНОГО СТЕНТА ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

ЮЛДАШЕВ Н.П., АТАМУРАТОВ Б.Р., КАРИМОВ Б.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Оценить эффективность, безопасность и возможности стентирования сонных артерий у пациентов с патологической извитостью общей сонной артерии (ОСА).

Материал и методы исследования. С января 2014 года по февраль 2018 года в отделении рентгеноэндоваскулярной хирургии (РЭХ) в РСНПМЦК выполнены у 40 пациентов эндоваскулярные вмешательства на внутренних сонных артериях. Из них с патологической извитостью ОСА составило 15 пациентов (37,5%). Большинство из них были мужчины (66,7%). Возраст пациентов составил от 47 до 77 лет, в среднем – 61,3±7,7 года. У 10 больных (80%) в анамнезе перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения (НМК), у 5 пациентов (20%) – проходящее НМК. Для оценки параметров каротидного кровообращения проводили дуплексное сканирование сонных артерий и селективную ангиографию.

Результаты исследования. У всех пациентов технически не удалось канюлировать устье ОСА с помощью направляющего проводникового катетера. Для установки гайд-катетера использовался метод «баллонная поддержка». Для этого каротидный проводник 0,14мм проводился в среднюю

треть наружной сонной артерии (НСА). Используя баллонный катетер разных диаметров проводился в просвет НСА и раздувался, в среднем от 6 до 8 атм. С помощью поддержки баллонного катетера проводниковый катетер устанавливался в среднюю треть ОСА, и выполнялось стентирование внутренней сонной артерии (ВСА) с последующей постдилатацией установленного стента. У всех больных (100%) использовались нитиновые самораскрывающиеся стенты («Acculink» Abbott Vascular, «Protégé Rx» EV3) и фильтры-ловушки («Filterwire» Boston Scientific, «Spider FX» EV3) для защиты от дистальной эмболизации сосудов головного мозга. У пациентов с патологической извитостью ОСА у всех больных достигнуты хорошие ангиографический и клинический результаты. Осложнения в ходе стентирования и ранний послеоперационный период не наблюдались.

Выводы. Эндоваскулярные вмешательства при симптомных стенозах ВСА с патологической извитостью ОСА имеют определенные перспективы; безопасны для выполнения и, возможно, вносят свой вклад в профилактику ишемического инсульта у данной категории больных.

ПРИМЕНЕНИЕ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ И СТЕНТИРОВАНИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

ЮЛДАШЕВ Н.П., ЮЛДАШЕВ Б.А., АТАМУРАТОВ Б.Р., МАДРАХИМОВ Н.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан

Введение. Общеизвестно, что одной из главных причин, приводящих к инвалидности при сахарном диабете, является синдром диабетической стопы (СДС). СДС – это комплекс патологических изменений периферической нервной системы, артериального и микроциркуляторного русла, представляющих непосредственную угрозу в развитии язвенно-некротических процессов и гангрены стопы у больных сахарным диабетом.

Цель. Изучить ближайшие и отдаленные результаты баллонной ангиопластики и стентирования артерий нижних конечностей у пациентов с СДС.

Материал и методы. С 2016 по 2018 год было выполнено 16 эндоваскулярных вмешательств (ЭВВ) с ишемическим или нейро-ишемическим вариантом СДС. Из 16 человек – 10 были мужчины и 6 – женщины. Возрастная категория больных составила от 44 до 77 лет. Все пациенты длительное время страдали сахарным диабетом (СД). Уровень глюкозы крови варьировал от 6,8 до 17,2 ммоль/л; уровень мочевины – от 7,0 до 18,0 ммоль/л и креатинина – от 112,0 до 220,0 ммоль/л.

Показанием для выполнения ЭВВ являлось наличие гемодинамически значимого стеноза ($\geq 60\%$) или окклюзии артерий бедренно-подколенного сегмента и наличие магистрального кровотока хотя бы в одной из берцовых артерий. Степень хронической ишемии конечности оценивали по

классификации Фонтейна – Покровского – Кошкина. Для оценки результатов ангиопластики использовали чрескожное определение сатурации кислорода в нижних конечностях до и после (через 3, 6 и 12 месяцев) вмешательства.

Результаты. У всех пациентов отмечалось поражение артерий голени от диффузного (без гемодинамически значимых стенозов) до окклюзии. Непосредственный ангиографический успех отмечался у всех 16 (100%) пациентов. В раннем послеоперационном периоде отмечалось повышение сатурации кислорода в конечности в среднем на 14%; при повторных визитах у 12 (75%) пациентов сохранялась более высокая сатурация кислорода по сравнению с исходной – в среднем 7 ± 2 ; у 2 (12%) пациентов через 6 месяцев после вмешательства этот показатель вернулся к исходному значению; у 2 (12%) больных было выявлено снижение этого показателя.

Заключение. Одной из причин развития критической ишемии у пациентов с СДС является поражение артерий бедренно-подколенного сегмента. Выполнение баллонной ангиопластики и стентирования артерий нижних конечностей при СДС в описываемых нами случаях было оправдано, что позволило сохранить анатомическую целостность конечности и обеспечило возможность, в случае необходимости, повторного эндоваскулярного вмешательства.

НАШ ОПЫТ ТРАНСКАТЕТЕРНОГО ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА

ЮЛДАШЕВ Н.П., ЮЛДАШЕВ Б.А., АТАМУРАТОВ Б.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан

Цель. Оценить эффективность и безопасность транскатетерного закрытия (ТКЗ) дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП) у больных с врожденными пороками сердца.

Материал и методы исследования. С января 2017 года по февраль 2018 года нами было выполнено 16 эндоваскулярных вмешательств по закрытию дефекта межпредсердной перегородки. Возраст больных с ДМПП составил $29,3 \pm 6,9$ лет, из них 9 – женского пола (56,3%) и 7 – мужского (43,7%). У больных диагностировали централь-

ный вторичный ДМПП. У всех 16 пациентов (100%) с ДМПП выслушивался систолический шум во II межреберье слева от грудины. На электрокардиограмме (ЭКГ) у 13 больных (81,3%) была выявлена гипертрофия правого предсердия и правого желудочка, на рентгенограмме (РГ) отмечалось расширение дуги легочной артерии (ЛА) по левому контуру сердца и усиление бронхососудистого рисунка за счет гиперволемии малого круга кровообращения. По данным эхокардиографического (ЭхоКГ) исследования у 6 пациентов (37,5%) сред-



нее давление на ЛА определилось в пределах 35–45 мм рт. ст., у 10 пациентов (63,5%) – в пределах 45–50 мм рт. ст., диастолический градиент давления на ЛА варьировал в пределах от 7 до 19 мм рт. ст. Значения коэффициента Qp/Qs составили 1,8–2,7.

Результаты. У всех 16 больных с ДМПП окклюдоз проводили с помощью самоцентрирующегося устройства HeartR ASD Occluder фирмы Lifetech (Китай). Путем пункции правой общей бедренной вены выполняли катетеризацию правых отделов сердца. Точные размеры ДМПП измерялись с помощью специального измерительного баллона. Под рентгеноскопическим и ЭхоКГ-контролем в левом предсердии раскрывали левый диск окклюдизирующего устройства. Ретроградной тракцией проверяли адекватное зацепление левого диска за края дефекта, затем оценивали положение диска относительно митрального клапана на ЭхоКГ и раскрывали правый диск в правом предсердии. Затем повторно под ЭхоКГ-контролем про-

веряли адекватность расположения окклюдера, и только после отделяли последний от доставочного устройства. У всех пациентов с ДМПП после имплантации устройства HeartR ASD Occluder отсутствие сброса крови слева направо на уровне межпредсердной перегородки было констатировано на операционном столе. При проведении контрольного ЭхоКГ через 3, 12 и 24 часа соответственно, герметичность окклюдера сохранялась. Осложнений при имплантации окклюдера у наших пациентов не отмечено.

Заключение. ТКЗ является высокоэффективным методом радикального лечения ДМПП. При правильном отборе больных и скрупулезном соблюдении технологии операции ТКЗ ДМПП является безопасной процедурой. Малая операционная травма, косметический эффект и существенное сокращение сроков госпитализации (до 3–4 дней) – свидетельство неоспоримого преимущества ТКЗ ДМПП перед традиционной хирургической коррекцией данного порока.

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ УСТРОЙСТВА «MERES-100™»

ЮЛДАШЕВ Н.П.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии
МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан*

Цель. Оценить непосредственный клинический и ангиографический успех ЧКВ с имплантацией нового устройства «MeRes100™».

Материал и методы. Были обследованы 7 больных ИБС (6 мужчин и 1 женщина). Средний возраст составил $52,1 \pm 8,5$ лет. В исследование включались респонденты с 1- или 2-сосудистыми поражениями. Ср.балл по SYNTAX: $9,9 \pm 5,0$ баллов. Все пациенты подверглись коронароангиографии (КАГ) с дальнейшим ЧКВ и имплантацией устройства «MeRes100™». После стентирования оценивались непосредственный клинический (полное купирование или уменьшение кардиалгического синдрома) и ангиографический успех (по MACE).

Полученные результаты. Правый тип кровоснабжения имелся у 6 (85,7%) больных и у 1 (14,3%) – сбалансированный. Ср.время имплантации составило $11,8 \pm 5,2$ мин. Из 7 обследуемых у 4 (57,1%) имелись 1-сосудистые и у 3 (42,9%) больных – 2-сосудистые поражения. Поражение ПНА имело место у 6 (85,7%) пациентов; ОА – у 3 (42,9%); ПКА – у 2 (28,6%) и ВТК – у 1 (14,3%) больного. Ср.процент стеноза вычислялся по ПНА ввиду наибольшей вовлеченности и составил $91,6 \pm 12,7\%$. Всем больным

было имплантировано устройство «MeRes100™», при этом ср.диаметр составил $3,6 \pm 0,2$ мм (от 3,5 до 4,0 мм) и ср.длина составила $26,0 \pm 7,6$ мм (от 19 до 37 мм). Ср. давление для раскрытия стента = $11,7 \pm 1,4$ атм (от 10 до 14 атм). Проходимость кровотока после стентирования у всех обследуемых составила 3 балла по TIMI. У 6 (85,7%) больных был достигнут 100%-й клинический эффект; у 1 (14,3%) больного отмечалось значительное уменьшение кардиалгического синдрома, но не полное его купирование. Непосредственный ангиографический успех у всех респондентов составил 100%. У всех пациентов после процедуры стентирования MACE составил 0, каких-либо осложнений не наблюдалось.

Заключение. Использование нового устройства «MeRes100™» в сосудистой хирургии оказало высокий (85,7%) клинический и абсолютный (100%) ангиографический успех у лиц с 1- или 2-сосудистыми поражениями коронарного русла, у которых диаметр поврежденного сосуда составил $\geq 3,5$ мм. При этом доставка и установка устройства не сопровождалась какими-либо трудностями или осложнениями.



КАРДИОХИРУРГИЯ

ANALYSIS OF THE ACTIVITIES OF THE PEDIATRIC CARDIAC SURGERY SERVICE IN THE KARAGANDA REGION

KABIYEVA S.¹, ABDRAHMANOV D.T.², MUHAMEDIYA A.S.³, GUSSEVA E.SH.³

¹*Department of internal diseases №1 Non-Commercial Joint-Stock Company Karaganda Medical University», Karaganda, Kazakhstan;*

²*Regional regional cardiac surgery center Karaganda, Kazakhstan;*

³*The residency in the specialty «Cardiology, including children»*

Goal: To study the structure of the operated congenital heart defects in the pediatric cardiac surgery department of the regional cardiac surgery center of Karaganda depending on the defect options: simple, combined, complex, and to assess the level of surgical activity during 7 years.

Methods: The analysis of data of 684 children with congenital heart defects admitted to the pediatric cardiac surgery department unit for the surgical correction of the malformation during the department functioning were analyzed 2011–2017. Age of children: from the neonatal period to 18 years.

Results: An analysis of the work of the pediatric cardiac surgery service in the Karaganda region showed that for 7 years since the opening of the children's department (from 2011 to 2017), 684 children with congenital heart defects (CHD) were surgically corrected. All CHD are divided into 3 categories: simple, combined and complex. The simple ones include the CHD with 1 developmental defect: atrial septal defect, ventricular septal defect, open arterial duct, aortic coarctation, aortic stenosis, valve stenosis of the pulmonary artery, mitral valve stenosis. Combined include a combination of 2–3 defects. Complicated CHDs include Fallot's tetrad, partial and complete abnormal pulmonary vein drainage, atrioventricular communication (complete and incomplete), transposition of the great vessels (complete and corrected), abnormal coronary arteries.

In the structure of surgical treatment of CHD in the Karaganda region, traditionally the leading place was taken by simple (isolated) CHD, their proportion was 68,1% in total, of which: in 2011 – 73,2%, 2012 – 63,2%, in 2013 year – 54,2%, in 2014 – 73,9%, in 2015 – 78,4%, in 2016 – 80,7%, in 2017 – 63,4%. The second rank position was taken by combined defects: in 2011 – 17,1%, 2012 – 28,4%, 2013 – 31,7%, 2014 – 18,8%, 2015 – 11,4%, 2016 – 9,1%, in 2017 – 25,6%. Complicated heart defects, requiring highly trained specialists, in all years were in last place in terms of frequency and were: 9,7% – 8,4% – 14,1% – 7,3% – 10,2% – 10,2% – 11,0% (respectively).

Conclusions: An analysis of the activities of pediatric cardiac surgery for children with CHD showed that 68.1% of the total number of corrected CHD were simple (isolated) defects, 21,% were combined forms and 10,2% were complex. The peak of operational activity occurred in the 2nd and 3rd year of work, when the proportion of children with combined CHD was maximum: 28,4% – in 2012, 31,7% in 2013. In the dynamics of the following years, this indicator decreased, and the proportion of children with simple CHD increased to the level of 73–80 %. These data reflect the regularity of the activities of the pediatric cardiac surgery service and the continuity of work with the outpatient service

THE FIRST EXPERIENCE OF MULTICOMPONENT PLASTIC MK WITH STRENGTHENING OF THE ANNULUS WITH VASCULAR PROSTHESIS

RIZAYEV E.A., TURAEV F.F.

RSCPMCS named after academician V. Vakhidov (Tashkent, Uzbekistan)

The rapid progression of the disease and the low effectiveness of conservative treatment determine the need for early diagnosis and surgical correction. Surgical treatment of the pathology of the mitral valve (MV) is a constant subject of clinical and scientific

interest, despite the progress made in surgery of the MV. Until recently, in the overwhelming majority of cases, patients underwent mitral valve replacement (MVR), which forced only patients with a fairly pronounced clinic of heart failure who had a prosthesis



implantation to operate on. However, valve prosthesis, on the one hand, solves the problem of mitral defect recurrence, on the other hand, it determines the risk of left ventricular (LV) remodeling with impairment of its function.

Performing a valve-preserving operation is considered more preferable than prosthetics for a number of objective reasons: a favorable p/o course, the absence of lifelong administration of anticoagulants, no risk of thromboembolic complications. The most common methods of mitral valve repair in case of its insufficiency are methods of multicomponent plastics using various artificial support rings and half-rings (rigid, semi-rigid, flexible). The aim of the study was to present the first experience of multicomponent plastic MV with strengthening of the annulus with a vascular prosthesis. In the department of faculty RSCPMCS nam.af.akad.Vahidova from 2010 to 2019 y. 94 multicomponent plastics on the MC were performed, while FR annuloplasty was performed according to the original method. Considering the rheumatic etiology of the valve leaflets, all patients were also dissected and mobilized supporting chords, resected secondary chords of the BD MV. After multicomponent reconstructions, a hydraulic test was carried out, during

which the regurgitation on the MV did not exceed the I st. To prevent the postoperative fibrous ring from dilating, in order to strengthen the posterior semicircle of BD MV, all patients underwent implantation of a strip from a vascular prosthesis on separate U-shaped sutures Etibond 2/0. The length of the strip was selected taking into account the developed nomograms and coefficients for the calculation of individual standard values of the diameter of the MV. Repeated hydraulic test showed almost disappearance of residual regurgitation, which was also determined on intraoperative TE-EchoCG. The average area of the mitral orifice was 2.8 ± 0.2 sq. Cm. The average gradient on the MV was 4.3 ± 0.5 mm Hg. The average aortic clamping time was 88.5 ± 10.2 min. The average term of the p / o MV was 8 ± 2 hours, the average stay in the ICU was a day, all patients were discharged for 7–8 days with a sinus rhythm, with a recommendation to take indirect anticoagulants for 6 months. under the control of the INR. Conclusion: The first experience of multicomponent plastic MV with strengthening of the fibrous ring with a vascular prosthesis shows the possibility of restoring the locking function and competence of the stored native valve without using the support rings.

SAFETY OF OFF-PUMP CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING IN PATIENTSWITH ACUTE CORONARY SYNDROME

SHARIPOV I., YARBEOV R., ISMATOV A., MURADOV M., OMONOV S., VAKHIDOV T.

Republican specialized centre of cardiology (Tashkent, Uzbekistan)

Objective. Conventional on-pump coronary artery bypass surgery (CABG) in patients with acute coronary syndrome (ACS) is associated with higher risk of complications and mortality. There is a lack of data on results of off-pump CABG operations (being popularised in the last 2 decades) in such a group of high-risk patients. The aim of the study was to assess feasibility and results of off-pump CABG operations in patients with ACS.

Material and methods. A comparative analysis of the results of off-pump myocardial revascularization surgery in 450 patients operated on in our centre during the period 2015–2017 yy was performed. All patients were divided into two groups according to the presence of ACS – Group I – 139 patients with ACS (30.9%) and Group II – 311 patients with stable angina (69.1%). Both groups were similar by age, gender and clinical and functional parameters. 58 patients of the 1st group (41.7%) and 136 patients of the 2nd group (43.7%) had left mainstem coronary artery disease.

Results. The mean quantity of grafts in patients of the 1st group was 3.18 ± 0.72 (range, 1 to 6 grafts) and 3.07 ± 0.68 in the 2nd group (range, 1

to 6 grafts). The mean duration of the operations in the 1st and 2nd group was 226.3 ± 10.9 mins and 234.6 ± 12.2 mins, respectively ($p=0.625$). Inotropic support was required intraoperatively and immediately after surgery in 59 patients of the 1st group (42.4%) and in 76 patients of the 2nd group (24.4%) ($p=0.04$). The mean ICU stay was 44.2 ± 4.1 hours in the 1st group and 40.3 ± 2.1 hours in the 2nd group. There was no significant difference in the quantity of non-fatal complications which occurred in 16 patients (11.5%) of the 1st and 34 patients (10.9%) of the 2nd group ($p=0.333$). Mortality was 1.5% (2 patients) in the I group and 0.7% (2 patients) in the II group ($p=0.212$).

Conclusions. Although the inotropic support was required more often in patients with ACS, the overall results of off-pump CABG surgery in our patients showed no statistical difference between the groups. This results support the view that off-pump myocardial revascularization is a feasible and safe option in treatment of patients with ACS.

ATRIAL FIBRILLATION AFTER OFF-PUMP CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING SURGERY

SHARIPOV I., YARBEKOV R., ISMATOV A., MURADOV M., OMONOV S., VAKHIDOV T., KURBANOV R.

Republican specialized scientific-practical medical center of cardiology (Tashkent, Uzbekistan)

Introduction. One of the most frequent complications arising after standard coronary artery bypass grafting surgery is the occurrence of atrial fibrillation. This complication, occurring at different times in the postoperative period, leads to varying degrees of severity of hemodynamic disturbances, lengthening the hospital period and the increasing of overall cost of the treatment for the patient in particular and for the health care system as a whole.

Material and methods. In the Department of Cardiac Surgery of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Cardiology for the period 2015–2017 420 operations of off-pump were performed. Out of this number of patients, 26 patients (6,2% of the total) who were operated on at different periods of the postoperative period had an episode of atrial fibrillation (AF). In order to identify preoperative and / or intraoperative risk factors for AF, all patients were divided into 2 groups: Group I – 26

(6,2%) patients with AF episode in the postoperative period and Group II – 394 (93,8%) patients without rhythm disturbances in the postoperative period.

Results. It was revealed that patients of I group were on the average 7 years older than patients of II group, with large sizes of LA (44,8 against 37,7 mm), with a higher functional class of angina (53,9% against 39,1%), with higher share of persons with ACS (19,2% versus 8,9%) and a higher risk of operational intervention, calculated by the risk-stratification EuroSCORE (4,63% versus 3,83%). Additional risk factors were the longer operation time (288 versus 228 minutes), larger blood loss and a larger volume of plasmato- and hemotransfusions. Also, longer respiratory support (7,8 hours versus 5,6 hours) was a risk factor for AF in the post-op period.

Conclusion. Further accumulation of clinical material is needed to clarify and specify pre-operative risk factors.

GENDER DIFFERENCIES IN RESULTS OF OFF-PUMP MYOCARDIAL REVASCULARIZATION SURGERY

SHARIPOV I.M., YARBEKOV R.R., ISMATOV A.A., MURADOV M.M., OMONOV S.KH., VAKHIDOV T.Z.

Republican specialized center of cardiology (Tashkent, Uzbekistan)

On-pump myocardial revascularization operations in female sex patients are considered more risky in connection with anatomico-physiological peculiarities of the latter. Very little is known about the results of off-pump myocardial revascularization operations in this group of patients.

Aims of the study. The purpose of the work is to study the results of off-pump myocardial revascularization in female patients.

Material and methods. A comparative analysis of the results of surgical treatment of 450 patients with ischemic heart disease, to whom were performed off-pump myocardial revascularization operations, was done. All patients, depending on their gender, were divided into two groups: group I – 72 (16,0%) female patients, and group II – 378 (84,0%) male patients. The average age of patients in the first group was 61,9±8,0 years, and in group II – 60,1±6,9 years. Patients of both groups were comparable in the presence of concomitant pathology.

The study of Morphometric indices revealed a significant difference in average growth (157 cm versus 171 cm), weight (73,3 against 83,5 kg) and body surface area (1,78 m² versus 1,98 m²). It was also revealed that patients of the group II had larger LV size and volume on Echo. The risk of surgery by

EuroScore calculator amounted to 5,1±2,5 points (or 5,4±4,7%) in group I and 3,9±2,4 points in group II (or 3,9±3,7%), the difference was statistically significant ($p=0,002$).

Results and discussion. The duration of the operation in both groups amounted to 218,5±52,0 and 231,9±55,5 min respectively. The average blood loss amounted to 501 ml and 502 ml respectively. In the first group, the average number of grafts amounted to 2,92±0,7 per patient (1–4 grafts), while in the second group – 3,2±0,7 grafts ($p=0,006$). Inotropic support intraoperatively and in the immediate postoperative period was necessary in the first group in 36% of patients, and in II group – in 37,5%. The average time of ventilation in the ICU was in the group I – 6,5±4,3 hours, in II Group – 5,6±3,0 hours ($p=0,07$). The ICU stay averaged 46,1±19,5 hours in group I and 47,9±21,9 hours in group II. In the first group hospital mortality amounted to 1,4% (1 patient) – at expected 5,4%, and in II Group – 0,8% (3 patients) – with the expected 3,9%.

Conclusions. Off-pump myocardial revascularization operations in female patients are safe and can be performed with low levels of complications and hospital mortality.



RESULTS OF OFF-PUMP MYOCARDIAL REVASCULARIZATION IN PATIENTS WITH LV EJECTION FRACTION <45%

SHARIPOV I.M., YARBEKOV R.R., ISMATOV A.A., MURADOV M.M., OMONOV S.KH., VAKHIDOV T.Z.

Republican specialized center of cardiology (Tashkent. Uzbekistan)

Conventional on-pump coronary artery bypass grafting operations in patients with compromised left ventricular (LV) systolic function are accompanied by high rates of morbidity and mortality. The wide spread in the last two decades of off-pump myocardial revascularization techniques in patients with low surgical risk showed the safety of such operations. In this regard, the question of the possibility and results of such operations in patients with high risk, in particular, with low contractility of the LV, is especially actual.

Aim – to study the results of off-pump myocardial revascularization operations in patients with LV ejection fraction (LVEF) less than 45%.

Material and methods. A comparative analysis of the results of surgical treatment of 450 patients with ischemic heart disease, to whom off-pump myocardial revascularization operations were performed, was done. All patients were divided into two groups: Group I – 91 (20,2%) patients with LVEF less than 45%, and II Group-359 (79,8%) patients whose LVEF was more than 45%. Patients of both groups were comparable by sex, age and basic clinical-functional parameters. The majority of patients were male – 85,7% (78 patients) and 83,0% (298 patients) respectively in the I and II groups. The average age of patients in the I group was $60,6 \pm 7,1$ years, and in group II- $58,57 \pm 7,8$ years. In the first group there were more patients in

the acute stage of myocardial infarction – in I group 23,1% (21 patients), and in II Group – in 16,7% (60 patients), although the difference was statistically nonsignificant ($p=0,426$). The risk of surgery calculated by EuroScore calculator amounted in the I group $6,66 \pm 6,9\%$, and in group II – $3,39 \pm 2,9\%$ ($p=0,005$).

Results and discussion. In the first group, the average number of grafts was $3,02 \pm 0,68$ per patient, and in group II – $3,13 \pm 0,7$ grafts. The duration of the operation in both groups was $221 \pm 5,6$ and $248 \pm 5,46$ min respectively. Inotropic support intraoperatively and in the immediate postoperative period was necessary in I group in 59.3% (54 patients), and in II group-in 33,1% (119 patients) ($p=0,03$). The average time of ventilation in the ICU was in the first group $6,05 \pm 3,6$ hours, in the II group – $5,72 \pm 3,3$ hours. The ICU stay was averaged $53,5 \pm 2,5$ hours in group I and $40,08 \pm 1,5$ hours in group II ($p=0,07$). In the first group hospital mortality amounted to 1,1% (1 patient) – at expected 6.66%, and in II Group – 0,8% (3 patients) – at expected 3,39%.

Conclusions. Off-pump coronary artery bypass grafting operations in patients with LV systolic dysfunction are safe and can be performed with low levels of complications and hospital mortality without interfering the completeness of revascularization.

RESULTS OF OFF-PUMP MYOCARDIAL REVASCULARIZATION IN HIGH-RISK PATIENTS WITH EUROSORE ≥ 5

SHARIPOV I.M., YARBEKOV R.R., ISMATOV A.A., MURADOV M.M., OMONOV S.KH., VAKHIDOV T.Z.

Republican specialized center of cardiology (Tashkent. Uzbekistan)

Background. With the wide spread in the last two decades of the technology of performing myocardial revascularization off-pump, acquires a great scientific and practical significance a question of expanding indications to these operations on patients of high surgical risk group.

Aim. To carry out comparative analysis of results of off-pump coronary artery bypass grafting surgery in patients with high and low surgical risks.

Material and methods. The comparative analysis of results of surgical treatment of 450 patients with ischemic heart disease, to whom was performed off-pump myocardial revascularization surgery, was carried

out. Depending on the meaning of EuroSCORE risk-calculator, all patients were divided into two groups – I group – 188 (41,8%) patients of high surgical risk with EuroScore ≥ 5 , and group II – 262 (58,2%) low-risk patients (Euroscore <5). In the first group there were significantly more female patients – (23,1% versus 11,1%), aged patients (average age 63,9 years versus 57,8 years in II Group), with ACS (34,1% versus 5,6%), persons with LVEF less than 45% (30,8% versus 12,8% in group II). Surgical risk by EuroScore calculator was in group I – $7,3 \pm 4,4\%$ ($6,5 \pm 1,5$ points), and in group II – $1,9 \pm 0,7\%$ ($2,4 \pm 1,3$ points), the difference was statistically significant ($p<0,001$).

Results and discussion. The operation times in both groups amounted to 232,2 and 227,9 minutes respectively. In the first group, the average number of distal anastomoses amounted to $3,12 \pm 0,7$ per patient (2–6 grafts), while in group II – $3,13 \pm 0,8$ (1–5 grafts). In patients of I group significantly more was the need for inotropic support in the postoperative period (51,5% versus 26,8%), the time of ventilation ($6,8 \pm 4,1$ versus $5,0 \pm 2,2$ hours), the ICU stay ($49,2 \pm 22,4$ vs. $46,6 \pm 18,8$ hours), the duration of the hospital stay after surgery (8,2 days versus 6,8 days). The frequency of nonfatal complications in both groups amounted to 18,5% versus 7,2% in group II ($p=0,074$). The mortality in the first group amounted to 1.1% (two

patients) at the expected EuroScore 7.3%, and in group II – 0,8% (two patients) with the expected 1,9%. There were no statistically significant differences in the mortality rate between the groups ($p=0,198$).

Conclusions. Although off-pump myocardial revascularization in patients with high surgical risk is accompanied by a higher need for inotropic support, a slight extension of the time of ventilation and the hospital stay after surgery, and also by the increase in the frequency of nonfatal complications, it is not accompanied by a statistically significant increase in mortality. Thus, this method is a safe method in terms of complications and mortality.

«SURGICAL REMODELING OF THE HEART» IN MULTI-VALVULAR DISEASES

TURAEV F.F.

Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after academician V. Vakhidov (Tashkent, Uzbekistan)

Objective. The purpose is to present results of surgical remodeling at rheumatic multivalve heart diseases.

Methods. There were executed 64 operations. Male – 15, female – 49, age $42,1 \pm 11,7$ years old. Mitral-tricuspid disease with enlarged Left Atrium – 33, Mitral-aortal-tricuspid disease – 19, mitral-aortal-tricuspid disease with enlarged LA-12. On MV there were following haemodynamic infringements: MS-34, Mitral regurgitation – 20, mitral restenosis – 10. On the aortal valve: AS-10, aortal disease without the accurate prevalence – 21. On the tricuspidal valve: combined tricuspidal stenosis with prevalence of insufficiency – 48, TS-6. The term of «Surgical Remodeling of the Heart» we includ kinds of operations when 2 or 3 valves correction with left atrium reduction are done.

Results. Correction of 2 valves with atrioplastic of LA is executed at 33,3 valves – at 19,3 valves with atrioplastic LA-12. At correction of a pathology of valves following kinds of interventions are executed.

There were done 24 MV prosthetics with preservation of MV basic chords, at 40 – multicomponent MV repair with annuloplasty with a band from two layers of vascular graft. Aortal Valve reconstruction was done at 25 (by Carpentier – 22, by ElKhury-3), at 25 prosthetics of AV. Annuloplasty of tricuspid valve was done at 48 by DeVega, by Doty – 16, 24 cases were taken further TV commissuroplastic. At 45 patients were done LA atrioplastic with one-stage suturing of the LA appendage (by Kawazoe-31, by «Mercedes» – 12, by Sinatra – 1), suturing of LA appendage – 28, thrombectomy from LA-10. Time of CPB was $140,3 \pm 35,5$ min, cross-clamp time $-105,8 \pm 24,3$ min. Hospital mortality – 1,5% ($n=1$).

Conclusions. Surgical remodeling at rheumatic multivalve heart diseases, including multicomponent correction 2 and 3 valves in a combination to one of reduction methods at left atrial, allows to restore normal functional indicators of heart with good nearest results.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА КРОВОТОКА ПО КОРОНАРНЫМ ШУНТАМ МЕТОДОМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ФЛОУМЕТРИИ

ВАСИЛЬЕВ В.П., ШИРЯЕВ А.А., ГАЛЯУТДИНОВ Д.М., ЛАТЫПОВ Р.С., АНДРЕЕВ А.В., КУРБАНОВ С.К., МАЙОРОВ Г.Б., МУКИМОВ Ш.Д., АКЧУРИН Р.С.

ФГБУ НМИЦ кардиологии Минздрава РФ. Россия

Введение (цели/задачи). Оценить результаты интраоперационной флоуметрии коронарных шунтов у больных, перенесших прямую реваскуляризацию миокарда.

Материал и методы. В исследование вошли 126 пациентов, оперированных в ОССХ НМИЦ Кардиологии Минздрава РФ в 2018 году. Всем больным выполнялось коронарное шунтирование



в условиях искусственного кровообращения и медикаментозной кардиopleгии с использованием микрохирургической техники и оптического увеличения операционного микроскопа. Оценка кровотока по шунтам проводилась на аппарате MiraQ (Medistim, Норвегия) как на этапе искусственного кровообращения, так и после восстановления сердечного ритма и гемодинамики. Кровоток оценивали по таким параметрам, как индекс пульсации (PI), средняя объемная скорость кровотока (Q_{mean}) и процент ее диастолической составляющей (DF). Критериями удовлетворительных результатов считали PI менее 5, кровоток по артериальному кондуиту более 20 мл/мин., по венозному – более 30 мл/мин., объем диастолической фазы – более 50 %.

Результаты. Индекс ревааскуляризации составил 4,4; общее время измерений – от 12 до 26 минут ($18,4 \pm 4,5$ мин.). Методом ультразвуковой

флоуметрии проведена оценка 538 коронарных шунтов. В соответствии с критериями удовлетворительных результатов по всем искомым параметрам 488 кондуита отнесены к «надежным» (90 %). В 24 измерениях (5 %) результаты были расценены как допустимые (присутствовали характеристики конкурентного кровотока). Из 26 скомпрометированных по данным ультразвуковой флоуметрии 21 кондуит отнесен к нефункциональным ввиду тяжести поражения дистального коронарного русла, и 5 – технически исправлены (2 – перешитых анастомоза и 3 – коррекция расположения шунта).

Заключение. Интраоперационная флоуметрия коронарных шунтов значимо не удлиняет время оперативного вмешательства, является методом количественной оценки выполненной прямой ревааскуляризации миокарда, позволяет объективизировать качество выполненного шунтирования.

КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ПОЛУЧИВШИХ ПРЕДОПЕРАЦИОННУЮ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ПОДГОТОВКУ ДЛЯ КОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

ГАЗИЗОВА В.П., ВЛАСОВА Э.Е., ДЗЫБИНСКАЯ Е.В., ИЛЬИНА Л.Н., ГАЛЯУТДИНОВ Д.М.,
ВАСИЛЬЕВ В.П., ШИРЯЕВ А.А., АКЧУРИН Р.С.

ИИИ им. А.Л. Мясникова НМИЦ кардиологии МЗРФ, г. Москва. Россия

Введение (цели/задачи). Оценить ранние результаты операции коронарного шунтирования (КШ) у больных с фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) $\leq 35\%$, направленных на операцию после проведения медикаментозной подготовки.

Материал и методы. Обследованы 62 пациента (ср. возраст – 61 ± 7 лет, 85 % – мужчин) с многососудистой коронарной болезнью, стабильной стенокардией, крупноочаговым постинфарктным кардиосклерозом, ФВЛЖ $\leq 35\%$, которым в период с 2016 по 2018 гг. выполнено КШ. С целью достижения максимально возможной компенсации хронической сердечной недостаточности (ХСН) перед КШ все пациенты получали терапию, включавшую иАПФ/АРА, антагонист альдостерона, бета-блокатор и петлевой диуретик; длительность лечения составила не менее месяца. Тем из них, у кого на фоне этой терапии сохранялись клинические признаки ХСН, дополнительно за 2–3 суток до операции вводился левосимендан в виде 24-часовой инфузии 12,5 мг, без болюса. Оценивались непосредственные результаты КШ, а также параметры, отражающие течение операции и ближайшего послеоперационного периода. Медиана BNP составила 277 пг/мл (116; 559), медиана ФВЛЖ – 35 % (32; 35), медиана КДР ЛЖ – 6,6 см (6,5; 7,1).

Результаты. В доперфузионном периоде проблемы (АВ-блокада 3 степени, фибрилляция

желудочков, синдром низкого сердечного выброса) развились в 5 случаях (8 %), инотропная поддержка была необходима в 26 случаях (41 %), экстренное подключение к искусственному кровообращению (ИК) потребовалось в 2 случаях (3 %). Медиана длительности ИК составила 117 мин. (99; 129); инотропная поддержка при отключении от ИК потребовалась 93 % больных. В раннем послеоперационном периоде: медиана длительности искусственной вентиляции легких составила 8 (6; 15) ч, медиана длительности инотропной поддержки – 68 (11; 114) ч, медиана длительности пребывания в РАО – 45 (44; 48) ч. Медиана госпитального койко-дня составила 9 (7; 11) д. Частота развития фибрилляции предсердий в послеоперационном периоде составила 12/62 (20 %). Случаев желудочковой тахикардии и необходимости в заместительной почечной терапии не было. Госпитальная летальность не зарегистрирована.

Заключение. Получены хорошие результаты КШ у больных с низкой ФВ ЛЖ, медикаментозно подготовленных к операции. Большинство больных требуют инотропной поддержки в постперфузионном периоде, однако ее длительность невелика. Сроки активизации, длительность пребывания в реанимации и койко-день близки к средним в когорте больных ИБС с нормальной функцией ЛЖ.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАЦИИ АНЕВРИЗМЭКТОМИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

ГАРАДЖАЕВ Я.Б., АЛЫЕВ Р.ДЖ.

Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, г. Ашхабад. Туркменистан

Цель исследования. Оценить эффективность операции по степени сердечной недостаточности после проведения пластической операции на левом желудочке посредством коронарного шунтирования и аневризмэктомии.

Материал и методы исследования. У двенадцати обследованных больных (9 – мужчины, 3 – женщины) в возрасте 51–75 лет, средний – 60 лет. Диагноз ишемической болезни сердца подтвержден при коронарографии. Степень СН у всех больных по NYHA установлена как IV функциональный класс. Функция сердца при обследовании до операции и после нее была оценена посредством стандартной эхокардиографии. В условиях искусственного кровообращения (средняя продолжительность ИК 155 минут) 10 больным (I группа) провели аортокоронарное шунтирование (АКШ), маммарокоронарное шунтирование (МКШ) и аневризмэктомию (АЭ) левого желудочка; 2 больным (II группа) только аневризмэктомию левого желудочка (средняя продолжительность ИК 97 минут).

После коронарного шунтирования были проведены АЭ и пластика левого желудочка из I группы по методу Дора 2 больным, по методу Кули – 1 больному, пластическая хирургия посредством наложения швов в виде «Linea» матрас 7 больным. Больным II группы после АЭ была проведена пластика левого желудочка по методу Дора. В ранний послеоперационный период один больной умер от осложнения СН. Больные после операции проходили обследование после 1, 3, 6, 12 месяцев.

Заключение. После АЭ операции в раннем послеоперационном периоде у больных с ИБС СН сохраняется на определенном уровне, в позднем послеоперационном периоде по клиническим и инструментальным показателям степень СН снизилась, более точные результаты получены после 3-месячных обследований. Установлено, что у больных уровень функции миокарда сохраняется ниже нормы. Объемная радикальная кардиохирургия этой опасной группы больных улучшает их состояние снижая степень СН.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ НА РАННИХ СРОКАХ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА

КРАВЧЕНКО А.В.¹, СУДЖАЕВА О.А.¹, РУДЕНКО Э.В.², РАЧОК Л.В.¹, КОШЛАТАЯ О.В.¹,
ВАВИЛОВА А.А.¹, КРАВЧЕНКО А.В.¹

¹Республиканский научно-практический центр «Кардиология»;

²Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск. Беларусь

Введение (цели/задачи). Трансплантация сердца – признанный метод лечения пациентов с терминальной стадией ХСН. Для профилактики отторжения используется пожизненная иммуносупрессивная терапия, которая вызывает ряд побочных эффектов, в том числе нарушение метаболизма костной ткани. Известно, что шкала FRAX – доказанный метод оценки 10-летней вероятности перелома на фоне остеопороза. Однако учитывая механизмы патогенеза остеопороза у пациентов после трансплантации сердца, возможность применения шкалы FRAX у них изучена недостаточно.

Материал и методы. В исследование были включены 19 пациентов (средний возраст – 54±9,4 года, 17 мужчин и 2 женщины) после трансплантации сердца (средний срок – 6,55±5,8 месяцев). Всем пациентам проводилась оценка 10-летней вероятности переломов по шкале FRAX без учета МПК (минеральной плотности кости). Данные шка-

лы FRAX, оценивались по номограмме, рекомендованной Национальной группой по разработке рекомендаций по лечению остеопороза (NOGG). В результате оценки мог быть получен высокий, средний и низкий риск будущих переломов. Далее выполнялась морфометрия пояснично-грудного отдела позвоночника в боковой проекции для верификации нарушений метаболизма костной ткани.

Результаты. Согласно данным шкалы FRAX, без учета МПК 10-летняя вероятность переломов на фоне остеопороза составила 3,74±1,31%, перелома проксимального отдела бедра – 0,74±0,4%. После оценки данных с помощью номограммы у всех пациентов была установлена низкая 10-летняя вероятность переломов. Однако после проведения морфометрии было выявлено, что клиновидная деформация грудных позвонков имела у 4 (21,05%) пациентов. То есть, несмотря на низкую вероятность переломов по шкале FRAX, у каждого



пятого пациента в ранние сроки после трансплантации сердца имелись выраженные бессимптомные нарушения метаболизма костной ткани. Это диктует необходимость разработки и проведения профилактики их развития.

Заключение. Распространенность нарушений метаболизма костной ткани у пациентов на ранних сроках после трансплантации сердца значительно выше, чем их вероятность по шкале FRAX.

ГОСПИТАЛЬНЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ ДИФфуЗНОМ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

КУРБАНОВ С.К., ШИРЯЕВ А.А., ВАСИЛЬЕВ В.П., ГАЛЯУТДИНОВ Д.М., ВЛАСОВА Э.Е., ИЛЬИНА Л.Н., МАЙОРОВ Г.Б., МУКИМОВ Ш.Д., АКЧУРИН Р.С.

ФГБУ НМИЦ кардиологии Минздрава РФ. Россия

Введение. По данным ряда исследований диффузный атеросклероз коронарных артерий (КА) встречается у 20–40% больных ишемической болезнью сердца. Данная форма поражения представляет большие трудности для хирургической реваскуляризации, и даже при сегодняшнем высоком уровне коронарной хирургии возможности по восстановлению кровоснабжения миокарда в этих случаях ограничены. Особую роль приобретает такая реконструктивная операция, как эндартерэктомия ЭАЭ.

Цель. Оценить госпитальные и отдаленные клинические результаты коронарного шунтирования (КШ) у пациентов с диффузным поражением коронарных артерий, а также сравнить эффективность и безопасность использования специальных хирургических методик.

Материал и методы. Одноцентровое ретроспективное исследование. В период с 2012 по 2017 г. в ОССХ НМИЦ Кардиологии МЗ РФ в плановом порядке оперированы 177 пациентов с диффузным поражением коронарного русла. Пациенты с тяжелой сопутствующей патологией исключались из исследования. Во всех случаях КШ выполнялось в условиях искусственного кровообращения с применением микрохирургической техники. У 76 больных при формировании коронарного анастомоза была выполнена вынужденная эндартерэктомия из нативной КА (группа 1, n=76). В остальных случаях выполняли пролонги-

рованный анастомоз и/или шунтирование дистальных ветвей (диаметром <1,5 мм) диффузно-пораженной артерии (группа 2, n=101). Анализировали госпитальные и отдаленные результаты в обеих группах.

Результаты. Демографические и клинические характеристики больных обеих групп были схожими. Госпитальная летальность не зарегистрирована. Частота нефатального инфаркта миокарда в группах 1 и 2 составила соответственно 7,9% (6/76) и 0% (0/101), $p < 0,05$. Доступными для анализа из отдаленных результатов оказались 61 больной из группы 1 и 90 – из группы 2. Медиана наблюдения (МКР) составила 45 (30; 59) месяцев. Выживаемость в группе 1 составила 93,4% (57/61), в группе 2 – 97,7% (88/90). В группе 1 зарегистрированы 2 случая смерти по кардиальным причинам (3,2%) и 2 случая смерти по неизвестной причине. В группе 2 оба летальных исхода имели внесердечные причины. «Свобода» от возврата ишемии за период наблюдения составила 70,1% в группе 1 и 69,3% – в группе 2.

Заключение. КШ с коронарной эндартерэктомией ассоциировано с увеличением частоты развития периоперационного инфаркта миокарда, но не сопровождается повышением госпитальной летальности. Использование обеих хирургических методик при диффузном поражении коронарных артерий демонстрирует схожие клинические результаты в отдаленном периоде.

ПЕРВЫЙ НАШ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОТКРЫТОМ СЕРДЦЕ С ПОДДЕРЖКОЙ ИСКУССТВЕННЫМ КРОВООБРАЩЕНИЕМ И НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ УЗБЕКИСТАНА

КУРБАНОВ Р.Д., ФОЗИЛОВ Х.Г., ЯРБЕКОВ Р.Р., РАХИМОВ С.С., ПУЛАТОВ О.К., ЖАЛИЛОВ А.К.

Каршинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, г. Карши. Узбекистан

Актуальность. В настоящее время, учитывая многочисленное количество пациентов, нуждающихся в кардиохирургической помощи, важно своевременное выявление данных пациентов в

южном регионе Узбекистана. По решению и под чутким руководством Президента нашей страны Шавката Миромоновича Мирзиёева, состоялось открытие нашего современного Кардиологиче-

ского центра с отделением кардиохирургии, соответствующего мировым стандартам. В Центре проводятся современные кардиохирургические вмешательства на открытом сердце с поддержкой искусственным кровообращением, а так же коронарное шунтирование на работающем сердце. Приглашаются опытные мировые квалифицированные специалисты из Германии, России и других стран для консультации и обмена опытом. Мы не ограничиваемся лечением, проводим современную диагностику, а также подготовку пациентов к оперативным вмешательствам: проведение ранней реабилитации и курирование пациентов в отдаленном периоде.

Материал и методы. С января по апрель 2019 года выполнено 40 кардиохирургических вмешательств с поддержкой ИК и на работающем сердце. У 12 пациентов с ВПС проводились закрытые дефекты с ИК. У 3 больных с ППС выполнено протезирование клапанов при поддержке ИК. 25

пациентов страдали ИБС, при коронарографии выявлены многососудистые поражения КА. Выполнены коронарное шунтирование на работающем сердце и двум пациентам – пластика аневризмы ЛЖ.

Результаты. Первая операция на открытом сердце выполнена у больной с ДМЖП. Выполнено закрытие дефекта заплатой из ксеноперикарда в условиях ИК и КП. У всех пациентов послеоперационный период протекал стабильно и без осложнений. Перевод пациентов из реанимации в отделение осуществлен на вторые сутки.

Выводы. Таким образом, было показано, что больные с кардиопатологией получают своевременную качественную соответствующую мировым стандартам медицинскую помощь. Также проводится ранняя реабилитация пациентов в непосредственном и отдаленном периодах. Ведется информационно-просветительная работа для повышения медицинской культуры населения.

ТУҒМА ЮРАК НУҚСОНИНИНГ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ЎТКАЗИЛИШИ ҚАШҚАДАРЁ ВИЛОЯТИ ТАЖРИБАСИ

КУРБАНОВ Р.Д., ФОЗИЛОВ Х.Г., ЯРБЕКОВ Р.Р., ПУЛАТОВ О.К., РАХИМОВ С.С., ЖАЛИЛОВ А.К.

*Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт марказини
Қарши филиалы, Қарши. Ўзбекистон*

Кириш. Давлатимиз раҳбари Ш.М. Мирзиёев 2018 йил 13–14 декабрь кунлари Қашқадарё вилоятида бўлган ташрифларида вилоятимизда ягона бўлган Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази Қарши филиали янги биноси билан танишдилар.

Президентимиз Ш.М. Мирзиёев ўз нутқларида янги марказда нафақат юрак-қон томир касалликларини даволаш, балки кўплаб кардиожарроҳлик операцияларини амалга ошириш, касалликларни профилактика қилиш, халқимизнинг тиббий маданиятини ошириш, чет элларда ишлаб юрган юқори малакали ва тажрибага эга бўлган юрдошларимизни Ватанимизга қайтаришни ҳамда шу каби мутахассислар Ўзбек халқига хизмат қилиши, одамларнинг ҳаётдан рози бўлиб яшаши учун барча шароитларни яратиш зарурлигини таъкидлаб ўтдилар. Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази Қарши филиали томонидан чет элда фаолият кўрсатиб келаётган малакали кадрларни жалб қилиб, Президентимиз Ш.М. Мирзиёевнинг топшириқлари ижросини таъминлаш мақсадида марказимизда мураккаб кардиожарроҳлик операцияларини амалга ошириш йўлга қўйилди.

Метод ва натижалар. Бизга Президентимиз томонидан яратилган имкониятлардан тўлақонли фойдаланган ҳолда марказимизда юрак

туғма нуқсони билан оғриган 12 нафар беморга замонавий асбоб-ускуналардан фойдаланган ҳолда мураккаб кардиожарроҳлик амалиётини ўтказишга мувофиқ бўлди. Жумладан, 14 декабрь куни Тошкент Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази директори Курбанов Р.Д. ташаббуси билан қўллаб-қувватлашга келган кардиолог-шифокорлар ва кардиожарроҳлар билан биргаликда қоринчалараро тўсиқ нуқсони билан бир неча йиллардан бери оғриб юрган ва марказга боришга имконияти бўлмаган Қашқадарё вилояти Ғузор туманида яшовчи 15 ёшли Д. Турсуновага замонавий асбоб-ускуналардан фойдаланилган ҳолда юрак фаолиятини тўхтатиб сунъий қон айланиш машинаси ёрдамида мураккаб кардиожарроҳлик амалиёти ўтказилди.

Хулоса. Давлатимиз раҳбари Ш.М. Мирзиёев ташаббуси билан бунёд этилган марказимизда шу каби юрак туғма нуқсони билан оғриган беморларда ўтказилган мураккаб кардиожарроҳлик амалиёти тўлақонли муваффақиятли амалга оширилмоқда. Амалиётдан кейинги даврда марказимизда малакали мутахассислар назорити остида бўлиб, беморнинг мустақил фаол ҳолати тикланган ҳолда тураржой мутахассислари назоратига топширилади.

**КАРДИОЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТЛАРИДА ЮҚОРИ ПРОФИЛДАГИ НАРКОЗ БЕРИШ
ҚАШҚАДАРЁ ТАЖРИСАБАСИДА****КУРБОНОВ Р.Д., ФОЗИЛОВ Х.Г., ЯРБЕКОВ Р.Р., РАХИМОВ С.С., ПУЛАТОВ О.К., ЖАЛИЛОВ А.К.***Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт марказини
Қарши филиали, Қарши. Ўзбекистон*

Қириш. Давлатимиз раҳбари Ш.М. Мирзиёев ташаббуслари билан Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази Қарши филиали янгитдан қурилиб, замонавий, жаҳон андозаларига мос тиббий жиҳозлар билан жиҳозланди. Юртбошимиз Ш.М. Мирзиёев 2018 йил 13–14 декабрь кунлари Қашқадарё вилоятида бўлган ташрифларида вилоятимизда ягона бўлган РИКИАТМ Қарши филиали янги биноси билан танишдилар. Президентимиз Ш.М. Мирзиёев ўз нутқларида янги марказда нафақат юрак-қон томир касалликларини даволаш, балки кўплаб кардиожарроҳлик амалиётларини амалга ошириш, касалликларни профилактика қилиш, халқимизнинг тиббий маданиятини ошириш, чет элларда ишлаб юрган юқори малакали ва тажрибага эга бўлган юртдошларимизни ватанимизга қайтариш ҳамда шу каби мутахассислар ўзбек халқига хизмат қилиши, одамларнинг ҳаётдан рози бўлиб яшаши учун барча шароитларни яратиш зарурлигини таъкидлаб ўтдилар. Президентимиз Ш.М. Мирзиёев топшириқларини ижросини таъминлаш мақсадида марказимизда мураккаб кардиожарроҳлик амалиётларини амалга ошириш йўлга қуйилди.

Метод текширувлар ва натижалари. 2019-йил январь ойидан апрель ойига қадар марказимизда 40 та кардиожарроҳлик амалиёти ўтказилди. Улардан 18 таси комбинирланган (ингальяцион ва ноингальяцион) оғриқсизлантириш остида, юрак фаолиятини тўхтатиш орқали; 22 таси комбинирланган (ингальяцион ва ноингальяцион) оғриқсизлантириш остида юрак фаолиятини тухтатмасдан амалга оширилди. Ингальяцион анестетик сифатида изофлурандан, ноингальяцион анестетик воситаларидан пропофолдан, оғриқсизлантириш мақсадида фентанилдан, миорелаксация мақсадида ардундан фойдаланиб келинмоқда.

Хулоса. Юрак фаолияти тўхтатилмасдан ўтказилган, юрак туғма нуқсонли ташхиси билан амалиётга олинган 12 беморда Fast track анестезия ўтказилиб, амалиётдан кейин, ўртача 30 ± 8 мин ичида экстубация қилинди. Бу орқали татол вена ичи анестезиясидан кейинги упка фаолияти билан боғлиқ асоратлар, беморларда эндотрахеал трубкага нисбатан кузатиладиган кўзгалувчанлик ҳолати кескин камайди, беморларни эрта фаоллаштириш имкони ошди.

**СОВРЕМЕННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПАЦИЕНТАМ С ИБС И СОЧЕТАННЫМ
АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ****МУРАДОВ М.М., ЯРБЕКОВ Р.Р., ЖАЛИЛОВ А.К., ИСМАТОВ А.А., ОМОНОВ С.Х., ВАХИДОВ Т.З.,
БЕКМЕТОВА Ф.М., ШАРИПОВ И.М.***Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,
г. Ташкент. Узбекистан*

Пациенты с мультифокальным атеросклерозом с сочетанным атеросклеротическим поражением сосудистых бассейнов головы и коронарных сосудов в настоящее время встречаются часто. Сопутствующие стенотические поражения сонных артерий значительно увеличивают риск операции и частоту послеоперационных осложнений у пациентов, идущих на операцию реваскуляризация миокарда.

Цель исследования. Анализ результатов и обоснование выбора тактики хирургического лечения пациентов ИБС с сочетанным атеросклеротическим поражением брахиоцефальных артерий.

Материал и методы. В отделении кардиохирургии РСНПМЦК с 2015 года по январь 2019

года прооперированы 35 пациентов (средний возраст – $58,4 \pm 3,62$). Большинство пациентов были мужчины – 27 (77%). Из наиболее часто встречающихся сопутствующих заболеваний отмечены: гипертоническая болезнь – 31 (88,4%), сахарный диабет – 15 (43%), хроническая почечная недостаточность – 2 (5,7%), хроническая обструктивная болезнь легких – 8 (23%). Все пациенты страдали стенокардией III–IV ФК, имели трехсосудистое поражение коронарных артерий – 32 (92%), поражение ствола левой коронарной артерии – 20 (57%). Односторонний стеноз СА – 21 (60%), двухсторонний стеноз СА – 9 (26%), окклюзия СА – 6 (17%). Виды операций: КШ и каротидная эндартерэктомия – 30 (86%). Изолированное КШ первым этапом

выполнили 5 (14 %) пациентам. Объем реваскуляризации – $3,3 \pm 1,4$ (2–4 шунта). Оперативные вмешательства 33 (94 %) пациентам выполнили на работающем сердце без ИК и 2 (5,7 %) пациентам – на работающем сердце в условиях параллельного искусственного кровообращения (ИК).

Результаты. В раннем послеоперационном периоде летальности не было. У 2 пациентов отмечены периоперационные осложнения: острое нарушение мозгового кровообращения – 2 (5,7 %) на стороне оперативного вмешательства, дыхательная недостаточность, требовавшая пролонгированной искусственной вентиляции легких, – 1 (8,3 %). Как правило, все пациенты в отделении ОРИТ находились в среднем $16,4 \pm 3,5$ ч. Длительность госпитализации после операции – 6–7 суток. Предъявляемые ранее жалобы на боли в области сердца, одышку, чувство нехватки воздуха, головкружение уменьшились, увеличилась физиче-

ская нагрузка в виде легкопроходимой дистанции более 300 м в сутки.

Выводы. Каждому пациенту с сочетанным поражением коронарных и сонных артерий необходим индивидуальный подход для определения этапного или одномоментного выполнения операции в зависимости от толерантности мозга к ишемии и ФК стенокардии. У пациентов с низким ФК стенокардии и высокой степенью толерантности головного мозга к ишемии предпочтительны одномоментные операции на сонных и коронарных артериях. Эти операции требуют прецизионной хирургической техники у больных высокой категории риска, строгого мониторинга состояния органов и систем, своевременной и адекватной медикаментозной терапии, а также соблюдения принципа преемственности поликлинического звена по месту жительства для дальнейшей реабилитации пациентов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

МУРТАЗАЕВ С.С., МАНСУРОВ А.А., ЧЕРНОВ Д.А.

*Республиканский специализированный научно-практический центр хирургии
имени акад. В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан*

Цель. Оценка непосредственных, ближайших и отдаленных результатов коронарного шунтирования больных с нестабильной стенокардией после медикаментозной стабилизации состояния.

Материал и методы. Обследованы 110 пациентов с многососудистым поражением коронарных артерий, операции коронарного шунтирования выполнялись в центре с 2010 по 2015 год. Клиническими факторами, с помощью которых оценивалась эффективность лечения непосредственно после вмешательства, являлись: наличие или отсутствие симптомов стенокардии, качество жизни, инфаркт миокарда, осложнения, данные ЭхоКГ-исследования. Все больные имели нестабильную стенокардию (ранняя постинфарктная стенокардия, прогрессирующая стенокардия). У двух больных имелась клиника острого коронарного синдрома. Согласно стандартам, в дооперационном периоде проводилась базисная медикаментозная терапия для стабилизации состояния.

Результаты. Инфаркт миокарда в анамнезе выявлен в 78,8 % случаев. Артериальная гипертензия – в 64,7 %, сахарный диабет – 11,2 %, острый инфаркт миокарда – 2,8 %. По количеству пораженных коронарных сосудов распределились следующим образом: двухсосудистое поражение – 33,8 %, трехсосудистое поражение – 52,1 %, поражение ствола левой коронарной артерии – 14 % случаев. Наиболее часто поражалась передняя нисходящая артерия – в 90,1 %.

У 10 больных непосредственно после операции КШ при проведении ЭКГ в динамике наблюдалось улучшение коронарного кровообращения, ухудшение коронарного кровообращения отмечалось в 5 случаях, во всех остальных случаях без динамических изменений. По данным ЭхоКГ фракция выброса левого желудочка до операции варьировала от 39 до 71 % (в среднем составила $54,5 \pm 1,2$ %) и в послеоперационном периоде – от 39 до 72 % (в среднем – $54,8 \pm 2,02$ %). Периоперационный инфаркт миокарда составил 4,2 %. Двое пациентов в предоперационном периоде имели клинику острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST. Тест на тропонин I в последних случаях был отрицательным.

Было выполнено 110 операций КШ: 39 больным – двумя шунтами, 55 – тремя, 14 больным наложены 4 шунта и 2 больным – 5 шунтов.

Выводы. Сравнивая непосредственные и ближайшие результаты хирургического лечения ИБС при нестабильной стенокардии, можно отметить, что данный метод имеет стойкий клинический эффект. Так же важно отметить, что необходимо стремиться к стабилизации состояния пациентов в предоперационном периоде, что значительно улучшает прогноз предстоящих операций. В случае безуспешности медикаментозной терапии для стабилизации состояния больных с нестабильной стенокардией в экстренном порядке проводится операция коронарного шунтирования.



ГУЛЯМОВ Д.С. И ЕГО РОЛЬ В СТАНОВЛЕНИИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ В УЗБЕКИСТАНЕ

НАЗЫРОВ Ф.Г., ТУРАЕВ Ф.Ф.

*Республиканский специализированный научно-практический центр хирургии
имени акад. В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан*

Со дня открытия отделения хирургии сердца «Научного центра хирургии» его бессменным руководителем являлся Гулямов Дарвин Садыкович, 1929 г. р., заслуженный деятель науки РУз, профессор, прошедший путь общей, торакальной и сердечной хирургии, преподававший общую и госпитальную хирургию студентам лечебного факультета ТашГосМИ с 1957 по 1978 гг.

С 1958 г. в клинике ТашМИ начали внедрять методы эндотрахеального наркоза, это позволило выполнять операции на органах средостения. В 1960 г. открывается отделение «Грудная хирургия» на 25 коек, где были проведены первые операции: закрытая пальцевая митральная комиссуротомия. В конце 1960 г. после трехмесячной стажировки Гулямова Д.С. в Институте Грудной Хирургии (г. Москва), в практику отделения внедряются закрытая инструментальная митральная и аортальная вальвулотомия, расширение стеноза ЛА, перевязка ОАП, операции при коарктации аорты, межартерияльные анастомозы при «синих» формах тетрады Фалло. С 1969 г. начинаются имплантации кардиостимуляторов при полной А-В-блокаде. В 1969 г. Гулямова Д.С. направляют в Институт хирургии им. А.В. Вишневского МЗ СССР, где под руководством профессоров Галанкина Н.К. и Волынского Ю.Д. он осваивает хирургию ВПС и 12 марта 1973 г. успешно защищает докторскую диссертацию на тему «Дефект межжелудочковой перегородки». Из воспоминаний Гулямова Д.С.: «Во время работы в институте я встречался и работал с замечатель-

ными людьми и специалистами: академиком А.А. Вишневским, профессорами Л.А. Шиком, Д.С. Саркисовым, Р.С. Мейтиной, А.Д. Араповым, Е.С. Клементьевой и многими другими. Особенно большой след в моей жизни оставил замечательный специалист А.Н. Кайдаш, от которого я многому научился». В марте 1974 г. команда сотрудников под руководством Гулямова Д.С. направляется в ВНИИКиЭХ МЗ СССР. Там они осваивают «открытые» операции (в условиях искусственного кровообращения). С ноября 1975 года по возвращении проводятся первые «открытые» операции в отделении хирургии сердца, развернутого на 80 коек в новом здании Ташкентского филиала ВНИИКиЭХ МЗ СССР. Это были нелегкие годы побед и поражений, годы создания собственной Узбекской школы кардиохирургии. Было проведено более 20000 различных операций на сердце. 23 июня 2001 г. профессора Д.С. Гулямова не стало, но дело, которому он посвятил всю свою жизнь, продолжается.

15 февраля 2019 г. коллектив Центра, медицинская общественность РУз, родные и близкие отметили 90-летие профессора Гулямова Дарвина Садыковича, была проведена памятная конференция, посвященная Учителю и Наставнику.

В настоящее время в Центре, руководимом академиком Назыровым Ф.Г., ежегодно выполняется около 5 тыс. операций и эндоваскулярных вмешательств на сердце, из них более 1200 в условиях «открытого» сердца.

ТРОМБОЦИТОПЕНИИ И ТРОМБОЦИТОЗЫ В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

НИКОЛЕНКО Л.А.¹, ЛУКИН О.П.¹, НИКОЛЕНКО Е.С.²

¹ФГБУ ФЦССХ МЗ РФ, г. Челябинск; ²ГБОУ ВПО «ЮУГМУ» МЗ РФ. Россия

Введение. В последнее время тромбоциты – форменные элементы крови, которые вместе с компонентами свертывающей системы обеспечивают остановку кровотечения (гемостаз) при нарушении целостности кровеносных сосудов, привлекают внимание специалистов, работающих в разных областях медицины. Нарушение функции тромбоцитов и снижение их содержания в кровотоке – одна из наиболее распространенных причин развития геморрагического синдрома. Для специалистов в области кардиохирургии тромбоциты интересны, в первую очередь, как участники

тромботического процесса. Имеются данные об участии тромбоцитов в таких процессах, как атеросклероз, воспаление и репарация тканей. До, во время и после оперативных вмешательств пациенты получают ряд антиагрегантных и антикоагулянтных препаратов, для которых тромбоциты являются своего рода мишенью. Патология тромбоцитов (снижение и повышение их количества) до, во время и после операции может быть обусловлена рядом коморбидных заболеваний кардиохирургических пациентов, приемом отдельных лекарственных средств, использованием аппарата

искусственного кровообращения, переливанием компонентов крови.

Цель исследования. Определить частоту, этиологию пониженного и повышенного количества тромбоцитов у кардиохирургических пациентов до и после оперативного вмешательства.

Материал и методы. Проанализированы 634 электронные медицинские карты пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС), синдромом соединительно-тканной дисплазией сердца (пролапс и недостаточность митрального клапана, двустворчатый аортальный клапан), стенокардией, нарушениями ритма. Учитывались данные анамнеза, тип оперативного вмешательства, лекарственная нагрузка, гемотрансфузии. Исследование показателей тромбоцитарного звена проводилось на анализаторе Cell-Dyn 3700 (Abott). Оценивались общее количество тромбоцитов (Platelet – PLT), средний объем тромбоцита (Mean Platelet Volume – MPV), тромбокрит (Plateletcrit – PCT) и показатель гетерогенности тромбоцитов (Platelet Distribution Width – PDW) до оперативного вмешательства, на 5 и 10 день после операции. За тромбоцитопенические состояния принимали количество тромбоцитов менее $150 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцитозы – более $400 \times 10^9/\text{л}$. Данные результаты анализов сопровождались визуальной оценкой мазка. Исключением из исследования были результаты с псевдотромбоцитопенией (спонтанная агрегация, ЭДТА-индуцированная агрегация).

Результаты. Патология тромбоцитов была обнаружена у 18% пациентов. У 10% из них – тромбоцитопении в интервале $106,4 [93,5; 123] \times 10^9/\text{л}$, 8% составили тромбоцитозы в интервале $525 [466; 553,6] \times 10^9/\text{л}$. У 35,6% пациентов с патологией тромбоцитов тромбоцитопения была выявлена до оперативного вмешательства. Учитывая коморбитный статус обследованных пациентов, мы разделили все выявленные тромбоцитопении на группы. Самый большой процент тромбоцитопений был в группе пациентов с проявлениями соединительно-тканной дисплазии (45,6%) и наличием сахарного диабета 2 типа (16,9%). Последние отличались повышенным MPV: $10,8 [10; 11,8]$. Далее следовали тромбоцитопении вирусной этиологии у лиц с ВИЧ и вирусным гепатитом С (10,7%). Тромбоцитопении иммунного генеза (по заключению гематолога) составили 9,8%, онкологической природы (1,8%). Более выраженные тромбоцитопении

наблюдались у пациентов с иммунной тромбоцитопенией: $77,3 [59; 97] \times 10^9/\text{л}$. Они сопровождались высоким MPV: $12,8 [12,2; 13,9]$ и PDW: $20,4 [19,7; 20,9]$. 12,2% выявленных тромбоцитопений на догоспитальном этапе была неясной этиологии. Возможно, они тоже могли носить иммунный гаптенный характер, быть вызваны приемом отдельных лекарственных препаратов. У 20,3% пациентов наблюдалось снижение тромбоцитов на 5 день после операции в интервале $128 [120; 142] \times 10^9/\text{л}$ и с повышением PDW до $17,4 [16,7; 18,2]$. Тромбоциты и PDW имели тенденцию к снижению к 10 дню послеоперационного периода. На догоспитальном этапе у кардиохирургических пациентов было зарегистрировано 5% всех выявленных тромбоцитозов. Среди них 3% – у онкологических пациентов, 2% – неясной этиологии. 28% всех остальных тромбоцитозов были связаны с проводимым оперативным вмешательством: 6% – возникли на 5 день после операции, 22% – на 10 день. Почти все тромбоцитозы носили реактивный характер: 3% были на фоне воспалительного процесса (инфекционный эндокардит), 10% – связаны с кровотечением (гематома, гемоторакс) или с повторной операцией (рестернотомия, ревизия раны), 6% – с установкой VAC – системы, 10% – возникли спонтанно на 10 день после оперативного вмешательства.

Заключение. Большинство выявленных тромбоцитопений у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы протекает по типу тромбоцитопатий и связано с неполноценностью соединительной ткани. Наличие СД 2 типа и использование аппарата искусственного кровообращения усугубляет имеющуюся тромбоцитопению. Тромбоцитопения иммунного характера может быть спровоцирована приемом отдельных лекарственных средств, в том числе, аспирином, варфарином, нестероидными противовоспалительными средствами. При диагностике гепарининдуцированной тромбоцитопении нужно учитывать, что гепарин может вызывать умеренную тромбоцитопению сам по себе, без образования антител. У пациентов с проводимыми гемотрансфузиями имеет место посттрансфузионная тромбоцитопения (тромбоцитопения разведения). Основная часть выявленных тромбоцитозов у кардиохирургических пациентов носили реактивный характер и были связаны с кровотечением, усилением микроциркуляции, воспалением.



РЕЗУЛЬТАТЫ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННОГО КРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В РАМКАХ РАНДОМИЗИРОВАННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ENPILA

НОВИКОВ М.А., ВАДИМ А.П., ЕГОР С.М., МАКСИМ А.Н., АМИРАН Ш.Р.

ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского», г. Москва. Россия

Введение (цели/задачи). Сравнение госпитальных результатов реваскуляризации миокарда в бассейне передней нисходящей артерии (ПНА) с использованием методики минимально инвазивного видеоассистированного метода коронарного шунтирования (EndoACAB) и чрескожного метода коронарных вмешательств (ЧКВ).

Материал и методы. Рандомизированное проспективное моноцентровое исследование ENPILA на базе НМИЦ хирургии А.В. Вишневского. Дизайн исследования включает 100 пациентов. Критериями включения в исследование является наличие изолированных поражений бассейна ПНА, которые доступны для прямой реваскуляризации методикой EndoACAB и ЧКВ. Пациенты разделены на две группы по 50 человек: I группа – пациенты, которым выполнена операция EndoACAB ПНА; II группа – пациенты, которым выполнено ЧКВ со стентированием ПНА. Контрольные точки послеоперационного наблюдения после реваскуляризации миокарда в обоих случаях оцениваются через 24 и 48 недель. В качестве оценки результатов реваскуляризации исследованы первичные конечные точки, включающие в себя большие кардиоваскулярные события (МАССЕ), включающие смерть, нефатальный инфаркт миокарда, повторную реваскуляризацию; и вторичные конечные

точки конверсия, кровотечение в интра- и послеоперационном периоде, болевой синдром, качество жизни пациента. В настоящее время в исследование включены 50 пациентов. Рандомизированы по 25 пациентов в I, II группы соответственно. Клинические характеристики пациентов во всех группах достоверно не отличались.

Результаты. В группе I операции EndoACAB были успешно выполнены во всех случаях. Во II группе отсутствуют неудачно или неполноценно выполненные ЧКВ. В течение госпитального периода в обеих группах не выявлено различий по первичным конечным точкам в виде МАССЕ, инфаркта миокарда, повторной реваскуляризации и вторичным конечным точкам в виде конверсий, кровотечений в интра- и послеоперационном периоде, болевому синдрому, качеству жизни пациентов. Всем пациентам в раннем госпитальном периоде проводилась контрольная коронарография и коронарошунтография. Случаев неполноценной реваскуляризации миокарда, технических трудностей и других осложнений не наблюдалось.

Заключение. Методика минимально инвазивной видеоассистированной реваскуляризации миокарда показала хорошие результаты, сопоставимые с результатами чрескожных коронарных вмешательств на госпитальном периоде.

ГОСПИТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ МЕМБРАННОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В КАРДИОХИРУРГИИ

ПЕТРОВИЧ Н.С., ШЕСТАКОВА Л.Г., ЯРОШ Р.Г., БУШКЕВИЧ М.И., КРАЧАК Д.И., КРАЧАК В.Д., АЧИНОВИЧ А.С., ОСТРОВСКИЙ Ю.П.

Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск. Беларусь

Введение. Экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО) является единственным методом, временно замещающим насосную функцию сердца и/или газообменную функцию легких в острый период болезни. К использованию ЭКМО прибегают в случае развития посткардиотомного синдрома малого сердечного выброса, рефрактерного кардиогенного шока, дисфункции сердечного трансплантата, декомпенсации хронической сердечной недостаточности (как мост к трансплантации сердца и/или легких) или острой дыхательной недостаточности. Несмотря на на-

личие определенных рисков, частота применения данного инвазивного метода ежегодно увеличивается. Основные задачи врача: 1) тщательная и своевременная оценка общего статуса пациента, показаний и противопоказаний к ЭКМО; 2) круглосуточный системный мониторинг состояния пациента, физиологического и механического контура системы ЭКМО; 3) профилактика развития и/или лечение возможных осложнений.

Цель работы. Проведение анализа результатов применения ЭКМО у пациентов кардиохирургического профиля.

Материал и методы. Проведен ретроспективный одноцентровый анализ 112 пациентов в возрасте $56,2 \pm 13,5$ лет (80,4% мужчин, 19,6% женщин), которым была имплантирована система ЭКМО на базе РНПЦ «Кардиология» г. Минска в период 2010–2018 гг. Варианты подключения: вено-венозное ($n = 6$), вено-артериальное ($n=106$, 15,1% – центральный доступ, 84,9% – периферический). Показания: посткардиотомный синдром малого сердечного выброса (58%), дисфункция сердечного трансплантата (17%) и изолированная дыхательная недостаточность (5,4%). Данный метод также использовался в случае развития рефрактерного кардиогенного шока (19,6%) у пациентов с декомпенсацией хронической сердечной недостаточности, острым инфарктом миокарда и жизнеугрожающими нарушениями сердечного ритма. Применяемые инвазивные методы разгрузки ЛЖ для предотвращения и/или лечения отека легких, поддержания и улучшения остаточной насосной функции ЛЖ во время вено-артериального ЭКМО: внутриаортальная баллонная контрпульсация ($n=43$), атриосептостомия ($n=7$), активное дренирование ЛЖ/ЛП ($n=13$), однократное дренирование легочной артерии. Заместительная почечная терапия проводилась в 32 случаях (28,6%).

Система селективной антеградной дистальной перфузии нижних конечностей применялась для предотвращения ишемии у 37 пациентов.

Результаты. Среднее время механической поддержки составило $184,1 \pm 124,05$ ч (3 часа – 25 дней). Стабилизация системной гемодинамики, нормализация легочного газообмена и успешное отлучение от ЭКМО – в 57,5% случаев. Пребывание в отделении интенсивной терапии составило $16,4 \pm 10,4$ дней, в клинике – $41,9 \pm 18$ дня. Госпитальная выживаемость пациентов – 49,1%. Основные причины смертельных исходов: прогрессирующая сердечная недостаточность с развитием необратимых полиорганных изменений, инфекционные осложнения и сепсис, нарушения мозгового кровообращения и кровотечения.

Выводы. Экстракорпоральная мембранная оксигенация – это эффективный метод поддержки гемодинамического и/или респираторного статуса пациентов с осторазвившейся и потенциально обратимой респираторной, сердечной или кардиореспираторной недостаточностью, устойчивой к стандартной терапии. ЭКМО повышает госпитальную выживаемость исходно тяжелых пациентов, а для определенных групп является единственным возможным методом лечения.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ШУНТОГРАФИЙ У 1000 ПАЦИЕНТОВ ИБС ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

ПЕТРОСЯН К.В., БОКЕРИЯ Л.А., БУЗИАШВИЛИ Ю.И., ГОЛУХОВА Е.З., БОКЕРИЯ О.Л., ЛОСЕВ В.В.

НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева МЗ РФ, г. Москва, Россия

Введение (цели/задачи). Провести анализ результатов интраоперационных шунтографий у 1000 пациентов ИБС после операции коронарного шунтирования.

Материал и методы. В исследование были включены 1000 больных, подвергнутых аортокоронарному шунтированию с интраоперационной шунтографией. 1000 пациентам было наложено 2322 коронарных шунта. У 1000 пациентов было выявлено 2668 пораженных коронарных артерий ($2,65 \pm 0,34$ артерии на пациента). Всем больным операция АКШ выполнялась доступом через срединную стернотомию. Шунтография выполнялась рутинно в операционной до ушивания грудины всем пациентам, подвергнутым хирургической реваскуляризации миокарда.

Результаты. Тысяче пациентам наложено 2322 шунта (в среднем – $2,322 \pm 0,6$ на пациента). Из 1000 больных различные дисфункции были выявлены у 343 (34,3%) пациентов. Нами было проанализировано 506 (21,79%) из 2322 шунтов с различными дисфункциями. Наиболее частым наблюдением в нашем исследовании являлись гемодинамически значимые стенозы в шунтах – 219 (43,3%), окклюзии – 105 (20,8%), выраженные перегибы шунтов – 86 (16,9%). Диссекция была

выявлена в 16 (3,2%), компрессия дренажами – в 2 (0,4%) случаях, экстравазальное поступление контрастного вещества в и выраженный спазм – в 14 (2,8%) и 9 из 506 случаев соответственно. Поражения артерий дистальнее созданных шунтов диагностированы в 33 из 506 (6,5%) случаях. В подавляющем большинстве такие грозные осложнения, как окклюзия (37%), гемодинамически значимый стеноз (36,5%) и диссекция (75%) регистрировались при создании маммарокоронарного шунта к ПМЖВ. Различные интраоперационные манипуляции и решунтирование были выполнены у 132 (13,2%) из 1000 пациентов. На момент окончания операции 324 (64,0%) из 506 шунтов с диагностированной интраоперационной дисфункцией были полностью проходимы. Таким образом, принимая во внимание общее число сформированных анастомозов, полностью проходимы были 2140 из 2322 шунтов, что составило 92,2%.

Заключение. Принимая во внимание высокую эффективность и результативность интраоперационной шунтографии, данная методика по праву может считаться «золотым стандартом» интраоперационного контроля качества выполнения операции КШ.



ГЕМОФИЛЬТРАЦИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

РАСУЛОВ А.Б., МАТЛАТИПОВ М.Р., МИРХОДЖАЕВ И.И., СУЮНОВ А.С., ТУРАЕВ Ф.Ф.

*Республиканский специализированный научно-практический центр хирургии
имени акад. В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан*

Цель исследования. Изучить влияние гемофильтрации при проведении ИК у больных с приобретенными пороками сердца на основании кислотно-основного состояния (КОС), содержания уровня лактата и глюкозы крови.

Материал и методы. С сентября по декабрь 2018 г. в ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова» в отделении приобретенных пороков сердца было прооперировано 111 больных с ППС, возраст которых составлял от 22 до 68 лет, вес – от 48 до 110 кг.

Больные были разделены на две группы. В первую группу вошли 90 пациентов, оперированных в условиях ИК и кардиopleгии, без применения гемофильтрации во время перфузии. Во вторую группу вошел 21 пациент, которым во время ИК проводилась гемофильтрация. ИК проводилось на аппарате «TERUMO», оксигенаторе «DIDECO». Анализы крови проводились на аппарате ABL-800, фирма Radiometer, Дания: до начала ИК, на 5 мин. ИК, каждые 30 мин. Во время ИК, после снятия зажима с аорты, перед «стоп ИК» и перед вывозом больных из операционной. Перфузионный индекс был в пределах 2,9–4,5 л/мин. Время ИК составило от 42 до 142 мин., окклюзия аорты – от 42 до 120 мин. Гематокрит (Ht) в обеих группах составлял 25–32%. ИК проводилось при температурах 34–32 °С. У 70% больных на начало ИК проводился максимальный забор крови. В перфузат заливался 6%-й раствор Волюстима с целью гемодилюции. Перед «стоп

ИК» вся аутокровь возвращалась больному. Гемофильтрация проводилась на гемофильтре «EUROSETS», модель «EU 4671». При гематокрите свыше 32% в перфузат заливался физиологический раствор NaCl – 0,9% с целью разведения гематокрита до 27%. При проведении гемофильтрации ультрафильтрат составлял в среднем от 1,5 до 3,3 литров за ИК.

Результаты. У больных обеих групп при проведении ИК наблюдались постепенное увеличение лактата, особенно при длительности перфузии более 90 мин. Уровень лактата крови в первой группе колебался от 1,5 до 3,9 ммоль/л, тогда как во второй группе уровень лактата был в пределах от 1,1 до 2,0 ммоль/л. Введением 0,9%-го раствора натрия хлорида и выведением через гемофильтр ультрафильтрата производилась коррекция данных метаболитов в крови. Метаболический ацидоз корригировался введением 4%-го раствора бикарбоната натрия. В первой группе общее введенное количество 4%-й соды было на 20% больше, чем во второй. Также замечено увеличение уровня лактата и глюкозы в крови у больных, которым при ИК вводилась донорская кровь.

Выводы. Проведение гемофильтрации при длительных перфузиях улучшает качество проведения ИК путем выведения из крови больного лишней жидкости, глюкозы, лактата и других биологически активных веществ. Все это ведет к улучшению результата перфузии и операции в целом.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПЕРЕЛИВАНИЯ ДОНОРСКОЙ КРОВИ И ПРОВЕДЕНИЕ УЛЬТРАФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

РАСУЛОВ А.Б., ХАЙТАЛИЕВ Ж.Д., МИРХОДЖАЕВ И.И., ТУРАЕВ Ф.Ф., СУЮНОВ А.С.

*Республиканский специализированный научно-практический центр хирургии
имени акад. В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан*

Цель исследования. Изучить влияние донорской крови (ДК) и проведение ультрафильтрации (УФ) на качество искусственного кровообращения (ИК) у больных с приобретенными пороками сердца и низким исходным гематокритом.

Материал и методы. Обследованы 18 пациентов, возраст которых составил в среднем $49 \pm 8,6$ лет. Им выполнены операции протезирования клапанов сердца. Больные были разделены на две группы: I группа (n=8) – с при-

менением ультрафильтрации и переливанием 1–2 доз донорской крови; II группа (n=10) – без использования УФ и переливанием донорской крови от 2–3 доз. УФ проводили во время ИК. Использовались гемофильтры «EUROSETS», модель «EU 4671» с диаметром пор 20 мкм. Скорость проведения УФ составила 0,2 мл/кг/мин. Исследование КОС проводили на аппарате ABL-800, фирма Radiometer, Дания. Во время операции проводился постоянный мониторинг

АД, скорость диуреза, проводили анализ мочи и ультрафильтрата.

Результаты. В первой группе с УФ наблюдалось значительное увеличение среднего артериального давления (от $82 \pm 10,7$ до $111 \pm 15,7$ мм рт.ст) и гематокрита (от $25,1 \pm 5,2$ до $32,5 \pm 5,9\%$) в отличие от второй группы (артериальное давление – (от $83 \pm 12,5$ до $96 \pm 15,6$ мм рт.ст и гематокрит – от $25,6 \pm 4,4$ до $28,6 \pm 4,5\%$). Скорость диуреза в обеих группах не отличалась и была в среднем $3,4 \pm 1,2$ мл/кг/час. Исследование состава ультрафильтрата показало, что содержание лактата, глюкозы, калия, кальция и других микроэлементов находилось в прямой зависимости от содержания

их в крови. В обеих группах значения стандартных показателей состава мочи находились в пределах нормы. Общая послеоперационная кровопотеря была ниже в первой группе с применением УФ по сравнению со второй группой (200 ± 21 мл против 450 ± 34 мл) и использование трансфузии донорской крови было меньше в первой группе (180 ± 22 мл против 350 ± 38 мл).

Выводы. Использование УФ не влияет на выделительную функцию почек и положительно сказывается на гемодинамике пациента, снижает потребность в переливании донорской крови, уменьшает послеоперационную кровопотерю и улучшает результаты операции у больных с ППС.

ОЦЕНКА НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТРОМБЭНДАРТЕРИЭКТОМИИ ИЗ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

РАХМОНОВ К.Х., ГОРБАЧЕВСКИЙ С.В., ХАЧАТУРОВА И.Ю., ХАЛЬВАНИ М.Ю., КАРИМОВ О.Р., САБИТОВ А.А.

НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева МЗ РФ, г. Москва. Россия

Введение (цели/задачи). Оценить результаты эндартериектомии (ЭАЭ) из ЛА у больных с ХТЭЛГ.

Материал и методы. В НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева с 2011 по 2018 г. хирургическая тромбэндартериектомия из ЛА была выполнена у 67 пациентов с ХТЭЛГ. Возраст больных колебался от 12 до 77 лет (в среднем – $46,3 \pm 11,4$ лет). Мужчин среди пролеченных пациентов было 38 (56,7%), женщин – 29 (43,3%). Все пациенты имели симптомы сердечной и дыхательной недостаточности: 29 находились в II ФК, 33 – III ФК и 5 – в IV ФК по NYHA. Инвазивное систолическое давление в ЛА по данным катетеризации колебалось от 46 до 121 (в среднем $81,1 \pm 17,6$) мм рт.ст., при этом насыщение артериальной крови кислородом в покое колебалось от 81 до 97% (в среднем $92,4 \pm 3,1\%$).

Результаты. Время искусственного кровообращения составило от 60 до 710 (в среднем – $193 \pm 59,3$) минут, пережатие аорты – от 36 до 621 (в среднем – $110 \pm 44,3$) минут. В 7 случаях раннее развитие тяжелого реперфузионного синдрома потребовало подключения ЭКМО. Сорока восьми (71,6%) пациентам потребовалась коррекция недостаточности трикуспидального клапана, восьми – тромбэктомия из правых отделов сердца, трем – фенестрация межпредсердной перегородки. Го-

спитальная летальность составила 14,9% ($n=10$). В 4 (40%) случаях пусковым фактором летального исхода послужил тяжелый реперфузионный синдром, в 2 (20%) – реперфузионное повреждение легких с массивным неконтролируемым внутрилегочным кровотечением, в 1 (10%) – тяжелая двухсторонняя пневмония, в 3 (30%) – тяжелая правожелудочковая недостаточность на фоне резидуальной ЛГ. В 4 (5,9%) случаях отмечались нелетальные осложнения. Искусственная вентиляция легких составляла от 4 до 621 (в среднем – $45,2 \pm 22,6$) часов. Среднее давление в ЛА в раннем послеоперационном периоде снизилось в среднем с $48 \pm 11,6$ до $34 \pm 7,1$ мм рт. ст. ($p=0,003$). По данным ЭхоКГ сократился конечно-диастолический размер ПЖ с $4,2 \pm 1,1$ см до $3,7 \pm 0,6$ см ($p=0,05$). В отдаленном периоде в большинстве случаев наблюдалось улучшение клинического состояния пациентов и качества жизни. ЛАГ специфическая терапия назначена 45 (78,9%) пациентам из числа выписавшихся.

Заключение. При наличии тромботического поражения проксимальных отделов системы ЛА эндартериектомия из ЛА является эффективным радикальным методом лечения ХТЭЛГ.



ПЕРВЫЙ ОПЫТ ДВУХЭТАПНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ КРАЙНЕ ВЫСОКОГО ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА

**РАХМОНОВ К.Х., ГОРБАЧЕВСКИЙ С.В., СОБОЛЕВ А.В., ШМАЛЬЦ А.А.,
ПУРСАНОВ М.Г., ЖЕБЛАВИ И.А., САБИТОВ А.А.**

НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева МЗ РФ, г. Москва. Россия

Введение (цели/задачи). Показать результаты двухэтапной (предварительно БАП ЛА и затем легочная ЭАЭ) хирургической коррекции у пациентов с ХТЭЛГ крайне высокого операционного риска.

Материал и методы. В НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева с 2017 по 2018 год двухэтапная хирургическая коррекция ХТЭЛГ выполнена 7 пациентам. Возраст больных составил 43–63 ($54,6 \pm 4,8$) лет. Все пациенты имели симптомы выраженной сердечной и дыхательной недостаточности. Пять больных находились в III ФК и 2 – в IV ФК по NYHA. Давность заболевания составляла 7–22 ($11,2 \pm 4,4$) месяцев. По данным катетеризации среднее давление в ЛА – 36–63 ($48 \pm 8,1$) мм рт. ст. По ЭхоКГ фракция выброса правого желудочка составила 31–40 ($37,4 \pm 2,6$)%. Тест 6-минутной ходьбы (Т6МХ) смогли выполнить только 5 пациентов. Дистанция составила 247–372 ($313,2 \pm 39,6$) м. Двое пациентов не могли выполнить тест из-за тяжести состояния. По МСКТ у всех пациентов выявлены проксимальные и дистальные поражения ЛА.

Результаты. С учетом клинического состояния больных и крайнего риска ЭАЭ всем больным первым этапом выполнена БАП ЛА. Один сеанс БАП ЛА проведен 6 пациентам (от 1 до 3 сегментов ЛА, в среднем 2,6), 1 больному – три сеанса БАП ЛА суммарно в 10 сегментах ЛА. После БАП ЛА у всех пациентов отмечалось улучшение ФК (2 пациента перешли из III ФК во II ФК и один пациент перешел

из IV ФК в III ФК по NYHA ($p=0,007$)) и увеличение дистанции Т6МХ с $313,2 \pm 39,6$ до $362,4 \pm 62,7$ м, ($p=0,004$); Sat O₂ в покое после БАП ЛА увеличилась незначительно – с $84-92$ ($86,2 \pm 2,7$)% до $86-96$ ($91,1 \pm 2,2$)%, ($p=0,009$). По данным ЭхоКГ у всех пациентов было выявлено статистически достоверное снижение давления в ПЖ после процедуры ТЛБАП с $86,1 \pm 11,5$ до $69,2 \pm 14,2$ мм рт.ст. Вторым этапом всем пациентам была выполнена легочная ЭАЭ. Время от БАП ЛА до ЭАЭ составило 7–124 (в среднем – $39,1 \pm 14,2$) дней. ЭАЭ выполнялась в условиях ИК. Время искусственного кровообращения составило от 100 до 194 (в среднем – $152,7 \pm 26,6$) минут, пережатие аорты – от 60 до 108 (в среднем – $81,1 \pm 13,2$) минут без остановки кровообращения. Всем пациентам потребовалась коррекция недостаточности трикуспидального клапана. Госпитальной летальности не было. У 4 (57,1%) пациентов отмечались нелетальные осложнения в виде реперфузионного отека легких. Искусственная вентиляция легких составила 6–24 ($14,8 \pm 4,1$) часов. Среднее давление в ЛА в раннем послеоперационном периоде снизилось с $41,3 \pm 9,4$ до $34,1 \pm 9,2$ мм рт. ст. ЛАГ специфическая терапия назначена всем пациентам.

Заключение. Двухэтапный подход к хирургической коррекции – эффективный метод лечения пациентов с ХТЭЛГ крайне высокого операционного риска.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К КЛАССИФИКАЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

СКУРАТОВА Н.А., ЗЫЛЕВИЧ А.А., ШУНЬКИНА А.С.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель. Беларусь

Введение. Врожденные пороки сердца (ВПС) являются одной из важнейших проблем в детской кардиологии. Согласно статистике, ежегодно в Беларуси рождается 1000–1200 детей с пороками сердца. Актуальность разработки новых классификаций с целью выделения клинических групп детей с ВПС является очевидной, что позволяет оптимизировать тактику раннего выявления врожденных пороков, дифференцировать лечебный подход и наблюдение за детьми.

Цель. Выделить клинические группы детей с ВПС на основании клинико-функциональных особенностей течения порока.

Материал и методы. В кардиоревматологическом отделении Гомельской областной детской клинической больницы обследованы 57 детей в возрасте от 1 до 17 лет (средний возраст – $10,6 \pm 5$ лет) с основным клиническим диагнозом: врожденный порок сердца. Из них: 27 (47,4%) мальчиков и 30 (52,6%) девочек. Диагноз устанавливался на основании данных анамнеза, физикального, электрокардиографического и ультразвукового обследований (УЗИ). Также детям проводилась ЭКГ с физической нагрузкой (тредмил-тест). Контрольная группа включала 13 детей без органических заболеваний сердца.

Результаты. Среди ВПС у детей преобладали пороки с обогащением малого круга кровообращения, включающие дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), открытый артериальный порок (ОАП), атриовентрикулярная коммуникация выявлены у 31 ребенка (54,3%), единственный желудочек сердца – у 1 (1,8%) человека, пороки с обеднением малого круга кровообращения (тетрада Фалло, стеноз легочной артерии, аномалия Эбштейна) выявлены у 5 детей (8,8%), коарктация аорты имела место у одного ребенка (1,8%), аномальное отхождение левой коронарной артерии от легочной артерии – у одного ребенка (1,8%), клапанные пороки (недостаточность митрального клапана (МК), недостаточность аортального клапана (АК) – 18 детей (31,5%). По данным опроса выявлено, что в 29 (51%) случаях порок был диагностирован на первом году жизни у одного ребенка (1,7%). Диагноз врожденного порока сердца (аномалия коронарных артерий) был выставлен в периоде новорожденности (хирургическая коррекция порока была проведена в 3 месяца), у 4 (7%) детей диагноз был поставлен в дошкольном возрасте, у 1 (1,7%) ребенка диагноз порока (ОАП) был установлен в возрасте 12 лет (на стадии повышения давления в легочной артерии), у 22 (38,6%) обследуемых детей в школьном возрасте были диагностированы клапанные пороки. У большинства детей преобладали жалобы астеновегетативного характера – 23 ребенка, что составило 40,4%, кардиальный синдром – у 10 детей (17,5%), смешанный характер жалоб – у 4 детей (7%). Не предъявляли жалоб 20 человек (35,1%). У детей контрольной группы жалобы предъявляли 5 детей (38,5%), 8 детей (61,5%) жалоб не предъявляли ($OR=2,9$, $p>0,05$). По данным ЭКГ у 10 детей были выявлены клинически незначимые нарушения проводимости (неполная блокада правой ножки пучка Гиса (НБПНПГ), что составило 17,5%, атриовентрикулярная блокада (АВ-блокада) 1 степени диагностирована у 8 детей (14,1%), причем нарушение АВ-проводимости было характерно для ДМПП (4 ребенка), синоатриальная блокада (СА-блокада) 1–2 степени выявлена у 5 детей (9%). У 1 ребенка (1,8%) на ЭКГ регистрировался ритм электрокардиостимулятора (ЭКС), синусовая тахикардия – у 11 детей (19,2%), синусовая брадикардия – 11 детей (19,2%). У 11 (19,2%) детей нарушений ритма и проводимости не зарегистрировано. У детей контрольной группы нарушения ритма сердца наблюдались у 6 (из них: АВ-блокада 1 степени – у 1 ребенка (7,7%), синусовая тахикардия – у 4 детей (30,8%), синусовая брадикардия – у 1 ребенка (7,7%). У 7 детей (53,8%) ЭКГ соответствовала норме ($OR=4,89$, $p>0,05$). По данным тредмил-теста у большинства (53%) детей выявлены снижение ФР, жалобы на одышку и усталость на 1–3 минутах теста. Также были зарегистрированы на-

рушения ритма сердца: неполная блокада правой ножки – у 12 (21%), детей, АВ-блокада 1–2 степени – у 8 (14%) детей, единичные экстрасистолы – у 14 (25%) детей. У 23 (40%) детей по данным нагрузочной пробы нарушений ритма сердца не зарегистрировано. В контрольной группе у 7 (53,8%) человек зарегистрирована НБПНПГ, у 6 (46,2%) детей нарушений ритма не зарегистрировано.

Заключение. По данным исследования выявлено, что у обследованных детей преобладали врожденные пороки с обогащением малого круга кровообращения, причем большинство из них диагностированы на первом году жизни. Также имели место случаи выявления пороков в школьном возрасте (в основном, клапанные пороки и единичный случай ОАП). Большинство детей с ВПС предъявляли жалобы различного характера, демонстрировали нарушения ритма на электрокардиограмме и снижение толерантности к физической нагрузке на фоне регистрации признаков электрической нестабильности миокарда. Причем, в сравнении с идентичными показателями детей контрольной группы не выявлено достоверных различий. На основании представленных результатов и данных статистического анализа нами выделено 6 клинических групп детей с врожденными пороками сердца: 1 группа («бессимптомные пороки») – дети с ВПС, не имеющие клинических проявлений порока и изменений на ЭКГ. В основном это клапанные пороки, выявленные при профилактическом осмотре при допуске к занятиям спортом ($N=20$), однако данная группа наиболее коварна и заслуживает внимания клиницистов, так как несвоевременная диагностика порока чревата развитием осложнений; 2 группа («функциональные пороки») – дети с ВПС, не имеющие гемодинамических нарушений, не требующие хирургической коррекции, но с функциональными проявлениями и/или с клинически незначимыми нарушениями ритма сердца на ЭКГ; 3 группа («электрически-нестабильные пороки») – дети с относительно стабильно гемодинамической порока, без признаков сердечной недостаточности, но с различными клиническими проявлениями и/или значимыми нарушениями ритма сердца и признаками нестабильности электрических процессов на ЭКГ; 4 группа – («гемодинамически-значимые пороки») – включают детей с нестабильной гемодинамикой порока, признаками сердечной недостаточности, клиническими проявлениями порока, нарушениями ритма сердца; 5 группа («критические пороки») – дети с выявленными пороками в период новорожденности, которым необходимо хирургическое вмешательство, в том числе в экстренном порядке; 6 группа («оперированные пороки»): 6А – дети, оперированные в условиях искусственного кровообращения, 6Б – дети, у которых с целью коррекции порока была проведена малоинвазивная операция (эндоваскулярное закрытие ДМПП, ОАП).



АОРТА КОРОНАР ШУНТЛАШ ТАШРИХИ ЎТКАЗИЛГАН МИОКАРД ИНФАРКТИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЯЛЛИҒЛАНИШ МЕДИАТОРЛАРИ ЎЗГАРИШЛАРИНИ АНИҚЛАШ

СОДИҚЖОНОВ К., ТАШТЕМИРОВА И.М., ЎЗБЕКОВА Н.Р., ҚОДИРОВА Г.И., ИСАКОВ А.

Анджон давлат тиббиёт институти, Анджон. Ўзбекистон

Кириш. Кўп клиник ва эпидемиологик текширувлардан маълумки, аҳоли ўртасидаги ўлимнинг асосий сабабчиларидан бири бу – юрак-қон томир касалликлари ҳисобланади. Юрак-қон томир касалликлари (ностабил стенокардия, миокард инфаркти, инсульт) кўп давлатларда, шу жумладан Ўзбекистонда ҳам ногиронлик ва ўлимнинг асосий сабабчиларидан бири. Иммуни тизим функциясининг бузилишида нейроэндокрин баланс ва унинг ўзгаришлари белгиланади, гипер ёки гипофаоллиги, ахборотнинг қабул қилиш вақти даражасига боғлиқ иммуни жавобнинг ривожланишига таъсир этади. Ҳозирги вақтда ЮИК патогенезида цитокинлар фаоллиги ва ЛПО жараёни ҳолатининг ўзгариши ҳам муҳим аҳамият касб этади.

Илмий иш мақсади. АҚШда ўтказилган миокард инфаркти билан хасталанган беморларда яллиғланиш медиаторлари, иммуни тизимнинг ҳолатини ўрганиш.

Текшириш материаллари ва натижалари. Жами 35 та бемор текширувга олиниб, 2 гуруҳга бўлиб олинди. I гуруҳ – назорат гуруҳ (15 та) соғломлар, II гуруҳ – миокард инфаркти билан хасталанган беморлар (20 та). III гуруҳ – АҚШда ўтказилган миокард инфаркти билан хасталанган беморлар (15 та). Текширишлар натижасида цитокинлар кўрсаткичлари фаоллигининг сезиларли ортиши аниқланган. Сўнгги йилларда юқори сезувчанлик С-реактив оқсилнинг томир девори сурункали яллиғланиши медиатори сифатидаги роли ўрганилмоқда. ЮИК билан беморларда сурункали равишда яллиғланиш борлиги юсСРО даражасининг кўтарилганлиги билан тасдиқланди. Текширувларимиз шуни кўрсатдики, СРО даражаси касаллик турига қараб турлича бўлди. Шун-

да, миокард инфаркти билан беморларда 2 марта ($p < 0,001$)га назорат гуруҳига нисбатан юқори, АҚШда ўтказилган миокард инфарктида эса энг юқори кўрсаткич 85,7%, 2,6 марта ($p < 0,05$)га органлиги аниқланди ($P < 0,05$). Тадқиқотларимиз кўрсатдики, иммуни тизим яллиғланиши ва унга қарши цитокинлар дисбаланси орқали реактрланади. Шундай, ИЛ-6 миокард инфаркти гуруҳда ўртача 62,4% га ($p < 0,001$), АҚШда ўтказилган миокард инфаркти билан – беморларда то кескин 1,9 мартага ($p < 0,001$) ортди. Яллиғланишга қарши ИЛ-10 пасаймади, аксинча II гуруҳ беморларда (33,8%; $p < 0,05$) III гуруҳ (1,92 марта; $p < 0,001$) назорат гуруҳига нисбатан ўртача ортди. Кўриниши бўйича, ИЛ-10 дисбаланси организмнинг сурункали яллиғланиш жараёнига турли иммунологик жавоб билан боғланган.

Хулоса: Шундай қилиб, АҚШда ўтказилган миокард инфаркти билан хасталанган беморларда цитокинлар даражаси сезиларли ўзгариши аниқланди. АҚШда ўтказилган миокард инфаркти беморларда цитокинлар кўрсаткичлари фаоллигининг сезиларли ортиши аниқланди. Қон зардобидаги яллиғланиш медиаторлари ИЛ-6 нинг кўрсаткичлари 2 мартага ортган, яллиғланишга қарши цитокин ИЛ-10 нинг эса, фаоллиги 30% га пасайган. АҚШда ўтказилган беморларда цитокинлар фаоллигини текшириш муҳим аҳамиятга эга. Цитокинлар ва липидларнинг пероксидланиш жараёнини комплекс клиник текшируви шуни кўрсатдики, иммуни тизим ҳолатинининг бузилиши ва липидлар алмашинуви бузилишини аниқлаш касалликни эрта аниқлаш ва асоратлари ривожланишининг олдини олишга ёрдам беради.

МЕСТО ЭНДАРТЕРИЭКТОМИИ В ХИРУРГИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

ЮНУСОВ В.М.¹, ПЛЕЧЕВ В.В.², НИКОЛАЕВА И.Е.¹, САГАТДИНОВ Т.Ш.¹,
ПРУДЬКО Е.Л.¹, ГИНИЯТУЛЛИНА Э.И.¹

¹Республиканский кардиологический центр;

²Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа. Россия

Введение. Коронарную эндартериектомия в настоящих условиях применяют, как правило, при отсутствии адекватного дистального русла и несостоятельности для наложения анастомоза с магистральной артерией. Обобщен более 10-ти летний опыт реконструктивных вмешательств на коронар-

ных артериях при их диффузном стенотически-окклюзионном поражении.

Цель исследования. Изучение результатов реконструктивных вмешательств на коронарных артериях при их диффузном поражении.

Материал и методы. Для предотвращения ранних тромбозов бассейна реконструированной артерии разработан способ их интраоперационной профилактики. Прооперировано 260 пациентов с ИБС с распространенным коронарным атеросклерозом, которым были выполнены 267 процедур эндартерэктомии.

Результаты. Периоперационный инфаркт миокарда (в т.ч. и мелкоочаговый) – 12 (4,6%), госпитальная летальность – 4 (1,5%). Из стационара выписано 256 пациентов. Отдаленный период прослежен у 191 оперированного пациента в сроки до 10 лет. Нарушение проходимости бассейна эндартерэктомированной артерии с наличием клиники стенокардии или без таковой диагностировано у 35 (13,6%) пациентов.

Заключение. 1. Коронарная эндартерэктомия представляет собой, хоть и рискованный, но

все же спасительный метод реваскуляризации миокарда, при условии полного отсутствия возможности шунтирования периферического русла коронарной артерии ввиду его диффузного атеросклеротического поражения. 2. Эндартерэктомия является процедурой, требующей прецизионной хирургической техники. Остатки неудаленной флотирующей интимы артерии могут служить причиной хирургической неудачи ввиду интраоперационной окклюзии зоны реконструкции с развитием инфаркта миокарда. 3. Сама по себе эндартерэктомированная поверхность артериальной стенки является мощнейшим тромбогенным фактором, и применение антикоагулянтов (как инъекционных – в периоперационном периоде, так и пероральных – в отдаленном периоде) является методом профилактики тромбоза области реконструированной артерии.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ МНОЖЕСТВЕННОГО КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА (MICSCAB) У ПАЦИЕНТОВ С ИБС В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

ЯРБЕКОВ Р.Р., МУРАДОВ М.М., ЖАЛИЛОВ А.К., ОМОНОВ С.Х., ШАРИПОВ И.М., ИСМАТОВ А.А., ВАХИДОВ Т.З.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан

Введение. Сегодня проведение операции аортокоронарного шунтирования (АКШ) на работающем сердце, без искусственного кровообращения применяется в передовых кардиохирургических центрах как наиболее безопасная техника. Процесс реабилитации этих пациентов короче, что экономически выгодно. На сегодняшний день в арсенале кардиохирургов есть девайсы для успешного выполнения классической операции АКШ из мини-доступа. Представляем наш первый опыт успешного выполнения коронарного шунтирования на работающем сердце по методике MICSCAB в Республике Узбекистан.

Материал и методы. С осени 2018 – по 02.2019 г. в отделении кардиохирургии РСНПМЦК нами выполнены 14 операций по методике MICSCAB. Пациенты имели 2-х (5 пациентов) и 3-х (9 пациентов) сосудистое поражение. Доступ к сердцу – левосторонняя переднебоковая торакотомия в 5-м межреберье. Протяженность кожного разреза составила 10–12 см. Всем пациентам первым этапом создавали анастомоз ЛВГА-ПМЖВ, после чего шунтировали бассейны правой коронарной артерии и систему огибающей артерии. Продолжительность операции КШ из мини-доступа составляла от 2 ч 30 мин. (150 мин.) до 3 ч (180 мин.) мин (в среднем – ± 2 ч 35 мин. (155 мин.).

Результаты. В послеоперационном периоде случаев послеоперационной пневмонии, тяжелой дыхательной недостаточности не было. Время пациента в ОРИТ – 1 сутки. Длительность госпитализации после операции – 4–5 дней. При выписке все пациенты отмечали улучшение состояния и качества жизни. Функциональные и лабораторные показатели улучшились на фоне проведенной операции. Предъявляемые ранее жалобы на боли в области сердца, одышку, чувство нехватки воздуха, слабость уменьшились, увеличилась ТФН в виде легкопроходимой дистанции более 500м в сутки.

Заключение. Таким образом, множественное коронарное шунтирование с применением техники из мини-доступа (MICSCAB) является современным и безопасным подходом в лечении пациентов с ИБС. Мини-доступ снижает травматичность операции, улучшает ранний послеоперационный период, уменьшает частоту осложнений и является экономичным. Учитывая высокую эффективность и безопасность MICSCAB для пациентов с ИБС, высокого хирургического риска, следует и дальше развивать мини-инвазивные операции в кардиохирургической практике в республике Узбекистан.



ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ OZAKI (ПЛАСТИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ИЗ АУТОПЕРИКАРДА) В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

**ЯРБЕКОВ Р.Р., МУРАДОВ М.М., ЖАЛИЛОВ А.К., ОМОНОВ С.Х., ИСМАТОВ А.А.,
ВАХИДОВ Т.З., БЕКМЕТОВА Ф.М.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан**

Введение. Пороки аортального клапана (АК) все чаще встречаются среди индивидуумов молодого, трудоспособного возраста. В настоящее время при стенотическом поражении АК чаще применяют протезирование искусственными механическими и биологическими клапанами сердца. Механический протез требует постоянного контроля реологии крови, приема антикоагулянтов, что в свою очередь снижает качество жизни пациента и сопряжено осложнениями антикоагулянтной терапии. При использовании биологических протезов имеется большая вероятность повторной операции в будущем, которая сопряжена с повышенным риском осложнений и летальности. Альтернативной тактикой является пластическая реконструкция аортального клапана путем неокusпитизации из аутоперикарда по методике Ozaki.

Материал и методы. В 2018 г. в отделении кардиохирургии РСНПМЦК впервые в Узбекистане выполнены 11 пластических реконструктивных операций на аортальном клапане с использованием аутоперикарда пациента по методике Ozaki. Операции выполнялись в условиях искусственного кровообращения и фармако-холодовой кардиopleгии. Все пациенты имели различную патологию аортального клапана (у 2 пациентов – юникуспидаальный клапан, у 5 – бикуспидаальный, и у 4 – трикуспидаальный дегенеративный). Аутоперикард выделяли размером 12×12 см, далее его обрабатывали глутаровым альдегидом, после иссечения створок АК выкраивали новые створки на основе шаблонов Ozaki. Новые створки АК пришивались к

фиброзному кольцу, формировались новые комиссуры. Контроль проводился интраоперационной чреспищеводной эхокардиографией.

Результаты. Среднее время пережатия аорты составило $84,3 \pm 13,2$ минут, среднее время ИК – $114 \pm 14,5$ минут. В 10 случаях нам удалось выполнить пластическую реконструкцию АК (в 4 – бикуспидаальный, в 6 случаях – трикуспидаальный). В одном случае в связи с узким фиброзным кольцом АК (17 мм) не удалось адекватно выполнить неокusпитизацию, пациенту выполнили протезирование механическим протезом. Случаев осложнений и летальности не было. В ОПИТ пациенты находились в среднем $13,4 \pm 4,4$ часов. Длительность госпитализации после операции составила $6,4 \pm 1,2$ дня. У всех пациентов на контрольной ЭхоКГ – скоростные показатели потока на АК адекватные, градиент давления в среднем 6–8 мм рт.ст., регургитации не было.

Заключение. Современная реконструктивная методика Ozaki с использованием аутоперикарда пациента для неокusпитизации АК позволяет эффективно и безопасно восстановить гемодинамические характеристики АК, дает возможность пациенту не принимать антикоагулянты, увеличивает качество жизни пациента. Учитывая высокую заболеваемость населения стенотическим поражением АК, высокую эффективность и безопасность операции Ozaki, следует ее активно внедрять в кардиохирургическую практику в республике Узбекистан.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ТЕХНИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТИНФАРКТНЫХ АНЕВРИЗМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

**ЯРБЕКОВ Р.Р., ЖАЛИЛОВ А.К., МУРАДОВ М.М., ОМОНОВ С.Х., ШАРИПОВ И.М.,
ИСМАТОВ А.А., ВАХИДОВ Т.З.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан**

Цель. Анализ непосредственных результатов операций реконструкций левого желудочка на работающем сердце у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), осложненной формированием постинфарктной аневризмы ЛЖ.

Материал и методы. В период 2015–2019 гг. в отделении кардиохирургии РСНПМЦК 53 пациентам с ИБС и аневризмой левого желудочка (АЛЖ) выполнено коронарное шунтирование в сочетании с реконструкцией аневризмы левого желудочка.

Все операции проводились в условиях работающего сердца. Прооперировали 46 мужчин и 7 женщин, средний возраст ($53,3 \pm 6,2$). Фракция выброса ЛЖ варьировала от 23 до 48% (в среднем – $42,3 \pm 7,3$). До оперативного вмешательства по тяжести состояния 83% пациентов находились в III функциональном классе по NYHA, у 89% пациентов стенокардия была на уровне III-IV функционального класса. Из сопутствующих заболеваний у 3 (5,6%) пациентов была дисциркуляторная энцефалопатия, в 15 (28%) случаях – сахарный диабет 2 типа, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – в 12 (22,6%) случаях и у 7 (13%) хроническая болезнь почек. Первым этапом выполняли коронарное шунтирование на работающем сердце без ИК, далее на вспомогательном ИК на бьющемся сердце была выполнена реконструкция ЛЖ.

Результаты. Индекс реваскуляризации составил $3,2 \pm 1,2$. У 29 (55%) пациентов выполнили эндо-

вентрикулопластику полости ЛЖ по Дору с использованием синтетической заплаты, у 18 (34%) пациентов – пластика ЛЖ по Жатанэ, линейная шовная пластика. У 6 (11%) пациентов в виду малых размеров аневризмы выполнили пликацию АЛЖ без ИК. В раннем послеоперационном периоде у 2 (3,7%) пациентов возникла острая сердечная недостаточность, случаев ОИМ, полиорганной недостаточности, ОНМК не отмечено. Время нахождения пациентов в ОРИТ в среднем составило $15,5 \pm 2,5$ часов.

Выводы. Хирургическое лечение постинфарктных аневризм ЛЖ путем применения методики на работающем сердце позволяет значительно уменьшить время операции, отрицательные эффекты ИК, что в свою очередь, улучшает течение послеоперационного периода и позволяет увеличить безопасность вмешательства у пациентов высокого хирургического риска.



НЕКОРОНАРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МИОКАРДА, КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

CACHEXIA WITH LOW BLOOD PRESSURE IN YOUNG WOMEN

KUDRYAVCEVA E.N., BAEV V.M., IGUMNOVA O.A., AGAFONOVA T.YU. VAGNER E.A.

Perm state medical university, Perm, Russia

Purpose of the study. The aim of the study was to study the prevalence of cachexia among young women with idiopathic arterial hypotension (IAH).

Materials and methods. Women students from universities in the city of Perm were examined, of which 597 women with IAH and 503 women with normal blood pressure were examined. The age of inclusion in the study – 18–35 years. Hypotension was considered the range of the SBP 61–98 mm Hg and DBP – 59 mm Hg and less. Normal values considered the SBP 120–129 mm Hg, DBP 80–84 mm Hg. Exclusion criteria from the study for both groups of patients: connective tissue dysplasia in the form of Marfan syndrome, Ehlers-Danlos and osteogenesis imperfecta, cancer, diabetes, hypothyroidism, adrenal insufficiency, rheumatic diseases, anemia, congenital heart and vascular diseases, heart surgery and vessels, drug addiction, acute infectious diseases, obesity, pregnancy.

Blood pressure was measured three times, after 3 minutes of rest sitting with the help of an oscillometric tonometer A&D UA-777 (Japan). Weight and height were measured using standard techniques. The body mass index (BMI) was determined by the formula – $BMI = \text{weight (kg)} : (\text{height, m})^2$. The criterion for cachexia was considered a body mass index of less than 18,5 kg /m² (WHO).

Results. Among the patients with normal blood pressure, 40 women (7,9%) were found with reduced body weight. Among hypotensive women – 113 women (18,9%). The difference between the groups is accompanied by a high degree – $p=0,001$. Currently, there are several parallel (unofficial) terms of IAH, among which the most common is constitutional hypotension. Given that the women surveyed cannot be attributed to patients with severe pathologies, the causes must be sought in the nature of the food regime and the psychological characteristics of the eating behavior of young unmarried women. Financial constraints in the nature of food and the desire to have a slim figure, strict criteria for the beauty of young women, based on glossy fashion magazines, form a low weight. Hypotension is formed again. Manifestations of emotional cachexia and hypotension worsen the state of health, emotional suffering and cause structural and functional changes in the cardiovascular system and difficulties of social adaptation.

Conclusions. Idiopathic arterial hypotension in women 18–30 years in 18,9% of cases is accompanied by cachexia (BMI less than 18,5 kg/m²), which is more than two times more often than their peers with normal blood pressure (7,9%). The development of cachexia is a manifestation of the conscious psychological behavior of young women.

БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ КАК ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

АБДУГАНИЕВА Э.А., ЛИВЕРКО И.В., ГАФНЕР Н.В.

РСНПМЦФП МЗРУз, г. Ташкент. Узбекистан

Введение (цели/задачи). Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) как наиболее распространенная нозология, входящая в группу ХОЗЛ, имеет устойчивую тенденцию к увеличению распространенности. Учитывая высокую степень коморбидности ХОБЛ и ишемической болезни сердца (ИБС), риск летального исхода от сер-

дечно-сосудистых катастроф у пациентов с ХОБЛ очень высокий.

Цель исследования. Изучение значения сердечно-сосудистых катастроф на фоне тромбоза в развитии летальных исходов у пациентов с ХОБЛ при госпитализации в стационар.

Материал и методы. Ретроспективный анализ 281 протокола вскрытий патолого-анатомического отделения ГКБ №1 городской клинической больницы города Ташкента и Республиканского специализированного научно-практического центра фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз.

Результаты. Ретроспективный анализ 281 аутопсийного заключения показал, что в 70,0% (197 случаев) причиной смерти констатированы диагнозы, отражающие состояние нарушения гемостазиологического характера, в том числе ОИМ – 74,6% (147 пациентов), ОНМК по ишемическому типу – 22,8% (45 пациентов), ТЭЛА и синдром Шмидта – по 1% (по 2 пациента), тромбоз мезентериальных сосудов – 0,5%. Ретроспективный анализ 104 аутопсийных заключений с патоморфологической верификацией ХОЗЛ показал, что

в 93,3% (97 случаев) причиной смерти констатированы диагнозы, отражающие состояния нарушения гемостазиологического характера (тромбозы), в том числе ОИМ – 77,3% (75 случаев), ОНМК по ишемическому типу – 22,7% (45 случаев). При анализе причин смерти по заключительному клиническому диагнозу – хроническая обструктивная болезнь легких – в 94,9% случаях (37 из 39 случаев) причиной являются нарушения гемостазиологического характера, в том числе ОИМ – в 81,1% (30 из 37 случаев) и ОНМК – в 18,9% (7 из 37 случаев).

Заключение. Таким образом, нарушения гемостазиологического характера являются ведущими причинами смерти среди пациентов ХОБЛ и коморбидных с ним состояний – болезни системы кровообращения.

ДИСФУНКЦИЯ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ АОРТОАРТЕРИИТОМ С СИНДРОМОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

АБДУРАХМАНОВ М.М., АХМЕДОВ Л.А., АЛИЕВ Ж.С.

*Бухарский государственный медицинский институт;
Бухарский филиал РНЦЭМП, г. Бухара. Узбекистан*

Цель работы. Изучение показателей функционального состояния эндотелия сосудов у больных неспецифическим аортоартериитом с синдромом артериальной гипертензии.

Материал и методы. Под наблюдением находились 74 пациента неспецифическим аортоартериитом (НАА) с синдромом артериальной гипертензии (АГ), в возрасте 24–39 лет, группа контроля представлена 30 здоровыми лицами. Дисфункцию эндотелия (ДЭ) оценивали: определением содержания эндотелина-1 (ЭТ-1) у больных НАА, и неинвазивным методом определения эндотелийзависимой вазодилатации плечевой артерии (ЭЗВД), при этом оценивали сосудодвигательную активность плечевых артерий путем определения прироста ее диаметра в ответ на механический стимул. Нормальной реакцией плечевой артерии считали ее дилатацию на фоне реактивной гиперемии более чем на 10% от исходного диаметра [Celermajer D.S. et al., 1992]. Меньшее значение или вазоконстрикцию расценивали как патологическую реакцию сосудодвигательной функции эндотелия. Измерение диаметра правой плечевой артерии оценивали с помощью широкополосного датчика 5,5–7 МГц (SSI 5000 Sono Scape.). Все пациенты в зависимости от показателей манжеточной пробы были рандомизированы на 2 группы. Критерием рандомизации являлась степень тяжести вазорегулирующей дисфункции эндотелия, определенная по величине эндотелийзависимой вазодилатации плечевой артерии. Проведенные исследования показали повышение концентрации ЭТ-1 у больных НАА в сравнении со здоровыми

($14,36 \pm 0,58$ нг/л). При анализе содержания ЭТ-1 у больных НАА в зависимости от тяжести ДЭ отмечен достоверно более высокий уровень ЭТ-1 в группе больных с тяжелой степенью ДЭ ($57,8 \pm 0,98$ нг/л; $p < 0,05$). У больных НАА определена обратная корреляционная зависимость между величиной ЭЗВД, концентрацией ЭТ-1 в плазме крови ($r = 0,79$, $p < 0,01$). Приведенные данные свидетельствуют, что в обследованных группах больных у 36 пациентов (51,3%) имела место II степень эндотелиальной дисфункции, у 38 (48,7%) больных определена III степень эндотелиальной дисфункции. Большое значение придается способности эндотелина контролировать эндотелийзависимую вазоконстрикцию при нарушении механических свойств эндотелия

Результаты. У всех обследованных больных с неспецифическим аортоартериитом определено достоверное снижение ЭЗВД при проведении пробы с реактивной гиперемией в сравнении с контрольной группой ($4,0 \pm 1,2$ и $10,6 \pm 2,4$ % соответственно). При этом у 28 больных НАА с II ст. ДЭ снижение ЭЗВД – $7,5 \pm 3,0$ %, у 46 больных НАА с III–IV ст. ДЭ – $3,0 \pm 2,0$ %. В настоящем исследовании у всех обследованных больных диаметр плечевой артерии увеличивался менее, чем на 10%, что свидетельствовало о наличии у этой группы больных сосудодвигательной дисфункции. У 33% обследованных больных с неспецифическим аортоартериитом отмечалась парадоксальная вазоконстрикция.

Заключение. Таким образом, у больных неспецифическим аортоартериитом с синдромом



артериальной гипертензии имела место недостаточная вазодилатация и парадоксальная вазоконстрикция. Наличие парадоксальной вазоконстрикции свидетельствует о более тяжелой форме эндотелиальной дисфункции.

При длительном воздействии повреждающих факторов, воспаления, гемодинамической нагрузки

ки происходит постепенное истощение компенсаторной «дилатирующей» способности эндотелия, и преимущественным ответом эндотелиальных клеток сосудистого русла на стимулы становится продукция вазоконстрикторных медиаторов, в том числе ЭТ-1, вызывающих прогрессирование ДЭ.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ И ИЗМЕНЕНИЯ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ

АЛЯВИ А.Л., РАХИМОВА Д.А., САБИРЖАНОВА З.Т.

Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации Министерства здравоохранения, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Изучить влияние антиоксидантной системы (АОС) и активности перекисного окисления липидов (ПОЛ) на состояние эндотелийзависимой регуляции периферического кровотока у больных бронхиальной астмой (БА), осложненной хроническим легочным сердцем (ХЛС), в динамике лечения базисной терапией (БТ) и амлодипином.

Материал и методы. Проведено обследование 12 больных БА III–IV степени, осложненной ХЛС, и 30 здоровых лиц (ЗЛ). Допплерографией измеряли максимальную систолическую скорость кровотока (МСС, м/с), индекс циркуляторного сопротивления сосудов (ИЦС, ед.). Анализировали содержание малонового диальдегида (МДА), хемилюменисценцию мембран эритроцитов (ХЛ).

Результаты. Интенсификация процессов ПОЛ сопровождалась высокими показателями хемилюменисценции мембран эритроцитов по сравнению со ЗЛ в 2,7 и 3,2 раза соответственно. МДА у ЗЛ $0,495 \pm 0,02$, у больных 1 группы снижен на 17%, во 2 группе – на 38%. СОД в КГ $225,7 \pm 108,1$ в

1 группе меньше на 45%, во 2 группе – на 30%. КАД в КГ – $410,8 \pm 106,8$. В 1 группе меньше на 47% и во 2 группе – на 35%. ХЛ в КГ – $48,1 \pm 9,7$. В 1 группе повышен на 28%, во 2 – на 27%. Выявлено достоверное снижение коэффициента МДА/ХЛ на 16,8% по сравнению с данными контрольной группы ($p < 0,05$). Выявлена прямая зависимость нарушения системы ПОЛ и АОС с функциональной активностью эндотелия периферических сосудов. Исходно у больных хроническим легочным сердцем МСС достоверно ниже, чем у ЗЛ ($p < 0,05$), в то время как ИЦС, характеризующий сосудистый тонус, соответственно выше, чем в группе ЗЛ ($p < 0,01$). У больных, получавших на фоне базисной терапии амлодипин, отмечено улучшение процессов АОС и способности сосудов к активной вазодилатации.

Заключение. Оксидативный стресс у больных ХЛС носит не только местный, но и системный характер. Амлодипин на фоне БТ улучшает процессы АОС и эндотелийзависимую регуляцию периферического кровотока у больных бронхиальной астмой.

АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

АЛЯВИ Б.А., РАХИМОВА Д.А., БАЗАРОВА С.А., НАЗИРОВА М.Х., МУМИНОВ Д.К.

*Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан;
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан*

Цель. Исследование состояния вегетативной нервной системы и адаптационный потенциал периферической гемодинамики у больных бронхиальной астмой (БА), осложненной легочным сердцем в динамике комплексного лечения с озонотерапией.

Материал и методы. Обследованы 28 больных БА, осложненной ЛС, и 30 здоровых лиц (ЗЛ). По показателям доплерэхокардиографии определяли легочную гипертензию, дилатацию правого желудочка. Больные разделены на 2 группы: 1–16 больных БА с легочной гипертензией, 2–12 больных ХОБЛ с дилатацией правого желудочка серд-

ца. Пациенты в течение 10 дней получали базисную терапию по GINA (2006) и озонотерапию.

Функциональное состояние периферической гемодинамики изучалось методом кардиоинтервалографии (КИГ). При обработке вычислялись следующие показатели: мода, амплитуда моды, вариационный размах. Основной интегральный показатель регуляции сердечного ритма – индекс напряжения.

Результаты. При проведении кардиоинтервалографического исследования выявлены изменения в виде уменьшения показателей мода – $0,70 \pm 0,02$, увеличения показателей амплитуды мода – $36,1 \pm 0,03$, свидетельствующие об усилении функциональной активности симпатического отдела и снижении активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Проведенное КИГ-исследование у больных БА, осложненной легочным сердцем, в 1 и 2 группах выявило нарушения соотношений функциональной активности симпатических и парасимпатических отделов вегетативной нервной системы. При анализе индекс напряжения определили сдвиги в показателях напряженности механизмов адаптации. Эти нарушения у большинства

больных коррелировали со степенью максимальной систолической скорости кровотока и индексом циркуляторного сопротивления сосудов. При повторном исследовании состояние периферической вегетативной нервной системы установили уменьшение симпатикотонии ($p < 0,05$). Также выявлена тенденция к улучшению адаптационного потенциала эндотелийзависимой вазодилатации у больных 1 и 2 групп соответственно, максимальная систолическая скорость кровотока увеличилась на 5,9 и 5,2% и уменьшение индекса циркуляторного сопротивления сосудов на 6,2 и 5,9%, ($p < 0,05$).

Заключение. В основе возникновения и развития БА, осложненной легочным сердцем, лежат дезадаптивные состояния в сфере вегетативной нервной системы, что проявляется в виде симпатикотонии как результат снижения адаптивных возможностей из-за имеющейся длительной гипоксии головного мозга и интоксикации ЦНС. Озонотерапия на фоне базисного лечения больных БА, осложненной легочным сердцем, приводит к улучшению адаптивных возможностей организма и способности сосудов плечевой артерии к активной вазодилатации.

ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И СОСТОЯНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

АЛЯВИ Б.А., РАХИМОВА Д.А., БАЗАРОВА С.А., НАЗИРОВА М.Х., МУМИНОВ Д.К.

*Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан;
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан*

Цель. Изучить состояния легочной гемодинамики и правого отдела желудочка сердца (ПЖ) у больных хронической обструктивной болезнью легких, сердцем в динамике комплексного лечения с амлодипином.

Материал и методы. Обследованы 34 больных ХОБЛ, у которых заболевание осложнилось развитием легочного сердца.

Больные по методу лечения разделены на 2 группы соответственно: 1–13 больных получали базисную терапию (БТ); 2–21 больной ХОБЛ на фоне БТ получали амлодипин (А) в дозе 5–10 мг в сутки.

Допплерэхокардиографическое исследование проводили с оценкой показателей: отношение раннего и позднего диастолического наполнения (Е/А), время изоволюмического расслабления (ВИР, м/с), время замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения (ВЗ, м/с), фракция предсердного наполнения (ФПН, %) и уровень среднего легочного артериального давления (ЛАДср, мм рт. ст).

Результаты. Установлено, что до лечения снижение показателей наполнения в раннюю диастолу связано с нарушением расслабления гипертрофированного миокарда ПЖ, вследствие чего замедляется снижение внутрижелудочкового наполнения и увеличивается фракция предсердного наполнения.

При терапии с применением амлодипина и озонотерапии у больных ХОБЛ, осложненной легочным сердцем, отмечено достоверное снижение показателей: ВИР, соответственно, на 10,5%, времени замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения – на 7,3%, ФПН – на 13,9%, ЛАДср – на 15,7%. На фоне проводимой терапии возросло отношение Е/А, соответственно на 12,4% ($p < 0,05$).

Выводы. Установлен вазодилатирующий эффект амлодипина, что проявлялось снижением легочного артериального давления и улучшением показателей диастолической функции ПЖ сердца.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ, ДЕМОНИСТРИРУЮЩИЙ СЛОЖНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ГИПОКАЛИЕМИИ****АНДРЕЕВА А.В., ФОМИНА В.А., ГЛАЗКОВА Е.А., СУХОВА Н.А., МАРАХОВСКАЯ И.Л.,
ПУШКАРЕВА С.Ю., СОЛДАТОВ Е.С., ТКАЧЕНКО К.А.****ГБУ РО ОККД**

Цель. Продемонстрировать клинический случай сложности выявления причины гипокалиемии у пациентки 20 лет с разнообразной клинической картиной.

Материал и методы. Больная Б., 20 лет, поступила в ГБУ РО ОККД в сентябре 2018 г. с жалобами на головокружение, слабость, чувство нехватки воздуха, сердцебиение, судороги, перебои в работе сердца. Анамнез: эпизодически при санаторно-курортном лечении выявлялась гипокалиемия, гипонатриемия, 5 лет назад продолжительное время принимала диуретики (фуросемид – до 240 мг в сутки, слабительные – сенна), подвергалась выраженным физическим нагрузкам. Настоящее ухудшение около трех недель, стали беспокоить тонические судороги в руках и ногах, приступы помутнения сознания, дисменорея, в анализе крови снижение уровня калия до 2,2 ммоль/л. При обследовании выявлено: ЭКГ – частая желудочковая экстрасистолия, периоды аллоритмии. АД – 90/60 мм рт.ст., ЧСС – 76 в мин., ритм правильный. Отеков нет. В анализе крови: калий – 1,54 ммоль/л, натрий – 117,5 ммоль/л, магний – 1,05 ммоль/л, кальций – 2,65 ммоль/л, креатинин – 80 мкмоль/л, Нб – 117 г/л, СОЭ – 36 мм/мин. В анализе мочи: протеинурия – до 2,56 г/л. КТ надпочечников без патологии. УЗДГ почечных артерий – без значимой патологии. МРТ органов малого таза: синдром поликистозных яичников. Проводилось лечение: верошпирон 25 мг 2 р/д, калия хлорид в/в, магния сульфат в/м.

Результаты. На фоне лечения состояние без существенной положительной динамики. Уровень

калия крови не превышал 2,7 ммоль/л. Анализ калия в суточной моче: на 13-й день госпитализации – 635,8 ммоль/л, 17-й день – 637,0 ммоль/л. Сформулирован диагноз (учитывая нахождение в кардиологическом отделении): Основной – Дисгормональная миокардиодистрофия. Частая желудочковая экстрасистолия. Фоновый – Хронический тубулоинтерстициальный нефрит. Осложнения – нарушение электролитного обмена: гипокалиемия, гипонатриемия, гипернатрийурия. Протеинурия. Судорожный синдром. Больная переведена в нефрологическое отделение. 20.09.18 г. консультирована в УКБ №3 МГМУ им. И.М. Сеченова: по их мнению данное состояние больше похоже на синдром Бартера (гипокалиемия, гипонатриемия, гиперренинемия, мышечная слабость, гипотония). Рекомендовано: прием панангина, верошпирон. Синдром Бартера относится к наследственным тубулопатиям, это нормотензивный гиперальдостеронизм с гиперплазией юкстагломерулярного аппарата почек и резистентностью к действию ангиотензина II. Существует псевдосиндром Бартера – без генетических дефектов. Для дифференциальной диагностики гипокалиемии необходима оценка бикарбонатов плазмы крови – не была сделана. Для дальнейшего лечения пациентка направлена в специализированную нефрологическую клинику (г. Москва).

Заключение. Данный клинический случай демонстрирует сложность дифференциальной диагностики при гипокалиемии. Большое значение при гипокалиемии имеет анализ электролитов крови, мочи, бикарбонатов плазмы.

К ВОПРОСУ СОЧЕТАННОГО ПОРАЖЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**АХУНОВ В.М.¹, АХУНОВА А.М.², СИЗОВА Ж.М.¹****¹ФГБАОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»; ²ГБУЗ ГКБ ИМ С.С. Юдина ДЗМ, г. Москва. Россия**

Введение (цели/задачи). Среди отягощающих факторов течения бронхиальной астмы (БА) доминируют сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы (Урясьев О.М., 2015 г.). В настоящее время большинство исследователей склонны рассматривать повышение артериального давления (АД) у больных БА как проявления гипертонической болезни (ГБ). Среди многочис-

ленных гипотез развития ГБ имеются сведения об инфекционной теории развития заболевания. Грибы рода *Paecilomyces* – новый вид возбудителя врожденной хронической персистирующей инфекции крови, обладают диморфизмом и условно-патогенными свойствами. По данным мировой литературы они вызывают развитие системного микоза у лиц как с ослабленной, так и нормально

функционирующей иммунной системой (Houbraeken et al., 2010; Danielly C.M. et al, 2018). Среди клинических индикаторов пециломикозной инфекции (ПИ) доминируют аллергические симптомы и/или БА. Метаболитный состав мицелия и культуральной жидкости гриба *Raesciomycetes variotii*, выделенного из крови больного, представлен свободными жирными кислотами и фосфолипидами, среди которых преобладает лизофосфатидилхолин, обладающий мембранотоксическими свойствами, оказывающими цитопатогенное воздействие на клетки хозяина (Нуртаев и соавт., 1983, 1999). Экспериментальное воспроизведение пециломикоза установило в легких подопытных животных развитие альтеративно-продуктивного воспаления, принимающего затяжное течение. При этом в патологический процесс вовлекались сосуды и бронхи (Хамидова Н.М., Гиясов З.А., 1983; Ахунов В.М., Атакулов Б.М., 2009).

Цель исследования. Изучить роль ПИ в патологии сосудов у больных БА пециломикозной этиологии.

Материал и методы. Характеристика легких и тканей других органов у больных бронхиальной астмой пециломикозной этиологии на материале 15 аутопсий: 5 женщин и 10 мужчин, умерших в возрасте от 18 до 77 лет.

Результаты. При микроскопическом исследовании в легких обнаружено полнокровие сосудов. Наряду с паралитическим расширением венул и капилляров отмечен спазм артериол, набухание эндотелиальных клеток с тенденцией к слипанию, повышение проницаемости сосудистой стенки с выходом грибных клеток в периваскулярное пространство. Изменения в стенках сосудов характеризовались картиной продуктивно-деструктивного васкулита на разных стадиях развития – от эндо- до панваскулита с исходом в склероз. Однотипные изменения претерпевали стенки сосудов в тканях сердца и других органов, отличаясь лишь по времени возникновения. Склероз стенки сосуда и периваскулярной ткани – проявления реакции защитного типа организма хозяина, ограничивающей дальнейшее распространение патогена в ткани органа.

Заключение. 1. Развитие патологии бронхолегочной и сердечно-сосудистой систем при БА инициировано внутренней гематогенной инфекцией человека – диморфными грибами рода *Raesciomycetes* с условно-патогенными свойствами. 2. Периодические вспышки ПИ в крови у лиц с транзиторным иммунодефицитом вызывают воспалительный процесс в стенках кровеносных сосудов с развитием атеросклероза и ГБ, отягощающих течение БА при пециломикозе.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

БАБАДЖАНОВА Г.С., УЗАКОВА М.К., МАНСУРОВА М.Ю.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан

Актуальности. Развитие сердечной хирургии и врожденной сердечной кардиологии приводит к повышению числа женщин к моменту достижения репродуктивного возраста с врожденными сердечными патологиями. В целом, кардиологи рекомендуют вагинальные роды женщинам с ВПС во избежание осложнений из-за операции кесарево сечение, так как многие хорошо переносят вагинальные роды. Частота операции кесарево сечения больше, чем нормальной популяции.

Цель исследования. Сравнить пути родоразрешения, исходы беременности и показаний для операции кесарево сечение и индукции родов у женщин с ВПС и без ВПС.

Материал и методы. Нами наблюдались 40 беременных с ВПС, которые родили в период январь 2016 года – декабрь 2017 год. Учитывались возраст женщины, паритет и год рождения. Женщины классифицированы по тяжести ВПС по данным Американского коллежа кардиологов и функциональному классу по Перлоф. Показания для операции кесарево сечение различали по карди-

ологическим, акушерским и ряду других причин. Кардиологические причины – «ухудшение функции сердца», или «слабость сердечной функции». Акушерские причины делятся на: причины со стороны плода и причины с о стороны родовой деятельности.

Результаты. Средней возраст беременных составил $29,7 \pm 4,5$, тяжесть ВПС по Перлофу 1 класс – 40%, 2 класс – 55%, 3 класс – 3%. Частота операций кесарево сечение выше у женщин с ВПС – 47%, чем у беременных без ВПС – 33%. Частота родов – 44,8%, так как частота оперативных вагинальных родов на 10% меньше у женщин с ВПС. Частоту родов сравнили у всех повторнородящих, имеющих в анамнезе кесарево сечение. У женщин с наличием и отсутствием ВПС, частота кесарево сечения значительно выше у многорожавших пациенток, имеющих в анамнезе кесарево сечение, и многорожавших, имеющих в анамнезе срочные роды, 82% и 15% – женщины с ВПС, $P < 0,001$, и 59%, 12% женщины без ВПС, соответственно $P < 0,001$. Кардиологические причины – 33% жен-



щин с первыми операциями кесарева сечения с ВПС. Акушерские показания для родоразрешения путем кесарева сечения значительно выше у беременных без ВПС. Остальные причины для операции кесарева сечения у женщин с ВПС и без ВПС почти одинаковые. Исходы беременности: частота преждевременных родов у женщины с ВПС – 13 %, без ВПС – 32 %.

Выводы. Опасения по поводу ухудшения состояния матери в результате более высоких темпов индукции родов кажутся неоправданными в большинстве случаев. Наряду с возможным уменьшением кесарева сечения со стороны матери, уменьшение плановых вагинальных родов может быть целесообразным в снижении скорости.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МНОГОСОСУДИСТОГО ПОРАЖЕНИЯ ПРИ АРТЕРИИТЕ ТАКАЯСУ У МУЖЧИНЫ 35 ЛЕТ

**БАХМЕТЬЕВ А.С.^{1,2}, КОВАЛЕНКО В.И.², ЧЕХОНАЦКАЯ М.Л.¹, ДВОЕНКО О.Г.¹,
КУРСАЧЕНКО А.С.¹, МАТВЕЕВ В.В.³**

¹ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава РФ, г. Саратов;

²ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава РФ, г. Москва;

³Медицинская клиника ИММА, г. Москва. Россия

Цель исследования. Демонстрация ультразвукового и клинического наблюдения редкого случая многососудистого поражения при артериите Така-ясу (АТ) у мужчины 35 лет.

Материал и методы. Ультразвуковое исследование проводилось на стационарном приборе экспертного класса Siemens SC2000 Prime на базе кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии им. Н.Е. Штерна Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава РФ (отделение ультразвуковой и функциональной диагностики).

Результаты. Мужчина М., 35 лет, проживающий в Саратовской области, обратился к ангиохирургу в клинику СГМУ с жалобами на боли в правой голени, возникающие при ходьбе через 100 метров. Дебют заболевания – 3 месяца назад, когда неприятные ощущения в нижней конечности начали возникать при ходьбе на расстояние более 400 метров. Пациент астенического телосложения, без вредных привычек. При осмотре – отсутствие пульса на бедренной, подколенной и берцовых артериях справа, а также ослабление пульсации на правой лучевой артерии. При выполнении дуплексного сканирования (ДС) артерий нижних конечностей выявлена окклюзия правой общей подвздошной артерии на протяжении 5 см (гомогенные массы средней эхогенности, прочно спаянные со стенкой сосуда). Дистальнее на всех уровнях – проходимые артерии с коллатеральным кровотоком и толщиной комплекса интима-медиа (КИМ) не более 0,6 мм. При вы-

полнении ДС брахиоцефальных артерий выявлен Стилл-синдром справа (окклюзия первого сегмента подключичной артерии), а также диффузное утолщение стенок правой общей сонной артерии с максимальным стенозом до 60 % по площади. Слева по ветвям дуги аорты – без особенностей (КИМ до 0,6 мм). Осмотрен брюшной отдел аорты и висцеральные ветви – нарушений гемодинамики не выявлено. Учитывая клинику-лабораторные показатели (нормальная липидограмма, невыраженное увеличение СОЭ и С-реактивного белка), молодой возраст, жалобы на перемежающуюся хромоту, ослабление пульса на лучевой артерии, а также наличие восточных генетических корней (ближайшие родственники корейцы), пациент с рабочим диагнозом артериит Така-ясу отправлен на плановую консультацию к ревматологу в областную клинику, где диагноз был подтвержден.

Выводы. При выявлении у молодых пациентов «неатеросклеротического» профиля окклюзивного поражения магистральных артерий нижних конечностей необходимо проведение ДС БЦА для исключения многососудистого поражения, характерного для АТ. Знание критериев установки диагноза столь редкого заболевания позволяет с большой вероятностью заподозрить артериит в диагностическом кабинете, что, несомненно, представляет крайне важным моментом для пациента, учитывая, что в среднем с момента возникновения симптомов до начала адекватной терапии проходит 1,5 года.

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

БЫКОВ А.Н.¹, АРХИПОВ М.В.², КРОХАЛЕВ В.Я.², ЧУМАРНАЯ Т.В.³

¹ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»;

²ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет Минздрава России»;

³ФГАОУ ВО «УрФУ имени первого Президента России Б.Н. Ельцина». Россия

Введение. Легочная гипертензия (ЛГ) – это группа заболеваний, характеризующихся прогрессирующим повышением давления в легочной артерии и легочного сосудистого сопротивления, что в итоге приводит к правожелудочковой сердечной недостаточности (СН) и преждевременной гибели пациентов. ЛГ сопровождается не только повышением давления в легочной артерии и изменениями иных параметров гемодинамики, но так же может сопровождаться и увеличением ее диаметра, что в некоторых случаях может приводить к синдрому сдавления ствола левой коронарной артерии (ЛКА). Частота компрессии ствола ЛКА у пациентов с ЛАГ доподлинно не известна. Синдром сдавления ствола ЛКА является причиной возникновения боли в груди по типу стенокардии и приводит к дисфункции левого желудочка у пациентов с ЛГ. Наряду со стенокардией, компрессия ствола ЛКА может стать причиной осложнений тяжелой ишемии миокарда, таких как инфаркт миокарда, аритмия и, в конечном итоге, внезапная смерть. Из всех смертей среди пациентов с ЛАГ на долю внезапной смерти приходится > 25 %, некоторые из этих событий могут быть связаны с компрессией ствола ЛКА, что является потенциально корригируемым осложнением. Несмотря на недавние достижения в лечении ЛАГ, прогноз для пациентов остается неблагоприятным, особенно при тяжелом течении болезни. Ранняя диагностика может быть затруднена в связи с тем, что типичные симптомы для ЛАГ, такие как одышка, усталость и боль в груди при нагрузке не являются специфическими. Если на сегодняшний день имеются международные и российские рекомендации по диагностике и лечению ЛГ, то алгоритма диагностики синдрома сдавления ствола ЛКА при ЛГ не существует. Таким образом, установка окончательного диагноза и правильное лечение часто запаздывают у таких пациентов. Несмотря на то, что легочная гипертензия и синдром сдавления ствола ЛКА являются редкими патологическими состояниями, они представляют большой интерес, поскольку могут возникать у лиц трудоспособного возраста, быстро прогрессируют, значительно снижая качество жизни, и являются жизнеугрожающими. Создание прогностических математических моделей вероятности развития синдрома сдавления ствола ЛКА при ИЛАГ позволит определить диагностический алгоритм, что определит тактику ведения данных пациентов. Подобных исследований

среди российской популяции пациентов не проводилось, что подчеркивает актуальность и новизну работы.

Цель. Выявить клиничко-анатомические особенности коронарного кровотока у пациентов с ИЛАГ.

Задачи: 1. Провести анализ клиничко-анамнестических особенностей пациентов с ИЛАГ. Выявить взаимосвязи клинической картины заболевания пациентов с ИЛАГ с особенностью их коронарного кровотока. 2. Выявить взаимосвязи геометрии правых отделов сердца и коронарного кровотока. 3. Исследовать взаимосвязи анатомии ствола ЛКА с наличием его стеноза. 4. Исследовать взаимосвязи хронического повреждения миокарда у пациентов с ИЛАГ. 5. Построить многофакторную модель вероятного наличия стеноза ствола ЛКА у пациентов с ИЛАГ.

Материал и методы. В региональном центре ЛГ Свердловской области на базе ГБУЗ СО «СОКБ №1» в период с 03.2015 г. по 08.2018 г. были обследованы 520 пациентов с диагнозом легочная гипертензия по современному алгоритму диагностики. В анализ включены 36 пациентов с верифицированным диагнозом ИЛАГ. Всем пациентам проведено следующее обследование: сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование, лабораторные обследования, в т.ч. высокочувствительный Тропонин Т (дважды с интервалом в 6–12 часов), мозговой натрийуретический пептид, инструментальные обследования: ЭКГ, ХМ ЭКГ, ЭхоЭКГ с опцией оценки коронарного кровотока, коронароангиография, катетеризация правых отделов сердца, МСКТ легочных артерий и коронарных артерий с ЭКГ-синхронизацией. Пациенты разделены на две группы: со стенозом ствола ЛКА (8 чел.) – группа 1 и без стеноза ствола ЛКА (28 чел.) – группа 2. Далее объединенная группа 2 была разделена на подгруппы: 2А – наличие болевого синдрома (14 чел.) и 2Б – отсутствие болевого синдрома (14 чел.).

Результаты. Расширение ствола ЛА в некоторых случаях может приводить к синдрому сдавления ствола левой коронарной артерии (ЛКА). В исследуемой группе пациентов отсутствовало атеросклеротическое поражение коронарных артерий. Частота внешней компрессии ствола ЛКА у пациентов с ИЛАГ – 22 %. При анализе жалоб у больных ИЛАГ боли в груди определялись в 61 %, при этом у 25 % пациентов отмечались типичные приступы стенокардии. В группе 1 – боль в груди отмечалась в 100 % случаев. У всех 36 пациентов



были жалобы на одышку. Клинически, в группе 1 были пациенты с более частыми проявлениями правожелудочковой СН (отеки, асцит), нарушениями ритма сердца и кровохарканием, как проявлением легочных гипертонических кризов. Установлено статистически значимое различие между группами 1 и 2 по параметрам: длительность заболевания, одышка (по Боргу), ФК ЛАГ, ширина луковичы Ао, угол отхождения ствола ЛКА, диаметр ствола ЛА, соотношение ЛА/Ао, средняя ЧСС по ХМ ЭКГ, ср ДЛА, ЛСС, СИ, СВ, ВТПЖ, площадь ПП, СДЛА, ДПП, TAPSE, FAC ПЖ, толщина стенки ПЖ, скорость в стволе ЛКА. Установлено статистически значимое различие между группами 2А и 2Б по параметрам: одышка (по Боргу), ФК ЛАГ, средняя ЧСС по ХМ ЭКГ, тропонин, BNP, ЛСС, СВ, СИ, ДПП, TAPSE, толщина стенки ПЖ. Получены корреляционные связи хронического миокардиального повреждения при ИЛАГ с длительностью заболевания, одышкой (по Боргу), ФК ЛАГ, диаметром ствола ЛА, соотношением ЛА/Ао, средней ЧСС по ХМ ЭКГ, BNP, ср ДЛА, ЛСС, СИ, СВ, площадью ПП, СДЛА, ДПП, TAPSE, FAC ПЖ, толщиной стенки ПЖ, ФВ ПЖ, скоростью в стволе ЛКА.

Заключение. 1. Сдавление ствола левой коронарной артерии увеличенным стволом легочной артерии ассоциируется с возможной клиникой стенокардии. У пациентов с ИЛАГ боль в груди определялась в 61 %. Типичные ангинозные приступы в 25 % случаев. 2. В случае наличия стенокардии у пациента с ИЛАГ синдром сдавления ствола ЛКА

следует рассматривать в дифференциальном диагнозе. 3. Важнейшими факторами риска развития синдрома сдавления ствола ЛКА являются: тяжесть и продолжительность ЛГ, изменение параметров гемодинамики (повышение ср. ДЛА, ЛСС, снижение СИ, СВ), изменение показателей по данным ЭхоКГ (повышение ВТПЖ и площади ПП, снижение TAPSE), повышение скорости в стволе ЛКА, увеличение отношения ЛА/Ао (более 1,6), диаметра легочной артерии (более 40 мм) и уменьшения угла отхождения ствола ЛКА (менее 30 градусов). 4. В возникновении боли при ИЛАГ могут играть такие факторы, как уменьшение сердечного выброса (СВ) и снижение давления в коронарных артериях, выраженная гипертрофия правого желудочка, перерастяжение легочной артерии в связи с выраженной ЛГ, что приводит к компрессии коронарных артерий. 5. У пациентов с ИЛАГ возможно развитие хронического повреждения миокарда, о чем свидетельствует стабильно высокий субпороговый уровень Тс. 6. Неинвазивные методы измерения диаметра ствола легочной артерии у пациентов с ИЛАГ могут быть полезны для определения вероятности наличия компрессии ствола ЛКА, а также для выбора пациентов для дальнейшего дообследования в объеме коронарной ангиографии. 7. Раннее выявление стенозов коронарных артерий при ИЛАГ и последующая хирургическая их коррекция могут повлиять на прогноз и улучшить качество жизни пациентов.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ВОДНЕВ В.П., АХМЕТОВА Г.Д., БАЛКАНАЙ Г.Б.

**АО Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
г. Алматы. Казахстан**

Цель работы. Изучение обращаемости, клинических симптомов, эффективности лечения на этапе скорой медицинской помощи у больных с тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА).

Материал и методы исследования. Были проанализированы 16 карт вызовов к больным с тромбоэмболией легочной артерии, обратившихся на станцию скорой помощи г. Алматы. Среди обратившихся было 56 % (9) женщин и 44 % (7) мужчин, возраст женщин 40–58 лет, мужчин 53–67 лет. При обращении больные жаловались на одышку (13–81,3 %), боли в грудной клетке (6–37,5 %), слабость (11–68,7 %), сердцебиение (14–87,5 %), обморок (2–12,5 %). У большинства больных были выявлены факторы риска тромбоэмболий: варикозное расширение вен и тромбозы нижних конечностей – 11 (68,7 %), травмы и недавно перенесенные операции – 5 (31,3 %), постоянные нарушения ритма сердца – 4 (25 %). Среднее время обращения за ме-

дицинской помощью составило $22,6 \pm 12,7$ минуты от момента появления первых симптомов заболевания. Все больные были обслужены специализированными бригадами скорой помощи: реанимационными – 5, бригадами интенсивной терапии – 11.

Результаты. Источником тромбов при ТЭЛА чаще служат вены нижних конечностей и таза, намного реже – вены верхних конечностей и правые отделы сердца. Непосредственной причиной резкого ухудшения состояния 7 больных назвали физическую нагрузку. При физикальном обследовании были выявлены следующие признаки: бледность (серый цианоз) кожных покровов – 12 (75 %), тахикардия – 14 (87,5 %), тахипное 24–36 в 1 минуту – 13 (81,3 %), выраженная гипотония (систолическое АД 90–80 мм рт.ст.) – 3 (18,8 %), умеренное снижение АД до 110–100 мм рт.ст. – 9 (56,3 %), аускультативно обнаруживали акцент II тона над легочной артерией. Всем больным проводилась

электрокардиография в 12 стандартных отведениях. Часто выявляют синусовую тахикардию, R-pulmonale – 11 (68,8%), отклонение ЭОС вправо – 13 (81,3%), синдром SIQIII – 6 (37,5%); блокада правой ножки пучка Гиса – 9 (56,3%).

Лечение больных с ТЭЛА начинали с обеспечения постоянного доступа к вене, для устранения гипоксии у пациента с ТЭЛА проводили оксигенотерапию. Для устранения гипотензии проводили внутривенную инфузию солевых растворов, при значительном снижении АД вводили вазопрессоры (допамин – в/венно, медленно). При наличии болевого синдрома проводили обезболивание в зависимости от интенсивности болевого синдрома (наркотические или ненаркотические анальгетики). Антикоагулянтная терапия проводилась не только при подтвержденном диагнозе, но еще в процессе

диагностики при высокой вероятности ТЭЛА. Для этого всем больным применяли нефракционированный гепарин в дозе 5000–10000 ЕД внутривенно. Для восстановления кровотока в легких применялась реперфузионная терапия – 7 больных. С этой целью применяли альтеплазу 100 мг внутривенно капельно. Инфузию тромболитиков начинали дома у больного и продолжали в процессе транспортировки в стационар.

Заключение. Своевременная антикоагулянтная и тромболитическая терапия снижает риск смерти и рецидивы тромбозов, поэтому ее рекомендуют начинать при отсутствии противопоказаний на догоспитальном этапе. Всем больным в процессе лечения удалось стабилизировать гемодинамику и доставить их в специализированный стационар.

ВРОЖДЕННАЯ СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ: СИНДРОМ ПАРКС – ВЕБЕРА – РУБАШОВА

ДАДАБАЕВА Н.А., ШУКУРЖАНОВА С.М., ОМАРОВ Х.Б., ШУКУРОВ А.А., КАСЫМХОДЖАЕВА Г.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан

Синдром Паркс – Вебера – Рубашова – врожденное патологическое развитие артериовенозных шунтов. При нормальном развитии сосудистой системы артерии и вены соединяются между собой через артериоло-капиллярную сеть, при аномальном между артериями и венами появляется прямое сообщение, в результате которого развивается варикозное расширение вен. Чаше всего это происходит на верхних и нижних конечностях. Когда ребенок растет, то из-за повышенной васкуляризации костей и тканей он растет гораздо интенсивнее. При большом и длительном сбросе крови из артерий в вены происходит нарушение в сердечно-сосудистой деятельности. Перегрузка сначала приводит к гипертрофии мышцы сердца, а в последующем к расширению полостей и развитию хронической сердечной недостаточности. В качестве примера приводим историю болезни № 4003. Больной С., 1977 года рождения, из Джиззакской области поступил в 1 кардиологическое отделение 1 Клиники Ташкентской медицинской академии 16.03.2018 г. с жалобами на одышку, тяжесть в животе, слабость. В 2005 году после свадьбы обратил внимание на выраженное расширение вен нижних конечностей и появление одышки. Обратился в Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. Вахидова (РСЦХ), где был поставлен диагноз синдром Паркс – Вебера – Рубашова. В 2007 г. выполнена операция по поводу варикоцеле, в 2013 г. – флебэктомия слева, в 2015 г. – справа. В 2013 г. поставлен диагноз Дилатационная Кардиомиопатия. В 2017 г. в феврале в связи с эпизодами редкого пульса и головокружениями обследовался в Республиканском специализированном центре кардиологии. На ХМ ЭКГ выявлено: фибрилляция предсердий

брадисистолическая форма, политопная желудочковая экстрасистолия III, IV A, B классы по Лауну и больной направлен в РСЦХ, где был имплантирован ЭКС. В связи с ухудшением состояния и нарастанием одышки поступил в кардиологическое отделение. В детстве рос болезненным ребенком, часто страдал простудными заболеваниями. Служил в армии. Женат, детей нет. Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена. Работал шофером. Состояние тяжелое, астеник, рост 187 см, пониженное питание. Выраженный акроцианоз. Кожа сухая, желтушная. Склеры глаз инъектированы и иктеричные. На передней стенке живота, мошонке, нижних конечностях варикозно расширенные вены. Некоторые вены кровоточат, в связи с чем приходилось обращаться к хирургической помощи. На нижних конечностях варикозное расширение вен в виде конгломератов. В легких жесткое дыхание. Слева под ключицей имплантирован ЭКС. Сердце увеличено во всех размерах. Тоны приглушены, выраженный акцент II тона над легочной артерией. ЧСС – 70 в мин., ритм правильный. АД – 120/80 мм рт.ст. Язык цианотичный, обложенный. Живот увеличен в размерах. Печень выступает до пупочной линии, имеется жидкость в брюшной полости.

Лабораторно-инструментальные обследования. Общий анализ крови: Нв – 125 г/л: Эрит. – $4,03 \times 10^{12}/л$: Нт – 35,9: Лейк. – $2,9 \times 10^9/л$. Тром. – $288 \times 10^9/л$. СОЭ – 2 мм/час. ОАМ. уд.вес – 1021. Белок – авс. Эпит. – 0-1-2. Лейк – 1-2. Липидный спектр крови. Общ. ХС – 116 мг/дл. ТГ – 8 мг/дл. ХС ЛПВП – 40 мг/дл. ХС ЛПОНП – 11 мг/дл. ХС ЛПНП – 64 мг/дл. Сахар крови натощак – 4,3 ммоль/л. АЛАТ – 12 U/L. АСАТ – 10 U/L. Общий билирубин – 47,6 мкмоль/л. Креатинин – 78 мкмоль/л.



Мочевина – 5,7 мг/дл. Острофазовые показатели. РФ 5 U/ml. СРБ – 4,33 мг/дл. АСЛО – U/ml. Электролиты. К – 4,31 ммоль/л. Na – 136,1 ммоль/л. Cl – 109,3 ммоль/л. Са – 1,23 ммоль/л. Са тотал – 2,31 ммоль/л. Коагулограмма. ПТВ – 18,8. сек. ПТИ – 64,2%. ПТО – 1,39. МНО – 1,44. АЧТВ – 38,9 сек. Фибриноген – 2,4 г/л. Маркеры инфекционных агентов. HBSAg-отр. anti HCV-отр. RW-отр. **ЭКГ.** Ритм навязанный ЭКС с ЧСС – 70 уд.мин. **ЭхоКГ.** Ao – 27 мм. ЛП – 47 мм. ЛЖ. КДР – 67 мм. КСР – 51 мм. МЖП – 10,6 мм. ЗСЛЖ – 11 мм. ПЖ – 46 мм. ПП – 57×69 мм. ММЛЖ – 329,03 гр. КДО – 231,4 мл. КСО – 123,8 мл. ФВ – 46,5%. E – 1,05 м/с. PV.aop. – 1,06 м/с. Стенки восходящего отдела аорты и створки аортального и митрального клапанов уплотнены. Пульсовое движение аорты сохранено. Систолическое раскрытие полулунных клапанов – 18 мм. ДэхоКГ. Митральная регургитация 2–3 степени, Градиент давления – 84 мм рт.ст. Трикуспидальная регургитация 2 степени. Градиент давления – 34 мм рт.ст. Систолическое давление легочной артерии – 54 мм рт.ст. **МСКТ.** Отмечается выраженное расширение нижней полой вены, всех вен малого таза и подкожных вен обеих конечностей. **УЗИ почек и брюшной полости.** Печень увеличе-

на, контуры неровные, четкие. Правая доля – 17,8 см, левая – 9 см. Структура паренхимы не однородная. Желчный пузырь сокращен. Поджелудочная железа: головка – 1,6 см тело – 1,5 см, контуры ровные, четкие. Селезенка увеличена, контуры ровные, четкие, размер 13,0×4,7 см. Правая почка 12,5×5,0 см, левая 13,5×4,6 см. ЧЛС не расширена. В брюшной полости не большое количество жидкости. **Рентгенография грудной клетки.** Правосторонний экссудативный плеврит. Кардиомега-

Диагноз. Синдром Паркс – Вебера – Рубашова. Вторичная кардиомиопатия. Состояние после имплантации ЭКС. ХСН III ст., легочная гипертензия II ст., застойный цирроз печени, спленомегалия, асцит, правосторонний гидроторакс.

Кровотечения из варикозных вен нижних конечностей.

Заключение. Таким образом, врожденная патология развития артериовенозных анастомозов привела к развитию кардиомегалии, сердечной недостаточности и сложным нарушениям ритма, в связи с чем больному имплантирован электрокардиостимулятор.

МИКРОФЛОРА ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ

ЗОИДБОВА Н.З., ОДИНАЕВ Ш.Ф.

ТГМУ

Цель. Определить основную этиологическую структуру бактериальной флоры хронических бронхолегочных заболеваний на современном этапе у пациентов с хроническим легочным сердцем.

Материал и методы. Материалом для бактериологического исследования послужила мокрота 615 больных с хронической бронхолегочной патологией, на фоне *сog pulmonale*, а при ее отсутствии – смыв содержимого бронхов у пациентов с бронхолегочной патологией (102 образца). Для бактериологического исследования мокроты материал засеивали на 5% кровяной агар, а для выделения энтеробактерий использовалась среда Эндо. Исследования проводились на протяжении 6 лет в лаборатории бактериологии Таджикского НИИ профилактической медицины.

Результаты. Высеваемость из мокроты и содержимого бронхов различных микроорганизмов при обычном культивировании в аэробных условиях составила в общем количестве 253 культуры микроорганизмов, а при посевах содержимого из бронхов – 115 культур штаммов. Все выделенные штаммы легко коагулировали плазму, ферментировали манит и вызывали гемолиз культуры, что свидетельствует о высокой патогенности. Анализ проведенных исследований свидетельствует, что из мокроты обследованных чаще, чем из содержимого бронхов, выделяются микроорганизмы, в частности стафилококки

(36,3 из мокроты и 30,4% из содержимого бронхов) от общего числа выделенных культур. Далее по частоте высеваемости регистрируется стрептококк (в мокроте 59 культур – 23,3% и в смывах бронхов 27 культур 23,4%). Высеваемость пневмококка из мокроты составила 9 культур (3,5%), из содержимого бронхов – 3 культуры (2,1%), в то время как количество культур нейсерий регистрировалось чаще и составило 12 культур (4,7%) и 10 культур (8,6%) соответственно. Также высевались сарцины из содержимого мокроты 4 культуры (1,5%), а из смывов бронхов выделено 2 культуры (1,6%). Кроме кокковой флоры, в мокроте больных обнаруживали грамотрицательную флору (кишечную палочку, протей, синегнойную палочку и др.). Среди них преобладает кишечная палочка: 7 штаммов из мокроты (2,7%) и 3 штамма из содержимого бронхов (2,1%), клебсиелла из мокроты – 4 штамма (1,5%) и 1 штамм – в смывах бронхов (0,7%), синегнойная палочка – 5 штаммов (1,9%) и 2 штамма (1,6%) соответственно. В одном случае из мокроты выделен протей вульгарис. Наибольший процент обнаружения представлен коринебактериями, выделенными из содержимого бронхов – 18,2%, в то время как процент обнаружения их из мокроты оказался равным 7,9%. Посевы из бронхов были стерильны в 18 случаях, а при посеве мокроты наблюдалась 100%-я высеваемость микроорганизмов.

Заключение. Этиологическая структура хронических бронхолегочных заболеваний на современном этапе представлена как грамположительной, так и грамотрицательной патогенной микрофлорой,

причем рост ассоциаций более 2 микроорганизмов регистрировался в 210 случаях (34,1%) от общего числа исследований.

ИЗМЕНЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПОДВЕРГШИХСЯ ЧКВ

КАРИМОВ А.М., АБДУЛЛАЕВ Т.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Россия

Цель. Оценить 6-ти месячную динамику биохимических параметров крови пациентов ИБС с систолической дисфункцией и наличием СД 2 типа, подвергшихся ЧКВ.

Материал и методы. В зависимости от наличия/отсутствия СД 2 типа все больные были разделены на 2 группы: 1 гр. – 30 человек, у которых имел место сопутствующий СД 2 т., и 2 гр. – 30 больных без СД 2 т. Группы были сопоставимы по

полу, возрасту и росто-весовым параметрам. В обеих группах преобладали лица мужского пола (60 и 70% соответственно).

Помимо стандартных обследований были изучены показатели уровня липидов крови, креатинина, с подсчетом СКФ по EPI, мочевины. Данные были проанализированы исходно и на 6-й месяц наблюдения.

Сравнительная характеристика лабораторных показателей у лиц с ХСН ишемической этиологии в зависимости от наличия или отсутствия СД 2т

Показатели	1 группа (с СД 2 типа) n=30			2 группа (без СД 2 типа) n=30		
	Исход	6 месяц	p	Исход	6 месяц	p
Общ.ХС, ммоль/л	219,8±16,5	162,7±18,6	0,000	223,6±18,7	173,3±16,3	н/д
ТГ, мг/дл	223,2±44,6	141,1±22,7	0,000	163,3±40,7	111,3±19,5	0,010
ЛПНП, ммоль/л	104,5±7,8	53,8±11,3	0,000	118,1±11,3	68,4±9,9	0,000
ЛПОНП ммоль/л	45,1±5,3	46,7±7,8	н/д	26,3±6,4	35,9±7,5	н/д
ЛПВП ммоль/л	34,5±8,2	38,5±7,7	0,056	35,9±8,8	37,5±7,3	н/д
КАхс	5,3±1,3	3,9±0,9	0,000	4,1±1,5	3,7±1,1	н/д
Глюкоза, ммоль/л	9,8±4,3	8,2±3,7	н/д	5,4±1,7	5,6±1,1	н/д
HbA _{1c} , %	8,5±2,1	6,8±3,4	0,023	5,7±2,1	5,3±2,5	н/д
АлАТ, мг/дл	43,0±26,8	30,1±15,6	0,026	36,6±24,8	32,2±11,5	н/д
АсАТ, мг/дл	40,6±33,6	26,2±12,8	0,032	34,2±24,8	26,2±8,9	н/д
Креатинин, ммоль/л	103,7±27,1	96,6±15,8	н/д	100,7±27,7	91,4±11,6	н/д
СКФ по MDRD.	73,2±20,6	76,9±16,2	н/д	75,3±19,8	78,2±13,7	н/д

Примечание: p – достоверность различий на исходном и 6-месячном этапах исследования.

Результаты. Анализ показателей липидного спектра крови в анализируемых группах пациентов установил, что наличие сопутствующего СД 2т. способствует развитию более выраженной дислипидемии. В частности, в 1 гр. больных наблюдались сравнительно повышенные уровни ЛПОНП и ТГ крови (в 1,72 и 1,67 раза, соответственно), хотя значения ОХС были, практически, равнозначны. По итогам шести-месячного наблюдения отмечалось снижение всех холестеринных фракций, а также недостоверный прирост ЛПВП. Кроме того, у всех обследуемых на 6-месячном этапе терапии наблюдались уменьшение уровня креатинина крови и соответствующий прирост скорости клубочковой фильтрации (СКФ), более выраженный у

пациентов без СД 2т. Тем не менее, у лиц с сопутствующим СД 2т. снижение уровня глюкозы крови не наблюдалось, но снизилась активность гликированного гемоглобина крови. Так же в динамике на фоне 6-месячной терапии в полученных нами результатах мы зафиксировали нормализацию печеночных трансаминаз как в 1 гр., так и во 2 гр.

Заключение. Таким образом, улучшение перфузии миокарда после ЧКВ и комплексная 6-месячная терапия способствуют повышению инотропной функции миокарда и нормализации не только липидного спектра крови, но и печеночных трансаминаз и уровня креатинина, с увеличением скорости клубочковой фильтрации.

**НЕОПЕРАБЕЛЬНАЯ ХРОНИЧЕСКАЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКАЯ ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ – ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РИОЦИГУАТА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ****КЛИМЕНКО А.А., ШОСТАК Н.А., ДЕМИДОВА Н.А.****ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва. Россия**

Введение (цели/задачи). Изучение эффективности и переносимости риоцигуата при неоперабельной/резидуальной ХТЭЛГ (нХТЭЛГ).

Материал и методы. В исследование включены 7 пациентов (4 женщины, 3 мужчины) в возрасте 51,6±1,8 лет. Длительность ХТЭЛГ составила 36±2 месяца. У одного пациента в анамнезе легочная тромбозартеризмация с прогрессированием резидуальной ХТЭЛГ. Остальные пациенты были отнесены к группе неоперабельных после заключения комиссии экспертных центров по ХТЭЛГ. Проводилась терапия риоцигуатом в начальной дозировке 0,5 мг 3 раза в сутки с последующей титрацией дозы. Через 3 месяца после начала терапии ни один пациент не достиг максимальной суточной дозы – 2,5 мг 3 раза в сутки в связи с развитием гипотонии на фоне приема препарата. Два участника принимали препарат в дозе 2 мг 3 раза в сутки, 3 участника – в дозе 1,5 мг 3 раза в сутки. Период наблюдения составил от 9 до 12 месяцев. Эффективность терапии оценивалась по тесту шестиминутной ходьбы (ТШХ), данным эхокардиографии (ЭхоКГ), частоте госпитализаций в связи с обострением заболевания. Регистрировались случаи нежелательных явлений.

Результаты. До начала специфической терапии установлен III функциональный класс (ФК) нХТЭЛГ по результатам ТШХ у всех пациентов; десатурация после проведения теста в среднем составляла 3,8%. Систolicеское давление в системе легочной артерии (СДЛА) по данным ЭхоКГ

до начала терапии риоцигуатом составляло в среднем 74,5 мм рт.ст. Наблюдалась значительная дилатация правых предсердия и желудочка (ПП, ПЖ), увеличение диаметра ствола легочной артерии (ЛА). При динамической оценке ТШХ в среднем через год после начала терапии риоцигуатом регистрировалось увеличение толерантности к физической нагрузке в виде уменьшения ФК – у 3 из 7 больных пройденная дистанция соответствовала II ФК, у 4 больных отмечалось увеличение пройденной дистанции в среднем на 46 м. Уровень десатурации после ТШХ остался прежним. Выраженность одышки по Боргу после ТШХ соответствовала 4–6 баллам. По данным ЭхоКГ отмечалось снижение СДЛА в среднем на 9 мм рт.ст., уменьшение объема ПП – на 10% и уменьшение размера ПЖ (4-х камерная позиция) – на 0,3 см у 3 пациентов. За время наблюдения ни один участник не был госпитализирован в стационар в связи с ухудшением состояния. Серьезных негативных явлений не регистрировалось. Такие негативные явления, как гипотония, головокружение и тошнота отмечались у всех больных, однако они не потребовали отмены препарата.

Заключение. Использование в реальной клинической практике риоцигуата у пациентов с нХТЭЛГ улучшает течение заболевания. Отмечена хорошая переносимость препарата у наивных больных по применению специфической группы лекарственных средств, применяемых для терапии легочной гипертензии.

ГОРМОНАЛЬНЫЙ МИОКАРД**КУРБАНОВ А.Ч.¹, ВИЛЬДАНШИН Д.К.², ОДИНАЕВ Ф.И.¹, ТАБАРОВ А.³****¹ТГМУ; ²ГКБ-2; ³РКЦК, г. Душанбе. Таджикистан**

Введение (цели/задачи). Оценить состояние гормонов щитовидной железы у больных с различными кардиомиопатиями.

Материал и методы. За последние 5 месяцев 2017 года в центре кардиологии нами отобраны 8 пациентов с кардиомиопатиями неясной этиологии. Возраст пациентов составил от 30 до 50 лет, среди которых основную часть составили 6 мужчин молодого возраста. Выбор определения концентрации гормонов в сыворотке крови составлялся врачом-эндокринологом. Для количественного определения уровня Т4 (тироксин) и Т3 (3-йодтиронин) использовался конкурентный иммуноферментный анализ (ИФА) с использованием разработанных тест-систем (Российская фирма Вектор). Для опре-

деления уровня тиреотропного гормона (ТТГ) использовался принцип двухсайтового иммуноферментного анализа ТТГ (N 0,3–0,4 мМЕ/мл).

Результаты. Уровень концентрации гормонов щитовидной железы, в частности ТТГ составил в среднем у пациентов с кардиомиопатиями 10,2±1,2 мМЕ/мл. Увеличение продукции ТТГ наблюдалось так же у лиц контрольной группы 6,3±1,1, однако концентрация ТТГ у пациентов оказалась достоверно выше, чем у лиц контрольной группы и показателями нормы. У пациентов с кардиомиопатиями динамика Т4 гормонов снижена по сравнению с показателями нормы и данными, полученными у лиц контрольной группы, и составила 29,1±1,1 нг/мл. У лиц контрольной группы

уровень Т4 гормона находился в пределах нормальных показателей и составил $46,1 \pm 1,5$ нг/мл, который находится в пределах нижних величин нормальных показателей. Анализ гормонального фона щитовидной железы у лиц контрольной группы указывает на незначительный дефицит йода. В отношении Т3 гормона можно указать на тенденцию его увеличения у наших пациентов, который составляет $2,5 \pm 0,7$ нг/мл, тогда как этот показатель в контрольной группе находится в пределах нормы и составляет $1,4 \pm 0,3$ нг/мл. Это обстоятельство может свидетельствовать, что имеется йоддефицитное состояние у пациентов с кардиомиопатиями. Такое состояние в первую очередь приводит к снижению синтеза и секреции основного гормона щитовидной железы Т4, и по принципу обратной связи стимулируется синтез и секреция ТТГ гипоталамусом. При этих процессах и под влиянием ТТГ усиливается поглощение йодида щито-

видной железой из крови и стимулируется синтез тиреоидных гормонов. Причем синтезируется в основном Т3, для которого требуется меньше йода, чем для Т4.

Заключение. Гормоны щитовидной железы во многом определяют функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и незначительные колебания в системе гормон – сердце неодноточно отражаются на работе сердца. Возникновение дисбаланса в адаптационных механизмах сердца вследствие истощения выработки гормонов щитовидной железы может в дальнейшем обуславливать формирование патологии сердечно-сосудистой системы по типу кардиомиопатий. Это обстоятельство диктует необходимость проведения консультации врача-эндокринолога всем пациентам с кардиомиопатиями, миокардитами неясной этиологии.

К ВОПРОСУ О КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЯХ В КАРДИОЛОГИИ: ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ВЫБОР ТЕРАПИИ

КУШЕКБАЕВА А.Е., БЕСПАЕВА Ф.А.

ЮКМА, Областная клиническая больница, г. Шымкент. Казахстан

Ассоциация между заболеваниями сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем – область исследования, которая привлекает все больше внимания в последние годы.

Цель. Выявить частоту встречаемости артериальной гипертензии (АГ) при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) с проведением анализа выбора антигипертензивной терапии (АГТ).

Материал и методы. Изучены архивные и текущие материалы за 3 года (2013–2014, 2016 гг.) в отделениях пульмонологии (1372 пациентов с ХОБЛ) и хронической сердечной недостаточности (2136 пациентов с ХСН).

Результаты. ХОБЛ с АГ за последние три года среди исследуемых 3508 больных составил 1200 (34,2%) пациентов. Коморбидность ХОБЛ с АГ достоверно ($p < 0,05$) чаще выявлялась у больных, возраст которых 50 лет и старше.

Встречаемость коморбидности ХОБЛ с АГ в отделении пульмонологии составила в среднем

51,3%, а в отделении кардиологии пациенты с АГ и ХОБЛ – 26,4%.

Течение этих двух нозологий в профильных отделениях требовало активного участия как пульмонолога, так и кардиолога, в связи с периодическим ухудшением течения патологии респираторного тракта и нестабильностью течения АГ. Подбор АГТ предусматривал динамические наблюдения и коррекции, так как препараты, назначаемые как базисные при ХОБЛ и основные при АГ, вызывали периодически нежелательные реакции (тахикардия, аритмии, усиление кашля, ухудшение показателей спирографии, ЭКГ).

Заключение. Наличие коморбидности среди пациентов преимущественно среднего и старшего возраста: ХОБЛ и АГ, требует мультидисциплинарного подхода с участием пульмонолога, кардиолога, врача общей практики для достижения терапевтического эффекта в стабилизации течения этих двух нозологий.

МАЛЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ЛУКША А.В., МАКСИМОВИЧ Н.А.

Гродненский государственный медицинский университет. Беларусь

Введение (цели/задачи). Большая встречаемость в популяции различных малых аномалий сердца (МАС), преимущественно у лиц молодого возраста, обуславливает необходимость изуче-

ния данной патологии. Частота выявления их при эхокардиографическом исследовании среди детей и подростков колеблется от 39,0 до 68,9% [Eidem B.W., 2009]. МАС характеризуются стойкими ана-



томическими и/или морфологическими изменениями, возникшими в процессе эмбриогенеза [Мутафьян О.А., 2005; Трисветова Е.Л., 2006]. Как правило, они не приводят к существенным нарушениям внутрисердечной и центральной гемодинамики, не вызывают значительных клинических проявлений и являются одним из признаков проявлений дисплазии соединительной ткани. К наиболее часто диагностируемым аномалиям относятся: пролабирование створок митрального клапана или пролапс митрального клапана (ПМК), аномальные (дополнительные) расположенные хорды левого желудочка (АРХ ЛЖ), открытое овальное окно. Эхокардиографическое исследование – наиболее информативный метод для выявления МАС. Совершенствование эхокардиографической диагностики, накопление и обобщение результатов научных и клинических исследований обуславливают интерес к пограничным отклонениям в строении сердца. Умение распознавать аномалии развития сердца и оценивать их клиническое значение поможет избежать диагностических заблуждений, своевременно проводить комплексы лечебных и реабилитационных мероприятий.

Цель. Изучить распространенность МАС у детей с артериальной гипертензией.

Материал и методы. Проанализировано 192 заключения эхокардиографического исследования

у детей с артериальной гипертензией (АГ), находящихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница». Из них 142 мальчика (73,9%), медиана возраста (Me) – 16 лет (8–17) и 50 девочек (26,1%), Me – 16 (11–17).

Результаты. При проведении эхокардиографического исследования АРХ ЛЖ выявлены у 131 пациента (68,2%) из всех обследуемых. Среди мальчиков данная аномалия развития сердца встречалась в 68,3% случаев (97 мальчиков) и у 34 девочек (68,0%). У 14 детей (10,7%), из которых 10 мальчиков и 4 девочки с АРХ, ЛЖ, выявлены нарушения сердечного ритма и проводимости. Пролабирование створок митрального клапана диагностировано у 11 детей (5,7%). В 9 случаях ПМК был выявлен среди мальчиков (6,33%) и в 2 – среди девочек (4,0%).

Заключение. Наиболее часто среди МАС у детей с АГ встречается АРХ ЛЖ. Примерно в 10% случаев наличие АРХ ЛЖ сопровождается различными нарушениями сердечного ритма. В связи с вышесказанным ранняя диагностика нарушений ритма и проводимости у детей с АГ приобретает особое значение. Всем детям с АГ и МАС следует проводить электрокардиографическое исследование (ЭКГ), а при наличии жалоб – Холтеровское мониторирование ЭКГ.

БРОМОКРИПТИН В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

МИРЗАРАХИМОВА С.Т., АБДУЛЛАЕВ Т.А., ЦОЙ И.А., БЕКБУЛАНОВА Р.Ш.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии
МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Оценить клинико-гемодинамическую эффективность бромокриптина у больных ПКМП.

Материал и методы. В исследование включены 18 больных ПКМП в возрасте $30,2 \pm 0,8$ лет. На 3-е сутки стандартного лечения после контрольных методов исследования, включающих: клинический осмотр, ШОКС, 6-минутный прогулочный

тест, рентген-кардиометрию, Холтеровское мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ, стандартные биохимические анализы, больным назначалась стандартная терапия, включающая: ингибиторы РААС, петлевые диуретики, в-блокаторы, сердечные гликозиды. На 4-е сутки к лечению подключался препарат бромокриптин в дозе 2,5 мг х 2 раза в день в течение одного месяца.

Результаты исследования:

Показатели	Исходно	Через 1 месяц	Через 6 месяцев	P1	P2	P3
КДРЛЖ, мм	$62,32 \pm 5,15$	$61,07 \pm 5,64$	$56,85 \pm 6,32$	0,492	0,007	0,042
КСРЛЖ, мм	$51,52 \pm 6,22$	$48,27 \pm 7,27$	$43,23 \pm 8,19$	0,159	0,002	0,059
ЛП, мм	$38,80 \pm 7,62$	$36,93 \pm 6,71$	$34,31 \pm 4,19$	0,444	0,035	0,169
ПЖ, мм	$33,8 \pm 7,08$	$32,14 \pm 7,52$	$30,15 \pm 5,13$	0,5	0,085	0,360
ФВЛЖ, %	$35,20 \pm 8,77$	$41,90 \pm 8,84$	$47,95 \pm 10,94$	0,029	0,000	0,017
ШОКС, б	$8,4 \pm 1,15$	$5,9 \pm 1,12$	$5,6 \pm 1,4$	0,04	0,004	0,71
6 МПТ, м	$193,3 \pm 9,8$	$286,3 \pm 12,5$	$302,4 \pm 12,1$	0,000	0,000	0,000

Примечание: p1 – уровень достоверности между исходным показателем и через 1 месяц; p2 – между исходным показателем и через 6 месяцев; p3 – между 1-месячным и 6-месячным наблюдением.

Как представлено, в контрольном периоде параметры внутрисердечной гемодинамики характеризовались умеренной дилатацией левых отделов сердца с фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) ниже 45 %.

Результаты и выводы. На фоне лечения отмечалась положительная динамика как со стороны клинических показателей: повышение толерантности к физическим нагрузкам по данным ТШХ с $193,3 \pm 9,8$ м до $302,4 \pm 12,1$ м, снижения баллов по ШОКС до $5,6 \pm 1,4$ баллов, так и со стороны внутрисердечной гемодинамики, где КДРЛЖ

уменьшилась на 8,78 %, а ФВЛЖ выросла на 36,22 %, что имело достоверный характер. Фармакологическое действие бромокриптина базируется на стимуляции центральных и периферических D_2 – дофаминовых рецепторов. Ранняя фармакологическая блокада рецепторов секреции пролактина бромокриптином может устранить вредные воздействия субфрагмента пролактина в 16 кДа, способна предотвратить повреждение сосудов микроциркуляторного русла, а также замещение фиброзом и как следствие, патологическое ремоделирование миокарда.

СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА УСУГУБЛЯЕТ ВЫСОКОГОРНУЮ ЛЕГОЧНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ НА ВЫСОКОГОРЬЕ

**МУРАТАЛИ УУЛУ К.М., САТЫБАЛДЫЕВ С.А., ЧОЛПОНБАЕВА М.Б., КУШУБАКОВА Н.А.,
БАКТЫБЕК НУРСУЛТАН, КАМАЛ К.Г., КЕРИМБЕКОВА ЖАЙНАГУЛ, МАРИПОВ А.М., АКУНОВ А.Ч.**

Национальный центр кардиологии и терапии им. М. Миррахимова, г. Бишкек. Кыргызстан

Введение (цели/задачи). При проживании на высокогорье (ВГ) человек подвергается действию высотной гипобарической гипоксии, которая в части случаев может приводить к развитию легочной гипертензии (ЛГ). В то же время нарушения дыхания во время сна могут усугублять имеющуюся гипоксемию у горцев, особенно с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС), обуславливая еще большее повышение легочного артериального давления (ЛАД).

Цель исследования. Изучить легочную гемодинамику у постоянных жителей высокогорья с нарушениями дыхания во время сна.

Материал и методы. Обследованы 52 этнических кыргызов с СОАС, постоянно проживающих на высоте 3000–3100 м над уровнем моря (средний возраст – $46,5 \pm 10,9$ лет и индекс массы тела (ИМТ) – $26,5 \pm 4,6$ кг/м²). Из них мужчин было 33 (63,4 %), женщин 19 (36,6 %). Обследование включало клинический осмотр, измерение роста и веса, двухмерную и цветную доплероэхокардио-

графию (ДЭхоКГ) и полную полисомнографию. Легочную гипертензию признавали, если систолическое легочное артериальное давление (ЛАД) было 45 мм рт.ст. и выше ($TRG > 40$ mmHg).

Результаты. В зависимости от результатов полисомнографии все горцы были разделены на 2 группы: 1 группу составили 16 горцев (30,8 %) с легкой СОАС (с индексом апноэ-гипопноэ (АГИ) менее 15 в час); 2 группу – 36 (69,2 %) пациентов со среднетяжелой и тяжелой СОАС (с АГИ 15 и более в час). Из 52 обследованных у 24 горцев с СОАС выявлена ЛГ, что составило 46,1 %. При анализе в зависимости от тяжести СОАС ЛГ обнаружена у 25 % горцев с легкой формой и у 55,5 % – со среднетяжелой и тяжелой формами. Корреляционный анализ показал значимую положительную связь между систолическим ЛАД с тяжестью СОАС ($r=0,39$; $p=0,03$).

Заключение. Таким образом, наличие СОАС влияет как на частоту, так и на тяжесть легочной гипертензии на высокогорье.

СОЧЕТАНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

НАСИРДИНОВ Н., КОДИРОВА Г.И., УЗБЕКОВА Н.Р., ТАШТЕМИРОВА И.М.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Среди заболеваний суставов весьма распространены дегенеративные артрозы, сопровождающиеся постепенным изменением всех элементов сустава. У женщин это заболевание наблюдается чаще, чем у мужчин. Преимущественно страдают коленный, плечевой, голеностопный, тазобедренный суставы. Возраст, несомненно, накладывает

отпечаток на функцию органов и систем, а в суставе – в первую очередь на функцию хряща. Он мутнеет, истончается, на его поверхности появляются глубокие трещины, в нем уменьшается количество влаги и белка. Артроз часто сопровождается нарушением кровоснабжения ног и рук, что вызывает их онемение, зябкость стоп и кистей, судороги



мышц, боль. Надо сказать, что с возрастом сокращается число функционирующих капилляров. Ткани меньше снабжаются кровью, а это приводит к их высушиванию. В самом невыгодном положении оказывается хрящ.

Распространенность остеоартроза в разных регионах мира колеблется от 13,6 до 41,7% и значительно увеличивается по мере старения. Согласно результатам исследования, проведенного в Великобритании, ранние рентгенологические признаки остеохондроза обнаруживаются у 40% мужчин и 28% женщин в возрасте 55–64 лет.

Цель работы. Выявление остеоартроза у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Материал и методы. Нами сделан анализ историй болезней 596 больных, проходивших стационарное лечение в терапевтических отделениях клиники АГМИ. Из них у 137 (23%) выявлен остеохондроз. Женщин оказалось 105 (76,6%), мужчин соответственно 32 (23,4%), страдающих остеоартрозом. Распределение больных остеоартрозом по возрастным группам среди женщин: 40–49 – 23,8%; 50–59 – 31,4%; 60 лет и старше 44,7%; среди мужчин соответственно 15,6%; 37,5%; 46,87%.

Результаты исследования. В результате исследования было выявлено, что чаще остеоартрозом болеют женщины в возрасте свыше 60 лет.

Однако, если сравнивать по полу, то из числа госпитализированных больных распространенность остеохондроза у мужчин в возрасте 50–59 лет, 60 и старше встречается даже больше, чем у женщин.

Клинические формы остеоартроза у женщин: среди женщин манифестный остеоартроз коленных суставов встречался у 34 пациенток (32,8%), поясничного отдела позвоночника – 27 человек (25,7%), шейного отдела – у 20 пациентов (19,04%), сочетанные формы встречались у 19 пациенток (18%), грудной отдел – 5 (4,76%); у мужчин соответственно 7 (21,8%); 9 (28,1%); 8 (25%), грудной отдел – 0; сочетанный – 8 (25%).

Заключение. Гоноартроз чаще встречается у женщин, чем у мужчин, поясничный отдел позвоночника поражается почти одинаково, так же сочетанные формы. Остеохондрозу шейного отдела позвоночника были больше подвержены мужчины.

Артериальная гипертензия II риск III среди женщин встречался у 11 пациенток (34,3%), Артериальная гипертензия II риск IV – 1 (3,1%), Артериальная гипертензия III стадия риск III – 2 (6,25%), стенокардия функциональный класс II – 8 (25%), инфаркт миокарда – 1 (3,1%), стенокардия функциональный класс II Артериальная гипертензия II риск IV – 8 (25%), стенокардия Артериальная гипертензия III стадия риск IV – 1 (3,1%).

ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ПЕТРОВ В.С.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. Россия

Введение (цели/задачи). В основе кардиоваскулярной патологии лежит патология сосудистой стенки, для изучения которой используют различные методы. Одним из них является оценка эндотелиальной дисфункции (ЭД), являющейся одним из предикторов атеросклероза. Распространенность ЭД по данным исследования может достигать 25,4% для крупных артерий и 20,4% – для мелких артерий. В ряде исследований ЭД даже рассматривается как фактор риска смерти больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Однако, основная масса исследования ЭД посвящена пациентам с коронарным атеросклерозом и артериальной гипертензией. Работ, оценивающих ЭД у пациентов с хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС), немного, поэтому интерес представляет изучение распространенности и динамики ЭД у таких пациентов.

Материал и методы. Обследованы 114 больных с ХРБС, которые на эхокардиографии имели признаки митрального стеноза. Критерием исключения были: отсутствие митрального стеноза, оперативная коррекция порока в анамнезе

или имплантация кардиостимулятора. Средний возраст пациентов был $58,68 \pm 0,47$ года; мужчин – 18 (15,8%), женщин – 96 (84,2%). Средний рост составил $163,5 \pm 0,5$ см, масса тела $77,4 \pm 0,86$ кг. На момент оценки курили 10 пациентов (8,8%). Сахарный диабет был в 6,5% случаев, артериальная гипертензия – в 43,7%. Для объективизации функционального класса (ФК) ХСН использовался тест 6-минутной ходьбы, проводившийся по стандартной методике. Средняя дистанция составила $322,30 \pm 6,85$ метра. Пациентов с IV ФК ХСН в работе не было. Для оценки ЭД был использован аппарат «АнгиоСкан01» с выполнением контурного анализа и окклюзионной пробы. Исследование проводилось по стандартной методике.

Результаты. Пациенты по результатам теста 6-минутной ходьбы образовали три группы по ФК ХСН. ЭД была выявлена как в системе мелких резистивных артерий и артериол (индекс окклюзии менее 2,0), так и в системе крупных проводящих артерий (показатель запаздывания менее 10 мс). Для индекса окклюзии по амплитуде наилучшие показатели ($p=0,034$) были у исследуемых со II

ФК ($1,73 \pm 0,16$), а наихудшие с I ФК ($1,39 \pm 0,07$). В системе крупных артерий по показателю сдвига фаз между каналами максимальное снижение ($p=0,468$) отмечено при II ФК ($-10,36 \pm 2,07$), а наилучшие показатели при I ФК ($1,46 \pm 6,69$). Значения индекса увеличения аугментации были в рамках общепринятых для возраста 40–50 лет. Максимальные значения при I ФК ХСН – $15,65 \pm 2,05\%$ и минимальные в группе с III ФК ХСН – $13,06 \pm 2,35\%$ ($p=0,791$). Возраст сосудистой стенки по данным контурного анализа различался на 7,83 года между I и III ФК ХСН ($p=0,041$). При сравнении пациентов с ХРБС в зависимости от наличия фибрилляции предсердий (ФП) или синусового ритма (СР) установлено, что в группе с ФП в системе микроциркуляции показатели индекса окклюзии выше ($1,85 \pm 0,09$), чем у пациентов с СР ($1,26 \pm 0,11$) на 0,59 (0,019). Т.е. в случае СР в системе мелких резистивных артерий и артериол у больных с ХРБС показатели ЭД хуже в сравнении с ФП. Показатель сдвига фаз между каналами в группах не различался ($-7,04 \pm 1,31$ мс (ФП) и $-6,59 \pm 5,61$ мс (СР), $p=0,527$), т.е. разницы в системе крупных проводящих артерий не было. По индексу аугментации также разницы между группами не

получено ($13,33 \pm 1,69\%$ (ФП) и $14,98 \pm 2,13$ (СР), $p=0,892$). Значимо большим в группе с ФП было значение возраста сосудистой стенки на 2,55 года ($70,00 \pm 2,38$ (ФП) и $67,45 \pm 2,42$ (СР), $p=0,027$). Изучение динамики за пять лет значений ЭД не показало ухудшения показателей: прирост индекса окклюзии по амплитуде составил 0,06 ($p=0,524$), а сдвига фаз между каналами 2,22 мс (0,517). Индекс аугментации снизился на 1,27% ($p=0,632$), а показатель возраста сосудистой стенки уменьшился на 8,06 года.

Заключение. У исследуемых с ХРБС имеется ЭД и по крупным проводящим артериям (сдвиг фаз между каналами $-6,64 \pm 1,95$ мс), и по мелким резистивным артериям и артериолам (индекс окклюзии по амплитуде – $1,40 \pm 0,09$). Более выражены изменения в системе микроциркуляции у исследуемых с I ФК ХСН (индекс окклюзии $1,39 \pm 0,07$) и у исследуемых с ФП (индекс окклюзии $1,26 \pm 0,11$). А у больных с синусовым ритмом или II ФК ХСН нарушения в системе мелких резистивных артерий менее выражены. В течение пяти лет наблюдения не выявлено ухудшения функции эндотелия у исследуемых с ХРБС.

СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ПЕТРОВ В.С., ЛОПУХОВ С.В., КУЗЬМИН Д.А.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. Россия

Введение (цели/задачи). Одним из факторов, влияющих на течение хронической сердечной недостаточности (ХСН), является синдром обструктивного апноэ сна (СОАС). Выявление СОАС у больных с ХСН увеличивает сердечно-сосудистую и общую смертность в сравнении с пациентами без нарушений дыхания во сне. Поскольку основные исследования посвящены СОАС у пациентов с ХСН, вызванной артериальной гипертензией или ИБС, представляет интерес оценка СОАС при приобретенном клапанном пороке сердца, например, митральном стенозе. Основной причиной последнего является хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС).

Цель исследования. Оценка выраженности и динамики СОАС при ХСН.

Материал и методы. Обследованы 168 больных с ХРБС, у которых по данным эхокардиографии был выявлен митральный стеноз. Критерием исключения было отсутствие признаков митрального стеноза и наличие диагноза ХОБЛ или бронхиальная астма. Средний возраст пациентов составил $58,68 \pm 0,47$ года; мужчин было 28 (16,7%), женщин – 140 (83,3%). Средний рост больных – $163,05 \pm 0,45$ см, масса тела – $77,05 \pm 0,86$ кг. С це-

лью объективизации функционального класса (ФК) ХСН использовался тест 6-минутной ходьбы. Дополнительно оценивалась одышка по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в 100 мм и шкала сонливости Эпфорта. Для выявления СОАС использовался кардиореспираторный монитор на аппарате «Кардиотехника-04-3Р (М)». Выполнялась оценка храпа, спирограммы, реопневмограммы и оксиметрии, что позволило выделять центральный и обструктивный вариант апноэ. СОАС определялся по стандартным критериям, степенью тяжести СОАС являлась частота апноэ и гипопноэ в час – индекс апноэ/гипопноэ (ИАГ). По результатам обследования были выделены 4 группы: 34 пациента (20,2%) без СОАС; 82 пациента (48,8%) с СОАС легкой степени (СОАС I); 36 пациентов (21,4%) с СОАС средней степени (СОАС II); 16 пациентов (9,5%) с СОАС тяжелой степени (СОАС III).

Результаты. Исследуемые в четырех групп различались ($p=0,047$) по дистанции теста 6-минутной ходьбы, хотя исследуемые и относились к одному ФК ХСН. Дистанция в группе без СОАС составила $367,81 \pm 17,43$ метра; СОАС I – $304,18 \pm 13,51$ метра; СОАС II – $317,37 \pm 15,25$; СОАС III – $317,58 \pm 27,75$ метра. Значимо разли-



чались показатели одышки, влияющей на качество жизни пациентов и являющейся одним из основных клинических симптомов ХСН. Разница между группой без СОАС ($41,25 \pm 4,14$ мм) и исследуемыми с различной тяжестью СОАС составила от 9,53 мм (СОАС II) до 12,83 мм (СОАС I) по ВАШ одышки. При СОАС III ВАШ одышки была $54,00 \pm 11,30$ мм. Значения шкалы Эпфорта у исследуемых увеличивались с I ФК ($4,50 \pm 0,34$) до IV ФК ($7,50 \pm 0,29$), хотя и незначимо ($p=0,125$). А вот в четырех группах СОАС значения шкалы Эпфорта различались ($p=0,001$): без СОАС – $1,50 \pm 2,89$; СОАС I – $3,00 \pm 0,68$; СОАС II – $7,78 \pm 0,78$; СОАС III – $6,67 \pm 1,28$. Выполнение эхокардиографии и сравнение результатов в группах СОАС показало увеличение линейных размеров левого желудочка. Конечный диастолический размер увеличивался по мере тяжести СОАС в группах ($p=0,008$): $5,07 \pm 0,08$ (без СОАС); $5,57 \pm 0,07$ (СОАС I); $5,31 \pm 0,13$ (СОАС II); $5,93 \pm 0,44$ (СОАС IV). Также увеличивался в группах и конечный систолический размер ($p=0,001$): $3,26 \pm 0,05$ (без СОАС); $3,79 \pm 0,08$ (СОАС I); $3,49 \pm 0,10$ (СОАС II); $3,82 \pm 0,44$ (СОАС IV). По остальным показателям эхокардиографии в группах СОАС статистически значимой

разницы не было. Дополнительно изучались показатели спирометрии в группах исследуемых с СОАС и без СОАС. Минимальные значения ответственных за обструкцию и рестрикцию показателей были в группе без СОАС (форсированная ЖЕЛ – $68,74 \pm 2,51\%$, ОФВ1 – $75,13 \pm 2,57\%$, ЖЕЛ – $96,20 \pm 5,81\%$), а более близкими к норме значения спирометрии в группе СОАС II (форсированная ЖЕЛ – $80,12 \pm 2,36\%$, ОФВ1 – $90,82 \pm 2,58\%$, ЖЕЛ – $123,94 \pm 6,10\%$). Оценка динамики значений СОАС, проведенная за 5 лет, показала нарастание числа эпизодов обструктивного (с $16,71 \pm 2,81$ до $29,59 \pm 5,22$; $p=0,034$) и центрального апноэ (с $5,82 \pm 1,28$ до $8,65 \pm 3,00$; $p=0,371$). А также увеличение частоты эпизодов аноэ/гипопноэ с десатурацией (с $4,95 \pm 1,18$ до $7,38 \pm 2,16$; $p=0,266$) и эпизодов аноэ/гипопноэ с храпом (с $42,04 \pm 7,71$ до $52,21 \pm 5,97$; $p=0,143$).

Заключение. Таким образом, у больных с ХСН вследствие ХРБС характерна высокая распространенность СОАС – 79,8%, который сопровождается дилатацией ЛЖ. За пятилетний период наблюдения у исследуемых с ХРБС и СОАС увеличивается число эпизодов обструктивного апноэ на 12,88.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННОЙ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА

РАХИМОВА Д.А., САБИРЖАНОВА З.Т.

Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации; Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан

Цель. Изучить параметры качества жизни (КЖ) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), осложненной различной степенью ремоделирования правого желудочка (ПЖ) сердца.

Материал и методы. У 32 больных проведено скрининг-анкетирование по Сизтлскому опроснику. 30 здоровых волонтеров составили контрольную группу (КГ). В зависимости от уровня среднего легочного артериального давления и наличия структурно-функциональных изменений ПЖ все больные распределены на 2 группы: 1 группа – 15 больных с легочной гипертензией (ЛГ) и 2 группа – 12 больных с дилатацией ПЖ (ДПЖ).

Результаты исследования. Установлено, что параметры КЖ снижены у всех больных по сравнению с КГ. В КГ физическая деятельность (ФД) составила $5,2 \pm 0,10$ баллов. У больных 1 группы этот показатель снижен на 45%, во 2 группе – на 35%. Показатель эмоционального состояния (ЭС) в КГ – $7,3 \pm 0,28$ баллов. В 1 группе он снижен на 51,1%, а у больных 2 группы – на 58%. Профессиональная пригодность лиц КГ – $7,10 \pm 0,33$. Показатели 1 группы снижены на 59%, а 2 группы –

на 54%. Удовлетворенность лечением в 1 группе снижена на 65%, во 2 группе – на 60%. Однако выраженность изменений в указанных группах не однозначна. Так, больные 1 группы хуже адаптированы к умеренной физической деятельности, и среди них достоверно чаще наблюдались резкое ограничение физической деятельности, затруднения при прогулке. У больных 2 группы подобные нарушения физической адаптации наблюдались достоверно реже ($P<0,05$). У больных с ДПЖ выявлен более выраженный эмоциональный дистресс, проявляющийся низкими баллами оценки эмоционального состояния по сравнению с больными ЛГ. Больные с ДПЖ достоверно чаще испытывали боязнь физической активности, чем больные с ЛГ ($P<0,03$).

Заключение. У больных хронической обструктивной болезнью легких, осложненной дилатацией ПЖ, отмечается более выраженное снижение качества жизни по эмоциональному состоянию, профессиональной пригодности и удовлетворенности лечением, что необходимо учитывать при проведении реабилитационных мероприятий.



СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК ПО ШКАЛЕ MSCORE У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

САИДОВА М.М., КАМИЛОВА У.К.

Бухарский Государственный медицинский институт;

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Бухара, г. Ташкент. Узбекистан

Цель. Изучить частоту встречаемости основных факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний у больных ревматоидным артритом и определить суммарный сердечно-сосудистый риск у больных ревматоидным артритом (РА) с применением шкалы mSCORE.

Материал и методы. В ретроспективное исследование были включены 1190 больных РА, которые принимали лечение в клинике кафедры Бухарского государственного медицинского института. Из них женщины составили 931 (78,2%) и мужчины 259 (21,8%). 458 больных были в возрасте 35–49 лет и 732 в возрасте 50–60 лет. Диагноз РА был установлен с использованием критериев ACR (1987) и ACR/EULAR (2010). Оценивали частоту встречаемости ФР сердечно-сосудистых заболеваний: наследственность, курение, гиперхолестеринемия (ГХС), абдоминальное ожирение, гиподинамия, а также встречаемость артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС) у больных РА. Определение суммарного сердечно-сосудистого риска осуществлялось с применением шкалы mSCORE. Контрольную группу составили 35 здоровых лиц.

Результаты. Ретроспективный анализ основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний выявил, что наследственность была отягчена у 359 (30,2%) больных, курение встречалось у 141 больного (11,8%). ГХС была выявлена у

306 (25,7%) больных и при этом достоверно чаще встречалась у мужчин – в 39% случаях против 22% у женщин. Ожирение было зарегистрировано у 430 (36,6%) больных. Ожирение встречалось в 3 раза чаще у пациентов в возрасте 50–60 лет и в 2 раза чаще у мужчин. АГ встречалась у 819 больных, что составило 68,8%, при этом у лиц в возрасте 50–60 лет АГ встречалась в 5 раз чаще, чем у лиц в возрасте 35–49 лет. ИБС встречалась у 125 (10,5%) больных: в возрасте 35–49 лет – у 3 (0,65%) и в возрасте 50–60 лет у 12 (16,7%). Результаты исследования суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале mSCORE у больных с РА показали, что низкий сердечно-сосудистый риск составил 38,7%, средний – 48,7%, высокий – 7,2% и очень высокий – 5,4%. При анализе данных показателей, в зависимости от возраста, низкий сердечно-сосудистый риск выявлен в возрасте 35–49 лет 83,2%, тогда как у больных в возрасте 50–60 лет – 5,4%, средний риск 14,1% в возрасте 35–49 лет и 74,5% – в возрасте 50–60 лет. Высокий риск <10% встречался в 5 раз больше в группе пациентов в возрасте 50–60 лет и очень высокий риск >10% встречался только у больных в возрасте 50–60 лет.

Заключение. У больных РА определение суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале mSCORE имеет важное значение для оценки прогноза и разработки мер по профилактике.

РИГИДНОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ДЕТЕЙ ИЗ СЕМЕЙ С ОТЯГОЩЕННЫМ АНАМНЕЗОМ ПО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

СЛАСТНИКОВА Е.С.¹, САДЫКОВА Д.И.¹, ЛЕОНТЬЕВА И.В.², ГАЛИМОВА Л.Ф.³

¹ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» МЗ РФ;

²НИКИ педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова;

³ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» МЗ РТ, г. Казань. Россия

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают одну из лидирующих позиций среди причин внезапной смерти в раннем возрасте. Проблема своевременного выявления и первичной профилактики атеросклеротического поражения сосудов как никогда остро нуждается в новых рациональных способах решения.

Цели работы. Исследовать свойства сосудистой стенки магистральных сосудов у детей из семей с отягощенным анамнезом по ССЗ (сердеч-

но-сосудистые заболевания), сравнить выбранные нами показатели жесткости сосудов с показателями из контрольной группы.

Материал и методы. В крупном медицинском центре неотложной помощи (г. Казань) проведен таргетный скрининг с целью отбора пациентов, у которых были зарегистрированы ишемические инсульты, инфаркты миокарда, стенокардия, распространенный атеросклероз периферических сосудов, ангиографически подтвержденный коронар-



ный атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, дислипидемия. Выделены 230 пациентов (мужчины ≤ 55 лет, женщины ≤ 60 лет). Обследованы их дети, внуки (144 человека) (Группа 1) в возрасте – 5–17 лет. Сформирована контрольная группа условно здоровых детей (112 человек) (Группа 2), собран семейный анамнез с целью исключения отягощенной по ССЗ наследственности. Проведен биохимический анализ крови с определением липидного профиля. Таким образом, среди детей с отягощенным семейным анамнезом выделена группа с дислипидемией (Группа 1а), в которую вошли 76 человек (53%), группа с нормальными на момент обследования показателями липидограммы (Группа 1б) – 68 человек (47%). Определены показатели жесткости магистральных сосудов: РТТ (время распространения пульсовой волны), PWVao (скорость распространения пульсовой волны в аорте), Alx (индекс аугментации), (dP/dt) max (max скорость нарастания артериального давления). Использован амбулаторный суточный монитор, программное обеспечение BPLab® по технологии Vasotens®.

Результаты. В целом в Группе 1 показатели жесткости сосудистой стенки оказались сходны (средние суточные РТТ – $145,3 \pm 15,9$ мс,

PWVao – $6,7 \pm 0,9$ м/с, Alx – $4,9 \pm 8,1\%$, (dP/dt) max – $667,9 \pm 119,8$ мм рт.ст./с) с таковыми у Группы 2 (средние суточные РТТ – $140,5 \pm 15,2$ мс, PWVao – $6,4 \pm 1,1$ м/с, Alx – $5,1 \pm 8,2\%$, (dP/dt) max – $668,1 \pm 121,3$ мм рт.ст./с) и были статистически значимыми ($p < 0,05$). Однако обнаружено, что если рассматривать не максимальные суточные показатели, то в Группе 1 они оказались достоверно выше ($p < 0,05$) (max суточные РТТ – $199,9 \pm 10,2$ мс, PWVao – $16,3 \pm 1,4$ м/с, Alx – $35,3 \pm 3,4\%$, (dP/dt) max – $1098,1 \pm 120,5$ мм рт.ст./с), чем в Группе 2 (max суточные РТТ – $181,7 \pm 9,6$ мс, PWVao – $13,1 \pm 1,9$ м/с, Alx – $28,3 \pm 1,4\%$, (dP/dt) max – $1005,1 \pm 110,3$ мм рт.ст./с). При сравнении параметров между Группой 1а и 1б не обнаружено статистически значимой разницы между средними значениями, но выявлена статистически значимая разница между максимальными.

Заключение. Выявлена прямая связь между наличием отягощенной семейной истории по ССЗ, изменениями в липидограмме у родителей, родственников 1, 2-й линий и изменением жесткости стенки магистральных сосудов у их детей. Показатели жесткости сосудистой стенки оказались достоверно выше в Группе 1, чем в Группе 2, различались между детьми из Группы 1а и Группы 1б.

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

ТУРСУНОВА Л.Д., ЖАББАРОВ А.А.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан

Введение. Заболевания сердечно-сосудистой системы до настоящего времени продолжают оставаться основной причиной, приводящей к летальному исходу больных СД 2 типа, не доживших до терминальной стадии почечной недостаточности. Глубинные механизмы, обуславливающие факт сочетанного повреждения сердца и почек при СД 2 типа, до конца не изучены.

Цель. Изучить структурно-функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у больных хронической болезнью почек диабетической этиологии.

Материал и методы. Обследованы 48 больных (22 мужчины и 26 женщин) с СД 2-тип, находившихся на стационарном лечении в Республиканском научно-практическом центре нефрологии на базе III-клиники ТМА. Средний возраст пациентов составил $59,0 \pm 0,4$ лет, продолжительность СД 2 типа – $17,6 \pm 0,3$ года. В соответствии с классификацией диабетической нефропатии (Mogensen SE. и соавт., 1983 г.) больные были распределены на 3 группы: I – нормоальбуминурическую, II – микроальбуминурическую, III – протеинурическую и

контрольную группу сравнения составили 35 человека, у которых не было выявлено нарушений углеводного обмена, заболеваний почек и ишемической болезни сердца. Исследуемым больным проведены общеклинические и биохимические анализы, эхокардиография в М- и В-режимах.

Результаты. В I группе 67% пациентов имели диастолическую дисфункцию левого желудочка, которая у 64,1% (95%-ный доверительный интервал – от 54,8 до 73,4%) обследованных была представлена классическим типом. Не выявлялись нарушения диастолической функции только у 33% (95%-ный доверительный интервал – от 23,8 до 42,2%) пациентов, данный показатель был ниже ($p < 0,001$), чем в группе сравнения. В группе с микроальбуминурией в покое у 70% пациентов диагностирована диастолическая дисфункция левого желудочка. Указанное нарушение в 67,5% (95%-ный доверительный интервал – от 52,5 до 82,5%) случаев было представлено классическим типом. Нормальная диастолическая функция определялась только у 30% (95%-ный доверительный интервал – от 14,4 до 44,6%) пациентов,

т.е. достоверно реже ($p < 0,05$), чем в группе сравнения. У 76,9% пациентов III группы в покое была диагностирована диастолическая дисфункция левого желудочка, которая была представлена классическим типом у 61,5% (95%-ный доверительный интервал – от 41,9 до 81,1%) обследованных. Указанное нарушение встречалось чаще, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). Нормальная диастолическая функция определялась только у 23,1% (95%-ный доверительный интервал – от 6,1 до 40,1%) пациентов. Кроме того, полученные результаты указывали на снижение вклада левого предсердия в процесс наполнения левого желудочка

у больных с клинической стадией диабетической нефропатии.

Заключение. По данным исследования, единые этические факторы и патогенетические механизмы повреждения сердца и почек при СД 2 типа, параллелизм в стадийности поражения указанных органов-мишеней, а также прямое влияние нефропатии на утяжеление эндотелиальной дисфункции, приводящей к ускорению формирования кардиальных нарушений, позволяет говорить о ренокардиальном синдроме у больных СД 2 типа, что, несомненно, следует учитывать при обследовании больных, назначении терапии и оценке прогноза заболевания.

СОСТОЯНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

УСМАНОВА У.И., НИЕЗАЛИЕВ А.Г.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Актуальность. Иммунологический аспект в развитии ишемической болезни сердца (ИБС) в последнее время приобретает большое значение. И прежде всего это связано с тем, что **иммунология** – относительно новая, но довольно перспективная дисциплина в медицине, которая в последние десятилетия развивается очень бурно, открывает совершенно новые горизонты ведения проблем, связанных с болезнями человека, затрагивает практически все клинические формы самых разнообразных нозологических единиц. Тесное взаимодействие нервной, эндокринной и иммунной систем позволяет считать их основными регуляторными системами организма.

В связи с этим при оценке иммунологического статуса у больных ИБС необходимо учитывать иммунные и неиммунные механизмы, оказывающие влияние на состояние иммунитета. К наиболее значимым из них следует отнести симпатическую нервную систему (САС) организма.

Цель. Охарактеризовать показатели, отражающие фагоцитарную активность организма в зависимости от концентраций биогенных аминов в сыворотке крови у больных ИБС.

Материал и результаты исследования. Для проведения корреляционного анализа между САС и фагоцитарной активностью организма все обследуемые были разделены на 3 группы с нормальным и повышенным содержанием аминов относительно среднего значения, характерного для всей группы.

Так, увеличение концентрации норадреналина (НА) ассоциировано со снижением процента

активных фагоцитов (ФИ) с $63,5 \pm 2,98$; $46,2 \pm 3,84$ до $40,8 \pm 3,08\%$ ($r = -0,10$; $p = 0,05$). Изменяя захватывающую способность фагоцитов, повышенные уровни медиатора способствуют незначительному снижению фагоцитарного числа (ФЧ) $10,1 \pm 0,24$; $9,2 \pm 0,40$; $9,6 \pm 0,52$ бак/ед, характерного для группы с относительно повышенным его содержанием с $< 3,79$; $3,80$ – $5,55$ и более $5,55$ ($r = 0,18$; $p = 0,05$). Адреналин (АД) подавлял интенсивность фагоцитоза. Это проявлялось в захватывающей способности нейтрофилов с уровня $9,9 \pm 0,23$, установленного в группе с относительно пониженным содержанием данного нейротрансмиттера в крови, до $0,70$ нмоль/л. Для группы с относительно повышенным его содержанием – с $0,70$ – $1,0$ и более $1,1$ нмоль/л ФЧ составляли $9,7 \pm 0,56$ и $9,3 \pm 0,44$ бак/ед. Было отмечено снижение процента активных фагоцитов с $48,3 \pm 4,93$ до $38,2 \pm 3,31\%$ при повышении уровней данного биологически активного вещества с $0,70$ – $1,0$ и более $1,1$ нмоль/л ($r = -0,13$; $p = 0,05$). Для группы с относительно пониженным его содержанием до $0,70$ нмоль/л, ФИ составлял $62,2 \pm 2,41$. Такое влияние связано с ингибирующим действием повышенных концентраций аминов на продукцию цАМФ, активизирующего деятельность фагоцитов.

Выводы. Таким образом, анализируя полученные данные о влиянии аминов на интенсивность фагоцитарной защиты, были выявлены некоторые закономерности, свидетельствующие об ингибирующем влиянии биологически активных веществ.



ЗНАЧЕНИЕ ПОВТОРНЫХ ПРОБ С САЛЬБУТАМОЛОМ ДЛЯ ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ БРОНХИАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ НА ФОНЕ ПРИЕМА БЕТА-БЛОКАТОРОВ

ЧИГИНЕВА В.В., ЗОЛОЗОВА Е.А., КАРЛОВА Н.А., СОЛОМАСОВА Л.В., МАЗУР Н.А.

ФГБОУ ДПО РМАНПО. Россия

Введение. Доказано, что бета-блокаторы отрицательно влияют на бронхиальную проходимость. Однако при возникновении острых воспалительных процессов в легких или аллергических реакций приступ бронхиальной обструкции может возникнуть на подобранной дозе бета-блокаторов, не вызывавшей ранее подобных симптомов. Возможно ли прогнозирование такого сценария развития событий на основании исследования спирометрических показателей, в том числе на фоне бронходилатационной пробы.

Цель исследования. Изучить информативность и безопасность теста с сальбутамолом у больных ИБС в сочетании с АГ на фоне приема бисопролола в подобранной максимально переносимой дозе.

Материал и методы. Обследованы 39 больных ИБС в сочетании с АГ без ХОБЛ и без клинических признаков бронхообструкции. Оценены спирометрические показатели (жизненная емкость легких- ЖЭЛ, форсированная ЖЭЛ, объем форсированного выдоха за 1 секунду – ОФВ1, индексы Тиффно и Генслара) до и после ингаляции сальбутамолом исходно, через 6 и 12 недель приема бисопролола.

Результаты. Исходно на фоне стандартной терапии у 11 (28%) отмечались нарушения легочной вентиляции: у 6 – по типу рестриктивных изменений, у 4 – обструктивных нарушений и у одного – по-смешанному типу. Снижения ОФВ1 наблюдались у 7 (17%) больных: у 5 – легкой степени, у 2 – умеренной тяжести нарушения, в % от должного. Индекс Тиффно был ниже нормы у 3 (7%) обследуемых, индекс Генслара – у 5 (12%). На фоне ингаляции сальбутамолом у 15 (38%) снизилось ОФВ1, что говорило о парадоксальной реакции – спазме бронхов в ответ на ингаляцию, у 4 – с исходно нарушенными показателями легочной вентиляции. Положительная проба (+ 200 мл от исходного уровня) отмечалась у 3 (7%) больных: у 1 – со сниженными исходно показателями и у 2 – с нормальными показателями, у последних это свидетельствовало о гиперреактивности бронхов в ответ на ингаляцию сальбутамолом. После пробы с сальбутамолом нарушения вентиляции сохранялись достоверно реже: у 7 больных (17%, $p < 0,001$), у 4 – изменения носили обратимый характер. Сниженное значение ОФВ1 достоверно не менялось (6 больных, $p = 0,07$). Через 6 недель при индивидуальном подборе дозы

бисопролола нарушения легочной вентиляции отмечены у 6 (15%, $p < 0,001$) больных: по рестриктивному типу – у 4 (10%), по обструктивному – у 2 (5%). Сниженное значение ОФВ1 наблюдалось у 6 больных, а после ингаляции сальбутамолом – у 4, положительная проба – у 1 больного, парадоксальная реакция в ответ на ингаляцию у 7 больных, в том числе у 5 с нормальными результатами спирометрии. Через 12 недель, на фоне приема в течение последних 6-ти недель стабильной дозы бисопролола, нарушения легочной вентиляции встречались у 8 (20%, $p < 0,05$) больных: по типу рестриктивных изменений – у 5 (12%), по типу обструктивных – у 2 (5%), у 1-го (2,5%) – по смешанному типу. Низкое значение ОФВ1 наблюдалось исходно у 8 (20%) больных, после ингаляции сальбутамолом – у 5 (12%), положительная проба (+200 мл от исходного уровня) была у 4 больных, парадоксальная реакция в ответ на ингаляцию – у 12, в том числе у 1 – со сниженными исходно показателями легочной вентиляции. Количество больных с парадоксальной реакцией на ингаляцию через 6 недель снизилось с 15 до 7, что, вероятно, связано с продолжавшимся подбором дозы бисопролола, так как в последующие 6 недель при постоянном приеме оттитрованной дозы бета-блокатора, парадоксальная реакция возникла у 12 больных, достоверно чаще у больных с отсутствием нарушений легочной вентиляции за весь период наблюдения. Возможно, у части этих больных в дальнейшем можно ожидать развития бронхообструкции при развитии воспаления или аллергических реакций на какой-нибудь агент. Число положительных проб, свидетельствующих о гиперреактивности бронхов в ответ на ингаляцию, при длительном приеме стабильной дозы бисопролола тоже вернулось к исходному.

Заключение. 1. Проведение пробы с сальбутамолом безопасно у больных ИБС, принимающих бета-блокаторы. 2. Оценка показателей спирометрии помогает выявить больных как со скрытыми исходными нарушениями бронхиальной проходимости, так и возникшими на фоне приема бета-блокаторов. 3. Оценку показателей необходимо проводить не ранее, чем через 1,5–2 месяца постоянного приема подобранной дозы бета-блокатора для более полного выявления изменения показателей бронхиальной проходимости.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В КАРДИОЛОГИИ

АЛЬФА, ОМЕГА-ДИАРИЛМЕТИЛЬНЫЕ ПРОИЗВОДНЫЕ БИС-(ОМЕГА-АМИНОАЛКИЛ) АМИНОВ – НОВЫЙ КЛАСС КАРДИОПРОТЕКТИВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

**БАРЧУКОВ В.В., ЦОРИН И.Б., ЛИХОШЕРСТОВ А.М., МОКРОВ Г.В., СТОЛЯРУК В.Н.,
ИОНОВА Е.О., ВИТИТНОВА М.Б., КРЫЖАНОВСКИЙ С.А.**

ФГБНУ «НИИ фармакологии имени В.В. Закусова», Московская область. Россия

Введение. В результате скрининга в ряду альфа,омега-диарилметильных производных бис-(омега-аминоалкил) аминов было выявлено соединение-лидер АЛМ-802, потенциально обладающее свойствами р-Fox-ингибитора, т.е. блокирующее в ишемизированном миокарде аномальный метаболизм свободных жирных кислот.

Цель исследования. Изучение спектра кардиопротективного действия соединения АЛМ-802.

Материал и методы. Антиаритмическое и противофибрилляторное действия соединения АЛМ-802 оценивали на моделях аконитиновой и хлоридкальциевой аритмий, электрической и реперфузионной фибрилляции желудочков (ФЖ) сердца у крыс, а антиишемическое действие – на модели субэндокардиальной ишемии (СЭИ) у крыс, которую вызывали изопроterenолом (20 мкг/кг/мин в/в) или добутамином (80 мкг/кг/мин в/в). Также на разработанной нами трансляционной модели хронической сердечной недостаточности (ХСН) у крыс, развивающейся в течение 3 месяцев после воспроизведения экспериментального переднего трансмурального инфаркта миокарда (ЭИМ), было изучено кардиопротективное действие соединения АЛМ-802. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью критерия точной вероятности Фишера, знаково-рангового критерия Вилкоксона, t-критерия Стьюдента для независимых выборок, дисперсионного анализа с последующим использованием критерия множественных сравнений по Даннелу.

Результаты. Анализ полученных результатов показал, что соединение АЛМ-802 эффективно на моделях аконитиновой и хлоридкальциевой аритмий. Так, если в контрольной серии опытов аконитин вызывал аритмии у всех 11 крыс, то после введения соединения АЛМ-802 (2 мг/кг в/в) ни у одного из 8 животных аритмии в ответ на аконитин не возникало ($p < 0,001$). Кальция хлорид в контроле вызывал нарушения ритма у всех 11 крыс, а соединение АЛМ-802 (2 мг/кг в/в) статистически значительно уменьшало частоту возникновения

аритмий (2 случая из 6, $p = 0,008$). Изучаемое соединение оказалось эффективным и на модели реперфузионной ФЖ. Так, если в контрольной серии опытов ФЖ возникали у 6 крыс из 10, то у животных, получавших соединение АЛМ-802 (2 мг/кг в/в), только у 2 из 13 ($p = 0,039$). Противофибрилляторное действие соединения было подтверждено в опытах по изучению его влияния на порог электрической ФЖ. Оказалось, что соединение АЛМ-802 (2 мг/кг в/в) увеличивало порог ФЖ у наркотизированных крыс ($n = 6$) с 2 до более чем 10 мА ($p < 0,018$). Соединение АЛМ-802 обладает и антиишемическим действием. На модели СЭИ, вызванной изопроterenолом, в контроле ($n = 12$) депрессия сегмента ST во II стандартном отведении ЭКГ составила $0,159 \pm 0,017$ мВ, тогда как на фоне соединения АЛМ-802 (2 мг/кг в/в, $n = 6$) лишь $0,023 \pm 0,006$ мВ ($p = 0,0015$). Близкие данные были получены и в опытах на модели субэндокардиальной ишемии, вызываемой добутамином: в контроле ($n = 9$) депрессия сегмента ST на ЭКГ составляла $0,112 \pm 0,012$ мВ, а у крыс ($n = 9$), получавших соединение АЛМ-802, – $0,028 \pm 0,009$ мВ ($p < 0,001$). У крыс с ЭИМ с помощью эхокардиографии было показано, что к концу третьего месяца после операции у них развивается ХСН. По сравнению с ложнооперированными крысами ($n = 11$), у животных с ЭИМ ($n = 6$) статистически значимо ($p = 0,0002$) увеличены конечно-систолический и конечно-диастолический размеры (КСР и КДР) и значительно уменьшена фракция выброса (ФВ; $82,7 \pm 0,9\%$ и $55,5 \pm 3,2\%$, соответственно; $p < 0,0001$), являющаяся показателем сократительной функции. В течение следующих 4 недель у контрольных животных с ЭИМ отмечено дальнейшее прогрессирование ХСН. Так, например, КСР увеличивался на 0,09 мм, а ФВ снижалась на 2,7%. Противоположная картина наблюдается у животных ($n = 7$), получавших соединение АЛМ-802 (2 мг/кг/сут. в течение 4 нед. в/б), – отмечается тенденция к уменьшению КСР и статистически значимое увеличение ФВ ($+6,3 \pm 2,8\%$, $p = 0,038$).



Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что соединение АЛМ-802 обладает значимым кардиопротективным действием, проявляя выраженную антиаритмическую активность на моделях аконитиновой, хлоридкальциевой, а также реперфузионных аритмий и существенную

антиишемическую активность в модельных экспериментах, воспроизводящих субэндокардиальную ишемию миокарда. Помимо этого, соединение АЛМ-802 эффективно в плане лечения экспериментальной ХСН.

СИГМА 1 РЕЦЕПТОРЫ – ОРИГИНАЛЬНАЯ БИОМИШЕНЬ ДЛЯ СОЗДАНИЯ КАРДИОТРОПНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

КРЫЖАНОВСКИЙ С.А., ВИТИТНОВА М.Б., СТОЛЯРУК В.Н., ЦОРИН И.Б., ИОНОВА Е.О., КОЖЕВНИКОВА Л.М.

ФГБНУ «НИИ фармакологии имени В.В. Закусова», г. Москва. Россия

Введение (цели/задачи). Доклад.

Материал и методы. Доклад.

Результаты. Открытые в 1976 году сигма1 рецепторы (сигма1-R) исторически рассматривались как биомишень для создания новых оригинальных психотропных лекарственных средств. Однако после того как было показано, что плотность сигма1-R в тканях правого и левого желудочков сердца существенно выше, чем в других органах и тканях организма, возник интерес к изучению их роли в регуляции функциональной активности кардиомиоцитов. В кардиомиоцитах сигма1-R локализуется на наружной поверхности мембраны саркоплазматического ретикулума вблизи его митохондрии-связывающих участков (МАМ) и/или в области ионных Са-каналов, обеспечивающих поступление ионов Са²⁺ из цистерн саркоплазматического ретикулума (СПР) в цитозоль клетки. По сути, сигма1-R представляет собой комплексное образование – «липидную везикулу», состоящую из сигма1-R, адаптерного белка анкирин-220 и IP3-рецептора 3 типа (IP3-R). Известно, что IP3-R крайне нестабильный протеин и легко распадается под действием протеаз, однако в соединении с сигма1-R он стабилизируется. После взаимодействия сигма1-R с агонистом происходит диссоциация этого функционального образования, в результате чего сигма1-R и анкирин-220 в составе липидной везикулы мигрируют к внутренней поверхности клеточной мембраны, где они регулируют функциональную активность потенциалзависимых трансмембранных Na, K и Са каналов и стабилизируют фосфолипидный бислой клеточной мембраны. Оставшийся на мембране СПР IP3-рецептор активируется и инициирует выход ионов Са²⁺ в цитоплазму кардиомиоцитов из цистерн СПР. Недавно были опубликованы сообщения о том, что агонисты сигма1-R обладают способностью оптимизировать функциональную активность не только IP3-R, но и RyR2-рецепторов. Известно, что именно синхронная активация каналов, ассоциированных с IP3-R и RyR2, является ключевым механизмом, регулирующим процессы электро-механического сопряжения кардиомиоцитов. Ком-

плекс сигма1-R/IP3-R локализован на МАМ участке СПР. Активированный сигма1-R выступает в роли шаперона IP3-R, в результате чего в митохондрии через вольтаж-зависимые анионные каналы начинают поступать ионы Са²⁺, стимулирующие синтез АТФ. Таким образом, опосредуемые сигма1-R сигнальные каскады активируют процессы биоэнергетического обеспечения клетки и тем самым повышают ее устойчивость к неблагоприятным воздействиям. Известно, что сигма1-R обладают способностью препятствовать стресс-индуцируемому повреждению СПР кардиомиоцитов, что связано со способностью сигма1-R активировать сопряженный с ними внутриклеточный IRE1/XBP1S сигнальный каскад, результатом активации которого является подавление экспрессии транскрипционного фактора CHOP, ответственного за стресс-индуцированное повреждение СПР. Показано, что у нокаутных по сигма1-R мышей, в отличие от интактных, развивается прогрессирующая систолическая дисфункция, сопровождающаяся фиброзом, отложением коллагена и увеличением экспрессии экстрацеллюлярного белка периостатина, обладающего кардиотоксическим действием, а также нарушена дыхательная функция митохондрий и активизированы митохондриально-сопряженные проапоптотические каскады. Таким образом, накопленные к настоящему времени данные позволяют рассматривать сигма1-R как внутриклеточное образование, играющее важную роль в защите клетки от патологических воздействий, т.е. как эволюционно сформировавшийся «ремонтный комплекс», обеспечивающий гомеостаз клетки и тем самым поддерживающий ее жизнедеятельность, а также полагать, что в условиях патологии миокарда агонисты сигма1-R могут проявлять выраженное кардиопротективное действие. В докладе подробно рассматриваются результаты экспериментальных исследований, свидетельствующих о том, что агонисты сигма1-R обладают выраженной антиаритмической, антифибрилляторной и антиишемической активностью; значимо уменьшают площадь ишемического повреждения и интенсивность постинфарктного ремоделиро-

вания миокарда; в условиях сформировавшейся хронической сердечной недостаточности значительно увеличивают инотропную функцию сердца; в миокарде подавляют экспрессию ключевых рецепто-

ров и сигнальных белков, регулирующих внутриклеточные патологические сигнальные каскады.

Заключение. Доклад.

ЭЛИМИНАЦИЯ ОКИСЛИТЕЛЬНО-МОДИФИЦИРОВАННЫХ ЛИПОПРОТЕИДОВ ИЗ КРОВОТОКА КРОЛИКОВ

ТИХАЗЕ А.К., ДОМОГАЦКИЙ С.П., КОНОВАЛОВА Г.Г., ЛАНКИН В.З.

ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России, г. Москва. Россия

Цель исследования. Исследовать клиренс дикарбонил-модифицированных ЛНП у кроликов с использованием липопротеидов низкой плотности (ЛНП) плазмы крови кроликов и человека, подвергнутых предварительному биотинилированию и ФИТЦ-мечению.

Материал и методы. ЛНП плазмы кроликов выделяли при помощи дифференциального ультрацентрифугирования в градиенте плотности. Полученные ЛНП метили при помощи биотинилирования и биотинилированные ЛНП модифицировали в присутствии малонового диальдегида (МДА), глиоксаля или метилглиоксаля. Для характеристики полученных препаратов ЛНП проводили нефелометрический анализ. Дикарбонил-модифицированные и нативные биотинилированные ЛНП вводили в ушную вену кроликов, после чего через определенные интервалы времени отбирали пробы крови. Для определения содержания биотинилированных ЛНП в плазме крови проводили иммуноферментный анализ. ЛНП человека изолировали из сыворотки здоровых доноров при помощи ультрацентрифугирования, после чего ча-

стицы ЛНП метили флуоресцеин изотиоцианатом (ФИТЦ). ФИТЦ-меченые ЛНП человека вводили в ушную вену кроликов и через определенные интервалы времени отбирали пробы крови. Измерение флуоресценции проводили в образцах плазмы кролика при длине волны возбуждения 495 нм и длине волны испускания 519 нм.

Результаты. Показано, что глиоксаль- и метилглиоксаль-модифицированные ЛНП кроликов и человека циркулируют в кровотоке такое же время, как и нативные ЛНП. В то же время, МДА – модифицированные ЛНП кролика и человека весьма быстро элиминировались из кровотока кроликов. Дикарбонил-модифицированные ЛНП не связываются с красными кровяными клетками и культивируемыми эндотелиоцитами человека.

Заключение. Полученные данные указывают на возможность большей атерогенности глиоксаль- и метилглиоксаль-модифицированных ЛНП, длительно циркулирующих в кровотоке, в то время как МДА-модифицированные ЛНП, вероятно, подвергаются усиленной утилизации в клетках печени.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА АНТИИШЕМИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ Р-FOX-ИНГИБИТОРОВ НА МОДЕЛИ СУБЭНДОКАРДИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ У КРЫС

ЦОРИН И.Б., БАРЧУКОВ В.В., ЛИХОШЕРСТОВ А.М., ВИТИТНОВА М.Б., МОКРОВ Г.В., КРЫЖАНОВСКИЙ С.А.

ФГБНУ «НИИ фармакологии имени В.В. Закусова», г. Москва. Россия

Введение. Как правило, антиишемическое действие веществ, потенциально обладающих кардиотропной активностью, изучают на животных с интактным сосудистым руслом. Вместе с тем хорошо известно, что у больных ишемической болезнью сердца заболевание часто протекает на фоне эндотелиальной дисфункции (ЭД) сосудистого русла.

Цель исследования. Изучение влияния ЭД на антиишемическое действие препаратов, обладающих свойствами парциальных ингибиторов окисления жирных кислот – р-FOX-ингибиторов (partial

fatty acid oxidation inhibitors) в условиях модели субэнокардиальной ишемии миокарда (СЭИ).

Материал и методы. Опыты проводили на белых крысах-самцах массой 250–300 г. Животных рандомизировали на две группы: 1 – интактные крысы (n=41), 2 – животные с ЭД (n=35). Для того чтобы индуцировать ЭД, у животных вызывали гипергомоцистеинемию. С этой целью крысам вводили метионин (3 г/кг/сут., ежедневно, в течение 7 дней, per os). Адекватность модели проверяли по реакции АД на М-холиномиметик метахолин (0,25 мг/кг в/в). Оценивали площадь над кривой



реакции АД. Для воспроизведения СЭИ у наркотизированных крыс использовали неселективный β -адреномиметик изопротеренол (20 мкг/кг/мин в/в). Об интенсивности ишемического повреждения судили по депрессии сегмента ST на ЭКГ во II стандартном отведении через 5 минут после начала инфузии изопротеренола. На модели СЭИ тестировали следующие препараты: триметазидин (30 мг/кг в/в), ранолазин (10 мг/кг в/в), а также синтезированное в ФГБНУ «НИИ фармакологии имени В.В.Закусова» соединение АЛМ-802 (2 мг/кг в/в), потенциально обладающее свойствами р-Фох-ингибитора и в экспериментах проявляющее выраженную кардиопротективную активность. Полученные результаты анализировали с помощью t-критерия Стьюдента (реакция АД) и однофакторного дисперсионного анализа с дальнейшей обработкой с помощью критерия множественных сравнений по Ньюмену – Кейлсу.

Результаты. Анализ реакций АД показал, что если у интактных животных величина вызванной метахолином эндотелийзависимой вазодилатации равна $12,1 \pm 2,3 \text{ см}^2$ ($n=6$), то у животных, в течение 7 дней получавших метионин, она более чем в 2 раза меньше – $5,2 \pm 1,0 \text{ см}^2$ ($n=5$, $p=0,032$), что позволяет говорить о наличии у последних ЭД. Анализ результатов, полученных в экспериментах на модели СЭИ у животных с интактным сосудистым руслом, показал, что триметазидин, ранолазин и соединение АЛМ-802 в изучаемых дозах препятствовали развитию депрессии сегмента ST на ЭКГ, вызываемой изопротеренолом. Так, если в контрольной группе депрессия сегмента ST на ЭКГ в среднем составляла $0,159 \pm 0,017 \text{ мВ}$ ($n=12$),

то у животных, которые получали триметазидин ($n=8$), ранолазин ($n=8$) и АЛМ-802 ($n=7$), эта величина была соответственно равна $0,073 \pm 0,019 \text{ мВ}$ ($p=0,0153$) мВ , $0,086 \pm 0,020 \text{ мВ}$ ($p=0,0216$) и $0,023 \pm 0,006 \text{ мВ}$ ($p=0,0015$), соответственно. Показано, что ЭД увеличивала депрессию сегмента ST на ЭКГ, вызываемую изопротеренолом. Так, если у интактных животных депрессия сегмента ST на ЭКГ в среднем составляла $0,159 \pm 0,017 \text{ мВ}$, то у крыс со сформировавшейся ЭД этот показатель был равен $0,280 \pm 0,034 \text{ мВ}$ ($n=8$, $p=0,0029$). Эти результаты хорошо согласуются с известными данными о том, что снижение вазодилатирующей способности артерий, в том числе и коронарных, увеличивает риск ишемического повреждения тканей. В условиях сформировавшейся ЭД соединение АЛМ-802 значительно уменьшало депрессию сегмента ST на ЭКГ (до $0,063 \pm 0,022 \text{ мВ}$, $n=7$, $p=0,002$), тогда как триметазидин и ранолазин статистически значимых изменений по сравнению с контролем не вызывали ($0,244 \pm 0,035 \text{ мВ}$, $n=8$, $p=0,532$ и $0,373 \pm 0,068 \text{ мВ}$, $n=6$, $p=0,1154$).

Заключение. Таким образом, если у животных с интактным сосудистым руслом соединение АЛМ-802 и известные рФох-ингибиторы триметазидин и ранолазин проявляли значимую антиишемическую активность, то на модели ЭД, вызванной гипергомоцистеинемией, антиишемическую активность демонстрирует только соединение АЛМ-802. Можно полагать, что при изучении спектра кардиопротективной активности новых фармакологических веществ определенную часть исследований целесообразно проводить в модельных экспериментах, воспроизводящих ЭД.

МАРКЕРЫ МОРФОЛОГИЧЕСКИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА В СЕРДЦЕ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО: АНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

ЯКИМОВ А.А.

Уральский государственный медицинский университет, г. Уральск. Россия

Введение. Анатомическими маркерами правого желудочка являются модераторный тяж (МТ), передняя сосочковая мышца (ПССМ) и наджелудочковый гребень (НГ). Исследования их вариантной анатомии в сердце плода единичны, между тем, знание особенностей взаимного положения этих структур важно для точной идентификации морфологически правого желудочка, что, в свою очередь, позволит своевременно решить вопросы, связанные с ведением беременности.

Цель работы. Определить анатомические особенности МТ, его соотношение с ПССМ и НГ в обычно сформированном сердце плода человека и у мертворожденных.

Материал и методы. Исследовали 90 препаратов сердца, полученных в результате аутоп-

сий плодов (масса тела менее 500 г) и мертворожденных на 17–28 неделе гестации. Основной причиной внутриутробной гибели была тяжелая гипоксия на фоне соматической или акушерской патологии беременной. В исследование не включали препараты хотя бы при одном из следующих условий: а) диссоциированное развитие плодов при многоплодной беременности; б) врожденные пороки развития; в) задержка внутриутробного развития более двух недель; г) аномалии развития сердца; д) деформация препарата при фиксации. Препараты фиксировали в 5%-м формалине, изучали с помощью микроскопа МБС-9 (ЛЗОС, г. Лыткарино, Россия) при увеличении 4,8–16 раз. Определяли тип МТ (мостовидный, пристеночный), его форму, соотношение МТ с ПССМ, расстояние от места начала МТ до краев межжелудочковой пе-

перегородки, до места внедрения в нее НГ и до верхушки сердца.

Результаты. МТ встречался в 81,1% случаев (73 из 90). Мостовидный МТ отметили на 48 препаратах (65,8% от 73 или 53,3% от 90), в остальных случаях МТ был пристеночным. МТ мог иметь цилиндрическую или уплощенную (лентовидную) форму; наиболее часто встречался уплощенный МТ мостовидного типа. В официальной анатомической терминологии МТ обозначен как синоним перегородочно-краевой трабекулы (ПКТ), однако эти структуры не одно и то же. Под ПКТ часто понимают септальную ножку НГ, разделяющую приточный и выводной отделы правого желудочка, которая обычно заканчивается в апикальной трети правого желудочка расщеплением на септопарietальные трабекулы. Мы придерживаемся мнения R.H. Anderson et al. (1977, 2004), что НГ – это постоянная и специфичная для правого желудочка структура, которую следует отличать от ПКТ, а ПКТ от МТ. На 9,7% препаратов МТ представлял собой продолжение ПКТ; лишь при таком анатомическом варианте ПКТ и МТ можно рассматривать как единое целое. В единичных случаях МТ брал начало от одной из септопарietальных трабекул, либо от трабекулы пристеночного типа, расположенной на границе отделов притока и оттока параллельно заднему краю ПКТ. Наиболее часто МТ начинался от основания ПКТ, которое было монолитным либо расщепленным. Медиана расстояния от начала МТ до септального внедрения НГ была равна 5,6 мм, до верхушки сердца – 11 мм, до переднего края межжелудочковой перегородки 4,4 мм, до заднего края 7,4 мм. Сле-

довательно, МТ отходил от перегородки на границе передней и средней трети ее ширины. Принято считать, что МТ всегда входит в основание ПСМ. На наших препаратах такой вариант встречался лишь в 47,7% (31 из 65), тогда как с той же частотой (38,5%, $p > 0,05$) МТ оканчивался в передней стенке правого желудочка спереди от этой мышцы. Кроме того, в 12,3% случаев были выявлены варианты, при которых МТ проходил позади от ПСМ. Тесный непосредственный контакт между МТ и ПСМ отметили в 89,2% (58 из 65). Щелевидное пространство между МТ и ПСМ отметили только в случаях, когда МТ располагался спереди от ПСМ.

Заключение. Передняя сосочковая мышца и наджелудочковый гребень – постоянные структуры морфологически правого желудочка, тогда как модераторный тяж отсутствует в двух сердцах из десяти. Классический мостовидный модераторный тяж встречается лишь в половине обычно сформированных сердец плодов и мертворожденных. Независимо от своего анатомического строения он начинается от основания перегородочно-краевой трабекулы (септальной ножки наджелудочкового гребня) в средней или апикальной трети расстояния между наджелудочковым гребнем и верхушкой сердца, на границе передней и средней трети межжелудочковой перегородки и почти всегда соединяется с передней или медиальной поверхностью брюшка передней сосочковой мышцы или с ее основанием. Такой анатомический паттерн является наиболее специфическим маркером морфологически правого желудочка.



СОДЕРЖАНИЕ

ТЕЗИСЫ

«VII ЕВРАЗИЙСКОГО КОНГРЕССА КАРДИОЛОГОВ»
(17–18 мая 2019 года, г. Ташкент)

КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

Abdusattarova S.K., Alavy A.L., Kenjaev S.R. EFFECT OF ATORVASTATIN ON THE FUNCTIONAL STATE OF THE KIDNEYS IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME WHO UNDERWENT PERCUTANEOUS CORONARY ANGIOPLASTY Tashkent medical academy. Republican scientific center of emergency medicine, Tashkent. Uzbekistan.....	4
Ahmad Zia Omari PROGNOSTIC VALUE OF BRAIN NATRIURETIC PEPTIDE IN ACUTE CORONARY SYNDROME The Department of Internal Diseases №2; KazNMU, Almaty. Kazakhstan.....	4
Tursunov E.Y., Shukurdjanova S.M., Yarmukhamedova D.Z., Omarov X.B. EVALUATE EFFECTIVENESS TEACHING REHABILITATION SCHOOL PATIENT'S MYOCARDIAL INFARCTION WITH PATHOLOGICAL Q WAVE BASED ON HEMODYNAMIC PARAMETERS Tashkent medical academy, Tashkent. Uzbekistan.....	5
Ubaydullaev Sh.A. EFFECT OF HIGH DOSES OF ATORVASTATIN IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION Republican scientific center of emergency medicine, Tashkent. Uzbekistan	6
Абдумаликова Ф.Б., Нуриллаева Н.М. ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТРОМБОПРОФИЛЯ С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМ СТАТУСОМ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан.....	6
Атамуратов Б.Р., Юлдашев Н.П., Нагаева Г.А., Юлдашов Б.А., Мадрахимов Н.К. АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЙ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ (собственный опыт) Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан	7
Бактыбек Нурсултан РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА ПРИ СИСТЕМНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ: ФОКУС НА ПРАВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК – ЕСТЬ ЛИ ОСНОВАНИЯ? Национальный центр кардиологии и терапии им. М. Миррахимова; Кыргызско-Индийский горный биомедицинский научный центр, г. Бишкек. Кыргызская Республика	8
Бобоев М.М. ГИПЕРУРИКЕМИЯ И РЕФРАКТЕРНАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ Кафедра пропедевтики внутренних болезней; Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан.....	9
Дониёров Ш.Н., Бекметова Ф.М. ВОЗМОЖНОСТИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ VECTOR VELOCITY IMAGING (VVI) В ОЦЕНКЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан.....	9
Кадырова Ф.Ш., Рахимова М.Э. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан.....	10
Крымов Э.А. ^{1,2} , Гафаров В.В. ^{1,2} , Громова Е.А. ^{1,2} , Гагулин И.В. ^{1,2} , Гафарова А.В. ^{1,2,1,2} , Панов Д.О. ^{1,2} ДЛИТЕЛЬНЫЕ ТРЕНДЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ И КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ В РОССИИ/СИБИРИ (МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРОГРАММА ВОЗ «MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ», НАРИЕЕ) ¹ Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины (филиал ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики СО РАН»); ² Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний РАН, г. Новосибирск. Россия.....	11

- Кучкаров Х.Ш., Закиров Н.У., Ирисов Дж.Б.
ОЦЕНКА ДЛИТЕЛЬНОЙ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АКСАРИТМИНА
ПРИ РАЗЛИЧНЫХ НАРУШЕНИЯХ РИТМА СЕРДЦА
Республиканский специализированный научно-практический центр кардиологии,
г. Ташкент. Узбекистан..... 11
- Машарипова Д.Р.
ИЗУЧЕНИЕ ID ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА
У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии
и медицинской реабилитации, г. Ташкент. Узбекистан..... 12
- Мирмаксудов М.С., Аляви А.Л., Жаббаров А.А., Максудова М.Х., Сайдалиев Р.С.,
Дуйсенбаева А.И.
ОЦЕНКА РАННЕГО И ОТСРОЧЕННОГО ЧРЕСКОЖНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ
С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST
Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан..... 13
- Муратали уулу Кубат
ВЛИЯНИЕ КОЛЕБАНИЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ОКРУЖАЮЩЕГО ВОЗДУХА НА ЛЕГОЧНОЕ
КРОВООБРАЩЕНИЕ У ПОСТОЯННЫХ ЖИТЕЛЕЙ ВЫСОКОГОРЬЯ
Национальный центр кардиологии и терапии им. М. Миррахимова;
Кыргызско-Индийский горный биомедицинский научный центр, г. Бишкек. Кыргызская Республика..... 13
- Мусаева М.А.
КАРДИОБЕЗОПАСНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА СИТАГЛИПТИН/МЕТФОРМИН
ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
СЕРДЦА С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО СРЕДНЕЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА
Ташкентская медицинская академия; Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр кардиология, г. Ташкент. Узбекистан..... 14
- Рахими А.М.
СТРУКТУРА ПРЕДИКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
У ЭКСТРЕННО ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ
АО «Национальный медицинский университет»;
Городской кардиологический центр, г. Алматы. Казахстан..... 15
- Султанханов С.С.
ПРОФИЛАКТИКА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТРЕПЕТАНИЕМ ПРЕДСЕРДИЙ
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,
г. Ташкент. Узбекистан..... 16
- ^{1,2}Таран И.Н., ¹Белевская А.А., ¹Валиева З.С., ¹Саидова М.А., ¹Мартынюк Т.В., ¹Чазова И.Е.
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЕ СОПРЯЖЕНИЕ И ЭЛАСТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ЛА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ
ФЕНОТИПАХ ПАЦИЕНТОВ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ
ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
¹Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский
центр кардиологии» Минздрава России; Научно-исследовательский институт клинической
кардиологии им. А.Л. Мясникова; Отдел легочной гипертензии и заболеваний сердца, г. Москва;
²Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский
институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»;
Отдел мультифокального атеросклероза; Лаборатория реабилитации, г. Кемерово. Россия 16
- ¹Холикова А.О., ¹Мусаева М.А., ²Тригулова Р.Х.
ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ САКУБИТРИЛА/ВАЛСАРТАНА У ПАЦИЕНТОВ
С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОПУТСТВУЮЩИМ СД 2 ТИПА
¹Ташкентская медицинская академия;
²Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,
г. Ташкент. Узбекистан..... 18
- Шалыгин В.А.¹, Ильина Е.С.¹, Синицина И.И.¹, Савельева М.И.¹, Богова О.Т.¹, Горбатенкова С.В.²,
Головина О.В.², Сычев Д.А.¹
ПАДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП: ПОЛИПРАГМАЗИЯ КАК ФАКТОР РИСКА
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России; ГБУЗ ГВВ №2 ДЗМ, г. Москва. Россия..... 18



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ФКТОРА РИСКА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- Kudryavceva E.N., Igumnova O.A., Baev V.M., Agafonova T.Yu., Vagner E.A.
DEPENDENCE OF HEART PARAMETERS ON BODY MASS INDEX IN YOUNG
WOMEN WITH LOW BLOOD PRESSURE
Perm state medical university, Perm. Russia..... 20
- Lapasov S.Kh., Khakimova L.R., Lapasova M.Sh.
IMPLEMENTATION OF PRINCIPLES OF HEALTHY LIFESTYLE EDUCATION AND STOPPING
TOBACCO USE AMONG PATIENTS WITH CARDIO-VASCULAR PATHOLOGY
Samarkand state medical institute, Samarkand. Uzbekistan..... 20
- Valieva M.YU., Salahiddinov Z.S., Kodirov D.A.
THE EPYDEMOLOGICAL ASPECTS OF ARTERIAL HYPERTENSIONI
Andijan state medical Institute, Andijan. Uzbekistan 21
- Valieva M.YU., Djumabaeva S.E.
THE PREVALENCE OF SOME SOCIAL-MEDICAL BEHAVIOURAL FACTOR OF THE RISK
OF THE DEVELOPMENT ARTERIAL HYPERTENZII AMONGST UNORGANIZED FEMININE
AND MALE POPULATION ANDIZHAN STATE
Andijan state medical institute, Andijan. Uzbekistan..... 22
- Азизов В.А.¹, Эфендиева Л.Г.К.¹, Хатамзаде Э.М.О.², Мамедли С.М.К.¹
ОЦЕНКА РИСКА СМЕРТНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ В ГОРОДЕ БАКУ
¹Азербайджанский медицинский университет; ²Клиника «Оксиген», г. Баку. Азербайджан..... 23
- Аминов А.А., Мамутов Р.Ш.
ВЗАИМОСВЯЗЬ ВЛИЯНИЯ ПУТЕЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ
ТЕРАПИИ НА ИСХОДЫ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
кардиологии», г. Ташкент. Узбекистан..... 23
- Аминов А.А.
НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ
С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
кардиологии», г. Ташкент. Узбекистан..... 24
- Ахмедов Н.Н., Қаландаров Д.М., Мамасолиев Н.С., Артикова С.Г.
УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИ ШАРОИТИДА АРТЕРИАЛ ГИПОТЕНЗИЯ ШАКЛЛАНИШИНИНГ
ХАТАР ОМИЛЛАРИГА БОҒЛИҚЛИГИ ДАРАЖАСИНИ ҚИЁСИЙ ТАВСИФИ
Анджон давлат тиббиёт институти, Анджон ш. Ўзбекистон..... 25
- Базаров Р.К., Ахмедов Д.Д., Тригулова Р.Х.
ПРИНЦИПЫ СОЗДАНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ДОКУМЕНТА ДЛЯ ПОЛИКЛИНИКИ
РСНПМЦК ПО СТАНДАРТУ HL7 CDA R2
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан..... 25
- Байкузиев У.К., Махмудов Н.И., Ибрагимов З.М.
ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С НОРМАЛЬНЫМ
И НАРУШЕННЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ (регистр острого коронарного синдрома)
Ферганский филиал РЦЭМП; Ферганский филиал ТМА, г. Фергана. Узбекистан..... 26
- Байкузиев У.К., Махмудов Н.И., Камолов М.М.
ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН СРЕДНЕГО
И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
Ферганский филиал РЦЭМП; Ферганский филиал ТМА, г. Фергана. Узбекистан..... 27
- Балтабаев С.А., Азизов С.В., Мирзаев С.
ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ ТАНЦЕВАЛЬНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ
В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ
Наманганский государственный университет, г. Наманган. Узбекистан..... 27
- Бахметьев А.С.^{1,2}, Коваленко В.И.², Чехонацкая М.Л.¹, Двоенко О.Г.¹, Курсаченко А.С.¹,
Бахметьева М.С.¹, Сухоручкин В.А.¹
РЕДКИЕ СЛУЧАИ ДЕСТРУКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ СОННЫХ АРТЕРИЙ
С ОБРАЗОВАНИЕМ ПОДВИЖНОГО КОНГЛОМЕРАТА
¹ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава РФ, г. Саратов;
²ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава РФ, г. Москва. Россия..... 28

Бейлина Н.И. ¹ , Малышева Е.В. ² РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ¹ КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ; ² Поликлиника КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ. Россия.....	29
Беликова И.В., Костриков А.В., Хорош М.В. К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ПРЕДОТВРАТИМЫХ ПОТЕРЬ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава. Украина.....	30
Боровая Т.В., Захаренко А.Г. СМЕРТНОСТЬ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ТРУДОСПОСОБНОМ ВОЗРАСТЕ Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск. Республика Беларусь.....	31
Васкес Абанто А.Э. ¹ , Васкес А. Х.Э. ² ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ВЕРОЯТНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛАТИНОАМЕРИКАНСКИХ МУЖЧИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПЕРУ И В УКРАИНЕ ¹ Клиника Медиком; ² Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф, г. Киев. Украина.....	32
Гафаров В.В., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В., Панов Д.О., Крымов Э.А. ИНФАРКТ МИОКАРДА, ИНСУЛЬТ И ЖИЗНЕННОЕ ИСТОЩЕНИЕ: РИСК РАЗВИТИЯ В РОССИИ/СИБИРИ (МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРОГРАММА ВОЗ «МОНИСА-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ») НИИ терапии и профилактической медицины СО РАН, г. Новосибирск. Россия.....	33
Гафаров В.В., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В., Панов Д.О., Крымов Э.А. РИСК ОСТРЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ И ДЕПРЕССИЯ В РОССИИ/СИБИРИ (МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРОГРАММА ВОЗ «МОНИСА-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ») НИИ терапии и профилактической медицины СО РАН, г. Новосибирск. Россия.....	33
Гаффаров Б.Б., Худайбердыев А.Н., Буриев А.А., Маннонов М.З. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕЛЕМЕТРИЧЕСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА «ЮНЕТ»-ТЕХНОЛОГИЙ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ СУРХАНДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ Сурхандарьинский областной кардиологический диспансер, г. Термез. Узбекистан.....	34
Глибко К.В., Ларина В.Н., Бондаренкова А.А., Агаева А.И.К. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ФГБОУ ВО РНИМУ им. И.И. Пирогова, Россия.....	35
Губич Т.С., Суджаева С.Г., Казеева Н.А., Корнелюк О.М., Белоус Т.М. ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГРАММ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск. Беларусь.....	35
Девятьярова Е.А., Дюжиков А.А., Дюжикова А.В. РЕГИСТР БОЛЬНЫХ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ ГБУ РО «РОКБ». Россия.....	36
Джанибекова А.Р. ¹ , Горбунова С.И. ² , Джанибекова Л.Р. ³ , Джанибеков М.Р. ⁴ , Исакова З.А. ¹ , Сергеева В.Н. ¹ , Эркенова М.В. ¹ , Антонова Э.Н. ¹ АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА: ФОКУС НА АДАПТАЦИОННО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ¹ ГБУЗ СК «ГКБ №3», г. Ставрополь; ² ГБУЗ СК «ГП №4», г. Ставрополь; ³ РГБ ЛПУ «КЧРКБ», г. Черкесск; ⁴ МБОУ «Центр образования №11», г. Черкесск. Россия.....	37
Ирназарова Д.Х. КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МИОМОЙ МАТКИ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭМБОЛИЗАЦИЮ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан.....	38
Кадыров Б.С., Жураева Х.И., Бадритдинова М.Н. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОВЫШЕНИЯ ЗНАНИЙ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара. Узбекистан.....	39



- Кауызбай Ж.А.¹, Сейсембеков Т.З.², Сейдахметова А.А.¹, Иванова М.Б.¹, Едиге А.¹
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ГОРОДЕ
ШЫМКЕНТЕ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ТЕМПЕРАТУРОЙ ВОЗДУХА
АО «Южно-казахстанская медицинская академия»¹ г. Шымкент;
АО «Медицинский университет Астана»², г. Астана. Республика Казахстан..... 39
- Кеберле С.П., Наркевич Д.Д., Саранчина Ю.В.
ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ
НЕЙТРОФИЛОВ У СТУДЕНТОВ
Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова;
Кафедра фундаментальной медицины и гигиены, г. Абакан. Россия 40
- Кику П.Ф.¹, Калинин А.В.², Горборукова Т.В.¹, Ли М.В.¹
ФАКТОРЫ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ
КРОВООБРАЩЕНИЯ В БИОКЛИМАТИЧЕСКИХ ЗОНАХ ПРИМОРСКОГО КРАЯ
¹Дальневосточный федеральный университет; Школа биомедицины;
²НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Г.П. Сомова ДВО РАН, г. Владивосток. Россия.....41
- Краснова О.И., Голованова И.А., Плужникова Т.В., Товстяк М.М.
АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава. Украина..... 42
- Крылов В.А., Цоколов А.В., Настаева М.В.
О ТРУДНОСТЯХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭЛЕКТРОДНОГО
ЭНДОКАРДИТА И ТРОМБОЗА
ФГБУ МО РФ «1409 Военно-морской клинический госпиталь», г. Калининград. Россия..... 43
- Кудряшов Е.А.¹, Кузьменко Ю.В.¹, Джантемирова Л.Р.¹, Гребенникова С.Р.¹, Махно О.О.¹,
Скибицкий В.В.¹, Кудряшова Ю.А.²
ОЦЕНКА 10-ЛЕТНЕГО РИСКА СОСУДИСТЫХ КАТАСТРОФ И СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ
С МАНИФЕСТНЫМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
¹ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет»;
²ФГБОУ ВО КГУФКСТ, г. Краснодар. Россия 44
- Курбанов А.Ч.¹, Каримова Ф.А.², Табаров А.³, Раджабзода М.Э.³
ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ
¹ТГМУ; ²ГКБ-2; ³РКЦК, г. Душанбе. Таджикистан 45
- Максумова Д.К., Салахиддинов З.С., Максумова Д.К., Кодиров Д.А., Валиева М.Ю.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ
ПОПУЛЯЦИИ В ВОЗРАСТЕ 20–69 ЛЕТ
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан..... 45
- Мамадалиева М.Л., Артикова С.Г., Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СВЯЗИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ В ПОПУЛЯЦИИ НАРКОМАНОВ
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан..... 46
- Мамасалиев Н.С., Туйчиев А.Х., Турсунов Х.Х.
ВЛИЯНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО И СЕМЕЙНОГО СТАТУСА НА СЛУЧАИ ВНЕЗАПНОЙ
СМЕРТИ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)
Андижанский государственный медицинский институт и АФ РНЦЭМП, г. Андижан. Узбекистан..... 46
- Мамасалиев Н.С., Туйчиев А.Х., Усмонов Б.У., Мамасалиев З.Н.
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К РАЗВИТИЮ ПУТЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВНЕЗАПНОЙ
СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ С УЧЕТОМ НЕКОТОРЫХ СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ
Андижанский государственный медицинский институт и АФ РНЦЭМП, г. Андижан. Узбекистан.....47
- Мамасалиев Н.С., Туйчиев А.Х., Турсунов Х.Х., Мамасалиев З.Н.
НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОИСКА ПУТЕЙ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ СНИЖЕНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ
ДОЛИНЫ УЗБЕКИСТАНА
Андижанский государственный медицинский институт и АФ РНЦЭМП, г. Андижан. Узбекистан 47
- Мамасолиев Н.С., Мусашайхов У.Х., Мамасолиев З.Н.
АНДИЖОН АҲОЛИСИДА ПРОФИЛАКТИК КАРДИОЛОГИЯНИНГ ДЕМОГРАФИК, ИЖТИМОЙ-
ИҚТИСОДИЙ ВА ТИББИЙ-ГЕНДЕРЛИК ЙЎНАЛИШЛАРИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ТАВСИФЛАРИ
Андижон давлат тиббиёт институти ва РШТЁИМ АФ, г. Андижон. Ўзбекистон 48



Мамасолиев Н.С., Усмонов Б.У., Мусахайхов У.Х., Мамасолиев З.Н. ЗАМОНАВИЙ АҲОЛИ ПОПУЛЯЦИЯСИДА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ «ЧИЗГИСИ» БЎЙИЧА АЙРИМ МИНТАҚАВИЙ-ПРОФИЛАКТИК МАЗМУНДАГИ ТАВСИФЛАР Анджон давлат тиббиёт институти ва РШТЁИМ АФ, Анджон. Ўзбекистон.....	49
Маминаева З.М. ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И РЕЗУЛЬТАТОВ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СРЕДСТВ МОБИЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РМАНПО; ЦМП Учтепинского района города Ташкента, г. Ташкент. Узбекистан.....	50
Махмудов А.А., Артикова С.Г., Мамасолиев Н.С., Қаландаров Д.М. ЁШГА БОҒЛИҚ ҲОЛДА ЎСМИРЛАРДА АРТЕРИАЛ ГИПОТОНИЯНИ АНИҚЛАНИШИ ВА УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИ ШАРОИТИДА ПРОФИЛАКТИКАСИ ХУСУСИЯТЛАРИ Анджон давлат тиббиёт институти, Анджон. Ўзбекистон.....	50
Махсумова Д.К., Салахитдинов З.С., Кодиров Д.А., Ахмадалиева У.К., Махсумова Д.К. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГИПЕРГЛИКЕМИИ В ПОПУЛЯЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ С РАЗНЫМИ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИМИ СТАТУСАМИ Анджонский государственный медицинский институт, г. Анджан. Узбекистан.....	51
Мусахайхов У.Х., Мамасолиев Н.С., Усмонов Б.У., Мамасолиев З.Н. КАРДИОПРОФИЛАКТИКАГА БЕВОСИТА АЛОҚАДОР ТАМАКИ СИЁСАТИНИНГ АҲОЛИ ОРАСИДА ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ (скринингли тадқиқот натижалари) Анджон давлат тиббиёт институти ва РШТЁИМ АФ, Анджон. Ўзбекистон.....	51
Мусахайхов У.Х., Мамасолиев Н.С., Тошматов Б.У., Мамасолиев З.Н. ТАМАКИ ИСТЕЪМОЛ ҚИЛИШ: КАРДИОВАСКУЛЯР ХАСТАЛИКЛАРНИ ХАТАР ОМИЛИ СИФАТИДА ЗАМОНАВИЙ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ Анджон давлат тиббиёт институти ва РШТЁИМ АФ, Анджон. Ўзбекистон.....	52
Нагаева Г.А. ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, СТЕПЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ НА МОМЕНТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В СТАЦИОНАР (предварительные данные регистра) Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан.....	53
Нагаева Г.А., Аминов А.А. ОЖИРЕНИЕ, ГЕНДЕРНАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА (предварительные данные регистра по острому инфаркту миокарда) Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан.....	54
Нагаева Г.А., Аминов А.А., Мамутов Р.Ш. ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА: ПОРАЖЕНИЕ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ И ЕЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ (по данным регистра) Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан.....	54
Нармухамедова Н.А., Цой Е.С., Шукуров Ш.У., Юлдашев Р.М. АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ «STEPS» Проект «Здоровье-3», г. Ташкент. Узбекистан.....	55
Ниязов М.Ш., Мамасолиев Н.С., Қаландаров Д.М., Артикова С.Г. УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИ ШАРОИТИДА ГИПЕРТОНИЯ КРИЗИНИНГ «ЭПИДЕМИОЛОГИК ИЛДИЗЛАРИ» Анджон давлат тиббиёт институти, Анджон. Ўзбекистон.....	56
Нуриллаева Н.М., Абдумаликова Ф.Б., Юлдашов Ш.Р. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОЦЕНКИ И ВОЗДЕЙСТВИИ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ К ОСНОВНОЙ ТЕРАПИИ Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан.....	56
Нурмухамедов А.И., Абдуллаев А.Х., Раимкулова Н.Р., Турсунбаев А.К., Югай Л.А., Асадов Н.З., Юнусова Л.И. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ И РАСТИТЕЛЬНОГО ПРЕПАРАТА КОЛМСТРЕС У ЖЕНЩИН ПРИ РАННЕЙ МЕНОПАУЗЕ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»; Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан.....	57



- Округин С.А., Репин А.Н.
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА. МНОГОЛЕТНИЙ МОНИТОРИНГ
В СРЕДНЕУРБАНИЗИРОВАННОМ ГОРОДЕ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение научно-исследовательский
институт кардиологии «Томский национальный исследовательский медицинский центр
Российской академии наук», г. Томск. Россия 58
- Ортикбоев Ж.О., Газиева Х.Ш., Ортикбоева Ш.О.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ С ВКЛЮЧЕНИЕМ
ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан 59
- Осокина А.К.¹, Филатова А.Ю.², Потехина А.В.¹, Щинова А.М.¹, Гвоздева А.Д.¹,
Арефьева Т.И.², Ноева Е.А.¹, Масенко В.П.¹, Проваторов С.И.¹
СОПОСТАВЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСТАНЦИОННОГО НАБЛЮДЕНИЯ И НАБЛЮДЕНИЯ,
ОСНОВАННОГО НА ПРЯМОМ КОНТАКТЕ ПАЦИЕНТА С КАРДИОЛОГОМ,
ПО ДАННЫМ 6-ТИ МЕСЯЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ
¹ФГБУ НМИЦ кардиологии МЗ РФ; ²ИЭК ФГБУ НМИЦ кардиологии МЗ РФ, г. Москва. Россия 60
- Очилова Д.А.
РОЛЬ ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА В ПРЕДОТВРАЩЕНИИ ВЛИЯНИЯ МОДИФИЦИРУЕМЫХ
ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара. Узбекистан 60
- Панов Д.О.¹, Гафаров В.В.², Громова Е.А.¹, Гагулин И.В.², Гафарова А.В.², Крымов Э.А.¹
ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В РИСКЕ РАЗВИТИЯ ОСТРЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ
У НАСЕЛЕНИЯ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ В РОССИИ/СИБИРИ:
ПРОГРАММА ВОЗ «MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ»
¹Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины;
²Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний. Россия 61
- Подпалов В.П., Журова О.Н., Сурунович Ю.Н., Устинович Т.Н., Маханькова А.А., Подпалова О.В.
«КЛАССИЧЕСКИЕ» И НОВЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ. ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ
УО «Витебский государственный медицинский университет»;
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»;
УЗ «Ореховская участковая больница»;
ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология». Беларусь 62
- Подпалов В.П., Укла Али
СУММА АМПЛИТУД ЗУБЦОВ SV1 + RV5 – V6 ПО ЭКГ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ПО ДАННЫМ
10-летнего ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
УО «Витебский государственный медицинский университет»;
УО «Гомельский государственный медицинский университет». Беларусь 63
- Рахимова Д.А., Базарова С.А., Назирова М.Х.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ
ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской
реабилитации», г. Ташкент. Узбекистан 64
- Репин А.Н., Округин С.А.
ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА. ИЗМЕНЕНИЯ В СТРУКТУРЕ
ЗА ДЕСЯТЬ ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение Научно-исследовательский
институт кардиологии «Томский национальный исследовательский медицинский
центр Российской академии наук», г. Томск. Россия 64
- Рузиев О.А., Очилова Д.А.
КАРДИОВАСКУЛЯР КАСАЛЛИКЛАР ХАВФ ОМИЛЛАРИ ВА УГЛЕВОДЛАР
АЛМАШИНУВИНИНГ БУЗИЛИШЛАРИ
РШТЎИМ Бухоро филиали, Бухоро. Ўзбекистон;
Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро. Ўзбекистон 65
- Скопец И.С.¹, Везикова Н.Н.¹, Марусенко И.М.¹, Барышева О.Ю.¹, Польская И.И.¹,
Малафеев А.В.², Малыгин А.Н.², Никулина В.А.², Лучкина А.А.²
ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА
ST В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ДАННЫЕ 10-летнего РЕГИСТРА
¹ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»;
²ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А. Баранова». Россия 66

Соболева Н.И., Кутепов В.А. КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ, ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ И СТАТИНЫ В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА Курский государственный медицинский университет, г. Курск. Россия	67
Соттиев Б.Г., Абдуллажанов Ф.Г., Махмудов К.А., Кучкарова Ф.Э. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМИ КРИЗАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ Ферганский филиал РНЦЭМП, г. Фергана. Узбекистан.....	67
Срибная О.В. ¹ , Кваша Е.А. ¹ , Смирнова И.П. ¹ , Рафаэль Д.И. ² ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ СИСТЕМ ДОСТАВКИ НИКОТИНА НА РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ¹ ГУ «ННЦ «Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины; ² ОО «Новые технологии для здоровья», г. Киев. Украина	68
Таранцова А.В. ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (К 10-летию ЮБИЛЕЮ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ В РОССИИ) Областной центр здоровья, поликлиника №10, г. Ростов-на-Дону. Россия	69
¹ Тригулова Р.Х., ² Базаров Р.К., ² Ахмедов Д.Д. ФОРМИРОВАНИЕ АРХИТЕКТУРЫ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ В СООТВЕТСТВИИ С ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ СТАНДАРТАМИ РЕСПУБЛИКАНСКОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА КАРДИОЛОГИИ ¹ ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии» МЗ РУз; ² Центр разработки программных продуктов и аппаратно-программных комплексов при Ташкентском университете информационных технологий, г. Ташкент. Узбекистан.....	70
Туйчиев А.Х., Мамасалиев Н.С., Бурибоев Д.Г., Усмонов Б.У. ПРИОРИТЕТНЫЕ СТРАТЕГИИ ВЫСОКОГО РИСКА В ОТНОШЕНИИ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ Андижанский государственный медицинский институт и АФ РНЦЭМП, г. Андижан. Узбекистан.....	71
Туйчиев А.Х., Мамасалиев Н.С., Усманов Б.У., Мамасалиев З.Н. ИЗУЧЕНИЕ И АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЛИЦ, УМЕРШИХ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ Андижанский государственный медицинский институт и АФ РНЦЭМП, г. Андижан. Узбекистан.....	71
Турдиев М.Р., Исмаилов С.И., Камилова У.К. ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент. Узбекистан.....	72
Турсунов Ж.Х., Артикова С.Г., Мамасалиев Н.С., Қаландаров Д.М. ГИПОТОНИК КОНТИНУУМГА АЛОҚАДОР ВА УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИ ФАОЛИЯТИДА АКСАРИЯТ УЧРАЙДИГАН ХАТАР ОМИЛЛАРИ Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон. Ўзбекистон	72
Турсунова С.Б., Мамасалиев Н.С., Қаландаров Д.М., Артикова С.Г. УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИ ШАРОИТИДА АРТЕРИАЛ ГИПОТЕНЗИЯНИ СКРИНИНГЛИ АНИҚЛАШ НАТИЖАЛАРИ Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон. Ўзбекистон	73
Умурзакова Г.И., Белов Г.В., Али М.М., Касымова Р.О. ВЛИЯНИЕ ПОГОДНЫХ ФАКТОРОВ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ОТ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА В г. ОШЕ И г. БИШКЕКЕ Ошский государственный университет ОшГУ; Международный медицинский факультет; Кыргызско-Российский славянский университет, г. Ош. Кыргызстан.....	74
Уринов О.У., Мамутов Р.Ш., Мирахмедова О.Х. ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан	75



- Усмонов Б.У., Мамасалиев Н.С., Мусашайхов У.Х., Мамасолиев З.Н.
АЛКОГОЛЬ ИСТЕМОЛ ҚИЛИШНИНГ ХАТАР ОМИЛ СИФАТИДА ТАРҚАЛИШИ
(ПОПУЛЯЦИЯ ДАРАЖАСИДА ОЛИНГАН ЯНГИ НАТИЖАЛАР)
Андижон давлат тиббиёт институти ва РШТЎИМ АФ, Андижон. Ўзбекистон 76
- Цоколов А.В.
НОРМАТИВНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ МАКСИМАЛЬНОЙ СКОРОСТИ КРОВотоКА НА КЛАПАНЕ
ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В RW-РЕЖИМЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
(ОБНОВЛЕННЫЕ ДАННЫЕ)
ФГБУ МО РФ «1409 Военно-морской клинический госпиталь», г. Калининград. Россия..... 76
- Чапау А., Мухаммедова Н., Исламанова Д.
КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫЙ КОНТИНУУМ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Государственный медицинский университет Туркменистана;
Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, г. Ашхабад. Туркменистан 77
- Эргашев Э.Э., Артикова С.Г., Мамасолиев Н.С., Қаландаров Д.М.
УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИ ШАРОИТИДА ГИПЕРТОНИЯ КРИЗИНИ АКСАРИЯТ
ОМИЛЛАРИ ВА УЛАРНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ
Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон. Ўзбекистон 78
- Яковлев А.А.^{1,2}, Пушкин А.С.^{1,2}, Рыжак Г.А.³
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ ТРОПОНИНА I, ОПРЕДЕЛЯЕМОГО
ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ, В УСЛОВНО ЗДОРОВОЙ ПОПУЛЯЦИИ
¹СПб ГБУЗ ГМПБ №2, ²ПСПбГ медицинский университет им. И.П. Павлова;
³АНО ИНЦ «Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии»,
г. Санкт-Петербург. Россия 78
- Якубжанов М.Ж., Юлдашева С.Л., Юлдашева Г.Т., Абдуллаев А.Г., Усманова Д.Н.
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ПРЕДИКТОР ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО
СТАРЕНИЯ ОРГАНИЗМА
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан 79
- АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ**
- Polozova E.I., Polozova E.I., Puzanova E.V., Sesekina A.A., Ovsyannikova I.S., Domina E. N., Surkova I. A.
RESEARCH FEATURES AND EFFICIENCY OF ANTIHYPERTENSIVE THERAPY
IN PATIENTS WITH METABOLIC DISORDERS
National Research Ogarev Mordovia State University 80
- Абдуллаева Г.Ж.¹, Хамидуллаева Г.А.¹, Курбанов Р.Д.¹, Каримов А.М.¹, Турсунова Н.Б.¹,
Абдуллаев А.А.², Ахмедова М.З.²
КАРДИОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОНОТЕРАПИИ ЗОФЕНОПРИЛА
У БОЛЬНЫХ АГ С УЧЕТОМ С344Т ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА ГЕНА СҮР11В2
¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии;
²Центр передовых технологий, г. Ташкент. Узбекистан 81
- Агабабян И.Р., Искандарова Ф.И., Садыкова Ш.Ш., Мухтаров С.Н.
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
КАК ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд. Узбекистан 82
- Агабабян И.Р., Ахророва З.В., Низомов Б.У., Адилов А.С., Рофеев М.Ш.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ
ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд. Узбекистан 83
- Аннамырадова М.Т., Чарыев Х.Э.
ВЛИЯНИЕ КАРДИОСЕЛЕКТИВНОГО SS-АДРЕНОБЛОКАТОРА АТЕНОЛОЛА НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ
РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ I-II СТЕПЕНИ
Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, г. Ашхабад. Туркменистан 84
- Артикова С.Г., Мамасолиев Н.С., Қаландаров Д.М.
УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИ ШАРОИТИДА АРТЕРИАЛ ГИПОТЕНЗИЯНИ VEN
ТАҲЛИЛИ НАТИЖАЛАРИ
Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон. Ўзбекистон 84
- Атаев А.М., Чарыев Х.Э.
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ
Госпиталь с научно-клинический центром кардиологии, г. Ашхабад. Туркменистан 85

Бабаджанов С.А., Им В.М. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И РАДИОЧАСТОТНОЙ КАТЕТЕРНОЙ АБЛЯЦИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫХ ТАХИКАРДИЙ ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова», г. Ташкент. Узбекистан	86
Бабкин А.П.², Провольнева Л.П.¹, Степанова Л.А.³, Козлов Ю.С.³ КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ¹ Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи №10; ² Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко; ³ Воронежская городская клиническая поликлиника №4, г. Воронеж. Россия.....	86
Бабкин А.П.¹, Головкин Т.В.¹, Бредихин С.В.², Козлов Ю.С.², Гулая Г.И.² ДИНАМИКА ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ¹ Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи №10; ² Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко; ³ Воронежская городская клиническая поликлиника №4, г. Воронеж. Россия.....	87
Бабкин А.П.¹, Головкин Т.В.², Бредихин С.В.¹, Степанова Л.А.¹ КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ¹ Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко; ² Воронежская городская клиническая поликлиника №4, г. Воронеж. Россия.....	88
Бабкин А.П.², Головкин Т.В.¹, Зуйкова А.А.², Романова М.М.², Бредихин В.С.² КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ¹ Воронежская городская клиническая поликлиника №4; ² Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж. Россия	88
Бабкин А.П.¹, Гладких В.В.¹, Зуйкова А.А.¹, Степанова Л.А.², Гулая Г.И.² СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫСОКОГО РИСКА С РАЗЛИЧНОЙ СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ¹ Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко; ² Воронежская городская клиническая поликлиника №4, г. Воронеж. Россия.....	89
Байкузиев У.К. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН ПРИ РАЗНЫХ ИСХОДАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ Ферганский филиал РЦЭНМП, г. Фергана. Узбекистан.....	90
Бекметова Ф.М., Махкамова Н.У., Хошимов Ш.У. ВЗАИМОСВЯЗЬ АТЕРОСКЛЕРОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С СУТОЧНЫМ КОЛЕБАНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан	90
Беридзе Р.М., Конюшенко А.А. СВЯЗЬ ПОВЫШЕННОЙ ТРЕВОЖНОСТИ С РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель. Республика Беларусь	91
Бесланев И.А., Курданова М.Х., Батырбекова Л.М., Курданов Х.А. АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОСНОВНЫХ РЕГУЛЯТОРНЫХ СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ Центр медико-экологических исследований, филиал ГНЦ РФ ИМБП РАН. Россия.....	92
Бесланев И.А., Курданова М.Х., Батырбекова Л.М., Курданов Х.А. ОСОБЕННОСТИ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА, ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ Центр медико-экологических исследований; филиал ГНЦ РФ ИМБП РАН. Россия.....	93
Бесланев И.А., Курданова М.Х., Батырбекова Л.М., Курданов Х.А. ВЛИЯНИЕ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ НА ОБМЕН ЛИПИДОВ И РЕГУЛЯЦИЮ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ЖИТЕЛЕЙ ВЫСОКОГОРЬЯ Центр медико-экологических исследований, филиал ГНЦ РФ ИМБП РАН. Россия.....	94



- Бурмак Ю.Г., Петров Е.Е., Треумова С.И., Иваницкая Т.А.
ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ
ПРИ КОМОРБИДНОМ ТЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Киев. Украина 95
- Валиева М.Ю., Ганиева И.У.
ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан 96
- Валиева М.Ю., Ганиева И.У.
ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПРИ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан 96
- Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Джумабаева С.Э.
ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
В ЦЕЛЯХ ИХ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан 97
- Валиева М.Ю., Ганиева И.У.
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ В СОВРЕМЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г. АНДИЖАНА ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан 97
- Валиева М.Ю., Ганиева И.У.
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СУММАРНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРОВ, ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ,
У МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ г. АНДИЖАНА
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан 98
- Валиева М.Ю., Джумабаева С.Э.
ВЛИЯНИЕ ГИПЕРХОЛИСТЕРИНЕМИИ И ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ НА РАЗВИТИЕ
ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ КАК ФАКТОРА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан 99
- Васильев В.Ю.¹, Фендрикова А.В.², Скибицкий В.В.²
ПОКАЗАТЕЛИ СОСУДИСТОЙ ЖЕСТКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДИНАМИКИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ
ВО ВРЕМЯ НОЧНОГО СНА ПОСЛЕ ПРОБЫ НА СОПЕЧАУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ
¹ГБУЗ «Городская больница №4», г. Сочи; ²ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России. Россия 99
- Воднев В.П., Турланов К.М., Аметова Г.Д.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ УРАПИДИЛА ПРИ КУПИРОВАНИИ
ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
АО Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
г. Алматы. Казахстан 100
- Горенков Р.В., Якушин М.А., Сафина Д.Е., Карташов К.Ю., Дворина О.Г.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИСТАНЦИОННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ
В ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ
ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского». Россия 101
- Горшунова Н.К.
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ И АПОПТОТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ
ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Курск. Россия 102
- Григорьев В.С.¹, Голухова Е.З.¹, Бузиашвили Ю.И.¹, Петросян К.В.¹, Абросимов А.В.¹,
Алекян Б.Г.², Бокерия О.Л.¹, Бокерия Л.А.¹
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ШКАЛ SYNTAX SCORE И SYNTAX SCORE II
В ОТНОШЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ВЫПОЛНЕНИЯ ЧКВ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ
ФОРМАМИ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА В ТЕЧЕНИЕ ТРЕХ ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ
¹ ФГБУ «НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ;
² ФГБУ «НМИЦХ им. А.В. Вишневецкого» МЗ РФ. Россия 103
- Денека И.Э., Родионов А.В., Фомин В.В.
ПРИМЕНЕНИЕ ТЕЛМИСАРТАНА У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИСТЕНТНОЙ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва. Россия 103

Дорожук Н.А., Тихазе А.К., Коновалова Г.Г., Ланкин В.З. ВЛИЯНИЕ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО И КАРБОНИЛЬНОГО СТРЕССА НА МОДИФИКАЦИЮ БЕЛКОВ И ДЕСТРУКЦИЮ ДНК ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России, г. Москва. Россия.....	104
Жураев Б., Гулиев Х.Т., Аликулов И.Т. ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан.....	105
Зубарева М.Ю., Рожкова Т.А., Амелюшкина В.А., Каминная В.И. ЧАСТОТА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ВЫБОРКЕ ПАЦИЕНТОВ С КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ МОСКОВСКОЙ ЛИПИДНОЙ КЛИНИКИ ПРИ АМБУЛАТОРНЫХ КОНСУЛЬТАЦИЯХ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ ФГБУ НМИЦ кардиологии МЗ РФ, г. Москва. Россия.....	105
Игумнова О.А., Агафонова Т.Ю., Баев В.М., Дусакова Р.Ш. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ У ЖЕНЩИН: ЗАВИСИМОСТЬ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВОТОКА ОТ СОСТОЯНИЯ АВТОНОМНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава РФ, ООО «РадРост». Россия	106
Игумнова О.А. ¹ , Баев В.М. ¹ , Агафонова Т.Ю. ¹ , Дусакова Р.Ш. ² АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН: УВЕЛИЧЕНИЕ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ¹ ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава РФ; ² ООО «РадРост». Россия	107
Иргашева Д.Г., Китьян С.А., Касимова Н.Д., Юнусова З.В., Бобоев М.М., Юлдашев Р.Н. ПРИМЕНЕНИЕ АМПРИЛАНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан.....	108
Кадилов Б.С., Жураева Х.И. РОЛЬ «ШКОЛЫ ГИПЕРТОНИКОВ» В ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара. Узбекистан.....	108
Кисиленко Е.В. ПОСТПРАНДИАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ОЖИРЕНИЕМ Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков. Украина.....	109
Коваленко Ф.А., Коваленко Ф.А., Скибицкий В.В. ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ВАЛСАРТАНОМ И АМЛОДИПИНОМ НА ДИНАМИКУ СНИЖЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА CYP2C9 У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России. Россия	110
Корниенко Н.В., Петренко В.И. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕЛМИСАРТАНА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь. Россия.....	110
Коробко И.Ю., Нечесова Т.А., Павлова О.С. МАКРО- И МИКРОЭЛЕМЕНТЫ И ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск. Беларусь	111
Кочубей О.А., Ащеулова Т.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНДЕКСА ОТНОШЕНИЯ ТАЛИИ К РОСТУ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков. Украина.....	112
Крючкова О.Н., Ицкова Е.А., Лутай Ю.А., Турна Э.Ю., Костюкова Е.А. РАЦИОНАЛЬНЫЕ КОМБИНАЦИИ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского» Медицинская академия. Россия.....	113
Кушубакова Н.А., Акунов А.Ч., Муратали у.К., Сатыбалдыев С.А., Чолпонбаева М.Б., Бактыбек Н., Камал к.Г., Керимбекова Ж., Сарыбаев А.Ш. К ВОПРОСУ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ЕЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА ВЫСОКОГОРЬЕ Национальный центр кардиологии и терапии им. Миррахимова, г. Бишкек. Кыргызстан.....	114



Қаландаров Д.М., Мамасолиев Н.С., Артикова С.Г. УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИ ШАРОИТИДА ҚОН БОСИМИ КЕСКИН КЎТАРИЛИШНИНГ ЭТНИК ХУСУСИЯТЛАРИ Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон. Ўзбекистон	114
Леушина Е.А., Кошурникова В.А., Машковцева В.В. ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров. Россия	115
Леушина Е.А., Куковьякина К.В. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров. Россия	116
Леушина Е.А., Кузнецова Ю.В., Тебенькова Е.А. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров. Россия	116
Лутай Ю.А., Крючкова О.Н., Ицкова Е.А., Турна Э.Ю., Костюкова Е.А. ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИНСОМНИЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКИМ АНАЛОГОМ МЕЛАТОНИНА ФГАОВ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»; Медицинская академия. Россия	117
Мамасолиев Н.С., Қаландаров Д.М., Артикова С.Г. АҲОЛИНИНГ ТУРЛИ ЁШ ГУРУҲЛАРИДА АРТЕРИАЛ ГИПОТЕНЗИЯГА ОИД ПРОФИЛАКТИК АМАЛИЁТЛАРНИ УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИ ШАРОИТИДА КУЧАЙТИРИШНИНГ ЭПИДЕМИОЛГИК ОМИЛЛАРИ Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон. Ўзбекистон	118
Махкамова Н.У., Хамидуллаева Г.А. РОЛЬ 4A/4B ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА NOS В РАЗВИТИИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан	118
Махкамова Н.У., Хасанова К.М. ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИДА УЧРАЙДИГАН ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛ БУЗИЛИШЛАРНИ БАҲОЛАШ ВА ДАВОЛАШ Республика иқтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент ш. Ўзбекистон	119
Махмудов Н.И., Тўраева Ё.М., Ахмедова Ф.Ш. ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИДА КЎРУВ АЪЗОЛАРИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРНИНГ ДИАГНОСТИК АҲАМИЯТИ РЦЭМП Фарғона филиали; Фарғона филиали ТМА, Ўзбекистон	120
Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Махсумова Д.К., Кодиров Д.А. ВКЛАД ПОВЕДЕНЧЕСКИХ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан	120
Мехралиев Р.Р., Гулиева Л.Т. О МЕСТЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НИИ Кардиологии, г. Баку. Азербайджан	121
Микитюк А.В., Скуратова Н.А., Федорова В.В. ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель. Беларусь	122
Муратназарова Н.А., Чарыев Х.Э. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПОВ ГЕОМЕТРИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА Государственный медицинский университет Туркменистана; Научно-клинический госпиталь с центром кардиологии, г. Ашхабад. Туркменистан	123

Орлов Д.А., Ларина В.Н. ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ: ФОКУС НА ТРОЙНУЮ ФИКСИРОВАННУЮ КОМБИНАЦИЮ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России; г. Москва. Россия	124
Ортикбоев Ж.О., Ортикбоева Ш.О., Олимхонова К.Н. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ТЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан.....	124
Очилова Д.А., Рузиев О.А. ҚОН БОСИМИНИ АДЕКВАТ КОРРЕКЦИЯЛАШДА НОМЕДИКАМЕНТОЗ ТЕРАПИЯНИНГ АҲАМИЯТИ Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро ш. Ўзбекистон	125
Очилова Д.А. АТЕРОГЕН ДИСЛИПИДЕМИЯ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро ш. Ўзбекистон	126
Павлова О.С. ¹ , Огурцова С.Э. ² , Коробко И.Ю. ¹ , Ливенцева М.М. ¹ , Мрочек А.Г. ¹ ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ¹ Республиканский научно-практический центр «Кардиология»; ² Институт биоорганической химии Национальной академии наук Беларуси, г. Минск. Беларусь	127
Пехота Н.В., д.м.н., п. Г.Ю. ВЗАИМОСВЯЗЬ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА И КОМПЛАЕНС У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ МОИИ РФ ФГАОУО «ДВФУ» Школа искусств и гуманитарных наук. Россия.....	127
Плащинская Л.И., Гончарик Д.Б., Барсукевич В.Ч., Часнойть А.Р., Ребеко Е.С., Савченко А.А., Мрочек А.Г. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕНАЛЬНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РНПЦ «Кардиология», г. Ташкент. Узбекистан	128
Пулатова Ш.Х., Яхёева Ф.О., Тоиров И.Р. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РНЦЭМП Бухарского филиала; Бухарский государственный медицинский института, г. Бухара. Узбекистан.....	129
Рахимова Д.А., Сабиржанова З.Т. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННОЙ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации; Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан.....	130
Рахманова О.В. УРОВЕНЬ ОКИСЛЕННЫХ БЕЛКОВ ПРИ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ II СТАДИИ У ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Курский государственный медицинский университет, г. Курск. Россия	130
Савич В.В. СИГНАЛИНГ В РЕГУЛЯЦИИ СОСТОЯНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНО-ТКАННОГО МАТРИКСА МИОКАРДА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России г. Курск. Россия	131
Салимова Н.Р., Пирназаров М.М., Никишин А.Г., Абдуллаева С.Я., Хасанова Н.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦЕРЕБРОЛИЗИНА В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ УМЕРЕННЫХ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии; Лаборатория острого инфаркта миокарда, г. Ташкент. Узбекистан	132



Синцова С.В.

АНАЛИЗ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У РАБОТНИКОВ

РЖД С ДИАГНОЗОМ ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет. Россия 132

Скорятин И.А., Медведев И.Н.

КОРРЕКЦИЯ АГРЕГАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ОСНОВНЫХ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ

КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ,

ПОЛУЧАЮЩИХ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И СТАТИНЫ

Российский государственный социальный университет. г. Москва. Россия 133

Скорятин И.А., Медведев И.Н.

АНТИАГРЕГАЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ стенки сосудов НАД ФОРМЕННЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ

КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Российский государственный социальный университет, г. Москва. Россия 134

Смирнова М.Д., Свирида О.Н., Вицеля М.В., Фофанова Т.В., Бланкова З.Н., Агеева Н.В., Агеев Ф.Т.

ТРЕВОЖНОСТЬ КАК ПРЕДИКТОР ПОВЫШЕНИЯ ВЯЗКОСТИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ

АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ

ФГБУ НМИЦ Кардиологии МЗ РФ, г. Москва. Россия 135

Соловьева К.В., Базылев В.В., Бабкина И.А., Соловьев В.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕПРЕРЫВНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ПОСТПРАНДИАЛЬНОЙ ГЛИКЕМИИ В

КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ КОРРЕКЦИИ ВЕСА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ФГБУ «ФЦССХ Минздрава России», г. Пенза. Россия 136

Стафеев Ю.С.^{1,3}, Мичурина С.С.^{1,2}, Подкуйченко Н.В.^{1,2}, Скляник И.А.³, Паневина А.С.³,
Шестакова Е.С.,³ Яхьяев К.А.⁴, Воротников А.В.^{1,2}, Меньшиков М.Ю.¹, Яшков Ю.И.⁵,
Шестакова М.В.³, Парфенова Е.В.^{1,2}

РОЛЬ ВОСПАЛЕНИЯ И АУТОФАГИИ В СОСТАВЕ МЕЗЕНХИМНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ

КЛЕТОК ПОДКОЖНОЙ ЖИРОВОЙ ТКАНИ В РАЗВИТИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

НА ФОНЕ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ

¹ФГБУ НМИЦ кардиологии МЗ РФ; ²МГУ им. М.В. Ломоносова;³Эндокринологический научный центр МЗ РФ; ⁴ЦКБ №1 ОАО РЖД;⁵ФГБУ НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, г. Москва. Россия 137

Суджаева О.А.

ВОЗМОЖНОСТИ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО

ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И КОМОРБИДНОЙ

ПАТОЛОГИЕЙ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск. Беларусь 137

Таштемирова И.М., Хужамбердиев М.А., Кодирова Г.И., Узбекова Н.Р.

ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ

СИСТЕМЫ И ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ

С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан 138

Тешаева М.К., Барноева С.Б., Султонов С.С.

ФАРМОКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

РНЦЭМП Бухарского филиала, г. Бухара. Узбекистан 139

Толкачев И.М.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ МОКСОНИДИНА И МЕТОПРОЛОЛА ПРИ КРИЗОВОМ

ТЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, г. Оренбург. Россия 140

Трибрат Т.А.¹, Шуть С.В.¹, Гончарова Е.О.¹, Рудич А.И.²

ОЦЕНКА УРОВНЯ КОМПЛЕКСА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ

ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И КОМОРБИДНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

¹Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава;²«КП 3-я ГКБ ПГС». Украина 141

Узбекова Н.Р., Усманова Д.Н., Юсупова Н.А., Кодирова Г.И., Шамсиддинова А.С.

ВЛИЯНИЕ АГОНИСТОВ ИМИДАЗОЛИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ НА СТАБИЛИЗАЦИЮ

КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ

ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан 142

Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Усманова Д.Н., Юсупова Н.А., Китьян С.А. ОЦЕНКА СЕКРЕТОРНОЙ АКТИВНОСТИ ЖИРОВОЙ ТКАНИ ПРИ СНИЖЕНИИ МАССЫ ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан.....	143
Федорова Е.В., Ларина В.Н. КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ГБУЗ «ДКЦ №1 ДЗМ». Россия.....	143
Хамидуллаева Г.А., Абдуллаева Г.Ж., Хафизова Л.Ш., Машкурова З.М., Машарипов Ш.М. ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕДИКТОРОВ РЕЗИСТЕНТНОСТИ СРЕДИ ГИПЕРТОНИКОВ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан	144
Чарыев Н.Э., Чарыева А.К., Тозанлыев М. ОСОБЕННОСТИ КАРДИОРЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ Государственный медицинский университет Туркменистана; Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, г. Ашхабат. Туркменистан.....	145
Шоалимова З.М., Хидирова Н.Х. ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕРКАНИДИПИНА У БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан.....	146

ХРОНИЧЕСКАЯ ИБС И АТЕРОСКЛЕРОЗ

Radjabova D.I., Alyavi A.L., Tulyaganova D.K., Nuritdinova S.K. COMPARISON OF INFLAMMATION MARKERS IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE Republican specialized center of Therapy	147
Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Раимкулова Н.Р., Узоков Ж.К., Азизов Ш.И., Каримова Д.К., Иминова Д.А. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»; Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан.....	147
Абдуллаев Р.Ф., Кулиева А.Д., Абдуллаева Р.Р. ¹ ОЦЕНКА КОНЦЕНТРАЦИИ ЭНДОТЕЛИНА-1 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ НИИ кардиологии им. ДЖ. Абдуллаева; ¹ Азербайджанский медицинский университет, г. Баку. Азербайджан.....	148
Абдуллаева К.А., Хужамбердиев М.А., Усманова Д.Н., Юсупова Н. ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ НА АКТИВНОСТЬ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ИБС С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан.....	149
Абдуллаева С.Я., Никишин А.Г., Пирназаров М.М., Срождинова Н.З. КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА, НАПРАВЛЕННЫХ НА РАЗЛИЧНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан	150
Абдуллаева С.Я., Никишин А.Г., Пирназаров М.М., Срождинова Н.З., Алимухамедова З.А., Якуббеков Н.Т. ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ДАННЫХ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА, НАПРАВЛЕННЫХ НА СТЕНТИРОВАНИЕ/ШУНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И ПОЛУЧАВШИХ ТОЛЬКО ОПТИМАЛЬНУЮ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ТЕРАПИЮ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан.....	150



- Адилова И.Г., Тулабоева Г.М., Сагатова Х.М., Камолов Б.Б.
КЛИНИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
И СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, КОТОРЫМ БЫЛО
ПРОВЕДЕНО СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ
Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент. Узбекистан..... 151
- Алиева Р.Б., Хошимов Ш.У., Ахмедова Ш.С., Шек А.Б.
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ
БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ГЕТЕРОЗИГОТНОЙ СЕМЕЙНОЙ
ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
кардиологии МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан..... 152
- Алиева Р.Б., Шек А.Б., Хошимов Ш.У., Низамов У.И., Абдуллаева Г.Ж., Ахмедова Ш.С.
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ 2043 С/А ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА РЕЦЕПТОРА ЛИПОПРОТЕИДОВ
НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ
СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан..... 152
- Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Сабиржанова З.Т., Раджабова Д.И., Юнусова Л.И.
КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ
С СОДЕРЖАНИЕМ ЦИТОКИНОВ И ФАКТОРА РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ
В КРОВИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент. Узбекистан..... 153
- Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Раимкулова Н.Р., Исхаков Ш.А., Тагаева Д.Р.,
Узоков Ж.К., Азизов Ш.И., Каримова Д.К., Иминова Д.А.
О КОМПЛЕКСНОМ ПОДХОДЕ К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
терапии и медицинской реабилитации»; Ташкентский педиатрический медицинский
институт, г. Ташкент, Узбекистан..... 154
- Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Каримов М.М., Раимкулова Н.Р., Узоков Ж.К.,
Азизов Ш.И., Каримова Д.К., Иминова Д.А.
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр терапии и медицинской реабилитации»;
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан..... 155
- Батрак Г.А.
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА
У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России,
г. Иваново. Россия..... 156
- Бланкова З.Н., Самсонова Н.С., Федотенков И.С., Шария М.А., Терновой С.К., Рябцева О.Ю.,
Масенко В.П., Агеев Ф.Т.
ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АЛЕНДРОНОВОЙ КИСЛОТОЙ И РОЗУВАСТАТИНОМ
ПО ВЛИЯНИЮ НА КАЛЬЦИНОЗ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И АОРТЫ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА С ОСТЕОПЕНИЕЙ
ФГБУ «НМИЦ кардиологии» МЗ РФ, г. Москва. Россия..... 157
- Габрусенко С.А., Малахов В.В., Кухарчук В.В.
15-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНОГО МЕТОДА УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ
КОНТРАПУЛЬСАЦИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
ФГБУ НМИЦ кардиологии МЗ РФ, г. Москва. Россия..... 157
- Горшунова Н.К., Григорьян М.Ф.
ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА
У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Курск. Россия..... 158

- Дедов Д.В.¹, Ковальчук А.Н.¹, Эльгардт И.А.², Маслов А.Н.¹ ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК И ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ
¹ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России;
²ГБУЗ Тверской области «Областной клинический кардиологический диспансер», г. Тверь. Россия 159
- Жилыева Ю.А., Михин В.П., Васильева Д.А.
 ВЛИЯНИЕ СТАТИНОВ НА ФАКТОРЫ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
 Курский государственный медицинский университет, г. Курск. Россия 160
- Жилыева Ю.А.
 АНТИОКСИДАНТНЫЙ ЭФФЕКТ ТОРВАКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
 ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет, г. Курск. Россия 161
- Зафираки В.К., Космачева Е.Д.
 ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРИНФЛЯЦИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ВЛИЯЮТ НА ХАРАКТЕР ОТДАЛЕННЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ
 ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар. Россия 161
- Карлова Н.А., Золозова Е.А., Чигинева В.В., Карлов А.А.
 РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТА С 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ И АНКЕТИРОВАНИЯ ПО ШКАЛЕ WIIQ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ И ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ИБС И АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
 ФГБОУ ДПО РМАНПО РФ, г. Москва. Россия 162
- Каштанова Е.В., Полонская Я.В., Стрюкова Е.В., Стахнёва Е.М., Рагино Ю.И.
 СВЯЗЬ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ С ФАКТОРАМИ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫРАЖЕННЫМ КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ
 Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины – филиал Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Федеральный исследовательский центр; Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук», г. Новосибирск. Россия 163
- Киргизова Х.А., Таштемирова И.М., Хужамбердиев М.А., Ўзбекова Н.Р., Вахобов Б.М., Исаков А.
 CHLAMYDIA PNEUMONIA БИЛАН ИНДУЦИРЛАНГАН ЮИК БИЛАН ОФРИГАН БЕМОРЛАРДА АНТИОКСИДАНТ ТИЗИМ, ЛИПИД СПЕКТРИНИ АНИҚЛАШ
 Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон ш. Ўзбекистон 164
- Клесарева Е.А.¹, Афанасьева О.И.¹, Разова О.А.¹, Ежов М.В.², Тмоян Н.А.², Афанасьева М.И.¹, Покровский С.Н.¹
 ВЗАИМОСВЯЗЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С УРОВНЕМ ЛП(А) И ПОЛИМОРФИЗМОМ АПОБЕЛКА(А) У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
¹Институт экспериментальной кардиологии ФГБУ «НМИЦК» МЗ РФ;
²Институт клинической кардиологии ФГБУ «НМИЦК» МЗ РФ. Россия 164
- Кодиров Ш.С.¹, Даминова Л.Т.²
 ВЛИЯНИЕ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА НА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии;
²Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент. Узбекистан 165
- Кодиров Ш.С.¹, Даминова Л.Т.²
 СТРУКТУРА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА
¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии;
²Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент. Узбекистан 166
- Кудряшов Е.А.¹, Гребенникова С.Р.¹, Махно О.О.¹, Кузьменко Ю.В.¹, Джантемирова Л.Р.¹, Скибицкий В.В.¹, Кудряшова Ю.А.²
 ЛИПИДСНИЖАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ АТЕРОСКЛЕРОЗА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ
¹ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет»;
²ФГБОУ ВО КГУФКСТ, г. Краснодар. Россия 167



- Курбанов А.Ч.^{1,2}, Каримова Ф.А.¹, Одинаев Ш.Ф.²
ФЕНОМЕН АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ИШЕМИИ МИОКАРДА
¹ТГМУ; ²ГКБ-2, г. Душанбе. Таджикистан..... 168
- Ланкин В.З., Тихазе А.К., Каминная В.И., Коновалова Г.Г., Панферова А.А.
ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ОКИСЛИТЕЛЬНО-МОДИФИЦИРОВАННЫХ ЛИПОПРОТЕИДОВ
НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ ПРИ ЛИПИДСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ
ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России, г. Москва. Россия..... 168
- Литвинова Т.И., Петельский Ю.В., Анацко С.В.
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ТЕТРАКАРД В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СТАБИЛЬНОЙ
СТЕНОКАРДИИ II–III ФК У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА
УЗ «Гродненская областная клиническая больница», г. Гродно. Беларусь..... 169
- Маль Г.С.
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ИБС С ПОМОЩЬЮ
ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет», г. Курс. Россия..... 170
- Матвеева С.А.¹, Матвеев В.А.²
ДВЕ СТОРОНЫ ОДНОЙ МЕДАЛИ: АЦЕТИЛЯТОРНЫЙ / ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ СТАТУС
И ЛИПИДЫ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА,
НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
¹Объединенная сеть клиник;
²4 городская клиническая больница, г. Рязань. Россия..... 171
- Матвеева С.А.
ЗАКОНОМЕРНОСТИ В РЕГУЛЯЦИИ БИОТРАНСФОРМАЦИИ: АЦЕТИЛЯТОРНЫЙ/ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ
СТАТУС И ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА,
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ
Объединенная сеть клиник, г. Рязань. Россия..... 172
- Матвеева С.А.
ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО /
АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСА И ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ
С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Объединенная сеть клиник, г. Рязань. Россия..... 172
- Низамов У.И., Шек А.Б., Ахмедова Ш.С.
Оценка генетических факторов АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ
У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан..... 173
- Панахова Н.А., Бахшалиев А. Б.О.
РОЛЬ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ И ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
У ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОКАРДИЕЙ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА. КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ
СВЯЗИ Азербайджанский медицинский университет; Азербайджанский медицинский университет;
Кафедра клинической фармакологии, г. Баку. Азербайджан 174
- Полонская Я.В.¹, Каштанова Е.В.¹, Стахнева Е.М.¹, Кургузов А.В.², Мурашов И.С.², Рагино Ю.И.¹
УРОВНИ МАРКЕРОВ КАЛЬЦИФИКАЦИИ В АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ОЧАГАХ
И КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С ВЕРИФИЦИРОВАННЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ
¹Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины – филиал
Федерального государственного бюджетного научного учреждения
«Федеральный исследовательский центр; Институт цитологии и генетики
Сибирского отделения Российской академии наук»;
²Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский
исследовательский центр им. академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Новосибирск. Россия 175
- Пулатова Ш.Х., Каюмова Г.К., Камилова Ш.Р. ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ
КАРДИОСЕЛЕКТИВНОГО В-АДРЕНОБЛОКАТОРА НЕБИВОЛОЛА У БОЛЬНЫХ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
РНЦЭМП Бухарского филиала, г. Бухара. Узбекистан 176
- Ражабова Р.Ш., Шукурджанова С.М., Омаров Х.Б.
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ТОЛЩИНОЙ ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРА И СТРУКТУРНЫМИ
ПОКАЗАТЕЛЯМИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИБС
Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан..... 176



Саипова Д.С., Ортиқбоева Ш.О. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан.....	177
Сейсембеков Т.З. ¹ , Мамедов М.Н. ² , Долгих С.А. ³ , Абеев Н.Н. ³ , Онгарбаева Ж.Е. ¹ ЗАВИСИМОСТЬ СМЕРТНОСТИ ОТ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ТЕПЛЫЙ И ХОЛОДНЫЙ ПЕРИОДЫ ГОДА ¹ АО «Медицинский университет Астана»; ² Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины, г. Москва. Россия; ³ РГП «Казгидромет»; г. Астана. Казахстан.....	178
Соловей С.П., Карпова И.С., Суджаева О.А., Руденко Э.В. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СОЧЕТАННОГО РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ Республиканский научно-практический центр «Кардиология»; Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск. Беларусь.....	179
Страхова Н.В., Котова Ю.А., Зуйкова А.А., Красноруцкая О.Н. ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ И ШАПЕРОННАЯ АКТИВНОСТЬ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж. Россия.....	180
Страхова Н.В., Котова Ю.А., Зуйкова А.А., Красноруцкая О.Н. УРОВЕНЬ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж. Россия.....	181
Таджикходжаева Ю.Х., Садыкова Г.А., Нурутдинова С.К. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРОМБОЦИТОВ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент. Узбекистан.....	181
Тарасик Е.С., Булгак А.Г., Затолака Н.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПОСТОЯННЫМ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ У ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНЫМ АПНОЭ СНА И ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск. Беларусь	182
Ташкенбаева Э.Н., Хасанжанова Ф.О., Хайдарова Д.Д., Абдуллаев К.З. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА Самаркандский государственный медицинский институт; Самаркандский филиал РНЦЭМП, г. Самарканд. Узбекистан.....	183
Ташкенбаева Э.Н., Насырова З.А., Рахимов С.К., Насырова Д.А. ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА НА ЦИТОКИНОВЫЙ ДИСБАЛАНС У БОЛЬНЫХ ИБС Самаркандский государственный медицинский институт; Самаркандский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Самарканд. Узбекистан.....	184
Тополянская С.В., Вакуленко О.Н. ² , Елисеева Т.А. ² , Дворецкий Л.И. ¹ СОДЕРЖАНИЕ ЛЕПТИНА И ЕГО РОЛЬ В РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ИБС СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ¹ Первый Московский государственный медицинский университет; ² Госпиталь для ветеранов войн №3, г. Москва. Россия	184
Усманова Д.Н., Узбекова Н.Р., Якубжанов М.Ж., Абдуллаев А.Г. КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ИБС С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан	185
Усманова Д.Н., Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Дусмуратова Д.А. ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ИБС С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ В РЕЗУЛЬТАТЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан.....	186
Хайменова Г.С., Ждан В.Н. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ КОМОРБИДНОЙ ТЕРАПИИ: ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава. Украина.....	187



Ходжакулиев Б.Г., Кулыева Э.С., Аннаев Б.Х. КОНЦЕНТРАЦИЯ ГОМОЦИСТЕИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии; Государственный медицинский университет Туркменистана, г. Ашхабад. Туркменистан.....	188
Хўжамбердиев М.А., Таштемирова И.М. Ўзбекова Н.Р., Қодирова Г.И., Ахмаджанова Д. МЕТАБОЛИК СИНДРОМ ВА СТАБИЛ СТЕНОКАРДИЯ ФС II АНИҚЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЛИПИДЛАРНИНГ ПЕРОКСИД ОКСИДЛАНИШ ЖАРАЁНИ ВА ЛИПИДЛАР АЛМАШИНУВИ БУЗИЛИШНИ БАҲОЛАШ Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон ш. Ўзбекистон.....	188
Хужамбердиев М.А., Усманова Д.Н., Ўзбекова Н.Р., Якубжанов М.Ж., Абдуллаев А.Г. ПОКАЗАТЕЛИ АКТИВНОСТИ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ИБС С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан.....	189
Чекалина Н.И., Казаков Ю.М., Бурмак Ю.Г., Петров Е.Е., Мамонтова Т.В., Боряк В.П., Мануша Ю.И. ПРЕДИКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава. Украина.....	190
Чернавский С.В. ¹ , Потехин Н.П. ¹ , Фурсов А.Н. ¹ , Качараева М.М. ² ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ АМИОДАРОН-ИНДУЦИРОВАННОГО ТИРЕОТОКСИКОЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ¹ ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко» Минобороны России; ² МБУ ФГБУ ГНЦ имени А.И. Бурназяна ФМБА России, г. Москва. Россия.....	191
Чурилин М.И., Кононов С.И., Азарова Ю.Э., КлЕсова Е.Ю., Быканова М.А., Лунева Ю.В., Поветкин С.В., Маль Г.С., Солодилова М.А., Полоников А.В. СВЯЗЬ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА ЛИПОПРОТЕИНА (А) С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Государственный медицинский университет, г. Курск. Россия.....	191
Шодиев Ж.Д., Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Раджабова Д.И., Нурутдинова С.К., Юнусова Л.И. ВЛИЯНИЕ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА НА ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент. Узбекистан.....	192
Эргешов М.Б. СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, г. Ашхабад. Туркменистан.....	193
Эшпулатов А.С., Норбаева З.А., Кучкаров У.А., Абдуллаева Д.Х. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АПОЛИПОПРОТЕИНА Е У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И СМЕШАННОЙ ДИСЛИПИДЕМИЕЙ Андижанский филиал республиканского специализированного научно-практического центра кардиологии, г. Андижан. Узбекистан.....	194
Эшпулатов А.С., Мирзажанова О.У., Ниязов З.М., Мирзаолимова М.А. ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И МАРКЕРОВ АТЕРОСКЛЕРОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ $\epsilon 2/\epsilon 3/\epsilon 4$ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АПОЛИПОПРОТЕИНА Е Андижанский филиал республиканского специализированного научно-практического центра кардиологии, г. Андижан. Узбекистан.....	194
Якубжанов М.Ж., Усманова Д.Н., Ўзбекова Н.Р., Юлдашева Г.Т. ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ АКТИВНОСТИ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан.....	195
Яхонтов Д.А., Останина Ю.О., Еремина И.С. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ИБС С «ПОГРАНИЧНЫМИ» СТЕНОЗАМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ФГБОУ Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Новосибирск. Россия.....	196



ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА И НЕОТЛОЖНАЯ КАРДИОЛОГИЯ

- Zakirov N., Kevorkova Y., Mullabaeva G., Kevorkov A.
HEART RATE VARIABILITY AND LEFT VENTRICLE VOLUMETRIC INDICES IN PATIENTS
AFTER THE ACUTE Q-WAVE MYOCARDIAL INFARCTION
Republican specialized center of cardiology, Tashkent. Uzbekistan 197
- Zakirov NU., Kevorkova YG., Mullabaeva GU., Kevorkov A.
INTERRELATION BETWEEN LEFT VENTRICLE MASS AND VOLUMETRIC INDICES
AND HEART RATE VARIABILITY IN PATIENTS AFTER THE ACUTE Q-WAVE
MYOCARDIAL INFARCTION
Republican specialized center of cardiology, Tashkent. Uzbekistan 198
- Абдурахманов М.М., Ахмедов Л., Тоиров И.Р.
ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ
*Бухарский медицинский институт; Бухарский филиал Республиканского научного
центра экстренной медицинской помощи, г. Бухара. Узбекистан* 198
- Аллабердиева Б.А., Чарыев Х.Э., Ягшысахедов Ш.Я., Гулдурдыев К.Б.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
Госпиталь с научно-клинический центром кардиологии, г. Ашхабад. Туркменистан 199
- Арабидзе Г.Г., Жукова А.В.
ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ КОПЕПТИНА НА РИСК ЛЕТАЛЬНОСТИ И РАЗВИТИЕ ПОВТОРНЫХ
ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST
ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России», г. Москва. Россия..... 200
- Ахмедов Л.А., Пулатова Ш.Х.
СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ КЛОПИДОГРЕЛЯ И ТИКАГРЕЛОРА
У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Бухара. Узбекистан 201
- Байкузиев У.К., Махмудов Н.И.
ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ
СИНДРОМОМ С НОРМАЛЬНЫМ И НАРУШЕННЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ
(Регистр острого коронарного синдрома г. Ферганы)
*Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи, г. Фергана. Узбекистан* 202
- Байкузиев У.К., Туйчиев А.Х.
ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ
ГРУППЫ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
*Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи, г. Фергана. Узбекистан* 202
- Воробьев А.С.¹, Коваленко Л.В.¹, Урванцева И.А.², Астраханцева И.Д.²,
Симонян Т.А.¹, Руденко М.И.¹
АКТИВНОСТЬ ПРОЦЕССОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ, ИММУНОРЕАКТИВНОСТИ
И ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
¹БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»;
²БУ ХМАО-Югры «ОКД «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», г. Сургут. Россия..... 203
- Вышков Е.В.¹, Цой Е.И.¹, Трусев В.Б.², Султанов В.С.³, Рябов В.В.¹
ПОЛИПРЕНОЛСОДЕРЖАЩИЙ ПРЕПАРАТ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ
СИНДРОМОМ: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ «POLINCOR»
¹НИИ кардиологии, Томский НИМЦ РАН; ²Prenolica Limited, Biotechnology Company, Australia;
³ООО «Солагифт» г. Томск. Россия..... 204
- Вышков Е.В., Алексеева Я.В., Усов В.Ю., Мочула О.В., Рябов В.В.
МИКРОВАСКУЛЯРНАЯ ОБСТРУКЦИЯ И ГЕМОРАГИЧЕСКОЕ ПРОПИТЫВАНИЕ
МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
НИИ кардиологии Томского НИМЦ РАН, г. Томск. Россия..... 205
- Гараджаев Я.Б., Чарыев Х.Э., Аллабердыева Б.А.
ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
ПОСЛЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
Госпиталь с научно-клинический центром кардиологии, г. Ашхабад. Туркменистан 205



Дадабаева Н.А., Халмухамедов Б.Т., Махмудова М.С. ТРИГЕРНЫЕ ФАКТОРЫ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан.....	206
Жаббаров А.А., Максудова М.Х., Дуйсенбаева А.И. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан.....	207
Каттаханова Р.Ю. ПРОСТАЦИКЛИН-ТРОМБОКСАНОВАЯ СИСТЕМА И ТРОМБОЦИТАРНО-СОСУДИСТЫЙ ГЕМОСТАЗ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии, г. Фергана. Узбекистан	207
Кенжаев С.Р. ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ МИОКАРДА И ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент. Узбекистан.....	208
Кенжаев С.Р. ДИНАМИКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕЗУЛЬТАТОВ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент. Узбекистан.....	208
Киличев А.А. ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ С Q-ИНФАРКТОМ МИОКАРДА Бухарский областной кардиологический диспансер, г. Бухара. Узбекистан	209
Киселева М.А., Болгова М.Ю. ТРОМБОФИЛИИ КАК ПРИЧИНА НЕАТЕРОТРОМБОГЕННЫХ ИНФАРКТОВ МИОКАРДА ГБУЗ Астраханской области Александрo-Мариинская клиническая больница, г. Астрахань. Россия	210
Ковальчук Е.Ю., Повзун А.С. РОЛЬ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ В РАЗВИТИИ ПОСТИНФАРКТНОГО РАЗРЫВА МИОКАРДА ГБУ СПб НИИ СП имени И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербурге. Россия	211
Кодирова Г.И., Хужамбердиев М.А., Таштемирова И.М., Вахабов Б.М. НАРУШЕНИЯ ПРОЦЕССОВ ПЕРОКСИДАЦИИ И ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан.....	212
Курупанова А.С., Ларева Н.В. ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА CYP2C19*2 И АССОЦИАЦИЯ С ФАКТОРАМИ РИСКА, АНАМНЕСТИЧЕСКИМИ ДАННЫМИ, КЛИНИЧЕСКИМИ СОБЫТИЯМИ И ИСХОДАМИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита. Россия.....	212
Мадалиев А.У., Байкузиев У.К., Махмудов Н.И. БЛОКАДА ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИССА И НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ Ферганский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи; Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии, г. Фергана. Узбекистан	213
Мадалиев А.У., Байкузиев У.К., Махмудов Н.И. ОЦЕНКА РИСКА СМЕРТИ ПО ШКАЛЕ GRACE СРЕДИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ ST ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА Ферганский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи; Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии, г. Фергана. Узбекистан	214
Мадалиев А.У., Байкузиев У.К., Махмудов Н.И. НАБЛЮДЕНИЕ ИДЕНТИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ СЛУЧАЕВ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ОПРЕДЕЛЕННЫЙ ПРОМЕЖУТОК Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи; Феганский филиал Ташкентской медицинской академии, г. Фергана. Узбекистан	215

Мамутов Р.Ш., Уринов О.У. СМЕРТНОСТЬ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В КЛИНИКО-ПАТОЛОГИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан	215
Очилова Д.А., Хусанов С.А. ТКИР КОРОНАР СИНДРОМ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ МАВЖУД БЕМОРАЛДАР ЮРАК ЭКТОПИК АКТИВЛИГИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро. Ўзбекистон	216
Пулатова Ш.Х., Сафаров Н.Ш., Тухтаев А.А. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО И ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА Бухарский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Бухара. Узбекистан	217
Сандодзе Т.С., Костянов И.Ю., Васильев П.С., Церетели Н.В., Семитко С.П., Иоселиани Д.Г. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТ ST В СРЕДНЕОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В РАЗНЫЕ СРОКИ ГОСПИТАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет); «Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии», г. Москва. Россия	218
Сотников А.В., Гордиенко А.В., Носович Д.В., Кудинова А.Н. ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург. Россия	218
Сулейманова А.Р. ¹ , Сайфутдинов Р. И. ¹ , Захаров С. А. ² , Бугрова О. В. ¹ КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕПЕРфуЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ¹ ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава РФ; ² ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая больница», г. Оренбург. Россия	219
Туйчиев А.Х., Нишонов У.А., Ниматов Ш.М. НЕОТЛОЖНОЕ ДОГОСПИТАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИАГРЕГАНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Фергана. Узбекистан	220
Хасанжанова Ф.О., Ташкенбаева Э.Н., Маджидова Г.Т., Суннатова Г.И. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА Самаркандский государственный медицинский институт; Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Самарканд. Узбекистан	221
Хужамбердиев М.А., Шамсиддинова А.С., Узебова Н.Р., Усманова Д.Н. ДИСЛИПИДЕМИЯ И ПРОЦЕССЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан	221
Церетели Н.В., Сандодзе Т.С., Ковальчук И.А., Гульмисарян К.А., Костянов И.Ю., Иоселиани Д.Г., Семитко С.П. МИОКАРДИАЛЬНЫЙ МЫШЕЧНЫЙ МОСТИК КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ? ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет); «Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии», г. Москва. Россия	222
Шамсиддинова А.С., Узебова Н.Р., Хужамбердиев М.А., Усманова Д.Н. К ВОПРОСУ СИМПАТОАДРЕНАЛОВОЙ АКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан	223
Шамсиддинова А.С., Хужамбердиев М.А., Усманова Д.Н. МАРКЕРЫ ИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан	223



- Шамсиддинова А.С., Хужамбердиев М.А., Усманова Д.Н.
ОЦЕНКА УРОВНЕЙ АКТИВНОСТИ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ И ДРУГИХ
МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан..... 224
- Эргашев К.Т., Камилова Ш.Р., Пулатова Ш.Х.
ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ НЕБИЛЕТА У МУЖЧИН ПОЖИЛОГО
ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской
помощи, г. Бухара. Узбекистан..... 225
- НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА**
- Алейникова Т.В.
АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ
И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ, ТУРБУЛЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА
У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель. Беларусь 226
- Батенькова Т.Ю.
ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИН ПОВТОРНЫХ ИНСУЛЬТОВ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ
Уральский государственный медицинский университет; г. Екатеринбург. Россия 227
- Ботирова Н.Б., Кодирова Г.И., Вахабов Б.М., Латипова К.Ю.
ВЫЯВЛЕНИЕ УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ АРИТМИЙ ПРИ ХОЛТЕРОВСКОМ ЭКГ-МОНИТОРИРОВАНИИ
У БОЛЬНЫХ ИБС
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан..... 228
- Влодзяновский В.В., Миронов Н.Ю., Соколов С.Ф., Саидова М.А., Юричева Ю.А.,
Голицын С.П., Розенштраух Л.В., Чазов Е.И.
СРАВНЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ И МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КАРДИОВЕРСИИ
ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В РАНДОМИЗИРОВАННОМ
ИССЛЕДОВАНИИ
ФГБУ НМИЦ кардиологии МЗ РФ, г. Москва. Россия..... 228
- Гафуров Н.Р., Узбекова Н.Р., Усманова Д.Н., Таштемирова И.М., Хужамбердиев М.А.
ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ АРИТМИЙ
У БОЛЬНЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан..... 229
- Давид Л.А., Гросу А.А., Бойчук И.Ю., Кэлдаре Л.Д., Кузор Т.С.
ШКАЛА SNA2DS2VASC У ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМИ ПОСТИНФАРКТНЫМИ
ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ ТАХИАРИТМИЯМИ
Институт кардиологии, г. Кишинев. Республика Молдова..... 230
- Джанибекова А.Р.¹, Горбунова С.И.², Джанибекова Л.Р.³, Узденова О.М.¹, Исхакова З.А.¹, Сердюк Л.В.¹,
Эркенова М.В.¹, Исхакова И.А.⁴, Володихина А.А.⁵
ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ
ИМПЛАНТАЦИЮ КАРДИОСТИМУЛЯТОРА
¹ГБУЗ СК «ГКБ №3»; ²ГБУЗ СК «ГП №4 «г. Ставрополь»; ³РГБ ЛПУ «КЧРКБ», г. Черкесск;
⁴Городская поликлиника 209 филиал 158 ДЗМ, г. Москва;
⁵Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь. Россия..... 231
- Крыжановский С.А., Вититнова М.Б., Столярук В.Н., Цорин И.Б., Ионова Е.О.,
Кожевникова Л.М.
СИГМА-1 РЕЦЕПТОРЫ – ОРИГИНАЛЬНАЯ БИОМИШЕНЬ ДЛЯ СОЗДАНИЯ
КАРДИОТРОПНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ
ФГБНУ «НИИ фармакологии имени В.В. Закусова», г. Москва. Россия..... 231
- Курбанов А.Ч.^{1,2}, Каримова Ф.А.²
ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ КАК ФАКТОР НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА
¹ТГМУ, ²ГКБ-2, г. Ташкент. Узбекистан 232
- Курбанов Р.Д., Закиров Н.У., Ирисов Дж.Б.
АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ НОСИТЕЛЬСТВОМ ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФИЗМА
ГЕНОВ CYP2C9 И VKORC1 С РАЗВИТИЕМ ЭПИЗОДОВ ЧРЕЗМЕРНОЙ ГИПОКОАГУЛЯЦИИ
НА ФОНЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан 233

- Курбанов Р.Д., Закиров Н.У., Ирисов Дж.Б.
АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ НОСИТЕЛЬСТВОМ АЛЛЕЛЕЙ ПОЛИМОРФИЗМА
СҮР2С9*2 ГЕНА СҮР2С9 И G(-1639)А ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА ГЕНА VKORC1
С РАЗВИТИЕМ ЭПИЗОДОВ ЧРЕЗМЕРНОЙ ГИПОКОАГУЛЯЦИИ НА ФОНЕ
АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан..... 234
- Миронов Н.Ю., Влодзяновский В.В., Юричева Ю.А., Соколов С.Ф., Майков Е.Б., Голицын С.П.,
Розенштраух Л.В., Чазов Е.И.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КАРДИОВЕРСИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
НОВОГО РОССИЙСКОГО АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА III КЛАССА
ФГБУ «НМИЦ кардиологии» МЗ РФ, г. Москва. Россия..... 234
- Миронова Е.С., Миронова Н.А., Шарф Т.В., Ефремов Е.Е., Азьмуко А.А.,
Молокоедов А.С., Зыков К.А., Голицын С.П.
АУТОАНТИТЕЛА К М2 ХОЛИНОРЕЦЕПТОРАМ У БОЛЬНЫХ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ
ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, ИДИОПАТИЧЕСКОЙ И В СОЧЕТАНИИ
С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
ФГБУ НМИЦ кардиологии МЗ РФ, г. Москва. Россия..... 235
- Переверзева К.Г., Якушин С.С., Припадчева А.Э.
ПАЦИЕНТЫ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА:
ОСОБЕННОСТИ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ПРОГНОЗ
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань. Россия..... 236
- Персидских Ю.А., Мрочек А.Г., Ильина Т.В., Гончарик Д.Б., Часнойть А.Р.,
Плащинская Л.И., Барсукевич В.Ч., Савченко А.А.
ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК С ДАННЫМИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ
ТОМОГРАФИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ
ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ
РНПЦ «Кардиология», г. Минск. Беларусь..... 237
- Породенко Н.В., Кондратенко А.С., Холодова К.А., Скибицкий В.В.
РИСК ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ
У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ
ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России. Россия..... 237
- Пулатова Ш.Х., Камилова Ш.Р., Султанов С.С.
ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ
РНЦЭМП Бухарского филиала, г. Бухара. Узбекистан..... 238
- Соколов С.Ф., Миронов Н.Ю., Влодзяновский В.В., Юричева Ю.А., Майков Е.Б.,
Голицын С.П., Розенштраух Л.В., Чазов Е.И.
БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КАРДИОВЕРСИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
НОВОГО РОССИЙСКОГО АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА III КЛАССА
ФГБУ «НМИЦ кардиологии» МЗ РФ. Россия..... 239
- Старовойтова А.И., Кропачева Е.С., Добровольский А.Б., Землянская О.А., Панченко Е.П.
Д-ДИМЕР – ВОЗМОЖНЫЙ ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА
У БОЛЬНЫХ ФП, ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ ВАРФАРИНОМ
ФГБУ НМИЦ кардиологии. Россия..... 240
- Таштемирова И.М., Хўжамбердиев М.А., Қодирова Г.И., Ўзбекова Н.Р., Сотволдиев Г.
БЎЛМАЧАЛАР ФИБРИЛЛЯЦИЯСИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЮИК БИЛАН
ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА КАТЕХОЛАМИНЛАР МЕТАБОЛИЗМИ
Анджон давлат тиббиёт институти, Анджон. Ўзбекистон..... 240
- Тлегенова Ж.Ш.¹, Жолдин Б.К.¹, Кудайбердиева Г.З.², Абдрахманов А.С.³
ВЛИЯНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ИСХОДЫ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
¹ЗКГМУ имени Марата Оспанова, г. Актобе. Казахстан;
²Центр последипломного образования и научных исследований, г. Бишкек. Кыргызстан;
³ННКЦ, г. Астана. Казахстан..... 241
- Хидирова Л.Д.¹, Яхонтов Д.А.¹, Зенин С.А.², Максимов В.Н.³
НЕКОТОРЫЕ ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ
ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ
¹ФГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России;
²НОККД; ³НИИТПМ «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии
и генетики Сибирского отделения Российской академии наук». Россия..... 241



Хидирова Л.Д.¹, Яхонтов Д.А.¹, Зенин С.А.²

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ

¹ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет;

²НОККД. Россия..... 242

Шпак Н.В., Русецкая А.И.

ОЦЕНКА ИНТЕРВАЛА QT И ЕГО ДИСПЕРСИИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АМИОДАРОНОМ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно. Беларусь..... 243

ЭФИ-ДИАГНОСТИКА АРИТМИЙ СЕРДЦА И ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Бабаджанов С.А., Им В.М.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ВЕРХУШКИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА И МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДОЙ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова», г. Ташкент. Узбекистан..... 244

Ревешвили А.Ш., Попов В.А., Коростелев А.Н., Малышенко Е.С., Анищенко М.М.

АМИОДАРОН И БИПОЛЯРНАЯ РЧА УСТЬЕВ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН В ПРОФИЛАКТИКЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ АКШ

Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского. Россия 244

Селимов Б.Г., Чарыев Х.Э.

СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ВОЛЬФА – ПАРКИНСОНА – ВАЙТА

Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, г. Ашхабад. Туркменистан..... 245

Селюцкий С.И.¹, Савина Н.М.¹, Чапурных А.В.²

ВЛИЯНИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СО СНИЖЕННОЙ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

¹ФГБУ ДПО Центральная государственная медицинская академия УД Президента РФ;

²ФГБУ Центральная клиническая больница с поликлиникой УД Президента РФ, г. Москва. Россия 246

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Axmadaliyeva U.K., Kadirov B.B., Valiyeva M.Y., Maksumova D.K., Usmanova U.I.

EXTRA LIVER MANIFESTATION WITH HCV-INFECTION

Andijan state medical institute, Andijan. Uzbekistan.....247

Daminov B.T., Mirzaeva B.M.

VASCULAR REMODELING IN PATIENTS WHO ARE IN PROGRAM HEMODIALYSIS

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent.....247

Kapsultanova D.A.¹, Zhangelova Sh.B.¹, Almuhanova A.B.¹, Makasheva Z.S.², Sergeeva E.N.²

EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

Nasibullah Rahmatullah¹, Saeed Saber Dimral¹, Abdul Majid Rahimi¹, Ahmad Zia Omari¹

JSC «National Medical University»¹; City Cardiology Center² Almaty, Republic of Kazakhstan 248

Kenjaev M.L., Alimov D.A., Kenjaev S.R., Koyirov A.K., Rakhimova R.A.

EFFECT OF HIGH DOSES OF ATORVASTATIN ON INDICES OF LEFT VENTRICULAR SEGMENTAL CONTRACTILITY DURING STRESS ECHOCARDIOGRAPHY WITH DOBUTAMINE IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Republican scientific center for emergency medicine, Tashkent. Uzbekistan..... 248

Koyirov A.K.¹, Kenjaev S.R.¹, Khaitov S.SH.¹, Ganiev U.SH.¹, Mirmaksudov M.S.²

FUNCTIONAL STATE OF LEFT VENTRICULAR IN DIFFERENT METHODS OF RESTORATION OF CORONARY BLOOD FLOW IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION WITH COMPLICATED ACUTE INSUFFICIENCY WITH INSUFFICIENCY

Republican research center of emergency medicine, Tashkent, Uzbekistan¹;

Tashkent medical academy, Tashkent. Uzbekistan² 249

- Koyirov A.K.¹, Kenjaev S.R.¹, Mirmaksudov M.S.², Shukrullayev A.A.¹, Kambarova Z.A.²
 APPLICATION OF ULTRASOUND NAVIGATION FOR VENOUS ACCESS
 TO PATIENTS WITH ACUTE HEART FAILURE
*Republican research center of emergency medicine, Tashkent. Uzbekistan¹;
 Tashkent medical academy, Tashkent. Uzbekistan²;
 Tashkent pediatric medical institute, Tashkent. Uzbekistan³.....* 250
- Muminov D.K., Asadov N.Z.
 EFFECT OF RESPIRATORY REHABILITATION ON VARIABILITY OF THE
 HEART RHYTHM IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AND CHRONIC
 OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE
Tashkent pediatric medical institute. Uzbekistan 250
- Абдуллаев Т.А., Машхурова З.Т.
 ЗНАЧЕНИЕ НОВОГО БИОМАРКЕРА ST2 У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ
 СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
 кардиологии МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан* 251
- Амиркулов Б.Д., Абдуллаев Т.А., Эркабаев Ш.М.
 РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ СРТ-Д УСТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ
 С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
*Республиканский специализированный научно-практический медицинский
 центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан* 251
- Атаходжаева Г.А., Баратова Д.С.
 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ФЛАВОНОИДАМИ НА СТРУКТУРНО-
 ГЕОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ
 С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент..... 252
- Атаходжаева Г.А., Миноварова Ч.А.
 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ФЛАВОНОИДАМИ НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ
 ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ
 СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан..... 252
- Атрощенко Е.С., Кошлатая О.В., Романовский Д.В., Суджаева О.А.,
 Островский Ю.П., Сидоренко И.В.
 ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ С ПРОВЕДЕНИЕМ ХИРУРГИЧЕСКОЙ
 КОРРЕКЦИИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ
 С УМЕРЕННЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ
 СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск. Беларусь..... 253
- Ахматов Я.Р., Абдуллаев Т.А.
 ДЫХАТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ
*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
 кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан.....* 254
- Ахмедов Л.А., Пулатова Ш.
 ОПТИМИЗАЦИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ
 НЕДОСТАТОЧНОСТИ
*Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной
 медицинской помощи, г. Бухара. Узбекистан* 255
- БЕГДАМИРОВА А.А.
 ВЛИЯНИЕ САКУБИТРИЛА И ВАЛСАРТАНА НА ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ
 НАРУШЕНИЙ И ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХСН 3–4 ФК
АМУ, Кафедра клинической фармакологии, г. Баку. Азербайджан 256
- Вайханская Т.Г.¹, Курушко Т.В.¹, Сивицкая Л.Н.², Левданский О.Д.², Даниленко Н.Г.²
 ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ГЕТЕРОГЕННОСТЬ НЕКОМПАКТНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ
¹ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология»;
²ГНУ Институт генетики и цитологии Национальной академии наук Беларуси, г. Минск. Беларусь..... 256



- Гаспарян А.Ж., Шлевков Н.Б., Шарф Т.В., Шитов В.Н., Каштанова С.Ю., Уцумуева М.Д.,
Миронова Н.А., Масенко В.П., Скворцов А.А.
ВКЛАД ОЦЕНКИ БИОМАРКЕРОВ SST2 И NT-PROBNP В ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ
СЕРДЕЧНОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ И ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИХ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ ТАХИАРИТМИЙ
ФГБУ НМИЦ кардиологии. г. Москва. Россия 257
- Голубина И.В., Юлдашева Н.Д.
ДОСТОВЕРНОСТЬ ЭКГ-АМПЛИТУД В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ
КАРДИОМИОПАТИИ У ДЕТЕЙ
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан 258
- Гуща С.Г.¹, Насибуллин Б.А.¹, Плакида А.Л.², Волянская В.С.¹
ПРИМЕНЕНИЕ ПРИРОДНЫХ МАГНИЙСОДЕРЖАЩИХ СРЕДСТВ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
¹ГУ «Научно-исследовательский институт медицинской реабилитации и курортологии
МЗ Украины»; ²Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса. Украина 259
- Дадабаева Н.А., Халмухамедов Б.Т., Махмудова М.С., Касымджанова Г.
ОПУХОЛИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан 260
- Джошибаев С., Туртабаев Б.У., Бегдилдаев А.Т., Нарбаев Д.А., Азходжаев А.А.
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Научно-клинический центр кардиохирургии и трансплантологии, г. Тараз. Казахстан 261
- Дзыбинская Е.В., Власова Э.Е., Ильина Л.Н., Васильев В.П., Галяутдинов Д.М., Ширяев А.А.,
Акчурун А.А.
ОСТРАЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАТОЛОГИИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ
НМИЦ кардиологии Минздрава РФ, г. Москва. Россия 261
- Ибатов А.Д.
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У БОЛЬНОГО С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С РАЗЛИЧНЫМ
ТИПОМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва. Россия 262
- Ибатов А.Д.
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА
ФГАОУ ВО первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва. Россия 263
- Камилова У.К., Расулова З.Д., Машарипова Д.Р., Хакимова Р.А., Бобоев К.Т.
ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ
ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент. Узбекистан 264
- Камилова У.К., Расулова З.Д., Закирова Г.А., Утемуратов Б.Б.
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ С УЧЕТОМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ,
РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент. Узбекистан 264
- Капелько В.И., Лакомкин В.Л., Абрамов А.А., Грамович В.В., Выборов О.Н., Лукошкова Е.В., Ермишкин В.В.
СТАДИИ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
И МЕХАНИЗМЫ КОМПЕНСАЦИИ
ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава РФ, ФГБУ «НМИЦ кардиологии» МЗ. Россия 265
- Китура Е.М., Ждан В.Н., Китура О.Е., Бабанина М.Ю.
ПЕРЕНОСИМОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИСОПРОЛОЛА У ПАЦИЕНТОВ
С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава. Украина 266
- Кодирова Г.И., Таштемирова И.М., Узбекова Н.Р., Юлдашева Г.Т.
НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан 267

- Комиссарова С.М.¹, Захарова Е.Ю.¹, Северук Т.В.¹, Гайдель И.К.¹, Чакова Н.Н.², Ниязова С.С.²
ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ: ВЫЖИВАЕМОСТЬ И ИСХОДЫ
В КОГОРТЕ БЕЛОРУССКИХ ПАЦИЕНТОВ
¹Республиканский научно-практический центр «Кардиология»;
²Институт генетики и цитологии НАН Беларуси, г. Минск. Беларусь 267
- Мацкевич С.А., Бельская М.И.
ДИСФУНКЦИЯ ПОЧЕК И ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ
ГУ РНПЦ «Кардиология», г. Минск. Беларусь..... 268
- Медведев Н.В.
ЗНАЧИМОСТЬ ФИБРОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ МИОКАРДА В РАЗВИТИИ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
Курский государственный медицинский университет, г. Курск. Россия 269
- Никифорова Т.Д.
К МЕХАНИЗМУ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ КАРДИОМИОЦИТОВ
ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ
ФГБНУ «НИИ фармакологии имени В.В. Закусова», г. Москва. Россия..... 270
- Нуритдинов Н.А., Камилова У.К.
ОЦЕНКА СРАВНИТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СПИРИНОЛАКТОНА И ЭПЛЕРЕНОНА
У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент. Узбекистан..... 271
- Ортикбоев Ж.О., Саипова Д.С.
ВЛИЯНИЕ ГИПОТЕРИОЗА НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО
ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан..... 271
- Раджабова Д.И., Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Шодиев Ж.Д., Нуритдинова С.К.
ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ ФНО-А, ИЛ-1В, ИЛ-6 И VEGF В ГРУППЕ
БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СРАВНЕНИИ
СО ЗДОРОВЫМИ ЛИЦАМИ
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент. Узбекистан..... 272
- Расулова З.Д., Камилова У.К., Ибабекова Ш.Р., Тагаева Д.Р.
ОЦЕНКА СРАВНИТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛОЗАРТАНА И ЛИЗИНОПРИЛА
НА ПОКАЗАТЕЛИ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент. Узбекистан..... 273
- Рощевская И.М.¹, Смирнова С.Л.², Цорин И.Б.¹, Столярук В.Н.¹, Вититнова М.Б.¹,
Колик Л.Г.¹, Крыжановский С.А.¹
ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРИТМИЙ
ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ
¹ВНЭБС – филиал ФИЦ Коми научный центр Уральского отделения Российской академии наук;
²ФГБНУ «НИИ фармакологии имени В.В. Закусова», г. Москва. Россия 273
- Рустамова Я.К.¹, Азизов В.А.О.¹, Иманов Г. Г.О.¹, Максимкин Д.А.²
МРТ СЕРДЦА В ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И СОПУТСТВУЮЩЕЙ
ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
¹Азербайджанский медицинский университет;
²Московский университет дружба народов, г. Москва. Россия..... 274
- Сабиржанова З.Т., Раимкулова Н.Р., Кардашова М.М.
ОЦЕНКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА
ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан..... 275
- Садовой В.И.¹, Поворозный А.О.¹, Захарьян Е.А.²
СПОСОБ КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ СЕПТАЛЬНОЙ МИОЭКТОМИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
ОБСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ
¹ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А.Семашко»; ФГАОУ ВО «Крымский Федеральный университет им. В.И. Вернадского»;
²Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь. Россия..... 276



- Садыкова Г.А., Арипов Б.С., Якубов М.М., Каримова Г.В.
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ И СОСТОЯНИЕ ПРАВЫХ
ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент. Узбекистан..... 277
- Смирнова М.П., Чижов П.А.
ПОКАЗАТЕЛИ ФЕРРОКИНЕТИКИ И ПАРАМЕТРЫ ЭХОКАРДИОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ
С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА
ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет,
Ярославская область. Россия..... 278
- Ташкенбаева Э.Н., Хасанжанова Ф.О., Кадырова Ф.Ш., Мирзаев Р.З., Мухиддинов А.И.,
Касымов Б.С., Мардонов У.А.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ
С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ У БОЛЬНЫХ
С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА
Самаркандский государственный медицинский институт;
Самаркандский филиал республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи, г. Самарканд. Узбекистан..... 279
- Ташкенбаева Э.Н., Насырова З.А., Шарапова Ю.Ш., Кадырова Ф.Ш., Тогаев Д.Х., Курбанова Ю.Ю.
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ
СТЕНОКАРДИЕЙ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ
Самаркандский государственный медицинский институт;
Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской
помощи, г. Самарканд. Узбекистан..... 279
- Усманов Б.Б., Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р., Усманова Д.Н., Таштемирова И.М.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ
ПРОЯВЛЕНИЙ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан..... 280
- Хабибрахманова З.Р.¹, Садыкова Д.И.¹, Сабирова Д.Р.¹, Фирсова Н.Н.²,
Кучерявая А.А.², Сластникова Е.С.²
ИНФАНТИЛЬНАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ ПОМПЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
¹ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России; ²ГАУЗ «ДРКБ» МЗ РТ, г. Казань. Россия 281
- Чапау А.Х., Мухаммедова Н.А.
ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Государственный медицинский университет Туркменистана;
Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, г. Ашхабад. Туркменистан..... 282
- Чумакова С.П.¹, Винс М.В.¹, Уразова О.И.¹, Майнагашева Е.С.¹, Погонченкова Д.А.¹, Шипулин В.М.²,
Пряхин А.С.², Новицкий В.В.¹
ОСОБЕННОСТИ СУБПОПУЛЯЦИОННОГО СОСТАВА МОНОЦИТОВ КРОВИ
И СОДЕРЖАНИЯ ГИПОКСИЕЙ ИНДУЦИРУЕМОГО ФАКТОРА-1АЛЬФА
У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ
¹ФГБОУ ВО Сибирский государственный университет Минздрава РФ;
²ФГБНУ «Томский НИМЦ РАН» «Научно-исследовательский институт кардиологии», Россия 282
- Ярмухамедова С.Х., Бекмурадова М.С.
РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА
Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд. Узбекистан..... 283
- ВИЗУАЛИЗАЦИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ
ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЦА И СОСУДОВ**
- Baev V.M., Kudryavceva E.N., Igumnova O.A., Agafonova T.Yu., Vagner E.A.
HYPOTROPHY OF THE HEART AND REDUCTION OF INTRACARDIAC HEMODYNAMICS
IN LOW BLOOD PRESSURE IN YOUNG WOMEN
Perm state medical university, Perm, Russia..... 285
- Koyirov A.K.¹, Kenjaev S.R.¹, Khaitov S.SH.¹, Ganiev U.SH.¹, Egamova N.T.¹, Mirmaksudov M.S.²
PATIENTS WITH DECOMPENSATION OF CHRONIC PULMONARY HEART- REMODELING
PARAMETERS OF THE RIGHT ATRIUM AND RIGHT VENTRICLE
¹Republican scientific center for emergency medical Care., Tashkent. Uzbekistan
²Tashkent medical academy, Tashkent. Uzbekistan 285



- Авалян А.А., Саидова М.А., Шитов В.Н., Ощепкова Е.В., Чазова И.Е.
 ПРИМЕНЕНИЕ 2D И 3D СПЕКЛ-ТРЕКИНГ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ СУБКЛИНИЧЕСКОЙ
 КАРДИОТОКСИЧНОСТИ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ
 ОТ КУМУЛЯТИВНОЙ ДОЗЫ ДОКСОРУБИЦИНА
 ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России. Россия 286
- Аминов С.А., Бекметова Ф.М., Алиева Р.Б., Джаббаров Д.Х.
 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ПОРАЖЕНИЯ
 КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ
 ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
 кардиологии», г. Ташкент. Узбекистан 287
- Андреевская М.В., Кабардиева М.Р., Комлев А.Е., Наумов В.Г., Имаев Т.Э., Саидова М.А., Акчурин Р.С.
 УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МЕТОДЫ В ИССЛЕДОВАНИИ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ
 НМИЦ кардиологии. Россия 287
- Бекметова Ф.М.¹, Ярбеков Р.Р.¹, Мурадов М.¹, Омонов С.Х.¹, Жалилов А.К.²
 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ДОБУТАМИНОМ
 У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ВЫСОКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО
 РИСКА, ПОДЛЕЖАЩИХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА
¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии;
²Филиал РСНПМЦК, г. Ташкент. Узбекистан 288
- Бекметова Ф.М.¹, Аминов С.А.¹, Алиева Р.Б.¹, Джаббаров Д.Х.¹, Юлдашов Б.А.¹, Дониеров Ш.Н.²
 ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕФОРМАЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
 У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ
¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии;
²Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан 289
- Бекметова Ф.М., Аминов С.А., Алиева Р.Б., Джаббаров Д.Х.
 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ПОРАЖЕНИЯ
 КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ
 Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
 кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан 289
- Бекметова Ф.М., Аминов С.А., Алиева Р.Б., Джаббаров Д.Х.
 ВОЗМОЖНОСТИ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ
 У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
 Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
 кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан 290
- Бекметова Ф.М., Аминов С.А., Алиева Р.Б., Джаббаров Д.Х., Юлдашов Б.А., Дониеров Ш.Н.
 РОЛЬ СПЕКЛ-ТРЕКИНГ ЭхоКГ В ОЦЕНКЕ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ
 АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС
 Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
 кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан 291
- Бекметова Ф.М., Махкамова Н.У., Хашимов Ш.У.
 ВЗАИМОСВЯЗЬ АТЕРОСКЛЕРОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ
 БОЛЕЗНЬЮ С СУТОЧНЫМ КОЛЕБАНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ
 Республиканский научно-практический специализированный центр кардиологии,
 г. Ташкент. Узбекистан 291
- Бланкова З.Н.¹, Самсонова Н.С.¹, Федотенков И.С.¹, Шария М.А.¹, Терновой С.К.¹, Орловский А.А.²,
 Свирида О.Н.¹, Агеев Ф.Т.¹
 ВЗАИМОСВЯЗЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ С КАЛЬЦИНОЗОМ КОРОНАРНЫХ
 АРТЕРИЙ И АОРТЫ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА
 СО СНИЖЕННОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТЬЮ КОСТНОЙ ТКАНИ
¹ФГБУ «НМИЦ кардиологии» МЗ РФ;
²ФГБОУ ВО МГУ имени М.В. Ломоносова, г. Москва. Россия 292
- Виценя М.В.¹, Дорошук Н.А.¹, Потехина А.В.¹, Ибрагимова Н.М.¹, Пестова А.Б.¹, Баринаева И.В.¹,
 Стенина М.Б.², Чазова И.Е.¹, Агеев Ф.Т.¹
 ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЛИНЫ ТЕЛОМЕР ЛЕЙКОЦИТОВ СО СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ
 ПОКАЗАТЕЛЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
 ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России;
²ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России. Россия 293



Гайшун Е.И., Зарадей И.И., Заяц М.В. ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНЫХ КОНТРОЛИРУЕМЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА УПРУГОЭЛАСТИЧНЫЕ СВОЙСТВА АРТЕРИЙ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНТРАКОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ УЗ «1 городская клиническая больница», г. Минск. Беларусь	294
Джураева Н.М., Махкамов Н.К., Бабаджанов С.А., Анваров Ж. ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени акад. В. Вахидова», г. Ташкент. Узбекистан.....	294
Жмуров Д.В., Жмуров В.А., Ковальчук Д.Е., Толстоухова Н.В. РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень. Россия	295
Иванова О.С., Майчук Е.Ю., Воеводина И.В., Передерко А.В. ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗИ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗ РФ. Россия	296
Карпова И.С., Атрощенко Е.С., Козлов И.Д. СВЯЗЬ ЛОКАЛИЗАЦИИ СТЕНОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И ПРОДОЛЬНОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ МИОКАРДА В КОМБИНАЦИИ С ИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ У ПОСТИНФАРКТНЫХ ПАЦИЕНТОВ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск. Беларусь	297
Кожевникова Л.М. ¹ , Цорин И.Б. ² , Вититнова М.Б. ² , Крыжановский С.А. ² ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ, ПРИЧАСТНЫХ К РЕГУЛЯЦИИ СОКРАТИМОСТИ СОСУДОВ И МИОКАРДА ¹ ФГБНУ «НИИ общей патологии и патофизиологии»; ² ФГБНУ «НИИ фармакологии имени В.В. Закусова». Россия.....	297
Кулагина Т.Ю., Никода В.В., Выжигина М.А. КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫЕ НАГРУЗОЧНЫЕ ТЕСТЫ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО РИСКА ФГБНУ «РНЦХ им акад. Б.В. Петровского». Россия	298
Курбанов Р.Д., Бекметова Ф.М., Алиева Р.Б., Юлдашев Б.А., Аминов С.А., Дониеров Ш.Н., Джаббарова Д.Х. ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕФОРМАЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан	299
Муркамилов И.Т. ¹ , Айтбаев К.А. ² , Фомин В.В. ³ ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС И КАРДИОРЕНАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ¹ КГМА им. И.К. Ахунбаева; ² НИИ молекулярной биологии и медицины; ³ ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г. Москва. Россия.....	300
Мухамметгулыева О.С. ¹ , Патышагулыев А.А. ² , Сайфуллаева Г.А. ¹ ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АДАПТИВНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ БОРЦОВ В ЖАРКОМ КЛИМАТЕ ¹ Больница с научно-клиническим центром физиологии; ² Туркменский государственный медицинский университет.....	301
Попова М.А., Лошкарев А.М., Мыльченко И.В. ВЛИЯНИЕ ЖИРОРАСТВОРИМОЙ ФОРМЫ ВИТАМИНА В1 СУЛЬБУТИАМИНА НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА И УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У СПОРТСМЕНОВ-ПАРАШЮТИСТОВ Сургутский государственный педагогический университет, г. Сургут. Россия	302
Саидова М.А., Шитов В.Н., Атабаева Л.С. ВЫЯВЛЕНИЕ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ МИОКАРДИАЛЬНОЙ КОНТРАСТНОЙ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПО СРАВНЕНИЮ СО СТАНДАРТНОЙ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЕЙ ФГБУ НМИЦ кардиологии Минздрава РФ. Россия	303



Сандриков В.А., Кулагина Т.Ю., Федулова С.В. ТРАНСТОРАКАЛЬНАЯ И ЧРЕСПИЩЕВОДНАЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЯ В ОПЕРАЦИОННОЙ И РЕАНИМАЦИИ ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского». Россия	304
Спицин Е.П. СООТНОШЕНИЕ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗЛИЧИЙ ФАКТИЧЕСКОГО И ДОЛЖНОГО МИНУТНОГО ОБЪЕМА КРОВИ Кировский медицинский университет, г. Киров. Россия	304
Тхатль Л.К., Космачева Е.Д., Ставенчук Т.В. ПРЕДИКТОРЫ ГУМОРАЛЬНОГО ОТТОРЖЕНИЯ С ИДЕНТИФИЦИРОВАННЫМИ ЛЕЙКОЦИТАРНЫМИ ДОНОРСКИМИ АНТИТЕЛАМИ НА ОСНОВЕ ПАРАМЕТРОВ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ И МЕТОДИКИ 2D-SPECKLE-TRACKING ECHOCARDIOGRAPHY ФГБОУ ВО «КубГМУ». Россия	305
Цоколов А.В., Настаева М.В., Крылов В.А. ОБНОВЛЕННЫЕ ДАННЫЕ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И СПЕЦИФИЧНОСТИ ЭКГ-МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ИБС ФГБУ МО РФ «1409 Военно-морской клинический госпиталь», г. Калининград. Россия	306
Чернова О.В., Козлов С.Г., Матвеева М.А., Алексеева И.А. СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЯ НА ВЕЛОЭРГОМЕТРЕ В ДИАГНОСТИКЕ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ В ВОЗРАСТЕ 70 ЛЕТ И СТАРШЕ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» МЗ РФ. Россия	307
Черняк С.В., Нечесова Т.А., Павлова О.С., Ливенцева М.М. ВЛИЯНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРА НА ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РНПЦ «Кардиология». Россия	308
РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ КУПЛЯРНАЯ	
Uzokov J.K., Alyavi B.A., Abdullaev A.X. ASSESSMENT OF THE CLOPIDOGREL ACTION WITH REGARD TO CYP2C19 GENE POLYMORPHISMS IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE AFTER IMPLANTATION OF DES STENTS Republican specialized scientific practical medical center of therapy medical rehabilitation, Tashkent, Uzbekistan	309
Голощапов – Аксенов Р.С., Кузьмин А.И. РЕЗУЛЬТАТЫ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ОКС-СТ, ОБУСЛОВЛЕННОГО СУБОККЛЮЗИЕЙ ОДНОЙ ИЗ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕТВЕЙ ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ПРИ НАЛИЧИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ ПРАВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ Научный клинический центр ОАО «РЖД», г. Москва. Россия	309
Горбачевский С.В., Шмальц А.А., Дадабаев Г.М., Нишинов Н.А., Хачатурова И.Ю., Пурсанов М.Г. АТРИОСЕПТОСТОМИИ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У 79 БОЛЬНЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ И СХОЖИМИ ФОРМАМИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ФГБУ НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева Минздрава России, г. Москва. Россия	310
Григорьев В.С. ¹ , Голухова Е.З. ¹ , Бузиашвили Ю.И. ¹ , Петросян К.В. ¹ , Абросимов А.В. ¹ , Алесян Б.Г. ² , Бокерия О.Л. ¹ , Бокерия Л.А. ¹ ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭТАПНОЙ КОРРЕКЦИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И СОПУТСТВУЮЩЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА ¹ ФГБУ «НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ; ² ФГБУ «НМИЦХ им. А.В. Вишневского» МЗ РФ, г. Москва. Россия	311
Григорьев В.С., Абросимов А.В., Петросян К.В., Бокерия О.Л. ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА И ОТЯГОЩЕННЫМ КОМОРБИДНЫМ ФОНОМ С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ОБЪЕМА РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПО ДАННЫМ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ И МЕТОДА ОЦЕНКИ ФРАКЦИОННОГО РЕЗЕРВА КРОВОТОКА ФГБУ «НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ, г. Москва. Россия	312



Дмитриева Е.Г.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ МОСТИКОВ МИОКАРДА НАД ВЕТВЯМИ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

Уральский государственный медицинский университет Минздрава, г. Уральск. Россия 312

Зафираки В.К., Космачева Е.Д.

ИЗМЕНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСЛЕ ПЛАНОВЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ В СОЧЕТАНИИ
С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар. Россия 313

Зуфаров М.М., Искандаров Ф.А., Махкамов Н.К., Каримов С.С., Хамдамов С.К.

ТРАНСКАТЕТЕРНОЕ ЗАКРЫТИЕ ДЕФЕКТОВ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ
ПЕРЕГОРОДКИ С ПОМОЩЬЮ ОККЛЮДЕРОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр

хирургии имени академика В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан 314

Зуфаров М.М., Искандаров Ф.А., Бабаджанов С.А., Махкамов Н.К.

РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ БИФУРКАЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОРОНАРНЫХ
АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр

хирургии имени академика В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан 314

Зуфаров М.М., Бабаджанов С.А., Искандаров Ф.А., Умаров М.М.

ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ ОБЪЕМНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
СОСТОЯНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ
У БОЛЬНЫХ РАННЕЙ ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр

хирургии имени академика В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан 315

Зуфаров М.М., Махкамов Н.К., Анваров Ж.О.

РОЛЬ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ОСТРОМ
КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр

хирургии имени академика В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан 316

Зуфаров М.М., Искандаров Ф.А., Каримов С.С.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ
СТЕНОЗА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр

хирургии имени академика В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан 316

Зуфаров М.М., Махкамов Н.К., Бабаджанов С.А., Искандаров Ф.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ
СО СТЕНОЗАМИ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр

хирургии имени академика В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан 317

Зуфаров М.М., Махкамов Н.К., Бабаджанов С.А., Искандаров Ф.А.

ТАКТИКА РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ПОРАЖЕНИЕМ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр

хирургии имени академика В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан 318

Зуфаров М.М., Искандаров Ф.А., Бабаджанов С.А., Махкамов Н.К., Анваров Ж.О.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЧРЕСКОЖНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В СТОЛЕ ЛЕВОЙ
КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр

хирургии имени академика В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан 318

Искандаров Ф.А., Зуфаров М.М., Бабаджанов С.А., Махкамов Н.К., Анваров Ж.О., Умаров М.М.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЧРЕСКОЖНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ МНОГОСОСУДИСТОМ
ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр

хирургии имени академика В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан 319



- Искандаров Ф.А., Махкамов Н.К., Анваров Ж.О.
ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЯХ
КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
хирургии имени академика В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан..... 320
- Кадыров Б.А., Сейитмухаммедов М.Д., Аманнелесов Н.К.
ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ КОРОНАРНЫХ
АРТЕРИЙ ПРИ СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
Международный кардиологический центр, г. Ашхабад. Туркменистан..... 320
- Курбанов А.Ч.^{1,2}, Каримова Ф.А.², Одинаев Ш.Ф.¹, Бобоалиев С.М.³
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ
¹ТГМУ; ²ГКБ-2; ³Клиника «Сино»..... 321
- Марукян Н.В., Симакова М.А., Приворотский В.В., Зверев Д.А., Моисеева О.М.
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭТАПНОЙ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ ВЕТВЕЙ ЛЕГОЧНОЙ
АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ
ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
НМИЦ им В.А. Алмазова, г. Санкт-Петербург. Россия..... 322
- Махкамов Н.К., Анваров Ж.О.
РОЛЬ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ В ПЛАНИРОВАНИИ ДВОЙНОЙ
ДЕЗАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ
КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени
академика В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан..... 323
- Муминов И.А., Кодирова Г.И., Узбекова Н.Р., Дусмуратова Д.А.
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ МАЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МИОКАРДА ПОСЛЕ
ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан..... 323
- Огнерубов Д.В., Проваторов С.И., Меркулов Е.В., Терещенко А.С., Краснощеков И.В.,
Силин Н.А., Осокина А.К., Самко А.Н.
МЕТОДИКА СОКРАЩЕНИЯ ЧАСТОТЫ ОККЛЮЗИИ ЛУЧЕВОЙ АРТЕРИИ ПОСЛЕ
ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ЛУЧЕВЫМ ДОСТУПОМ
ФГБУ «НМИЦ кардиологии» МЗ РФ, г. Москва. Россия..... 324
- Петросян К.В., Горбачевский С.В., Пурсанов М.Г., Соболев А.В., Дадабаев Г.М., Жеблavi Исса,
Лосев В.В., Бокерия Л.А.
БАЛЛОННАЯ АНГИОПЛАСТИКА СТЕНОЗОВ ВЕТВЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ
ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева МЗ РФ, г. Москва. Россия..... 325
- Петросян К.В., Бокерия Л.А., Лосев В.В., Кареев А.В., Бокерия О.Л.
НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ
КАК МЕТОДА ВНУТРИСОСУДИСТОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ
СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КОРОНАРНЫХ ШУНТОВ
НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева МЗ РФ, г. Москва. Россия..... 326
- Петросян К.В., Григорьев В.С., Бокерия О.Л., Коасари А.К.
ПРИМЕНЕНИЕ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ
ЭТИОЛОГИИ ПОРАЖЕНИЯ И КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТА ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ
БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТА С ФИБРОЗНО-МЫШЕЧНОЙ
ДИСПЛАЗИЕЙ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ
ФГБУ «НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ, г. Москва. Россия..... 327
- Пулатова Ш.Х., Азимов Б.К., Тоиров И.Р.
ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Бухарский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,
г. Бухара. Узбекистан..... 327
- Резанова Н.В., Корниенко Н.В., Корытько И.Н., Мирошниченко Е.П.,
Драненко Н.Ю., Кузнецов Э.С.
ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ
ЧКВ НА ФОНЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», г. Симферополь. Россия..... 328



Сваровская А.В. ¹ , Тепляков А.Т. ¹ , Харитонова И.А. ² , Гарганеева А.А. ¹ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПОСЛЕ КОРОНАРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ¹ НИИ кардиологии, Томский НИМЦ; ² ФГБОУ ВО «СибГМУ» МЗ РФ. Россия.....	329
Стельмашок В.И., Мрочек А.Г., Булгак А.Г., Полонецкий О.Л., Стриго Н.П. СОСТОЯНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ В ТЕЧЕНИЕ 6-МЕСЯЧНОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ УСПЕШНО ВЫПОЛНЕННОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ ТОТАЛЬНЫХ ОККЛЮЗИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ГУ ГНПЦ «Кардиология»	330
Филатова А.Ю., Ромасов И.В., Потехина А.В., Осокина А.К., Ноева Е.А., Меркулов Е.В., Самко А.Н., Проваторов С.И. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ВЧСРБ В ОТНОШЕНИИ ПОВТОРНОГО СТЕНОЗИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПОСЛЕ ПЛАНОВЫХ СТЕНТИРОВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ПО ДАННЫМ ОДНОЦЕНТРОВОГО РЕГИСТРА ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России, г. Москва. Россия.....	330
Чарыев Х.Э., Сейитмухаммедов М.Д., Кадыров Б.А., Аманнеспесов Н.К. ЧКВ У БОЛЬНЫХ ИБС С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ Международный кардиологический центр, г. Ашхабад. Туркменистан.....	331
Чарыев Х.Э., Оразмамедова Ш.С., Аннаева Ж.А., Аннаев Б.Х., Ягшысахедов Ш.Я. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТЕНТИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ Госпиталь с научно-клинический центром кардиологии, г. Ашхабад. Туркменистан	332
Юлдашев Н.П. ДИНАМИКА АГРЕГАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА УСТАНОВЛЕННЫХ ИМПЛАНТОВ Республиканский специализированный научно-практический центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан	333
Юлдашев Н.П., Юлдашев Б.А., Холикулов С.Ш., Мадрахимов Н.К. ОЦЕНКА ДИНАМИКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ИБС С БИОРАСТВОРИМЫМИ КАРКАСАМИ «ABSORB» И СТЕНТАМИ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ DES Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан	333
Юлдашев Н.П., Юлдашев Б.А., Сабирова Ш.А. СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ТРАНСКАТЕТЕРНОГО ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан	334
Юлдашев Н.П., Атамуратов Б.Р., Сабирова Ш.А., Юлдашев Б.А., Мадрахимов Н.К. НАШ ОПЫТ ПО СТЕНТИРОВАНИЮ ЛЕВОЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИСТОСТИ УСТЬЯ ЛЕВОЙ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан	335
Юлдашев Н.П., Холикулов С.Ш., Атамуратов Б.Р. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОРОНАРНО-ЛЕГОЧНОЙ ФИСТУЛЫ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан	335
Юлдашев Н.П., Атамуратов Б.Р., Каримов Б.Х. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОРОТИДНОГО СТЕНТА ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИСТОСТИ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан	336
Юлдашев Н.П., Юлдашев Б.А., Атамуратов Б.Р., Мадрахимов Н.К. ПРИМЕНЕНИЕ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ И СТЕНТИРОВАНИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан.....	337



Юлдашев Н.П., Юлдашев Б.А., Атамуратов Б.Р. НАШ ОПЫТ ТРАНСКАТЕТЕРНОГО ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан.....	337

Юлдашев Н.П. НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ УСТРОЙСТВА «MERES-100™» Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан.....	338

КАРДИОХИРУРГИЯ

Kabiyeva S. ^{1*} , Abdrachmanov D.T. ² , Muhamediya A.S. ³ , Gusseva E.Sh. ³ ANALYSIS OF THE ACTIVITIES OF THE PEDIATRIC CARDIAC SURGERY SERVICE IN THE KARAGANDA REGION ¹ Department of internal diseases №1 Non-Commercial Joint-Stock Company Karaganda Medical University», Karaganda, Kazakhstan; ² Regional regional cardiac surgery center Karaganda, Kazakhstan; ³ The residency in the specialty «Cardiology, including children»	339

Rizayev E.A., Turaev F.F. THE FIRST EXPERIENCE OF MULTICOMPONENT PLASTIC MK WITH STRENGTHENING OF THE ANNULUS WITH VASCULAR PROSTHESIS RSCPMCS named after academician V. Vakhidov (Tashkent, Uzbekistan).....	339

Sharipov I., Yarbekov R., Ismatov A., Muradov M., Omonov S., Vakhidov T. SAFETY OF OFF-PUMP CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING IN PATIENTSWITH ACUTE CORONARY SYNDROME Republican specialized centre of cardiology (Tashkent, Uzbekistan).....	340

Sharipov I., Yarbekov R., Ismatov A., Muradov M., Omonov S., Vakhidov T., Kurbanov R. ATRIAL FIBRILLATION AFTER OFF-PUMP CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING SURGERY Republican specialized scientific-practical medical center of cardiology (Tashkent, Uzbekistan)	341

Sharipov I.M., Yarbekov R.R., Ismatov A.A., Muradov M.M., Omonov S.Kh., Vakhidov T.Z. GENDER DIFFERENCIES IN RESULTS OF OFF-PUMP MYOCARDIAL REVASCULARIZATION SURGERY Republican specialized center of cardiology (Tashkent, Uzbekistan).....	341

Sharipov I.M., Yarbekov R.R., Ismatov A.A., Muradov M.M., Omonov S.Kh., Vakhidov T.Z. RESULTS OF OFF-PUMP MYOCARDIAL REVASCULARIZATION IN PATIENTS WITH LV EJECTION FRACTION <45% Republican specialized center of cardiology (Tashkent. Uzbekistan).....	342

Sharipov I.M., Yarbekov R.R., Ismatov A.A., Muradov M.M., Omonov S.Kh., Vakhidov T.Z. RESULTS OF OFF-PUMP MYOCARDIAL REVASCULARIZATION IN HIGH-RISK PATIENTS WITH EUROSCORE≥5 Republican specialized center of cardiology (Tashkent. Uzbekistan).....	342

Turaev F.F. «SURGICAL REMODELING OF THE HEART» IN MULTI-VALVULAR DISEASES Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after academician V. Vakhidov (Tashkent, Uzbekistan).....	343

Васильев В.П., Ширяев А.А., Галяутдинов Д.М., Латыпов Р.С., Андреев А.В., Курбанов С.К., Майоров Г.Б., Мукумов Ш.Д., Акчурин Р.С. ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА КРОВОТОКА ПО КОРОНАРНЫМ ШУНТАМ МЕТОДОМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ФЛОУМЕТРИИ ФГБУ НМИЦ кардиологии Минздрава РФ. Россия	343

Газизова В.П., Власова Э.Е., Дзыбинская Е.В., Ильина Л.Н., Галяутдинов Д.М., Васильев В.П., Ширяев А.А., Акчурин Р.С. КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ПОЛУЧИВШИХ ПРЕДОПЕРАЦИОННУЮ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ПОДГОТОВКУ ДЛЯ КОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИКК им. А.Л. Мясникова НМИЦ кардиологии МЗРФ, г. Москва. Россия.....	344



Гараджаев Я.Б., Алыев Р.ДЖ.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАЦИИ АНЕВРИЗМЭКТОМИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, г. Ашхабад. Туркменистан 345

Кравченко А.В.¹, Суджаева О.А.¹, Руденко Э.В.², Рачок Л.В.¹, Кошлатая О.В.¹, Вавилова А.А.¹,
Кравченко А.В.¹

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ
У ПАЦИЕНТОВ НА РАННИХ СРОКАХ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА

¹Республиканский научно-практический центр «Кардиология»;

²Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск. Беларусь 346

Курбанов С.К., Ширяев А.А., Васильев В.П., Галяутдинов Д.М., Власова Э.Е.,
Ильина Л.Н., Майоров Г.Б., Мукумов Ш.Д., Акчурун Р.С.

ГОСПИТАЛЬНЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО
ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ ДИФфуЗНОМ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

ФГБУ НМИЦ кардиологии Минздрава РФ. Россия 346

Курбанов Р.Д., Фозилов Х.Г., Ярбеков Р.Р., Рахимов С.С., Пулатов О.К., Жалилов А.К.
ПЕРВЫЙ НАШ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

НА ОТКРЫТОМ СЕРДЦЕ С ПОДДЕРЖКОЙ ИСКУССТВЕННЫМ КРОВООБРАЩЕНИЕМ
И НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ УЗБЕКИСТАНА

Каршинский филиал Республиканского специализированного научно-практического
медицинского центра кардиологии, г. Карши. Узбекистан 346

Курбанов Р.Д., Фозилов Х.Г., Ярбеков Р.Р., Пулатов О.К., Рахимов С.С., Жалилов А.К.
ТУҒМА ЮРАК НУҚСОНЛИК ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ЎТКАЗИЛИШИ

ҚАШҚАДАРЁ ВИЛОЯТИ ТАЖРИБАСИ

Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт марказини

Карши филиалы, Карши. Ўзбекистон 347

Курбанов Р.Д., Фозилов Х.Г., Ярбеков Р.Р., Рахимов С.С., Пулатов О.К., Жалилов А.К.
КАРДИОЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТЛАРИДА ЮҚОРИ ПРОФИЛДАГИ НАРКОЗ БЕРИШ

ҚАШҚАДАРЁ ТАЖРИСАБАСИДА

Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт марказини

Карши филиалы, Карши. Ўзбекистон 348

Мурадов М.М., Ярбеков Р.Р., Жалилов А.К., Исмаилов А.А., Омонов С.Х., Вахидов Т.З.,
Бекметова Ф.М., Шарипов И.М.

СОВРЕМЕННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПАЦИЕНТАМ С ИБС И СОЧЕТАННЫМ
АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии,
г. Ташкент. Узбекистан 348

Муртазаев С.С., Мансуров А.А., Чернов Д.А.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Республиканский специализированный научно-практический центр хирургии

имени акад. В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан 349

Назыров Ф.Г., Тураев Ф.Ф.

ГУЛЯМОВ Д.С. И ЕГО РОЛЬ В СТАНОВЛЕНИИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ В УЗБЕКИСТАНЕ

Республиканский специализированный научно-практический центр хирургии

имени акад. В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан 350

Николенко Л.А.¹, Лукин О.П.¹, Николенко Е.С.²

ТРОМБОЦИТОПЕНИИ И ТРОМБОЦИТОЗЫ В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

¹ФГБУ ФЦССХ МЗ РФ, г. Челябинск; ²ГБОУ ВПО «ЮУГМУ» МЗ РФ. Россия 350

Новиков М.А., Вадим А.П., Егор С.М., Максим А.Н., Амиран Ш.Р.

РЕЗУЛЬТАТЫ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННОГО
КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В РАМКАХ РАНДОМИЗИРОВАННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ENPILA

ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского», г. Москва. Россия 352

Петрович Н.С., Шестакова Л.Г., Ярош Р.Г., Бушкевич М.И., Крачак Д.И., Крачак В.Д.,
Ачинович А.С., Островский Ю.П.

ГОСПИТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ МЕМБРАННОЙ
ОКСИГЕНАЦИИ В КАРДИОХИРУРГИИ

Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск. Беларусь 352



Петросян К.В., Бокерия Л.А., Бузиашвили Ю.И., Голухова Е.З., Бокерия О.Л., Лосев В.В. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ШУНТОГРАФИЙ У 1000 ПАЦИЕНТОВ ИБС ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева МЗ РФ, г. Москва. Россия.....	353
Расулов А.Б., Матлатипов М.Р., Мирходжаев И.И., Суюнов А.С., Тураев Ф.Ф. ГЕМОФИЛЬТРАЦИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА Республиканский специализированный научно-практический центр хирургии имени акад. В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан.....	354
Расулов А.Б., Хайталиев Ж.Д., Мирходжаев И.И., Тураев Ф.Ф., Суюнов А.С. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПЕРЕЛИВАНИЯ ДОНОРСКОЙ КРОВИ И ПРОВЕДЕНИЕ УЛЬТРАФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА Республиканский специализированный научно-практический центр хирургии имени акад. В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан.....	354
Рахмонов К.Х., Горбачевский С.В., Хачатурова И.Ю., Хальвани М.Ю., Каримов О.Р., Сабитов А.А. ОЦЕНКА НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТРОМБЭНДАРТЕРИЭКТОМИИ ИЗ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева МЗ РФ, г. Москва. Россия.....	355
Рахмонов К.Х., Горбачевский С.В., Соболев А.В., Шмальц А.А., Пурсанов М.Г., Жеблavi И.А., Сабитов А.А. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ДВУХЭТАПНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ КРАЙНЕ ВЫСОКОГО ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева МЗ РФ, г. Москва. Россия.....	356
Скуратова Н.А., Зылевич А.А., Шунькина А.С. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К КЛАССИФИКАЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель. Беларусь.....	356
Содиқжонов К., Таштемирова И.М., Ўзбекова Н.Р., Қодирова Г.И., Исаков А. АОРТА КОРОНАР ШУНТЛАШ ТАШРИХИ ЎТКАЗИЛГАН МИОКАРД ИНФАРКТИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЯЛЛИГЛАНИШ МЕДИАТОРЛАРИ ЎЗГАРИШЛАРИНИ АНИҚЛАШ Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон. Ўзбекистон.....	358
Юнусов В.М. ¹ , Плечев В.В. ² , Николаева И.Е. ¹ , Сагатдинов Т.Ш. ¹ , Прудько Е.Л. ¹ , Гиниятуллина Э.И. ¹ МЕСТО ЭНДАРТЕРИЭКТОМИИ В ХИРУРГИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ¹ Республиканский кардиологический центр; ² Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа. Россия.....	358
Ярбеков Р.Р., Мурадов М.М., Жалилов А.К., Омонов С.Х., Шарипов И.М., Исматов А.А., Вахидов Т.З. ПЕРВЫЙ ОПЫТ МНОЖЕСТВЕННОГО КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА (MICSAB) У ПАЦИЕНТОВ С ИБС В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан.....	359
Ярбеков Р.Р., Мурадов М.М., Жалилов А.К., Омонов С.Х., Исматов А.А., Вахидов Т.З., Бекметова Ф.М. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ОЗАКИ (ПЛАСТИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ИЗ АУТОПЕРИКАРДА) В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан.....	360
Ярбеков Р.Р., Жалилов А.К., Мурадов М.М., Омонов С.Х., Шарипов И.М., Исматов А.А., Вахидов Т.З. РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ТЕХНИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТИНФАРКТНЫХ АНЕВРИЗМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан.....	360
НЕКОРОНАРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МИОКАРДА, КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	
Kudryavceva E.N., Baev V.M., Igumnova O.A., Agafonova T.Yu. Vagner E.A. CACHEXIA WITH LOW BLOOD PRESSURE IN YOUNG WOMEN Perm state medical university, Perm, Russia.....	362



- Абдуганиева Э.А., Ливерко И.В., Гафнер Н.В.
БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ КАК ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ
ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
РСНПМЦФП МЗРУз, г. Ташкент. Узбекистан..... 362
- Абдурахманов М.М., Ахмедов Л.А., Алиев Ж.С.
ДИСФУНКЦИЯ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ
АОРТОАРТЕРИИТОМ С СИНДРОМОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ
Бухарский государственный медицинский институт;
Бухарский филиал РНЦЭМП, г. Бухара. Узбекистан 363
- Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Сабиржанова З.Т.
ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ И ИЗМЕНЕНИЯ
ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ
ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ
Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской
реабилитации Министерства здравоохранения, г. Ташкент. Узбекистан 364
- Аляви Б.А., Рахимова Д.А., Базарова С.А., Назирова М.Х., Муминов Д.К.
АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И СОСТОЯНИЕ
ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Республиканский специализированный научно-практический центр терапии
и медицинской реабилитации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан;
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан..... 364
- Аляви Б.А., Д.А.Рахимова, Базарова С.А., Назирова М.Х., Муминов Д.К.
ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И СОСТОЯНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПРАВОГО
ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ
ЛЕГКИХ И ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ
Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской
реабилитации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан;
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан..... 365
- Андреева А.В., Фомина В.А., Глазкова Е.А., Сухова Н.А., Мараховская И.Л., Пушкарева С.Ю,
Солдатов Е.С., Ткаченко К.А.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ, ДЕМОНИСТРИРУЮЩИЙ СЛОЖНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКИ ПРИ ГИПОКАЛИЕМИИ
ГБУ РО ОККД..... 366
- Ахунов В.М.¹, Ахунова А.М.², Сизова Ж.М.¹
К ВОПРОСУ СОЧЕТАННОГО ПОРАЖЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ
И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
¹ФГБАОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова»; ²ГБУЗ ГКБ ИМ С.С. Юдина ДЗМ, г. Москва. Россия..... 366
- Бабаджанова Г.С., Узакова М.К., Мансурова М.Ю.
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА
Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан..... 367
- Бахметьев А.С.^{1,2}, Коваленко В.И.², Чехонацкая М.Л.¹, Двоенко О.Г.¹,
Курсаченко А.С.¹, Матвеев В.В.³
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МНОГОСОСУДИСТОГО ПОРАЖЕНИЯ ПРИ АРТЕРИИТЕ
ТАКАЯСУ У МУЖЧИНЫ 35 ЛЕТ
¹ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава РФ, г. Саратов;
²ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава РФ, г. Москва;
³Медицинская клиника ИММА, г. Москва. Россия..... 368
- Быков А.Н.¹, Архипов М.В.², Крохалев В.Я.², Чумарная Т.В.³
КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА
У ПАЦИЕНТОВ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
¹ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»;
²ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет Минздрава России»;
³ФГАОУ ВО «УрФУ имени первого Президента России Б.Н. Ельцина». Россия..... 369
- Воднев В.П., Ахметова Г.Д., Балканай Г.Б.
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НА ЭТАПЕ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
АО Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
г. Алматы. Казахстан..... 370

Дадабаева Н.А., Шукржанова С.М., Омаров Х.Б., Шукуров А.А., Касымходжаева Г. ВРОЖДЕННАЯ СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ: СИНДРОМ ПАРКС – ВЕБЕРА – РУБАШОВА Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан.....	371
Зоидбоева Н.З., Одинаев Ш.Ф. МИКРОФЛОРА ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ ТГМУ.....	372
Каримов А.М., Абдуллаев Т.А. ИЗМЕНЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПОДВЕРГШИХСЯ ЧКВ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Россия.....	373
Клименко А.А., Шостак Н.А., Демидова Н.А. НЕОПЕРАБЕЛЬНАЯ ХРОНИЧЕСКАЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКАЯ ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ – ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РИОЦИГУАТА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва. Россия.....	374
Курбанов А.Ч. ¹ , Вильданшин Д.К. ² , Одинаев Ф.И. ¹ , Табаров А. ³ ГОРМОНАЛЬНЫЙ МИОКАРД ¹ ТГМУ; ² ГКБ-2; ³ РКЦК, г. Душанбе. Таджикистан.....	374
Кушекбаева А.Е., Беспяева Ф.А. К ВОПРОСУ О КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЯХ В КАРДИОЛОГИИ: ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ВЫБОР ТЕРАПИИ ЮКМА, Областная клиническая больница, г. Шымкент. Казахстан.....	375
Лукша А.В., Максимович Н.А. МАЛЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Гродненский государственный медицинский университет. Беларусь.....	375
Мирзарахимова С.Т., Абдуллаев Т.А., Цой И.А., Бекбулатова Р.Ш. БРОМОКРИПТИН В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан.....	376
Муратали уулу К.М., Сатыбалдыев С.А., Чолпонбаева М.Б., Кушубакова Н.А., Бактыбек Нурсултан, Камал к.Г., Керимбекова Жайнагул, Марипов А.М., Акунов А.Ч. СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА УСУГУБЛЯЕТ ВЫСОКОГОРНУЮ ЛЕГОЧНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ НА ВЫСОКОГОРЬЕ Национальный центр кардиологии и терапии им. М. Миррахимова, г. Бишкек. Киргизстан.....	377
Насирдинов Н., Кодирова Г.И., Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М. СОЧЕТАНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан.....	377
Петров В.С. ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. Россия.....	378
Петров В.С., Лопухов С.В., Кузьмин Д.А. СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. Россия.....	379
Рахимова Д.А., Сабиржанова З.Т. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННОЙ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации; Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан.....	380
Саидова М.М., Камилова У.К. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК ПО ШКАЛЕ MSCORE У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Бухарский Государственный медицинский институт; ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Бухара, г. Ташкент. Узбекистан.....	381



- Сластникова Е.С.¹, Садыкова Д.И.¹, Леонтьева И.В.², Галимова Л.Ф.³
РИГИДНОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ДЕТЕЙ ИЗ СЕМЕЙ С ОТЯГОЩЕННЫМ
АНАМНЕЗОМ ПО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ
¹ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» МЗ РФ;
²НИКИ педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова;
³ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» МЗ РТ, г. Казань. Россия 381
- Турсунова Л.Д., Жаббаров А.А.
НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
ПОЧЕК ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ
Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан..... 382
- Усманова У.И., Ниезалиев А.Г
СОСТОЯНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА
У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан..... 383
- Чигинева В.В., Золозова Е.А., Карлова Н.А., Соломасова Л.В., Мазур Н.А.
ЗНАЧЕНИЕ ПОВТОРНЫХ ПРОБ С САЛЬБУТАМОЛОМ ДЛЯ ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ БРОНХИАЛЬНОЙ
ПРОХОДИМОСТИ НА ФОНЕ ПРИЕМА БЕТА-БЛОКАТОРОВ
ФГБОУ ДПО РМАНПО. Россия 384
- ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В КАРДИОЛОГИИ**
- Барчуков В.В., Цорин И.Б., Лихошерстов А.М., Мокров Г.В., Столярук В.Н.,
Ионова Е.О., Вититнова М.Б., Крыжановский С.А.
АЛЬФА, ОМЕГА-ДИАРИЛМЕТИЛЬНЫЕ ПРОИЗВОДНЫЕ БИС-(ОМЕГА-АМИНОАЛКИЛ)
АМИНОВ – НОВЫЙ КЛАСС КАРДИОПРОТЕКТИВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ
ФГБНУ «НИИ фармакологии имени В.В. Закусова», Московская область. Россия 385
- Крыжановский С.А., Вититнова М.Б., Столярук В.Н., Цорин И.Б., Ионова Е.О., Кожевникова Л.М.
СИГМА 1 РЕЦЕПТОРЫ – ОРИГИНАЛЬНАЯ БИОМИШЕНЬ ДЛЯ СОЗДАНИЯ
КАРДИОТРОПНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ
ФГБНУ «НИИ фармакологии имени В.В. Закусова», г. Москва. Россия..... 386
- Тихазе А.К., Домогацкий С.П., Коновалова Г.Г., Ланкин В.З.
ЭЛИМИНАЦИЯ ОКИСЛИТЕЛЬНО-МОДИФИЦИРОВАННЫХ ЛИПОПРОТЕИДОВ
ИЗ КРОВотоКА КРОЛИКОВ
ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России, г. Москва. Россия..... 387
- Цорин И.Б., Барчуков В.В., Лихошерстов А.М., Вититнова М.Б., Мокров Г.В., Крыжановский С.А.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ
НА АНТИИШЕМИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ Р-FOX-ИНГИБИТОРОВ НА МОДЕЛИ
СУБЭНДОКАРДИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ У КРЫС
ФГБНУ «НИИ фармакологии имени В.В. Закусова», г. Москва. Россия..... 387
- Якимов А.А.
МАРКЕРЫ МОРФОЛОГИЧЕСКИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА В СЕРДЦЕ
ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО: АНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
Уральский государственный медицинский университет, г. Уральск. Россия 388

ЕВРАЗИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ КАРДИОЛОГОВ



II ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ КАРДИОЭНДОКРИНОЛОГИЯ

22 АПРЕЛЯ 2020 Г.
МОСКВА, РОССИЯ

INFO-CARDIO@CARDIO-EUA.ASIA
WWW.CARDIO-EUR.ASIA

Стимулятор



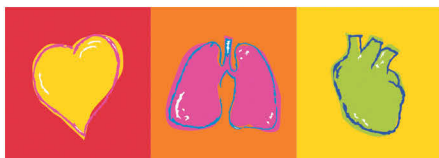
Научный прогресс для возвращения
к полноценной жизни

 **Адемпас®**
риоцигуат

АДЕМПАС®. Международное непатентованное наименование: риоцигуат. **Лекарственная форма:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Одна таблетка, покрытая пленочной оболочкой, содержит 0,50; 1,00; 1,50; 2,00 или 2,50 мг риоцигуата микронизированного. **Показания к применению:** хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия (ХТЭЛГ), группа 4 по классификации ВОЗ; неоперабельная ХТЭЛГ, персистирующая или рецидивирующая ХТЭЛГ после оперативного лечения; легочная артериальная гипертензия (ЛАГ), группа 1 по классификации ВОЗ, II–III ФК по классификации ВОЗ (в монотерапии либо в комбинации с антагонистами рецепторов эндотелина или простаноидами); идиопатическая ЛАГ, наследственная ЛАГ, ЛАГ, ассоциированная с болезнями соединительной ткани. **Противопоказания:** одновременное применение с ингибиторами ФДЭ-5 (такими как силденафил, тадалафил, варденафил); тяжелые нарушения функции печени (более 9 баллов по шкале Чайлд-Пью, класс С, опыт клинического применения отсутствует); повышенная чувствительность к риоцигуату или любому другому компоненту, входящему в состав препарата; беременность и период грудного вскармливания; одновременный прием с нитратами или донаторами оксида азота (такими как аминлитрит) в любой лекарственной форме; легочная гипертензия,

ассоциированная с идиопатическими интерстициальными пневмониями (ЛГ-ИИП); возраст до 18 лет; врожденный дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция (в связи с наличием в составе лактозы); тяжелая артериальная гипотензия на момент начала терапии (систолическое артериальное давление менее 95 мм рт.ст., опыт клинического применения отсутствует); тяжелые нарушения функции почек (клиренс креатинина менее 15 мл/мин) и применение у пациентов, находящихся на гемодиализе (опыт клинического применения отсутствует). **С осторожностью:** необходимо соблюдать дополнительную осторожность при назначении препарата в следующих ситуациях: у пациентов с легочной гипертензией, имеющих дополнительные факторы риска кровотечения из дыхательных путей, особенно у тех, кто получает антикоагулянтную терапию; у пациентов, получающих гипотензивную терапию или имеющих исходную артериальную гипотензию, гиповолемию, либо тяжелую обструкцию путей оттока из левого желудочка или вегетативную дисфункцию; при одновременном применении с сильными ингибиторами изоферментов CYP и P-gp/BCRP, такими как азоловые противогрибковые средства (например, кетоконазол, итраконазол) или ингибиторами протеазы ВИЧ (например, ритонавир), в связи с выраженным увеличением

экспозиции риоцигуата; при одновременном применении с сильными ингибиторами изофермента CYP1A1, такими как ингибитор тирозинкиназы эрлотиниб, и сильными ингибиторами P-gp/BCRP, такими как иммуносупрессивный препарат циклоспорин А, может увеличиваться экспозиция риоцигуата; у пациентов с нарушениями функции почек (клиренс креатинина менее 80 мл/мин, но более 15 мл/мин); у пациентов с умеренным нарушением функции печени (7-9 баллов по шкале Чайлд-Пью, класс В); у пациентов пожилого возраста (65 лет и старше). **Побочное действие:** очень часто – головокружение, головная боль, диспепсия, диарея, тошнота, рвота, периферические отеки, часто – гастроэнтерит, анемия (включая соответствующие лабораторные показатели), учащенное сердцебиение, снижение артериального давления, кровохарканье, носовое кровотечение, заложенность носа, гастрит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, дисфагия, боль в разных отделах ЖКТ, запор, вздутие живота. **Регистрационный номер:** ЛП-002639. Актуальная версия инструкции от 05.10.2017. **Производитель:** Байер АГ, Германия. Отпускается по рецепту врача. Подробная информация (включая информацию о способе применения и дозы) содержится в инструкции по применению.



SCHILLER
SWITZERLAND

ИСКУССТВО ДИАГНОСТИКИ

ТРАДИЦИИ

Традиции швейцарского производства: качество, точность, надежность.

РЕШЕНИЯ

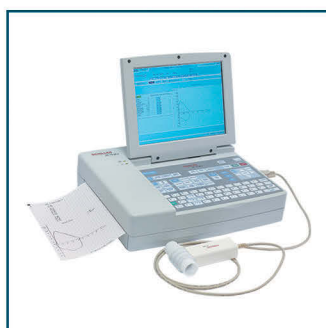
Решения от простых и экономичных до комплексных и оптимизированных - на Ваш выбор!

ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Компетентная оперативная поддержка – наша забота об эффективной диагностике Ваших пациентов.



Автоматические дефибрилляторы



Рабочие станции ЭКГ



Системы мониторинга ЭКГ по Холтеру



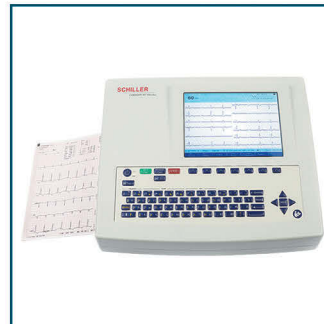
Электрокардиографы Touch Screen



Системы суточного мониторинга АД



Стресс-системы с газоанализом



Электрокардиографы



Бодиплетизмограф



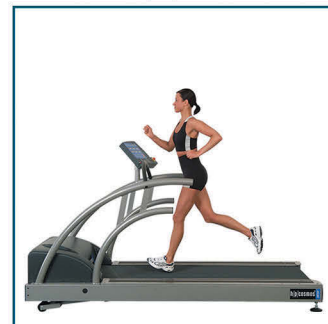
Дефибрилляторы



Мониторы для работы в условиях МРТ



Системы нагрузочного тестирования



Тредмилы



Медицинские эргометры



Портативные электрокардиографы



Устройство для проведения СЛР



Спирометры